Loraine Keller

Verständlichkeitsoptimierte Gesundheitsinformationen für Menschen im erhöhten Lebensalter

Akzeptabilität und Akzeptanz von Texten in Einfacher und Leichter Sprache

UV

Urheberrechtsvermerk
Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autorin unzulässig.

Bibliografische Information der DNB
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: *http://dnb.d-nb.de* abrufbar.

Open Access
Das Werk steht im Internet kostenfrei als elektronische Publikation (Open Access) zur Verfügung unter: *https://doi.org/10.18442/357*

Creative Commons Nutzungslizenz
Die elektronische Publikation ist mit der Creative-Commons-Nutzungslizenz »Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 International« versehen. Weitere Informationen unter: *https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de*

Hochschulschriftenvermerk:
Vom Fachbereich 3 (Sprach- und Informationswissenschaften) der Universität Hildesheim zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) angenommene Dissertation. Gutachter*innen: Prof. Dr. Chris Maaß (Universität Hildesheim), Prof. Dr. Bettina Kluge (Universität Hildesheim).
Tag der mündlichen Prüfung: 30. September 2025
Hil2

Verlag
Universitätsverlag Hildesheim
Universität Hildesheim, Universitätsverlag,
Universitätsplatz 1, 31141 Hildesheim
uvredakt(at)uni-hildesheim.de
www.uni-hildesheim.de/bibliothek/universitaetsverlag

2026

Urheberrechtsvermerk
© Loraine Keller

Satz und Layout
Loraine Keller

Umschlaggestaltung
Universitätsverlag Hildesheim

Inhalt

1. Einleitung 5
2. Gesundheitskompetenz und fachexterne Gesundheitsinformationen 7
2.1 Health Literacy 7
2.2 Gesundheitskompetenz von Menschen im erhöhten Lebensalter 11
2.3 Gesundheitskommunikation als fachexterne Kommunikation: Gesundheitsinformationen für Lai(inn)en 13
2.4 Vom Suchen und Finden relevanter (Online-)Gesundheitsinformationen: Gesundheitsinformationsverhalten 21
2.5 E-Health-Literacy 25
2.6 Digitale Gesundheitskompetenz und digitales Gesundheitsinformationsverhalten von Menschen im erhöhten Lebensalter 30
2.7 Facetten und Operationalisierung von Gesundheitskompetenz 39
3. Verständliche Kommunikation: Leichte und Einfache Sprache 41
3.1 Abstufung von Verständlichkeit in der Experten-Laien-Kommunikation 43
3.2 Verständlichkeit und Verstehen: Text- und Nutzerseite 45
3.3 Leichte Sprache 53
3.4 Einfache Sprache 59
3.5 Verständlichkeit für Menschen im erhöhten Lebensalter 61
4. Akzeptable Kommunikation 64
4.1 Leichte und Einfache Sprache: Verständlichkeit und Akzeptabilität 64
4.2 Akzeptieren und Akzeptabilität 70
4.3 Stigmatisierung und diskursive Asymmetrie 74
4.4 Leichte Sprache Plus 80
4.5 Akzeptabilität für Menschen im erhöhten Lebensalter 82
5. Alter und Altern: Menschen im erhöhten Lebensalter 84
6. Methodik 88
6.1 Empirische Grundlagen der Arbeit 88
6.2 Textseite 91
6.3 Interviews 94
6.4 Herausforderungen und Chancen qualitativer Forschung in der Coronakrise 102
6.5 Limitationen 104
6.6 Stichprobe 106
7. Auswertung der Daten 108
7.1 Auswertung Mediennutzung 109
7.2 Verstehen und Verständlichkeit 118
7.2.1 Standardtext 121

7.2.2 Leichte-Sprache-Plus-Text ... 121
7.2.3 Leichte-Sprache-Text ... 123
7.3 Akzeptieren und Akzeptabilität ... 124
7.3.1 Standardtext ... 124
7.3.2 Leichte-Sprache-Plus-Text (Einfache Sprache) ... 136
7.3.3 Leichte-Sprache-Text ... 154
7.3.4 Akzeptanzindikation zu den verständlichkeitsoptimierten Varietäten ... 186
7.3.4.1 Leichte Sprache Plus ... 186
7.3.4.2 Leichte Sprache ... 194
7.3.5 Einflussfaktoren ... 208
7.4 Zentrale Kategorien für den Rezeptionsprozess im Hildesheimer Modell ... 212
7.5 Ergebnisse ... 218
7.5.1 Standardsprache ... 219
7.5.2 Leichte Sprache Plus ... 223
7.5.3 Leichte Sprache ... 227
7.5.4 Zusammenfassung zu den Varietäten ... 231
7.5.5 Informativität und Aufwand: Anstrengung als dominierendes Kriterium in der Rezeption ... 233
7.5.6 Abgrenzung ... 235
7.5.7 Zusammenfassung ... 238
7.6 Facetten der Gesundheitskompetenz ... 242
8. Erträge der Arbeit ... 246
8.1 Online-Gesundheitsinformationen: Medienzugang, Medienpräferenzen, Medienkompetenzen ... 246
8.2 Theoretische Verdichtung: Distinktion als Stolperstein der Akzeptanz von leichten Texten? ... 248
8.3 Beantwortung der Forschungsfragen ... 251
8.4 Schlussbetrachtung und Ausblick ... 256
Literaturverzeichnis ... 259
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Einleitung

Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zur Erforschung des gesellschaftlich hochrelevanten Themas verständlicher und für die Nutzer(innen) angemessener Gesundheitsinformationen, deren erfolgreiche Rezeption zum Ausbau von Gesundheitskompetenz beitragen kann (Schaeffer et al. 2018:12, 42f.). Es soll die Frage beantwortet werden, wie verständliche und gleichermaßen akzeptable Gesundheitsinformationstexte verfasst und gestaltet sein müssen, damit diese – hier spezifisch durch die Zielgruppe der Menschen im erhöhten Lebensalter – erfolgreich rezipiert werden und eine angemessene und souveräne Handlung bzw. Entscheidung der Rezipient(inn)en angeschlossen werden kann (vgl. Maaß/Rink 2019:24; vgl. Sørensen et al. 2012:3).

Das Thema siedelt sich an der Schnittstelle der Disziplinen der Sprach- und Übersetzungswissenschaft und der Public Health an: Theoretische Betrachtungen aus beiden Gegenstandsbereichen werden zunächst in Bezug auf bestehende Modelle beschrieben (Gesundheitskompetenz (Sørensen et al. 2012)/digitale Gesundheitskompetenz (Samerski/Müller 2019) und Zugänglichkeit von Kommunikaten in Verschränkung mit dem Gesamtverstehensprozess durch Rezipient(inn)en, auch „Hildesheimer Treppe“ genannt (vgl. Maaß/Rink 2019, Maaß 2024:236)). Anschließend folgt die Analyse der qualitativen Interviews, in deren Auswertung die theoretischen Erkenntnisse in Bezug auf das selbst eingeschätzte Verstehen und die Akzeptanz der verwendeten Texte (Stimuli in den Interviews) sowie in Bezug auf das Mediennutzungs- und Gesundheitsinformationsverhalten mit einbezogen werden. Das Korpus besteht dabei aus Texten der Apotheken Umschau (s. Kap. 6), welche außerhalb dieser Studie nur online angeboten werden.

Im Fokus der Studie stehen folgende Forschungsfragen und Hypothesen:

> Welche Varietät schneidet in der Bewertung der befragten älteren Menschen insgesamt am besten ab und inwiefern spielen Textmerkmale bei der Ablehnung eine Rolle? Welche Argumente werden jenseits der evtl. störenden Textmerkmale genannt?
>
> Wie gehen Menschen im erhöhten Lebensalter mit Gesundheitsinformationen um? Was sind ihre Anforderungen an Gesundheitsinformationen?

Es wird die Hypothese formuliert, dass Leichte Sprache den Anforderungen an die Verständlichkeit, die diese Gruppe hat, entspricht, dass sie aber nicht für sie akzeptabel ist (s. Gutermuth 2020), da sie sie in die Nähe der Gruppe mit intellektueller Beeinträchtigung rückt (Kap. 3.5; 4.5). Das enthält die Unterstellung, dass sie nicht in ihrem eigenen (Verstehens-)Interesse handeln aufgrund der Stigma-Problematik um die Leichte Sprache (s. Kap. 4). Es wird dementsprechend angenommen, dass typische Leichte-Sprache-Merkmale wie der Mediopunkt, stark vereinfachte Formulierungen oder auch kindlich anmutende Bebilderung (Kap. 3.3) Ablehnung bei der Zielgruppe hervorrufen werden. Die vermuteten Probleme mit den Texten und ihre Gründe, wie etwa eine Sinnesbeeinträchtigung der Augen, Argumente zu sozialen Kategorien oder bestimmten Gruppenzuschreibungen (zum Stigmatisierungspotential Leichter Sprache s. Kap. 4.1) sowie sozialstatusbezogene Variablen neben dem Alter, wie etwa der Bildungsstand und die berufliche Qualifikation, sollen im Rahmen der Studie untersucht und ergründet werden.

Weiterhin wird die Hypothese aufgestellt, dass Leichte Sprache Plus die Lösung für Menschen im erhöhten Lebensalter sein kann, weil sie Verständlichkeit und Akzeptabilität ausbalanciert, da bei der Leichten Sprache Plus Merkmale der Leichten Sprache verborgen werden (Maaß 2020; Kap. 4).

Um die zentralen Forschungsfragen zu beantworten, müssen folgende Teilfragen im Rahmen der Arbeit beantwortet werden:

Was ist Gesundheitskompetenz und wie hängt sie mit Gesundheitsinformationen zusammen? Was kann man mit Blick auf die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter diesbezüglich feststellen? Diese Fragen werden in Kapitel 2 behandelt.

Was ist verständliche Kommunikation bzw. was macht verständliche Fachinformationen aus? Welche Aspekte müssen in der Experten-Laien-Kommunikation beachtet werden und welche Möglichkeiten zur Optimierung von Fachinformationen gibt es? Welche Probleme ergeben sich für die Zielgruppe hinsichtlich der Verständlichkeit von Texten? Dies wird in Kapitel 3 erörtert.

Was bedeutet akzeptable Kommunikation? Wie lässt sich Akzeptanz definieren? Welche Probleme ergeben sich hinsichtlich der Akzeptanz von Texten durch die Nutzer(innen), hier insbesondere ältere? Dies wird in Kapitel 4 dargestellt.

Welche Besonderheiten ergeben sich in der Lebensphase Alter? Dies wird in Kapitel 5 zusammengetragen.

Welche methodische Vorgehensweise liegt dieser Arbeit zugrunde? Welche Erträge ergeben sich aus einer Erhebung, die zu Pandemie-Zeiten durchgeführt wurde? Welche Limitationen enthält die vorliegende Studie? Dies wird in Kapitel 6 ausgeführt.

Anschließend wird in Kapitel 7 anhand der hier präsentierten Daten untersucht, welche Medienkanäle und Quellen die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter nutzt. Weiterhin wird analysiert, wie die Befragten die Verständlichkeit der vorgelegten Texte einschätzt und welche textseitigen Merkmale diese für die Befragten (in)akzeptabel machen (s.o.).

Im Fokus der Auswertung steht das Akzeptieren und Ablehnen der vorgelegten Texte: Wie bewerten die Befragten die verschiedenen Textstufen, insbesondere, wie bewerten sie die leichteren Versionen im Vergleich zum Standardtext? Welche Argumente werden diesbezüglich genannt? Wie empfanden die Befragten die Nutzung der drei Texte?

Wie stehen die Befragten zum Thema Gesundheit allgemein?

Im Anschluss folgt eine Synthese der Analyse-Ergebnisse: Was lässt sich mit Blick auf die Daten und den theoretischen Rahmen schlussfolgern?

Die Ergebnisse sollen Aussagen dazu liefern, welche Aspekte eine zielgruppenspezifische Ausrichtung von Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Senior(inn)en hinsichtlich akzeptabler Gesundheitsinformationen beachten sollte. Vor allem aber sollen Erkenntnisse zur verständlichen Gesundheitskommunikation im Rahmen der intralingualen Übersetzung von medizinischen Fachtexten gewonnen werden, die die Texterstellung sowohl praktisch als auch theoretisch aus übersetzungswissenschaftlicher Perspektive weiter vorantreiben soll. Die Fokussierung auf die Seite der Rezipient(inn)en erbringt einen fachlichen als auch einen methodischen Ertrag. Weiterhin ist die Interdisziplinarität der vorliegenden Arbeit zwischen der Public Health und der Sprach- bzw. Übersetzungswissenschaft eine der Stärken der Studie. Der interdisziplinäre Blick soll, gepaart mit dem qualitativen Vorgehen, breit gefächerte Erkenntnisse liefern, und spiegelt die Relevanz der Zusammenarbeit verschiedenster Akteur(inn)e(n) bzw. Disziplinen wider, die zur Förderung der Gesundheitskompetenz nötig ist (Schaeffer et al. 2018:11).

2. Gesundheitskompetenz und fachexterne Gesundheitsinformationen

Im Folgenden sollen das Konzept der „Gesundheitskompetenz“ und der Bereich der Gesundheitskommunikation als fachexterne Kommunikation betrachtet werden, die beide eng mit den in der Studie fokussierten Gesundheitsinformationen verknüpft sind. Weiterhin wird das Konzept der E-Health-Literacy vorgestellt, um es in einem nächsten Schritt auf die hier untersuchte Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter anzuwenden.

In der vorliegenden Arbeit wird die Definition von Gesundheitskompetenz von Kristine Sørensen und Kolleg(inn)en zugrunde gelegt:

> „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012:3, dt. Fassung Pelikan/Ganahl 2017:94)[1].

Während das Konzept Health Literacy in der angloamerikanischen Forschung bereits seit Anfang der 1990er Jahre untersucht wurde, fristete es in der deutschen Forschungslandschaft verhältnismäßig lange ein Schattendasein (Schaeffer et al. 2017:130f.). Erst durch die Ergebnisse der europaweiten Befragung mit dem Health Literacy Survey (HLS-EU) 2012, an dem sich Deutschland nur mit einem Bundesland beteiligte, wurde die Forschung dazu weiter vorangetrieben: Nach dem europäischen Vorgehen wurde die erste repräsentative Erhebung der Gesundheitskompetenz in Deutschland durchgeführt durch den HLS-GER (Schaeffer et al. 2016; ebd. 2017:130f.).

2.1 Health Literacy

Health Literacy, in Deutschland als Gesundheitskompetenz[2] erforscht (DNGK 2020: *Gesundheitskompetenz – Definitionen, Intitiativen*), hat je nach Definition unterschiedliche Ausrichtungen, entweder steht das Individuum mit seinen Kompetenzen im Vordergrund oder der soziale bzw. gesellschaftliche Kontext (Seidel et al. 2019:65). Nutbeam (2000) unterscheidet schon früh zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz: Während die funktionale Gesundheitskompetenz die Literalität im Sinne der grundlegenden Lese- und Rechtschreibfähigkeiten meint (s. Kap. 3; vgl. Grotlüschen et al. 2019), erfordern die interaktive und kritische Gesundheitskompetenz den reflektierten und souveränen Umgang mit Gesundheitsinformationen und das daraus folgende (eigen-)verantwortliche Handeln hinsichtlich relevanter Gesundheitsentscheidungen (Nutbeam 2000:263f.). Literacy wird in der neuen Definition von Gesundheitskompetenz des DNGK-Vorstandes (vgl. DNGK/DNVF 2019: *Definition Health Literacy*; vgl. Schaefer/Bitzer/Dierks 2019) als Konstrukt von Kompetenz bzw. Kompetenzen beschrieben, wie dies in der Erziehungswissenschaft etabliert ist: Danach sind Kompetenzen latente Konstrukte, die sich manifestieren, wenn man sie braucht, die gelehrt werden können und deren Vorhandensein, vorzugsweise unter kontrollierten Bedingungen, gemessen werden kann (vgl. DNGK/DNVF 2019: *Definition Health Literacy*).

[1] Diese Definition wird auch im zweiten Health Literacy Survey für Deutschland genutzt (HLS-GER 2) (vgl. Schaeffer et al. 2021:8).

[2] In der deutschen Forschungslandschaft hat sich der Begriff „Gesundheitskompetenz“ für das englische *Health Literacy* durchgesetzt, womit ursprünglich lediglich „auf Gesundheit bezogene Literalität“ im Sinne von Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten gemeint waren (NAP o.J.: *Was bedeutet eigentlich Gesundheitskompetenz?*).

In Deutschland arbeiten Soellner et al. (2010:110) über eine mehrstufige Expertenbefragung ein Strukturmodell von Gesundheitskompetenz aus, das diese als „Netz aus grundlegenden Fertigkeiten (literacy/numeracy), Handlungskompetenz, Wissen und Motivation" (ebd.) präsentiert, darunter auch „die Fähigkeit, sich gesundheitsrelevante Informationen beschaffen zu können" (Soellner et al. 2010:109) sowie „die Fähigkeit, innerhalb des Gesundheitssystems navigieren und handeln zu können, [sic!] sowie über das dazu notwendige Systemwissen zu verfügen", „die Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation bezüglich gesundheitsrelevanter Inhalte" und „förderliche Persönlichkeitseigenschaften" (Soellner et al. 2010:110).

Ein Meilenstein in der Konzeptentwicklung von Gesundheitskompetenz gelang Kristine Sørensen und ihrem Team mit einer neuen und umfassenden Definition im Jahr 2012, die in einem Zuge mit dem dazugehörigen konzeptuellen Modell des European Health Literacy Survey (HLS-EU) entstand (Vogt 2017:13). Sørensen und ihre Kolleg(inn)en analysierten die bis dahin vorliegenden konzeptionellen Modelle und die zugehörigen Definitionen von Health Literacy im Rahmen eines systematischen Reviews und gelangten so zu folgender multidimensionalen Definition (vgl. Sørensen et al. 2012; Vogt 2017:13):

> „Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course." (Sørensen et al. 2012: 3)

Rezipient(inn)en benötigen folglich Wissen, Motivation und Fähigkeit, um relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um zur erfolgreichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung[3] funktionale Entscheidungen treffen zu können (ebd.; Schaeffer et al. 2018:13; vgl. Link/Baumann 2020).

Fähigkeit ist dabei ein weitläufiger Begriff: Es spielen die Informations-, die Medienkompetenz, die Bewertungskompetenz von Informationen sowie die Umsetzungskompetenz der Informationen, „Transferfähigkeit", wie Dierks bzw. Dierks/Schwartz dies benennen (Dierks 2017:2f.; vgl. Dierks/Schwartz 2012) eine Rolle. Zur Gesundheitskompetenz gehören nach aktuellem Verständnis also „ein ganzes Bündel von Fähigkeiten" (Dierks 2017:2), die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

> „- Kognitive Kompetenzen – Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten, um Informationen zu verstehen und umzusetzen,
>
> - Wissen bzw. die Fähigkeit, sich Wissen anzueignen – z.B. über den menschlichen Körper, Gesundheit, gesundheitsförderlichen Lebensstil, Informationsquellen, die Institutionen des Gesundheitswesens, Patientenrechte,
>
> - Kommunikative Kompetenzen – um sich selbst mitzuteilen und mit anderen lernen zu können,
>
> - die Fähigkeit, eigene Interessen zu artikulieren und gegebenenfalls durchzusetzen,
>
> - Selbstwirksamkeit – das Vertrauen und den Glauben daran, mit Gesundheitsfragen umgehen zu können" (ebd. 2f.).

Bei diesem Punkt spielt der Faktor der Motivation auch eine große Rolle. Weiterhin nennt Dierks (2017:3) noch die Transferfähigkeit als Fähigkeit, Wissen in adäquates Handeln umzusetzen sowie die allgemeine Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen adäquat bewegen zu können (ebd.).

[3] Gesundheitsförderung wird als Stärkung der positiven Gesundheit im Sinne einer Steigerung der Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie des Wohlbefindens im Kontext einer bestmöglichen Lebensqualität verstanden, da Gesundheit nicht als gleichbedeutend mit Abwesenheit von Krankheit zu betrachten ist (Pelikan 2007:74f.).

Das Konzept von Sørensen et al. (2012) ist Ausgangspunkt weiterer aktueller europäischer Studien (u.a. Schaeffer/Pelikan 2017; Seidel et al. 2019): Darin würde der

> „relationale Aspekt betont, also die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen den individuellen Fähigkeiten der Menschen und der Unterstützung bzw. Berücksichtigung dieser Fähigkeiten durch das Gesundheitssystem und den darin verantwortlich handelnden Institutionen“ (Seidel et al. 2019:65).

Eine neuere Darstellung des Sørenschen Modells zeigt die genannten Teilprozesse des Findens, Verstehens, Bewertens und Anwendens vertikal übereinandergesetzt, wodurch Parallelen des Modells zu dem des Gesamtverstehensprozesses von Maaß/Rink (2019:19) aus der Übersetzungswissenschaft bzw. der Barrierefreien Kommunikation deutlich werden (s. Kap. 3.1) und die Individualebene dieses Verständnisses von Gesundheitskompetenz noch stärker hervortritt.

Abbildung 1: Bitzer/Sørensen 2018:256; Gesundheitskompetenz in der Interaktion von Individuen mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem

Bei der Gesundheitskompetenz geht es laut Nationalem Aktionsplan (2018), der aus der ersten deutschlandweiten Erhebung von Gesundheitskompetenz 2016, dem HLS-GER, hervorging, um den Umgang mit der eigenen Gesundheit, um Teilhabe, Mitsprache und Selbstbestimmung in allen Fragen, die unsere Gesundheit betreffen:

> „Um gute Entscheidungen für unsere Gesundheit treffen zu können, sind wir auf Informationen angewiesen – ganz gleich ob es um gesunde Ernährung, Bewegung, Medikamente oder unterschiedliche Behandlungsalternativen geht. Gesundheitskompetenz bildet die Summe der Fähigkeiten, die wir benötigen, um uns gesundheitsrelevante Informationen im Alltag zu erschließen“ (NAP Gesundheitskompetenz (o.J.): *Start*).

Die Einfache Sprache wird darin explizit als mögliches Mittel der Wahl benannt, wenn es darum geht, das Verstehen von Gesundheitsinformationen beim Laien/bei der Laiin, insbesondere solche mit geringerer Lesekompetenz, zu sichern (Schaeffer et al. 2018:43; s. Kap. 3). In den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz wird über die Forderung nach einer verständlichen Kommunikation zwischen Gesundheitsprofessionen und Nutzer(inne)n hinaus auch die Forderung der Sicherstellung einer „patientenzentrierte[n], barrierefreie[n], kultur- und gendersensible[n] Kommunikation durch die Gesundheitsprofessionen über theoretisch und methodisch fundierte Gesprächsführungstechniken und wissenschaftliche Standards“ formuliert (Schaeffer et al. 2018:41).

Durch diese können Patient(inn)en Gesundheitskompetenz erwerben und sich selbstbewusst im Gesundheitssystem bewegen sowie dieses auch kritisch hinterfragen (Dierks/Seidel 2017:298, 290).

Schaeffer et al. (2021:2) stellen Gesundheitskompetenz in Anlehnung an Sørensen et al. (2012), Squiers et al. (2012) und Schaeffer et al. (2016) konzeptionell wie folgt dar:

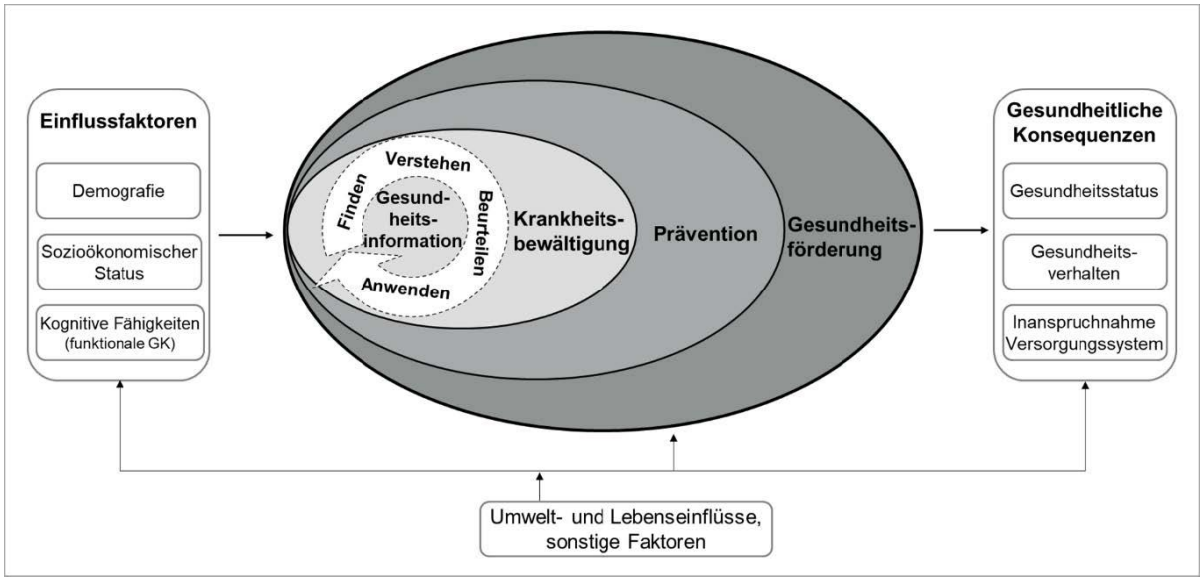


Abbildung 2: Darstellung von Schaeffer et al. (2021:2) in Anlehnung an Sørensen et al. (2012), Squiers et al. (2012) und Schaeffer et al. (2016)

Im Kern der Darstellung sind die vier Schritte *finden*, *verstehen*, *beurteilen* und *anwenden* zu sehen, die sich auf die in der Mitte befindliche Gesundheitsinformation beziehen. Die drei gesundheitsrelevanten Handlungsbereiche Krankheitsbewältigung (bei Schaeffer et al. 2021:2 erweitert um „Versorgung"), Prävention und Gesundheitsförderung (ebd.; vgl. Nutbeam 2000) umschließen den beschriebenen Kern und werden von den Einflussfaktoren – demografische Merkmale, sozioökonomischer Status und kognitive Fähigkeiten, „gemessen über die Lese- und Rechenfähigkeiten in einem gesundheitlichen Kontext, […](„funktionale Gesundheitskompetenz")" (Hurrelmann et al. 2020:2) – und den gesundheitlichen Konsequenzen („Outcomes" (Schaeffer et al. 2021:2)) wie Gesundheitsstatus, -verhalten und der Inanspruchnahme des Versorgungssystems umrahmt. Zudem sind weitere Faktoren wie Umwelt- und Lebenseinflüsse im Modell einbezogen, die sich sowohl auf die Einflussfaktoren als auch auf den Kern der Gesundheitskompetenz und die gesundheitlichen Konsequenzen beziehen können (s. Abb. 2). Kritik erfährt das Modell nach Sørensen und Kolleg(inn)en vor allem, „da es vorwiegend kognitive Elemente in den Blick nimmt und emotionale, persönliche, affektive Elemente vernachlässigt" (Seidel 2019:57). Ebendiese werden im Modell von Maaß/Rink (2019:24; Maaß 2020) unter Einbezug der Barrieren von Rink (2020; Schubert 2016) und Lang (2021) nicht vernachlässigt, sondern durch die Motivations- und Emotionsbarrieren explizit adressiert (s. ausführlich dazu Kap. 3.2).

Zudem suggeriere das Modell, „dass am Ende einer Sequenz von Finden, Verstehen, Bewerten und Umsetzen von Gesundheitsinformationen ein veränderter Lebensstil steht, was allerdings oft nicht der Fall ist" (Seidel 2019:57). Allerdings kann Gesundheitskompetenz auch darin bestehen, dass man nach dem Bewerten ein Handeln umsetzt, das womöglich nicht dem in den Gesundheitsinformationen intendierten Effekt, aber der Lebensgestaltung und –perspektive der betroffenen Person entspricht.

Navigationale Gesundheitskompetenz fokussiert im HLS-GER 2 das Zurechtfinden, das Navigieren im Gesundheitssystem: Wie gut schätzen die Befragten ihre Orientierung im Gesundheitssystem in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen und Dienstleistungen ein? Dieser Aspekt muss jedoch differenziert betrachtet werden, da es hier, viel mehr noch als bei anderen Untersuchungsaspekten, darum geht, dass vor allem die Bedingungen im Gesundheitssystem gegeben sein müssen, politisch, gesellschaftlich, aber auch organisational (gesundheitskompetente Einrichtungen), damit sich die Individuen im Versorgungssystem zurechtfinden und kompetent agieren können. Erst wenn man weiß, welche Angebote es gibt, welche Dienstleistungen man in Anspruch nehmen kann, wie die Kostenübernahme für ebendiese oder für den Aufenthalt in Gesundheitseinrichtungen aussieht und wer konkrete Ansprechpartner(innen) für all diese Fragen und Anliegen sein können, ist man auch in der Lage, sich in diesem komplexen System zurechtzufinden und daran anknüpfend auch kompetente Entscheidungen für die eigene oder die Gesundheit von nahestehenden Personen zu treffen.

> „Für die Förderung individueller Gesundheitskompetenz stehen Organisationen vieler gesellschaftlicher Bereiche in der Verantwortung, dazu gehören das Bildungswesen, das Sozialwesen, das Gesundheitswesen sowie die Medien“ (Schaefer et al. 2019:3).

Dass es bei Gesundheitskompetenz folglich nicht darum gehen kann, Individuen als allein verantwortlich für eine geringe Gesundheitskompetenz und damit einhergehende unangemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen darzustellen, betonen Bitzer, Dierks und Schaefer (2019) in ihrer Erweiterung der Definition durch den Vorstand des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (DNGK) und des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF): Sie erachten das System als verantwortlich dafür, die notwendigen Voraussetzungen und Bedingungen zu schaffen, um Individuen in die Lage zu versetzen, gesundheitskompetent zu agieren.

> „Gesundheitskompetenz ist der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial [sic!] und/oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen, zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen.“ (Schaefer/Bitzer/Dierks 2019: *Definition Health Literacy*)

Vor diesem Hintergrund tritt auch die Relevanz von Organisationaler Gesundheitskompetenz[4] deutlich hervor (vgl. Schaefer et al. 2019; Brach et al. 2012).

2.2 Gesundheitskompetenz von Menschen im erhöhten Lebensalter

> „Bis dato existieren keine Definition und kein Instrment [sic!], die speziell für ältere Menschen entwickelt wurden. Die meisten bislang vorliegenden englischsprachigen Untersuchungen basieren auf einem funktionalen Konzeptverständnis. Den ersten in Europa und Deutschland vorliegenden Untersuchungen zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung und ebenso vulnerabler Gruppen liegt ebenfalls das Public-orientiertes [sic!] Konzeptverständnis nach Sørensen et al. zugrunde […]“ (Vogt 2017:37).

Die Forschungslage zur Gesundheitskompetenz von älteren Menschen in Deutschland speist sich zunächst vor allem aus bevölkerungsrepräsentativen Befragungen, in denen diese als vulnerable Gruppe hervortreten (HLS-EU Consortium 2012[5]; vgl. zur Betrachtung älterer Menschen als vulnerable

[4] Auch bei der „organisationalen Gesundheitskompetenz“ gibt es Debatten um verschiedene Definitionen und Begrifflichkeiten, die den Vergleich von internationalen Studien erschweren (vgl. Meggetto et al. 2018:22).

[5] Deutschland beteiligte sich lediglich mit einem Bundesland (Nordrhein-Westfalen) am europäischen Survey zur Gesundheitskompetenz; dort hatten 53,9% der über 76-Jährigen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012).

Gruppe Quenzel/Schaeffer 2016). Ein differenzierter Blick auf die verschiedenen Altersabstufungen innerhalb dieser Gruppe fehlt jedoch (vgl. Vogt 2017:16f.).

Die GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts (Jordan/Hoebel 2015) sowie eine Befragung unter gesetzlich Versicherten (Zok 2014) lieferten ebenso Daten zur mangelnden Gesundheitskompetenz älterer Menschen (Jordan/Hoebel 2015). Beide Studien wenden die Kurzversion eines Messinstruments (HLS-EU-Q16) an, welches nach Vogt (2017:17) nicht alle für diese Zielgruppe wichtigen Komponenten von Gesundheitskompetenz abdecken. Überdies nehmen die Studien ältere Menschen abermals nicht altersdifferenziert in den Blick (ebd.).

Als Determinanten von niedriger (meist jedoch nur funktionaler) Gesundheitskompetenz älterer Menschen nennen angloamerikanische Studien etwa den Bildungsstand, das Einkommen und einen Migrationshintergrund (ebd.; Chesser et al. 2016) sowie weiterhin psychosoziale Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Coping und Selbstbewusstsein (Vogt 2017:17; ausführlich zu *Coping* s. Yancura/Aldwin 2008). Eindeutig sei die Befundlage nach Vogt (2017:17) jedoch dabei nicht. An mancher Stelle wird von einem Altersgradienten im Lebensverlauf ausgegangen (ebd.); Baker et al. (2000) zeigen, dass mit steigendem Lebensalter die funktionale Gesundheitskompetenz sinkt. Dabei könnten altersbedingte Veränderungen wie die im erhöhten Lebensalter häufig auftretende Verschlechterung kognitiver und körperlicher Fähigkeiten mögliche Ursachen für eine niedrigere Gesundheitskompetenz sein (ebd.; Chesser et al. 2016; Speros 2009): Da mit steigendem Alter kognitive Fähigkeiten vielfach abnehmen, die jedoch maßgeblich die Aufnahme, das Verstehen und Behalten von Informationen steuern (Craik/Byrd 1982), können Informationen unter Umständen nur noch schwer verarbeitet werden (Vogt 2017:18).

Auch Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens erschweren älteren Menschen die Aufnahme und Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Vogt 2017:18; Speros 2009).

Zudem ist der Zusammenhang zwischen chronischer Erkrankung und Gesundheitskompetenz für diese Zielgruppe zu betonen:

> „[…] Menschen im höheren Lebensalter sind mehr als andere Altersgruppen von chronischer Krankheit betroffen und somit häufig vor die Herausforderung gestellt, in ihrem täglichen Leben komplexe gesundheitliche Situationen bewältigen und managen zu müssen. Oftmals verfügen sie jedoch, aufgrund niedriger Gesundheitskompetenz, über ein geringeres krankheitsspezifisches Wissen […], schlechtere medizinische Outcomes und schlechtere Selbstmanagement-Skills […]. Trotz dieser empirischen Befunde, [sic!] kommt Selbstmanagementkompetenzen in der theoretisch-/konzeptionellen Health-Literacy-Diskussion bislang nur unzureichende Aufmerksamkeit zu (Schaeffer 2017)“ (Vogt 2017:39).

Einen Beitrag zur Erfassung der Gesundheitskompetenz von Menschen im erhöhten Lebensalter leistet Vogt (2017): Die quantitative Fragebogenerhebung wird mit Hilfe der Langversion des bereits im HLS-GER eingesetzten HLS-EU-Q47 durchgeführt (ebd. 21) und identifiziert finanzielle Deprivation als stärksten Prädiktor für eingeschränkte Gesundheitskompetenz von Menschen ab 65 Jahren – sowohl in der Gesamtstichprobe als auch differenziert nach Altersgruppen (ebd. 29). Insgesamt verfügen knapp 65% der befragten älteren Menschen über ein eingeschränktes Health-Literacy-Niveau, wobei jedoch die Faktoren Bildung und chronische Krankheit bei Vogt nicht damit zusammenhängen (ebd. 30). Den älteren Menschen fehlten „persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen, die sie befähigen, sich gesundheitsrelevante Informationen zu verschaffen, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen und auf ihrer Basis informierte Entscheidungen zu treffen“ (ebd. 31). Weiterhin deute der hohe Anteil niedriger Gesundheitskompetenz auf den hohen Schwierigkeits- und Komplexitätsgrad hin, der an das Individuum gestellten situativen Anforderungen und Aufgaben, Kommunikationsprobleme mit Gesundheitsprofessionen und ein zu wenig nutzerfreundliches Gesundheitssystem (ebd.). Den erheblichen Unterschied zwischen den Altersgruppen der Zielgruppe „Senior(inn)en“ zeigt Vogt auf

(2017:31): „Insbesondere hochaltrige Menschen im Alter ab 76 Jahren haben eine schlechtere Gesundheitskompetenz als die sogenannten ‚jungen Alten'. Mehr als 75 Prozent der hochaltrigen Menschen sehen sich im Gesundheitssystem mit Schwierigkeiten konfrontiert". Gerade in Anbetracht der Tatsache, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit von (chronischer) Krankheit und Pflegebedürftigkeit ansteigt (Rott/Jopp 2012; vgl. RKI 2014; zur Multimorbidität s. Saß et al. 2009:55f.), ist dies ein „aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive prekäres Ergebnis" (Vogt 2017:31).

Konopik (2019) betont die Aspekte Biografie und Umwelt in Bezug auf die Gesundheitskompetenz im Alter. Sie findet in ihren Daten Hinweise, dass kompetentes Handeln auch ohne kognitive Auseinandersetzung („finden, verstehen und bewerten" von Gesundheitsinformation) stattfindet (ebd. 298f.).

> „So können sich Personen z. B. handlungsbezogen im Kontext ihrer Erkrankung durch explizites Wissen über den eigenen Körper gut auskennen, obwohl vertiefendes Wissen zu Krankheitsentstehung und -behandlung fehlt. Wissen ist hier mit sozialer Praktik und praktischem Können verbunden (Kompetenz auf Handlungsstufe). Somit gehen hier die Informationsverarbeitungsprozesse „finden", „verstehen" und „bewerten" nicht der Handlung voraus. […] Es geht also bei Gesundheitskompetenz im Alter auch um Handlungsfähigkeit, die nicht auf spezifischen Gesundheitsinformationen basiert […]" (ebd. 299).

Konopik formuliert anhand ihrer Auswertung von 12 biografisch-problemzentrierten Interviews eine auf ältere Menschen zugeschnittene Definition von Gesundheitskompetenz, die auch auf der Definition von Sørensen et al. (2012) basiert:

> „Gesundheitskompetenz im Alter basiert auf der allgemeinen Literacy und Prägungen über den Lebenslauf, steht in engem Zusammenhang mit Ermöglichungs- und Verhinderungsstrukturen der Umwelt und umfasst gesundheitsbezogene Erlebens- und Handlungsmuster, die dabei helfen in ressourcenreichen und ressourcenarmen Alternsverläufen die Lebensqualität zu erhalten, zu verbessern oder es erleichtern mit Verlusten umzugehen" (Konopik 2019:300f. in Anlehnung an Sørensen et al. 2012:3, Übersetzung durch Pelikan & Ganahl 2017:94).

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass es sich bei der Zielgruppe der älteren Menschen um eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Ausgangssituationen und unterschiedlichen Bedarfen handelt: Diese hängen von verschiedenen Faktoren wie der Lebenserfahrung und Krankheitsgeschichte sowie auch von soziokulturellen und psychosozialen Faktoren ab. Die besondere Vulnerabilität dieser Zielgruppe wird in Kapitel 2.6 noch einmal aufgegriffen.

In diesem Kapitel wurde dargelegt, in welchem Dilemma sich Menschen im erhöhten Lebensalter hinsichtlich der Gesundheitskompetenz befinden: Einerseits benötigen sie aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit, (chronisch oder akut) zu erkranken, mehr Gesundheitsinformationen als Menschen in anderen Lebensphasen. Andererseits weisen sie aus unterschiedlichen Gründen eine sehr geringe Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2016); d.h. sie können nicht oder weniger gut als Menschen in anderen Lebensphasen mit Gesundheitsinformationen umgehen, diese also auffinden, verstehen, beurteilen und anwenden.

Nachfolgend soll die Gesundheitskommunikation als fachexterne Kommunikation näher betrachtet werden.

2.3 Gesundheitskommunikation als fachexterne Kommunikation: Gesundheitsinformationen für Lai(inn)en

Vorangehend wurde anhand von Menschen im erhöhten Lebensalter gezeigt, dass die Gesundheitskompetenz bestimmter Gruppen auffallend gering ist: Diese sind in dieser Hinsicht

vulnerabel (Schaeffer et al. 2016:41). Zu den vulnerablen Gruppen zählen neben älteren Menschen auch Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen mit chronischer Krankheit oder Menschen mit niedrigem Sozialstatus (ebd.). Vor diesem Hintergrund tritt die Relevanz verständlicher und angemessener Gesundheitsinformationen deutlich hervor. Im Folgenden werden die besonderen Herausforderungen beleuchtet, die die Gesundheitskommunikation als Vermittlung zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en mit sich bringt.

Baumann und Hurrelmann (2014:13) definieren Gesundheitskommunikation als die

> „Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direkt-persönlich oder medienvermittelt erfolgen. [...]“ (Baumann/Hurrelmann 2014:13)

Altendorfer (2017) bestimmt unter Einbezug verschiedener Definitionen von Gesundheitskommunikation diese wie folgt:

> „Gesundheitskommunikation ist ein interdisziplinär geprägter Begriff und umfasst verschiedene Arten und Ebenen der Kommunikation, vorwiegend im Kontext mit Gesundheit, aber auch mit Krankheit. Es sind unterschiedliche Kommunikationspartner an der Kommunikation beteiligt, wobei diese jeweils verschiedene Ziele verfolgen. Daraus ergeben sich differenzierte Wirkungsweisen der Gesundheitskommunikation, wie (zwischenmenschlicher) Austausch, bewusste Einflussnahme, Vermittlung oder Konsum von Information, Motivation oder Unterstützung. Diese sind in der Regel gesundheitsfördernd und krankheitsbewältigend ausgerichtet“ (Altendorfer 2017:35).

Gesundheitskommunikation umfasst dabei nach Lange/Schwarzer (2014:136) sowohl die Individualkommunikation (z.B. Arzt-Patienten-Interaktion) als auch Gesundheitsangebote über Gruppen-, Organisations- und Massenkommunikation (z.B. gesundheitliche Berichterstattung, Beratung, Aufklärung, Erziehung etc.).

Die Besonderheit der Gesundheitskommunikation besteht nicht nur darin, dass es sich bei der Medizin um einen hoch spezialisierten Fachbereich handelt, in dem Expert(inn)en ihr Wissen, das vor allem aus kodifizierten Fachkenntnissen sowie bereits gesammelten Erfahrungen im speziellen Fachbereich besteht (Busch 1994:20f.; Wille 2020:22), den betroffenen Lai(inn)en so weit verständlich machen müssen, dass diese auf dessen Grundlage handeln können (z.B. Messer/Murau 2022:475; s. die Beiträge in Ahrens et al. 2022). Sie beruht auch darauf, dass es sich um einen lebensnahen Bereich handelt und die Arzt-Patienten-Beziehung sich durch eine starke Abhängigkeit, Verletzlichkeit und Unsicherheit auf Seiten des Patienten/der Patientin auszeichnet (Link 2019:84). Schindler (2019:659) fasst die Merkmale medizinisch-pharmazeutischer Informationen grafisch wie folgt zusammen:

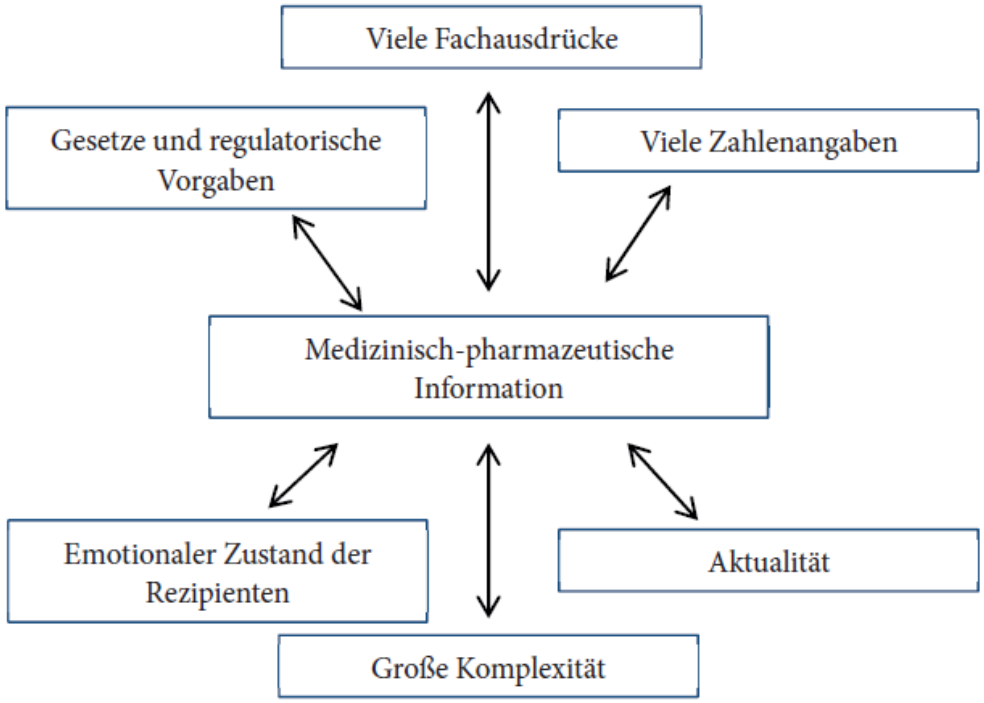


Abbildung 3: Merkmale medizinisch-pharmazeutischer Information nach Schindler (2019:659)

Neben inhaltlichen, sprachlichen, numerischen und regulatorischen Hürden benennt Schindler (2019:659) auch den emotionalen Zustand der Rezipient(inn)en, der eine „Zugangsbarriere[] darstellen“ kann (ebd.)

Auch gut informierte Patient(inn)en haben „immer nur unvollständiges Wissen über den Arzt oder die Ärztin, die Indikation, die Therapie und ihre potenzielle Wirkung“ (Link 2019:85), was zu einer Asymmetrie zwischen den Beteiligten führe, die sich in der Gegenüberstellung von Expertenmacht auf der einen und grundsätzlichen Informations-, Kompetenz- und Handlungsdefiziten auf der anderen Seite, der der Patient(inn)en, zeigt (Link 2019:85; Busch 1994:39f.). Auch Klüber (2015) beschreibt eine Asymmetrie in der Experten-Laien-Kommunikation in Bezug auf das Aufklärungsgespräch zwischen Patient(inn)en und Ärzt(inn)en, die sowohl fachlich als auch institutionell sein kann. So sei auf Patientenseite die Hemmschwelle, eine(n), dazu noch angesehene(n), Experten/Expertin zu hinterfragen oder gar zeitlich aufzuhalten, sehr groß, während auf Arztseite die Erwartungshaltung vorherrscht, dass keine großen Nachfragen mehr erfolgen, die Patient(inn)en also nicht dispräferiert reagieren (ebd. 221). Auch die emotionale Involviertheit der Patient(inn)en beeinflusst den Erfolg von Experten-Laien-Kommunikation (Rink 2020:65): So können die nötigen Verarbeitungsressourcen beim Verstehen von Informationen durch Stress, Ablenkung oder Verwirrung beeinträchtigt werden, sowohl im mündlichen als auch im schriftlichen Informationsaustausch (ebd.; Houts et al. 2006:175).

Busch (2015:370) bezeichnet Medizindiskurse daher als „komplexe, vertikal strukturierte Wissensräume“. Mit Expert(inn)en müssen dabei nicht ausschließlich Ärzt(inn)e(n) gemeint sein, sondern alle Personen und Institutionen mit einer professionellen Verantwortung, die Gesundheitsinformationen erstellen und öffentlich verbreiten (Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015:6). Neben Ärztinnen und Ärzten sind dies folglich auch weitere *Health Professionals*, also Angehörige anderer Gesundheitsberufe, aber auch Institutionen und Organisationen (ebd.).

Lai(inn)en und Expert(inn)en bringen beide unterschiedliche Bezugssysteme und Wissensbestände zum jeweiligen Gegenstand mit (Bromme/Jucks/Rambow 2004), so auch in der Gesundheitskommunikation: Während die Expert(inn)en sich auf Belege aus wissenschaftlichen

Studien (zur evidenzbasierten Medizin s. Kap. 2.4; 2.6; IQWIG) und eigene Behandlungserfahrungen stützen, besitzen die Lai(inn)en vor allem Expertise darin, die eigenen Beschwerden wahrzunehmen und können diese im besten Fall auch beschreiben (zu Ansätzen der Gesundheitskompetenzforschung mit Fokus auf die Sicht von Patient(inn)en als Träger(innen) von Expertenwissen s. Harzheim et al. 2022). Auch die individuelle Krankheitsgeschichte der betroffenen Person zählt zu der Expertise des Laien/der Laiin (Bromme/Jucks 2014:245). Zudem haben auch die Lai(inn)en ggf. schon Vorwissen, selbst wenn dieses unter Umständen falsch oder lückenhaft ist, sowie eigene Theorien über die Beschwerden und das daran gekoppelte Krankheitsbild (vgl. Faltermaier 2005:35, 42f.). Man spricht dann von subjektiven Theorien oder auch Laientheorien, die wissenschaftlichen Theorien und dem Expertenwissen gegenüberstehen:

> „Es geht um den Gegensatz zwischen Alltag vs. Institution, um Laien- vs. Expertentum bzw. Subjektivität vs. Objektivität. Diese dichotomen Pole sind mit sehr unterschiedlichen Geltungsansprüchen verbunden, was dazu führt, dass Laienvorstellungen häufig keine Relevanz zugewiesen wird." (Birkner/Vlassenko 2015:137)

Laientheorien sind sehr änderungsresistent, dies bedeutet, dass falsche Annahmen auf Seite der Lai(in)en oftmals eher in die vorhandenen fehlerhaften Wissensstrukturen eingebettet werden, anstatt diese zu hinterfragen und zu ändern (Bromme/Jucks 2014:245). Falsche Wissensbestände aus den Laientheorien herauszufiltern ist sowohl für die Lai(in)en selbst als auch für Expert(inn)en ein schwieriges Unterfangen (ebd.). Messer/Murau (2022:479) stellen in ihrer Studie fest, dass Pflegefachpersonen geteilter Meinung über durch eigene Recherche erworbenes Wissen von Patient(inn)en sind: Einige sehen die umfängliche Vorinformation oder „eigene[n] Erkenntnisse aus dem Internet" (ebd.) der Patient(inn)en zuweilen skeptisch, andere begrüßten eine aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Gesundheitsfragen sowie vorhandenes Vorwissen der Patient(inn)en (ebd.).

Experten-Laien-Kommunikation ist erfolgreich, wenn eine der Problemlösung dienliche wechselseitige *Verständigung* sowie *Vertrauen* zwischen den beiden Kommunikations-partner(inne)n besteht (Bromme/Jucks 2014:239). Die Wechselseitigkeit bei Verständigung und Vertrauen ist *asymmetrisch*: Der Laie/die Laiin weiß gegebenenfalls gar nicht, was er oder sie nicht weiß, welche Informationen er oder sie nicht zur Verfügung hat. Daher kommt dem Experten/der Expertin eine größere Verantwortung dabei zu, die Diskrepanz zwischen seinem/ihrem Fachwissen und dem Alltagswissen des Laien/der Laiin zu erkennen (ebd.). Dies gilt gleichermaßen für mündliche und schriftliche Kommunikation: Auch in einem schriftlichen Informationstext muss der Sender/die Senderin des Textes bestenfalls antizipieren können, wie viel Vorwissen beim Empfänger/bei der Empfängerin bereits vorhanden ist, an das der vorliegende Text dann anknüpfen kann (zur Antizipation auf Expertenseite s. Bromme/Jucks 2014:242f.). Das Vorwissen bezieht sich auch auf die verwendete Fachsprache, die sich insbesondere in der Medizin durch einen großen Anteil an Fachterminologie auszeichnet, auf die ein Laie/eine Laiin keinen Zugriff hat (Riha 2001; vgl. Lippert 1978; Ylönen 2010). Dann ist das Bewusstsein der *Health Professionals* darüber essenziell, dass sie bei der Verwendung der Fachbegriffe, die ihnen selbst nur zu geläufig sind, die Patient(inn)en ohne Vereinfachung und/oder Erklärung ggf. überhaupt nicht aufklären können (zur Fach- und Fachsprachenbarriere Rink 2020; Kap. 3.2); hier sind frühestmögliche Kommunikationsschulungen in der medizinischen Ausbildung vonnöten (Bittner et al. 2015).

Den gemeinsamen Bezugsrahmen, also die Überschneidung des Vorwissens, der Einstellungen und Erfahrungen beider Kommunikationspartner(innen) in Bezug auf den Gegenstand, nennt man *Common Ground* (Bromme/Jucks/Rambow 2004:178f. in Anlehnung an Clark 1996). Dieser ist in einem hochspezialisierten Fachbereich, in dem die Wissensasymmetrie zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en sehr groß ist, zumeist sehr klein (Bromme/Jucks 2014:240). Der *Common Ground* als

gemeinsame Wissensbasis wird erzielt, indem die jeweiligen Bezugsrahmen mit dem vorhandenen Vorwissen durch Vergewisserungsroutinen so lange miteinander abgeglichen werden, bis die Kommunikationspartner(innen) eine gemeinsame Basis gefunden haben (Busch 2015:381). Dieser Prozess wird auch als *Grounding* bezeichnet (ebd.). Je mehr Zuwachs an Wissen auf beiden Seiten erfolgt, also z.B. das Wissen darüber, in welchen konkreten Beschwerden sich eine Erkrankung auf Patientenseite niederschlägt, oder in welches Krankheitsbild man die empfundenen Symptome einordnen kann (Diagnose), umso größer wird der gemeinsame Bezugsrahmen und umso wahrscheinlicher eine gelingende Kommunikation. Busch (2015) verweist darauf, dass Gesundheitsinformationen den *Common Ground* beeinflussen können: Hier ist die Quelle der Informationen von Bedeutung, da immer häufiger „Pseudo-Verwissenschaftlichung von Alltagswissensbeständen" (ebd. 382) erfolge und die Grundlage für die Kommunikation mit Expert(inn)en unter Umständen aus popularisierten oder fachfernen Laienwissenssystemen besteht, was den Prozess des *Groundings* erschweren kann (ebd.).

Insbesondere die Hochkonjunktur der digitalen Technologien, die sich unter dem Medium Internet sammeln, führe nach Busch (2015:372) dazu, dass sich bei medizinischen Lai(inn)en und Patient(inn)en hybride Medizin-Wissenssysteme mit eigenen Qualitätsansprüchen herausbildeten (ebd.). So fanden Seçkin et al. (2016) heraus, dass ein hohes Vertrauen in Online-Informationen nicht von faktisch geprüften Inhalten abhängt: Während die Überzeugung der Befragten, die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet einschätzen zu können, sowie das Vertrauen in die Online-Informationen sehr hoch waren, wurden gleichzeitig kaum Strategien zur Ermittlung des Qualitätsniveaus oder der Vertrauenswürdigkeit der Informationen angewendet (ebd. 14, 2). Hier setzt die Notwendigkeit einer stärkeren Qualitätssicherung digitalmedialer Gesundheitskommunikation an: Online-Angebote können nur dann dazu beitragen, die Wissenskluft zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en zu verkleinern und den *Common Ground* der Beteiligten zu vergrößern, wenn die von den Lai(inn)en rezipierten Informationen bzw. genutzten Angebote nicht nur gefährliches „Halbwissen" von anderen Lai(inn)en (z.B. aus Diskussionsforen) enthalten oder von kommerziellen oder anderweitigen (z.B. politischen) Interessen ausgehend verfasst wurden, also einen bestimmten Zweck erfüllen sollen, der über die möglichst objektive, faktisch zuverlässige und umfassende Information hinausgeht (zur Abgrenzung von Expert(inn)en und „Nicht-Experten" als Absender(innen) von Gesundheitsinformationen s. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015:6). Ebenso muss medizinisches Fachpersonal befähigt werden, Lai(inn)en bei der Informationssuche verlässlicher Online-Quellen zu unterstützen. Dies setzt jedoch voraus, dass medizinische Expert(inn)en selbst in der Lage sind, verlässliche Online-Informationen zu identifizieren. So stellen Messer et al. (2022) in ihrer Studie zum Beispiel heraus, dass Pflegefachpersonen „in Ermangelung von Kenntnissen geeigneter Informationsquellen für Patient*innen und Angehörige" (Messer/Murau 2022:479) keine spezifischen Internetseiten als Wissensquelle aufzeigen können. In Pflege- und Versorgungssituationen wird dann vor allem auf die behandelnden Ärzt(inn)e(n) verwiesen (ebd.).

Gesundheitsversorgung schließt den Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen ein (Mlinarić/Knöchelmann 2019:270). Die Möglichkeit, Krankheiten zu verhindern oder zu behandeln und die eigene Lebenserwartung zu steigern, hängt jedoch von verschiedenen Faktoren wie den zur Verfügung stehenden Ressourcen, körperlicher, psychischer und finanzieller Art, sowie den Lebensumständen der Betroffenen ab (vgl. ebd.). Wenn die sozialen Ungleichheiten zu gesundheitlichen Ungleichheiten werden, herrschen Unterschiede in der Gesundheit der betreffenden Personen allgemein, im Gesundheitszustand und in der Versorgung vor (ebd.). Sind der Zugang zu und das Wissen über Informationstechnologien in Bezug auf Gesundheitsinformationen für einige Personenkreise nicht gegeben, spricht man auch von einem *Digital Health Divide* (ebd.; zum *Digital Divide* s. Kap. 2.4). Digitale Ungleichheiten mit Gesundheitsbezug können sowohl bei der Online-Suche

von Gesundheitsinformationen als auch bzgl. der digitalen Gesundheitskompetenz allgemein eine Rolle spielen (ebd. 271).

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015) bezeichnet Gesundheitsinformationen als Sammelbegriff für Informationen über „das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf, Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung), Früherkennung, Diagnostik, Behandlung […], Pflege und Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung“ (ebd. 6). Dabei können Expert(inn)en individuell informieren, z.B. im persönlichen Patientengespräch oder aber über eine telefonische oder elektronische Beratung, oder sich an eine breite Zielgruppe richten (one-to-many, Misoch 2006:34[6]; Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015:6): Dies umfasst alle schriftlichen Informationen (gedruckt und in digitaler Form), aber zum Beispiel auch Audio- oder Videoformate, die sich an viele Personen gleichzeitig richten, sowie dynamische Internetformate wie zum Beispiel interaktive Entscheidungshilfen (vgl. ebd.). Jedoch können sich Informationsangebote in ihrer Qualität stark unterscheiden (Koch 2017:57). Bei unvollständigen oder falschen Informationen sind negative Effekte oder dem Gesundheitszustand unzuträgliches Gesundheitsverhalten der Rezipient(inn)en in der Folge nicht nur möglich, sondern ggfs. sehr wahrscheinlich (vgl. Feldwisch-Drentrup/Kuhrt 2019:12). Insbesondere im Internet zeigt sich häufig das Problem, dass verlässliche Informationen nicht zwangsläufig auch gut sichtbar sind (vgl. Koch 2017:57f.; zur erschwerten Auffindbarkeit von Informationen s. Maaß 2020:29ff.; Rink 2020). Vor allem die Fülle an möglichen Quellen im Internet führt selbst affine Nutzer(innen) manches Mal nicht zu dem gewünschten Suchergebnis (Kolpatzik et al. 2020:16; zum Umgang mit digitalen Gesundheitskommunikationsangeboten s. Kap. 2.4 und 2.6).

Feldwisch-Drentrup/Kuhrt (2019:12) definieren „schlechte“ und „gefährliche“ Gesundheitsinformationen wie folgt:

> „Eine „schlechte“ Gesundheitsinformation informiert inkorrekt, einseitig, verkürzt oder unsachlich.
>
> Eine Gesundheitsinformation kann dann als „gefährlich“ angesehen werden, wenn sie vermutlich ein Verhalten auslösen wird, das einen erheblichen körperlichen, seelischen oder finanziellen Schaden und/oder einen Vertrauensverlust in die wissenschaftsbasierte Medizin hervorruft.“

Bestrebungen, Nutzer(innen) im kompetenten Umgang mit (der fachexternen Medizinkommunikation zugehörigen (Weinreich 2015, s.u.)) Gesundheitsinformationen zu empowern, werden z.B. durch evidenzbasierte Informationsseiten wie „gesundheitsinformation.de“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2021), das 2020 gestartete Nationale Gesundheitsportal, dessen Unzulässigkeit aufgrund der Verletzung „der Staatsferne der Presse“ (Deutsches Ärzteblatt 2024) 2023 zunächst gerichtlich beschlossen wurde (s. Kap. 2.5), Medizin Transparent von Cochrane Österreich oder DISCERN umgesetzt: Das online frei zugängliche DISCERN-Instrument ermöglicht eine Bewertung gedruckter, aber auch digitaler Patienteninformationen zur Ermittlung der Qualität und damit der Verlässlichkeit der gefundenen Informationen (DISCERN 2005: *Hintergrund*; vgl. Charnock et al. 1999). In Anlehnung an DISCERN (u.a.) formulierten Kerschner/Harlfinger (2018) für ‚medizin-transparent.at‘ eine Checkliste mit formalen und inhaltlichen Kriterien, die Rezipient(inn)en dabei helfen soll, die Vertrauenswürdigkeit von

[6] Der virtuelle many-to-many-Austausch (Misoch 2006:34) über Chats und Foren, in denen User(innen) zwischen Empfänger- und Senderrolle von Gesundheitsinformationen springen können, wird von der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* ausgenommen, da hier „die Grenze zwischen persönlichem Erfahrungsbericht und Gesundheitsinformation im engeren Sinne verschwimmen“ könne (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2015:6).

Gesundheitsinformationen im Netz einzuschätzen (vgl. ebd. Checkliste: „Wie erkenne ich vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen?“).

In Deutschland wurden im Mai 2021 vom Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) 6 Qualitätskriterien für verlässliche Gesundheitsportale veröffentlicht: Neben Angaben zu Autorenschaft, Ziel und Zweck sowie zu den verwendeten Quellen der Online-Informationen müssen verlässliche Gesundheitsportale ebenfalls die Aktualität der Informationen gewährleisten, die redaktionelle Unabhängigkeit bzw. Werbefreiheit sowie die Darlegung der Qualität der Inhalte (z.B. über Zertifizierungen wie den HONcode[7]) (DNGK 2021: *Verlässliches Gesundheitswissen*). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2021) stellt auf seiner Website „gesundheitsinformation.de“ konkret eine kurze Übersicht zur Frage „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Internet?“ für Nutzer(innen) zur Verfügung, die ebenfalls als PDF-Dokument heruntergeladen werden kann (ebd.).

Weinreich (2015:394) unterscheidet zwischen fachinterner (dazu zählt sie auch die interfachliche) und fachexterner Kommunikation. Das Wissen um Textsorten ist unabdingbar für das Verstehen und Verfassen von fachlichen Texten (ebd. 391). Aber auch das Wissen um die Zielgruppe ist dabei von höchster Relevanz: Das gleiche Thema wird, wie bereits erläutert wurde, für Fachkundige – ob in der mündlichen oder der schriftlichen Kommunikation – anders behandelt und dargestellt als für Lai(inn)en (ebd.; Bromme/Jucks 2014). Werden Lai(inn)en adressiert, handelt es sich um fachexterne Kommunikation (Weinreich 2015:399ff.). Sprachliches Handeln zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en, das auf Schriftlichkeit ausgelegt ist (Porila/Rosenberg 2018:91), schränkt den Austausch zwischen beiden ein, da keine (direkten) Gesprächssignale abgegeben werden können, die das Verstehen oder Nicht-Verstehen der erhaltenen Informationen beim Gegenüber anzeigen (Bromme/Jucks/Rambow 2004:184). Zudem können schriftliche Informationen eigene Barrieren bergen (Rink 2020:140). Der Grad der Fachlichkeit in schriftlichen Texten ist höher als in mündlichen Kontexten, da die schriftliche Form dem Anspruch von Wissenschaftlichkeit gerecht werden muss, der sich durch Intersubjektivität, Nachvollziehbarkeit, Überprüfbarkeit, Zitierfähigkeit und vor allem auch die rechtliche Absicherung auszeichnet (Weinreich 2015:392). Die schriftliche Kommunikationsform wie der Artikel in der Fachzeitschrift, Studienergebnisse oder Kongressberichte werden besonders im fachinternen Wissenstransfer gebraucht, um neue Erkenntnisse im Expertenkreis zu veröffentlichen (ebd.).

Textsorten in der schriftlichen fach*externen* Gesundheitskommunikation - Weinreich (2015:401) spricht von Medizinkommunikation - sind heute neben den klassischen Texten wie Beipackzetteln oder Aufklärungsbögen immer häufiger im Internet zu finden. Auf Gesundheitsportalen oder in Internetforen kann ein Austausch zwischen Lai(inn)en und Expert(inn)en, zwischen Patient(inn)en und Ärzt(inn)en oder anderen *Health Professionals* (z.B. Physiotherapeuten etc.), stattfinden (ebd.; Busch 2015:372f.). Das Ziel ist, „Informationen zu Krankheiten, Therapien und Vorsorge zu geben“ (Weinreich 2015:401). Eine individuelle Beratung ist dabei zeitlich und räumlich unabhängig möglich, es ist also eine sehr dynamische Kommunikationsform, innerhalb derer die Beteiligten auf den/die Kommunikationspartner(in) reagieren und eingehen können (Weinreich 2015:401). Demgegenüber stehen die Texte der Apothekenumschau, die in der hier vorliegenden Studie verwendet wurden (s. Kap. 6.2), die sich durch eine deskriptiv-informative Funktion und einen linearen Wissenstransfer auszeichnen (Weinreich 2015:401f.) und in ihrer statischen Präsentationsweise – unter der Voraussetzung des gesicherten Verstehens (vgl. Just/Carpenter 1977) – zwar Aufklärung und Vorsorge

[7] Der HONcode ist ein „ethischer Standard, der qualitativ gute medizinische Informationen zum Ziel hat“ (DNGK 2021: *HON Information*). Die Qualitätskriterien für medizinische und gesundheitsbezogene Informationen im Internet der unabhängigen *Health on the Net Foundation* (HON) reichen von Sachverständigkeit über Datenschutz und Quellenangaben bis zur Werbepolitik (vgl. HON 2021).

bieten können, aber dennoch keine direkten Rückfragen und deren Klärung zulassen. Sie zählen somit nach Reifegerste/Baumann (2018:49) zu den eher einseitigen Kommunikationsformaten (*Health Content*), die Angeboten zum wechselseitigen Interagieren (wie Chats oder sozialen Netzwerken, *Health Communities*) sowie Angeboten für die Herstellung des direkten Kontakts zwischen Leistungserbringer und Patient(inn)en gegenüberstehen (*Health Provision*, ebd.; Rossmann 2010:342). Die Texte der Apothekenumschau sollen als Informationstexte (Brinker 2010:126) ihre Funktion erfüllen, die Rezipient(inn)en zu informieren, sind medial sowie konzeptionell schriftlich (ausführlich dazu Koch/Oesterreicher 1985:17;23) – auch wenn eine Verständlichkeitsoptimierung verschiedenen Grades (ES, LS) stattgefunden hat.

Die Relevanz von medizinischer Experten-Laien-Kommunikation, die bei erfolgreichem Informationsaustausch Gesundheitskompetenz schaffen bzw. befördern soll (Kap. 2.1), fasst Weinreich (2015) wie folgt zusammen: Die Informiertheit und das Interesse des Patienten/ der Patientin verändern die Haltung in der Kommunikation mit dem Experten/ der Expertin und haben Auswirkung auf den zunehmend dialogisch orientierten Wissenstransfer (Weinreich 2015:401; vgl. Bromme/Jucks/Rambow 2004:185). Liegt nun bei den Lai(inn)en eine niedrige Gesundheitskompetenz vor, bedeute dies nach Vogt (2017:12f.) nicht nur das Fehlen persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, sondern spiegele auch eine zu hohe Komplexität von Information oder auch potenzielle Kommunikationsprobleme mit Gesundheitsprofessionen oder aber nutzerunfreundliche Systembedingungen wider (ebd.; Parker/Ratzan 2010:28). Unter Berücksichtigung dieses Aspekts wird, wie bereits erwähnt, im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018) explizit die Verwendung von Einfacher Sprache als Mittel zur Verständnissicherung benannt (Schaeffer et al. 2018:43). Scharrer et al. (2012) zeigen auf, dass Proband(inn)en Informationen aus für sie verständlichen wissenschaftlichen Texten sogar als glaubwürdiger beurteilen als Informationen aus terminologisch dichten und schwierigen Texten, obwohl es sich in beiden Textvarianten um wissenschaftliche Ergebnisse zu sehr komplexen Sachverhalten handelt (ebd.). Eine nähere Betrachtung möglicher Kommunikationsbarrieren und davon, wie verständliche Kommunikation bzw. eine erfolgreiche Rezeption im Kontext fachexterner Kommunikation verläuft, folgt in Kapitel 3.

Die Verbreitung von Gesundheitsinformationen orientiert sich nach Rossmann et al. (2018:19) an der jeweiligen Medialität der Kommunikationswege und lässt sich anhand verschiedener Dimensionen (Reichweite, Zielgruppenspezifität, Informationstiefe, Glaubwürdigkeit und Themensetzungs-potenzial) näher beschreiben.

Laut Busch (2015:372) haben Internet und Web 2.0 die printmedialen Informationsquellen wie Fachbücher, allgemeine Gesundheitsbücher, Enzyklopädien oder Broschüren überflügelt und integriert. Daher gehören digitalmediale Angebote mittlerweile für breite Bevölkerungskreise zu den wichtigsten Informationsmedien, wenn es etwa um krankheitsbezogene Fragen geht (ebd.; vgl. Reifegerste/Baumann 2018:45). Busch (2015:372f.) unterscheidet fünf Gruppen digitalmedialer Angebote: Gesundheitsportale, die sowohl Informationen als auch die Möglichkeit zu interagieren bereitstellen (z.B. per Chatfunktion), Communities für den interaktiven Austausch ohne Medizininformationen, medizinische Fachseiten zum reinen Informieren, Homepages von Praxen und Kliniken, die direkten Kontakt (rezeptiv oder interaktiv) zwischen Arztpraxis bzw. Klinik und Patient(inn)en herstellen sowie Netzwerke in sozialen Medien und Health Apps (ebd.).

„Wie sich Interessierte oder Betroffene über Gesundheitsthemen informieren und welche Quellen sie konkret nutzen, hängt von ihren soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen wie auch von ihrem Gesundheitszustand und -bewusstsein ab“ (Link 2017:3; Baumann/Czerwinski 2015:57). So

seien typische Nutzer(innen) eher jung (18–49 Jahre alt), besser gebildet und gehörten einer höheren sozialen Schicht an (Link 2017:3f.; vgl. Fox/Duggan 2013; Baumann/Czerwinski 2015).

Die Fülle an digitalen Gesundheitsinformationen führte 2006 zu einer neuen Betrachtung des Konzepts Gesundheitskompetenz: Nutzer(innen) müssen sich zunehmend vor allem im Bereich digitaler Angebote auskennen[8], woraus sich die wissenschaftliche Betrachtung der sogenannten eHealth Literacy, im deutschen Forschungskontext auch als digitale Gesundheitskompetenz bezeichnet (Bittlingmayer et al. 2020; vgl. Baumann 2020), ergab. Diese soll im folgenden Kapitel näher beleuchtet werden.

2.4 Vom Suchen und Finden relevanter (Online-)Gesundheitsinformationen: Gesundheitsinformationsverhalten

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinformationsverhalten zielen beide auf den Umgang mit Gesundheitsinformationen ab, gehören jedoch unterschiedlichen Disziplinen an: Das Gesundheitsinformationsverhalten ist Gegenstand der Gesundheitskommunikation, während das Konstrukt der Gesundheitskompetenz der Public Health zugehörig ist (s. Kap. 2.1). Beide werden selten gemeinsam betrachtet, obwohl es Überschneidungspunkte gibt (vgl. Link/Baumann 2022:2). Eine Zusammenführung wagen Link/Baumann (2022:10), die die Facetten von Gesundheitskompetenz (Suchen, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen) als Determinanten des (digitalen) Informationshandelns skizzieren: Da gesundheitsbezogene Informationskompetenzen der Gesundheitskompetenz inhärent seien, müssten beide Konstrukte stärker miteinander verwoben werden (ebd. 2).

Das Gesundheitsinformationsverhalten ist ein komplexer Prozess, der von verschiedenen Faktoren wie persönlichen, soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen (wie der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsbewusstsein) oder situativen Faktoren (wie dem aktuellen Gesundheitszustand und Emotionen) beeinflusst wird (Rossmann et al. 2018:6, 13f.).

Zum Informationshandeln zählen die Aktivitäten des Suchens, Tolerierens, Ignorierens, Vermeidens, Bereitstellens, Abschätzens, Bewertens und Interpretierens von Informationen (Link/Baumann 2022:2; Brashers et al. 2000). In der vorliegenden Arbeit wird hinsichtlich der Verschränkung von Informationshandeln aus gesundheitskommunikativer Sicht und der Gesundheitskompetenz aus der Public Health vor allem der Aspekt der Gesundheitsinformationssuche betrachtet, der auch innerhalb der Interviews erfasst wurde.

Nach Zimmerman/Shaw (2020) beschreibt die Informationssuche ein aktives und zielgerichtetes Handeln einer Person, das darin besteht, Gesundheitsinformationen mittels ausgewählter Informationskanäle und ausgewählter Informationsquellen zu suchen (Link/Baumann 2022:2). Link/Baumann (2022:10) verweisen weiterhin darauf, dass die wahrgenommene Kompetenz, über einen bestimmten Kanal relevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anwenden zu können, noch keine hinreichende Voraussetzung für die Zuwendung zu einer Quelle sei. Was hier als Zuwendung zu einer Quelle bezeichnet wird, wird in der Analyse und Zusammenführung der Ergebnisse der vorliegenden Studie (s. Kap. 7) als *Bereitschaft* zur Nutzung einer Quelle bzw. eines Mediums, über das eine Quelle angeboten wird, auf Seiten der Rezipient(inn)en benannt und als

[8] Dass oftmals sogar bei Nutzergruppen Medien- und Informationskompetenzen in Bezug auf internetbezogene Angebote vorausgesetzt werden, die diese nachweislich (s. Mediennutzungsstudien u. Statistiken) aus verschiedenen Gründen (kein Medienzugang, keine Kompetenz im Umgang, Medienpräferenzen) gar nicht aufweisen, wurde zu Beginn des Jahres 2021 schmerzlich bewusst, als die Koordination der Corona-Impftermine für Menschen über 80 Jahren neben einem einfachen Schreiben vom Amt und einer überlasteten Hotline ausschließlich über digitale Kanäle abgewickelt wurde.

essentieller Faktor im Informationsverhalten (Gesundheitskommunikation), vor allem aber als entscheidend vor dem Auffinden von Gesundheitsinformationen gesetzt (Finden von Gesundheitsinformationen als Facette der Gesundheitskompetenz in der Public Health (vgl. Sørensen et al. 2012) und als erste Stufe im Gesamtverstehensprozess im Modell der Hildesheimer Treppe (Übersetzungswissenschaft) (vgl. Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2024:236; s. Kap. 3).

Das ursprünglich im Kontext von Krebserkrankungen entwickelte *Comprehensive Model of Information Seeking* (Johnson/Meischke 1993) besteht aus drei Kategorien mit mehreren Unterpunkten (vgl. Reifegerste/Baumann 2018:48): Unter die erste Kategorie, die *gesundheitsbezogenen Faktoren*, fallen demografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, sozialer Status und Bildung, die direkte Erfahrung mit einem Gesundheitsthema, das Bedrohungspotenzial (die Salienz) des Themas sowie die Überzeugungen der suchenden Person bzgl. einer Krankheit. Hier spielen Überzeugungen dazu eine Rolle, was die betreffende Person darüber annimmt, welche Auswirkungen eine Krankheit hat und wieviel man selbst gegen diese tun könnte; sie betreffen damit den Bereich der Selbstwirksamkeit (vgl. Johnson/Meischke 1993). In der zweiten Kategorie stehen sich die *Eigenschaften des Informationsträgers* gegenüber, die einerseits Merkmale des Informationsträgers wie dessen Glaubwürdigkeit oder die Qualität der Informationen beinhaltet, und andererseits die wahrgenommene Nützlichkeit des Informationsträgers (Reifegerste/Baumann 2018:48). Aus den gesundheitsbezogenen Faktoren und den Merkmalen des Informationsträgers ergibt sich die dritte Kategorie, das tatsächliche *Gesundheitsinformationsverhalten*, das aus den Handlungen der suchenden Person besteht (Reifegerste/Baumann 2018:48; Johnson/Meischke 1993).

Gleichwohl das Internet eine immer größere Rolle als Informationsquelle einnimmt, werden häufig auch interpersonale Quellen (medizinische Fachleute, aber auch Familie oder Bekannte) und mediale (kostenlose Zeitschriften und Broschüren) in Kombination genutzt (Baumann/Czerwinski 2015:63; Reifegerste/Baumann 2018:46; Link/Baumann 2022:9).

Die Informationssuche zu gesundheitlichen Fragen funktioniert aber vor allem über das Medium Internet schnell und direkt; es erlaubt eine „anonyme, interaktive, individualisierte sowie zeit- und ortsunabhängige Nutzung“ (Reifegerste/Baumann 2018:45). Dreiviertel der Internetuser(innen) informieren sich online zu Gesundheitsthemen (Devine et al. 2016), bei der Online-Befragung von Baumann und Link (2020) in Deutschland geben konkret knapp 35 Prozent der „Gesundheits-Onliner“ an, häufig bis sehr häufig nach Krankheitssymptomen und -ursachen zu suchen (Link/Baumann 2020:684). Neben Symptomen und Ursachen von Krankheiten werden zumindest gelegentlich auch Informationen über Wirkstoffe und Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Medikamenten gesucht, was das zweithäufigste Thema von gesundheitsbezogenen Informationen darstellt (ebd.). Weiterhin interessieren sich die Online-Nutzer(innen) noch für Informationen zu einer gesunden Lebensweise, Fitness und Wellness, gefolgt von der Suche nach Ärzt(inn)en, Therapeut(inn)en oder Krankenhäusern (ebd.). Wird der eigene Gesundheitszustand als positiv wahrgenommen, wird das Internet seltener zur Suche von Gesundheitsinformationen genutzt (ebd. 685).

Baumann und Link (2020:681f.) unterscheiden bei den bisher als relevant identifizierten Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Informationssuche zwischen personenbezogenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Bildungsgrad sowie dem Gesundheitszustand als „situativer Auslöser von Informationsbedürfnissen“ (ebd. 682) und motivationalen Einflussfaktoren. Gerade in Bezug auf die personenbezogenen Merkmale sei zu nennen, dass das Internet vor allem eine Quelle für besonders stark an Gesundheitsthemen interessierte Personen (sog. Hochinvolvierte) und chronisch Erkrankte darstelle (ebd.).

Zu den motivationalen Faktoren zählen Baumann und Link (2020:682) internetbezogene Informationskompetenzen, wie sie oben beschrieben wurden, da die Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet durch das große Angebot an Informationen und der „schwankenden Qualität" (ebd.) als besonders voraussetzungsreich eingeordnet werden könne. Die gleiche Herausforderung stelle sich bei Gesundheits-Apps (ebd.). Ein weiterer motivationaler Faktor neben den internetbezogenen Informationskompetenzen ist das gesundheitsbezogene Informationsinteresse als Bestandteil des generellen Gesundheitsbewusstseins einer Person (ebd.): „Es beschreibt, wie hoch der Wunsch nach Gesundheitsinformationen und daraus resultierendem Wissen über die eigene Gesundheit ist. Zudem beeinflusst es, wie stark Informationsbedürfnisse ausgeprägt sind und wie viel in die Informationssuche investiert wird" (Link/Baumann 2020:682). Somit macht ein ausgeprägtes Interesse die Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Informationen wahrscheinlicher, beeinflusst die Anzahl der genutzten Informationskanäle sowie die Vielfalt der gesuchten Themen (ebd.). Auch die Einstellung gegenüber bestimmten Informationsquellen, also ob Rezipient(inn)en eine Quelle hinsichtlich ihrer Informationsbedürfnisse als nützlich ansehen, kann Einfluss auf die gesundheitsbezogene Informationssuche nehmen (ebd.). Dabei steht vor allem die Frage nach der Qualität von Gesundheitsinformationen und das damit verbundene Vertrauen (oder eben auch Misstrauen) in die Quellen im Fokus, das insbesondere im Internet aus den bereits genannten Gründen teilweise nur schwer gefasst werden kann (Seçkin et al. 2016; vgl. Reifegerste/Baumann 2018:53). Für die Nutzer(innen) ist bei der Suche der Gesundheitsinformationen im Internet vor allem ausschlaggebend, ob diese als zutreffend angesehen und als relevant für die eigene Situation bewertet werden können (Link/Baumann 2020:682; Link 2019). Auch für die Veränderung von Einstellungen und Verhalten von Personen ist ausschlaggebend, als wie relevant Informationen und Maßnahmen in der eigenen Lebenswelt erscheinen (Reifegerste 2014:173).

> „Mit Blick auf die motivationalen Einflüsse erweisen sich ein stärkeres Informationsinteresse […], eine höhere Ausprägung der internetbezogenen Informationskompetenzen […] und ein höheres Vertrauen in das Internet […] als relevante Faktoren, die mit einer häufigeren Nutzung einhergehen" (Link/Baumann 2020:685f.).

Auch Rossmann et al. (2018:6) betonen, dass Gesundheitsinformationen vor allem nach ihrer Nützlichkeit für das eigene Anliegen und nach ihrer Glaubwürdigkeit beurteilt werden. Dies zieht wiederum die Frage nach sich, woran diese „Glaubwürdigkeit" festgemacht wird. Al-Jefri et al. (2018:1) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Nutzer(innen) sich bei der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet vor allem praktische Informationen wie Beschreibungen der Symptome, Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung sowie mögliche Nebenwirkungen bei einer medikamentösen Behandlung wünschten, während ‚ethischere' Aspekte wie die Privatsphäre oder Werbeinteressen der Anbieter als eher unwichtiger von den Befragten eingestuft wurden (ebd.; Ergebnisse variierten in Abhängigkeit von Geschlecht, Sprache und ggf. vorhandenem medizinischen Vorwissen (vgl. ebd.)). Woher weiß ein Laie/eine Laiin aber nun, ob das, was er/sie liest, den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen der Forschung entspricht? Allein diese Problematik würde erfordern, sich aus mehreren und vertrauenswürdigen Quellen zu speisen (zur Problematik der Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen s. Paige et al. 2019:363; Link 2019; vgl. Link/Baumann 2020:682), sich nicht nur aufgrund des ersten Eindrucks einer Webseite und des gelungenen Designs anstelle der (evidenzbasierten, s.o.) Inhalte und Angaben zu den Verfasser(inne)n von deren Vertrauenswürdigkeit überzeugen zu lassen[9], folglich insgesamt eine sehr hohe *kritische*

[9] „Fortunately, there are a number of general guidelines for appraising the credibility and quality of ehealth information, including measures of content accuracy, the provision of disclosure statements, and the currency of information, which constitute ehealth literacy skills. Unfortunately, most users are more influenced by the design and appeal of a website when determining its trustworthiness" (Seçkin et al. 2016:2; vgl. Seçkin 2016).

Gesundheitskompetenz zu haben (Nutbeam 2000:264). Diese kann aber durch Angst oder Bequemlichkeit zurückgehalten oder eingedämmt werden (vgl. Baumann 2020; zur Vermeidung von Gesundheitsbotschaften s. Link 2021; vgl. Rossmann et al. 2018:15) bzw. die Überforderung durch einen „information overload" kann zu einem Zustand der Angst und Besorgnis bei den Nutzer(inne)n führen (Seçkin et al. 2016:2). In diesen Fällen stünde also eine Emotionsbarriere der Rezeption von Informationen entgegen (Lang 2021; s. Kap. 3.2). Angst, die durch Furchtappelle der Medien bedingt ist, kann allerdings auch erst der Auslöser für neu entfachtes Interesse an Medizin- und Gesundheitsthemen und der Beschäftigung damit sein (Busch 2015:372): Das Laienrezeptionsmuster ist dann durch die Frage „Was bedeutet das für mich und die Meinen?" geprägt (ebd.).

Petty/Cacioppo (1986) konnten in ihrer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Verarbeitung einer persuasiven Botschaft und den Merkmalen derselben sowie den Merkmalen des Empfängers/der Empfängerin (z.B. Motivation und Stimmung) zeigen, dass die Empfänger(innen) persönlich relevanten Informationen mehr Aufmerksamkeit widmen, diese tiefer verarbeiten und somit auch besser behalten (ebd.; vgl. Lange/Schwarzer 2014:141). Dies unterstreicht die Bedeutung von Motivation und Emotion bei der Verarbeitung von Informationen, die – werden diese von den betreffenden Barrieren behindert (zur Motivations- und Emotionsbarriere s. Lang 2021) – sich negativ auf die Rezeption auswirken können (Maaß 2020:24). Diese und weitere Barrieretypen werden in Kapitel 3.2 ausführlich behandelt.

Eine Befragung von Menschen zwischen 40 und 79 Jahren zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten ergab, dass das Gesundheitsinformations*interesse* mit zunehmendem Alter und stark mit zunehmendem Gesundheitsbewusstsein ansteigt (Schimmelpfennig et al. 2017). Auch Rossmann et al. (2018:14) bestätigen in ihrer Übersicht zur Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen, dass „Gesundheit" für Menschen schon ab 50 Jahren das interessanteste Thema ist. Die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen ist also mit starkem Gesundheitsbewusstsein und höherem Alter (70 bis 79 Jahre) verbunden (Schimmelpfennig et al. 2017). Dabei ziehen ältere Menschen eine Vielzahl gesundheitsbezogener Informationsquellen heran (ebd.). Stehr et al. (2021:42f.) zeigen, dass Menschen ab 65 Jahren vor allem auf interpersonale Quellen wie medizinisches Personal, die Familie und den Freundeskreis sowie Apothekenzeitschriften und andere klassische Medienquellen wie die Tageszeitung oder das Fernsehen zurückgreifen, um sich zu informieren. Das Internet gewinnt aufgrund des schnellen und wenig aufwändigen Suchprozesses nach Informationen jeglicher Art und der weltweit voranschreitenden Digitalisierung immer mehr an Bedeutung (Schaeffer/Gille 2022:152; Reifegerste/Baumann 2018:45). Für ältere Menschen hat es jedoch bislang einen eher geringen Stellenwert als Informationsquelle für Gesundheitsthemen (Stehr et al. 2021:43).

In der sozioemotionalen Selektivitätstheorie (Carstensen 1991) wird davon ausgegangen, dass das Wissen älterer Menschen über die beschränkte verbleibende Lebenszeit zu spezifischen Wahrnehmungs– und Verhaltensmustern führt (Reinhardt 2021:41; Carstensen et al. 1999). Während sich jüngere Menschen mit einer ausgedehnten Zeitwahrnehmung eher auf Ziele der Wissensaneignung fokussierten, stünde für ältere Menschen die Emotionsregulation im Vordergrund (Reinhardt 2021:41). Dies führt dazu, dass diese „verstärkt die positiven Aspekte des Lebens in den Vordergrund rücken und negative Emotionen vermeiden" (ebd. 42; Carstensen et al. 1999). Die Wahrnehmungsverzerrung zum Positiven, der *Positivity Bias* (Kennedy et al. 2004), betrifft auch die Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen: So beschäftigen sich ältere Menschen kürzer mit negativen Gesundheitsinformationen, erinnern diese auch weniger als positiv aufbereitete Informationen zu Gesundheitsthemen und ziehen letztere den negativen Informationen vor (Reinhardt 2021:45). Für die Erstellung von Gesundheitsinformationen ist dies insbesondere relevant, da man über die Betonung von Vorteilen und positiven Aspekten eines bestimmten Gesundheitsverhaltens in

Gesundheitsinformationstexten ältere Menschen nachhaltiger erreichen und deren Gesundheitsverhalten in die gewünschte Richtung eher anstoßen könnte (ebd. 46). Die zugewandte Tonalität in verständlichkeitsoptimierten Texten könnte dahingehend im Vergleich zu einem standardsprachlichen als positiver wahrgenommen werden und ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Gesundheitsinformationssuche reduzieren (zum Zusammenhang von Vermeidungsverhalten und Emotionsbarriere s. Kap. 4.1).

Gleichwohl das Gesundheitsinformationsverhalten nicht im Fokus dieser Studie steht, ist deutlich geworden, dass es eng mit der Gesundheitskompetenz verknüpft ist: Wie Link/ Baumann (2022:2) herausstellen, sind gesundheitsbezogene Informationskompetenzen der Gesundheitskompetenz inhärent. Somit ist die Betrachtung von Gesundheitskompetenz immer auch mit Kompetenzen und Fähigkeiten verbunden, die das Individuum mitbringt oder erlernt (Kap. 2.1). Nachfolgend soll insbesondere der Umgang mit gesundheitsbezogenen Online-Informationen beleuchtet werden.

2.5 E-Health-Literacy

Durch die voranschreitende Digitalisierung steigen auch die Zahl und Vielfalt an gesundheitsrelevanten Online-Informationen sowie damit auch die Anforderungen an den Umgang mit ihnen (Schaeffer/Gille 2022:152), ergo der Gesundheitskompetenz (s. Kap. 2.1). Was ist nun aber mit E-Health-Literacy, auf Deutsch meist als *digitale Gesundheitskompetenz* zu finden (u.a. Samerski/Müller 2019:49), genau gemeint?

Norman und Skinner (2006a) beschreiben digitale Gesundheitskompetenz als Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um ein gesundheitliches Problem zu lösen (ebd. 2).

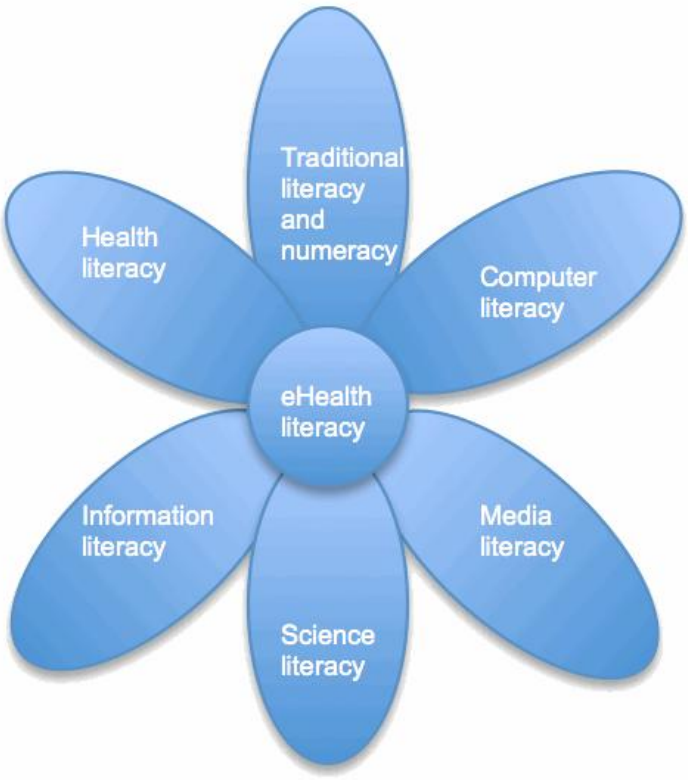


Abbildung 4: Das Lilienmodell von Norman/Skinner (2006a)

Norman/Skinner (2006b) entwickeln anhand ihres Modells die „eHealth Literacy Scale“, kurz eHEALS, mit der die digitale Gesundheitskompetenz gemessen werden kann. Sie betonen jedoch, dass es sich dabei um eine Selbsteinschätzung der Fähigkeiten und Kenntnisse handelt, die nicht mit tatsächlichen Tests z.B. der *Computer Literacy* anhand eines Geräts erfolgt oder die grundsätzliche Lesekompetenz (Teil der *Traditional Literacy* bei Norman/Skinner (2006a)) anhand von Vorleseübungen misst (Norman/Skinner 2006b:5). Trotzdem sei der eHEALS als „standard assessment tool“ zur Messung von digitaler Gesundheitskompetenz geeignet:

> „Assessing consumers' comfort in using eHealth allows for the identification of skill gaps and can better assist those with low comfort levels in taking advantage of the potential benefits that eHealth can afford. Doing so may foster development of tools that can meet these needs and aid in creating appropriate strategies for bridging the digital divide in consumer health care quality. Only by increasing the understanding of the disparities between available eHealth tools and consumers' abilities to use them can the necessary steps towards eliminating them be taken.“ (ebd.)

Gilstad (2014:67) bemängelt an dem Modell, dass kulturelle, kontextuelle und kommunikative Kompetenzen nicht miteinbezogen würden.

> „An eHealth solution is not developed in a social vacuum, but has to be adapted to the user's health information needs in the contextual and cultural context. The information must be understandable and considered relevant by the actual users in their everyday lives“ (Gilstad 2014:68).

Die Kommunikationskompetenz von *eHealth Literates* müsse stark ausgeprägt sein und spiele bei allen Schritten in einer Kommunikationshandlung, ob als passiver Empfänger, als aktiver Gesprächspartner oder Leser(in) von Informationen eine Rolle:

> „Communication with healthcare professionals, be that verbally on the phone, in face-to-face encounters or written texts, is fundamental for creating trust and human relationships, for exchanging information about symptoms, previous health conditions, treatments, services, handling of medications and for following up the prescribed treatment regimes. To be an eHealth literate is consequently to be an actively communicating and assessing citizen.“ (Gilstad 2014:68)

Gilstad (2014) erweitert das Modell also um die kulturelle, kontextuelle und kommunikative Kompetenz und definiert das Konzept auf Grundlage ihrer Ausführungen wie folgt:

> „eHealth literacy is the ability to identify and define a health problem, to communicate, seek, understand, appraise and apply eHealth information and welfare technologies in the cultural, social and situational frame and to use the knowledge critically in order to solve the health problem.“ (ebd. 69)

Sie adressiert bereits die Medienpräferenzen der Nutzer(innen), die mit den Technologien zurechtkommen, Inhalte verstehen können und die Medien nutzen wollen müssen: „[…] the content must be presented in media types and in formats that people can relate to and make sense of, be that linguistically or content wise“ (Gilstad 2014:70). Der Kontakt mit den Zielgruppen muss über deren bevorzugte Kommunikationswege (Medienkanäle, -produkte und -formate) erfolgen, um diese überhaupt zu erreichen (Reifegerste 2014:174). Für die erfolgreiche Nutzung spiele auch das Vertrauen eine Rolle (ebd. 71; Link/Baumann 2020:685f.; Konopik 2019:58).

Griebel et al. (2018:433) definieren in Anlehnung an verschiedene Autor(inn)en das Konzept wie folgt:

> „eHealth literacy includes a dynamic and context-specific set of individual and social factors as well as technology constraints (such as the fit of a system to a user) in the use of digital technologies to search, acquire, comprehend, appraise, communicate, apply and create health information in all contexts of healthcare with the goal of maintaining or improving the quality of life throughout the lifespan” (Griebel et al. 2018:433).

Zentral für die digitale Gesundheitskompetenz ist also die Medienkompetenz. Nach Baacke (1996, auch 1999) nimmt die Technik- und Medienkompetenz vier Aspekte in den Blick: Zum ersten das Wissen

über Technologien und Medien sowie die Fähigkeit, diese bedienen zu können, zum zweiten die Breite und das Ausmaß der Medien- und Techniknutzung, zum dritten die Fähigkeit, Technologien und Medien gemäß eigener Wünsche zu gestalten bzw. kreativ zu nutzen, zum vierten den kritischen Umgang mit Medien und Technologien, der das Erkennen von Risiken, aber auch von Chancen beinhaltet (ebd. 1996; vgl. Schramek/Stiel 2020:5). Dieser letzte Aspekt erinnert an die Medien- und Computerkompetenzen, die von Norman und Skinner (2006a) benannt werden, die mit der kritischen Gesundheitskompetenz in Bezug auf Medien bzw. Medieninhalte (Nutbeam 2000, 2008) einhergeht oder vielmehr einhergehen sollte (Samerski/Müller 2019:49). Baackes Definition sehr ähnlich formulieren Trepte et al. (2021:240f.) Medienkompetenz (*Media Literacy*) als „Fähigkeit, Medien kritisch, selbstbestimmt und verantwortlich nutzen, verstehen, bewerten und gestalten zu können". Dabei wird sie als Kontinuum verstanden und variiert folglich zwischen den Polen hoher und niedriger Medienkompetenz (ebd.; vgl. Baacke 1999; Groeben 2004). Dass Medien- und Technikkompetenzen nicht nur vom Individuum allein erworben werden können, sondern weitere äußere Faktoren hier eine Rolle spielen, steht außer Frage (zum *Digital-Divide*-Ansatz s.u.).

In der Definition von Samerski/Müller (2019:49) werden die individuellen und systemischen Fähigkeiten und Anforderungen zusammengeführt:

> „*Digitale Gesundheitskompetenz* ist die Fähigkeit, digitale Technologien selbstbestimmt zu nutzen zum Zweck der Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit.
> Sie versetzt **Patient*innen bzw. Nutzer*innen** in die Lage, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, gesundheitsrelevante persönliche Daten bei Bedarf zu schützen oder freizugeben, Funktionsweisen, Ergebnisse und Folgen von digitalen Gesundheitsanwendungen einzuschätzen, Vor- und Nachteile abzuwägen und entsprechend zu handeln (Samerski/Müller 2019:49, Hervorhebungen im Original).

Sie benennen auch die Befähigung von Organisationen durch digitale Gesundheitskompetenz, eine transparente *Digital Policy* öffentlich zu machen, eine hohe Informationsqualität und Datensicherheit zu garantieren und die Digitale Gesundheitskompetenz von Patient*innen bzw. Versicherten gezielt zu berücksichtigen und zu fördern (im Sinne einer Corporate Digital Responsibility) (ebd.). Die Digitale Gesundheitskompetenz entstehe durch die Interaktion von individuellen Fähigkeiten und sozio-technologischen Rahmenbedingungen und schließe sowohl bei Personen als auch bei Organisationen das Bewusstsein über die ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen ein und befähige sie dazu, den digitalen Wandel gesundheitsförderlich zu gestalten (ebd.).

Samerski/Müller (2019) beziehen damit auch explizit Aspekte des Datenschutzes bzw. des reflektierten Umgangs mit den eigenen Daten im Rahmen von digitalen Gesundheitsangeboten ein, der auch von Kolpatzik et al. (2020:6) explizit als Kompetenz genannt wird. Weiterhin wird in letztgenannter Definition auch die „Such- und Findekompetenz" (ebd.) im Sinne der Navigationskompetenz[10] im Umgang mit internetbezogenen Kommunikationsangeboten genannt. Gerade nicht-lineare Hypertexte bieten viel Raum zur Desorientierung auf Webseiten (zur Besonderheit des Hypertexts s. Kap 3.2): In der AOK-Studie von Kolpatzik et al. (2020) gaben über ein Viertel der Befragten an, dass sie häufig oder manchmal im Internet oder auf Webseiten den Überblick verlieren, wo sie sich gerade befinden; über die Hälfte der Befragten gab an, dass sie häufig oder manchmal beim Anklicken einer Verlinkung Ergebnisse erhalten, die sie nicht erwartet haben (ebd. 16). Diese Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund gewonnen, dass es sich bei den Befragten um bereits relativ kompetente

[10] Im Gegensatz dazu meint die Navigationale Gesundheitskompetenz in der Folgestudie des ersten Health Literacy Surveys in Deutschland der Universität Bielefeld die Orientierung im Gesundheitssystem (HLS-GER 2, Schaeffer et al. 2021).

Internetnutzer(innen) gehandelt haben muss, da es sich um eine rein online durchgeführte Befragung handelte (ebd.).

Samerski und Müller (2019:49) betonen die Bedeutung der Interaktion von individuellen Fähigkeiten und sozio-technologischen Rahmenbedingungen, die sowohl bei Personen als auch bei Organisationen das Bewusstsein über die ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen miteinschließe und sie dazu befähige, den digitalen Wandel gesundheitsförderlich zu gestalten (ebd.; vgl. Nutbeam 2000:261). Zu den sozio-technologischen Rahmenbedingungen muss insbesondere zur Zielgruppe Senior(inn)en angemerkt werden, dass eine Geräteausstattung bzw. ein Internetzugang je nach Lebensumständen nicht immer gegeben ist oder sein kann (Kap. 2.2; 2.6). Hier wäre die mangelhafte Ausstattung in Senioren- und Pflegeheimen zu nennen, die „eklatante Lücken in der Verfügbarkeit von digitaler Basisinfrastruktur“ aufweise (BMFSFJ 2020:38). Wenn keine Internet- und/oder Geräteausstattung in Einrichtungen vorhanden ist, kann keine Mediennutzung und damit auch keine Teilhabe der betreffenden Nutzer(innen) stattfinden.

Ein Modell, das in Zusammenarbeit von Expert(inn)en und Lai(inn)en entstanden ist, ist das von Norgaard und Kolleg(inn)en (2015), das ebenso wie die genannten moderneren Definitionen von Griebel et al. (2018) und Samerski/Müller (2019) die Verschränkung der individuellen Fähigkeiten mit den äußeren (systemischen, gesellschaftlichen) Bedingungen betonen.

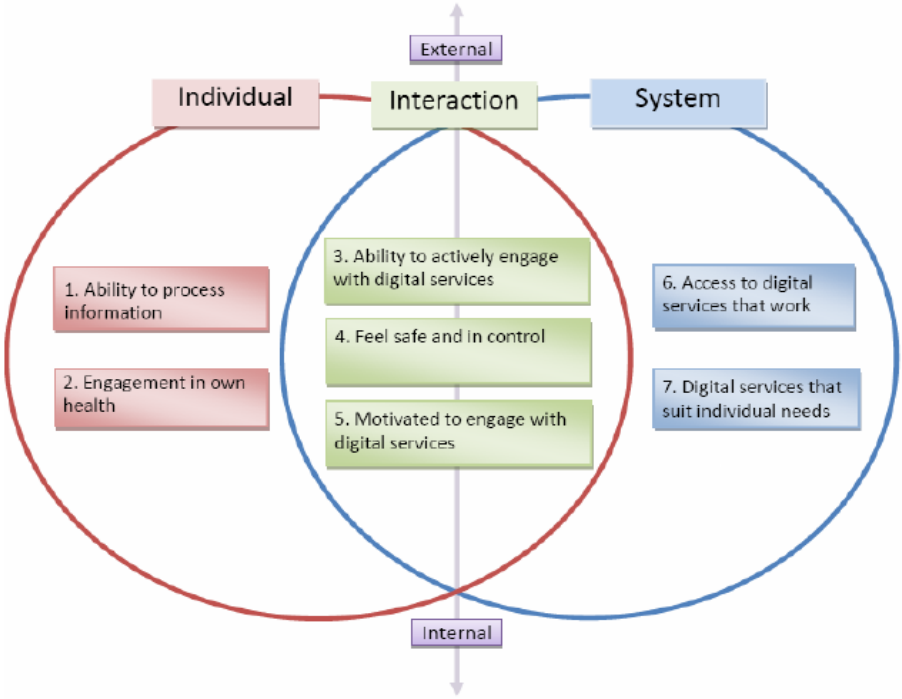


Abbildung 5: eHealth Literacy Framework nach Norgaard et al. 2015:534

Das Framework zur *eHealth Literacy* von Norgaard et al. (2015) beschreibt digitale Gesundheitskompetenz nicht nur als Fähigkeiten und Ressourcen eines Individuums, sondern auch als kontextabhängiges, im Gesundheitssystem verankertes Konstrukt (ebd.).

In Deutschland ist die digitale Gesundheitskompetenz bereits gesetzlich verankert: So sieht nach § 20k des Sozialgesetzbuches fünf (SGB V) die Krankenkasse „Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten vor“ (§ 20k SGB V, Satz 1). Die genannten Leistungen sollen dazu

dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln (ebd.). Hier wird also explizit eine Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz benannt, die durch das Versorgungssystem ermöglicht werden soll. Die Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz war 2017 ein wichtiges politisches Signal dafür, dass auf politischer Ebene Verantwortung für die aktive Verbesserung der Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung übernommen wird (BMG 2017: *Allianz für Gesundheitskompetenz*). Dies markierte den Beginn für die Umsetzung des Vorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit, ein Nationales Gesundheitsportal zu erarbeiten, das vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen vorhalten können sollte (ebd.). Hierfür wurde das fachlich unabhängige wissenschaftliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt (IQWiG o.J.: *Auftraggeber und Finanzierung*). Das Nationale Gesundheitsportal ging im September 2020 online und wurde aufgrund der Staatsnähe folgenreich hinterfragt: Im Februar 2024 verwies das Oberlandesgericht Köln das Verfahren an das Verwaltungsgericht Köln (MVfP 2024; Deutsches Ärzteblatt 2024), um die Zulässigkeit des „staatlich finanzierte[n] und unmittelbar vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte[n]“ Nationalen Gesundheitsportals erneut zu verhandeln (MVfP 2024).

Das Internet steht im Zentrum digitaler Gesundheitskommunikationsangebote. Mit seinem Durchbruch Mitte der 1990er Jahre zeigte sich, dass dessen Ausbreitung sozial gesehen ungleichmäßig erfolgte (Bonfadelli 2019:351): Nutzer(inn)en mit höherer Bildung oder höherem Sozialstatus eigneten sich das Internet früher an als solche mit niedriger Bildung und niedrigem Sozialstatus (ebd.). Es konnten auch Alters- und Genderklüfte festgestellt werden: So eigneten sich jüngere Nutzer(inn)en sowie Männer den Umgang mit dem Internet früher an als Frauen oder ältere Nutzer(inn)en (vgl. van Dijk 2013; Bonfadelli 2019:351). Zum einen könne allein die Zugangsmöglichkeit zum Medium Internet die Entstehung von Wissensklüften begünstigen (zum *Digital Divide* s. Kap. 2.6); zum anderen spielten auch die vorhandenen Kompetenzen im Umgang mit dem Medium Internet sowie die Funktionsorientierung bei der Nutzung, also ob Informationen oder Unterhaltung genutzt werden, eine Rolle, wenn es darum geht, Informationen aufzunehmen und Wissen aufzubauen (Bonfadelli 2019:351). Es bleibt zu erforschen, ob das Internet das Potenzial zur Verringerung von Wissensklüften hat (ebd.; Cacciatore et al. 2012).

In der Wissenskluft-Hypothese wird formuliert, dass der Informationsstand bzw. der Informationsfluss sozial heterogen erfolgt, was wiederum bereits bestehende Wissensklüfte zwischen verschiedenen sozialen Gruppen tendenziell verstärkt (Bonfadelli 2019:348). Bildung ist bei der Mediennutzung und für den Wissensaufbau von Bedeutung, weshalb auch in der vorliegenden Studie der Bildungsstand der Befragten erhoben wurde (Kap. 6; 7): Printmedien sind informationsreich und werden mit steigender Bildung auch stärker genutzt (Bonfadelli 2019:349; Jenssen 2012), während z.B. das Fernsehen eine wissensausgleichende Wirkung hat (ebd.). Massenmedien, die zur Informiertheit aller führen sollen, werden in der Wissenskluft-Hypothese folglich zum „Trendverstärker sozialer Ungleichheit“ (Bonfadelli 2019:348f.). Dies bedeutet allerdings nicht, dass statusniedrige bzw. bildungsferne Gruppen uninformiert bleiben; vielmehr bleibe das Wissen in vielen Fällen oberflächlich und es bestünden bildungsspezifische Unterschiede speziell beim Hintergrundwissen (ebd. 349). Tichenor et al. (1970) identifizieren verschiedene bildungsspezifische Faktoren als Ursachen für das Entstehen und die Verstärkung von Wissensklüften im Zeitverlauf, nämlich unter anderem, dass das in der Schule erworbene *Vorwissen* bei höher gebildeten Menschen umfassender sei, was wiederum die Informationsaufnahme erleichtere und die Motivation zur Informationsaufnahme erhöhe. Diesen Aspekt findet man im Modell von Maaß (2024; Maaß/Rink 2019) auf der Stufe des Verknüpfens durch die Rezipient(inn)en bzw. der Verknüpfungsfähigkeit eines Textes (s. Kap. 3.2). Inwiefern der Bildungsstand der Befragten in der vorliegenden Studie Erkenntnisse bzgl. ihrer Einschätzung zu den

betrachteten Texten und der eigenen gesundheitsbezogenen Mediennutzung zulässt, wird in der Auswertung (Kap. 7) behandelt.

2.6 Digitale Gesundheitskompetenz und digitales Gesundheitsinformationsverhalten von Menschen im erhöhten Lebensalter

Sowohl in Deutschland als auch auf globaler Ebene zeichnet sich eine klare demografische Entwicklung ab (Reinhardt 2021:31): Bis zum Jahr 2050 wird jeder fünfte Mensch über 60 Jahre alt sein (ebd. 33; United Nations 2017:2). Fortschritte in der medizinischen Versorgung, Hygiene, Ernährung, Wohnsituation und verbesserte Arbeitsbedingungen sowie der gestiegene materielle Wohlstand begründen einen extremen Anstieg der Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung und in ganz Europa (Reinhardt 2021:32f.; United Nations 2017:5). Diese „Verschiebung der Altersstruktur" (Stehr et al. 2021:37) wird mit Blick auf die prozentualen Anteile deutlich erkennbar: Während der Bevölkerungsanteil der ab 67-Jährigen im Jahr 2018 noch bei 19 Prozent lag, wird nach Stehr et al. (2021:37) im Jahr 2060 ein Anteil dieser Altersgruppe von 24 bis 30 Prozent erwartet. Dieser demografische Wandel macht nach Reinhardt (2021:33f.) „nicht zuletzt aus gesundheitskommunikativer und -politischer Sicht die große Relevanz von Personen ab 60 Jahren deutlich".

Dass die Lage angesichts des demografischen Wandels und seiner Folgen dramatisch ist, zeigt sich auch in Prognosen des Statistischen Bundesamts: Da bis zum Jahr 2040 der Anteil der über 65-Jähren von im Jahr 2021 18 Millionen Menschen auf 23 Millionen und der Anteil der über 80-Jährigen von 5,7 auf 8,8 Millionen im Jahr 2060 ansteigen wird, sind erhebliche Belastungen auf die Sozialsysteme erwartbar (Statistisches Bundesamt 2021: *Bevölkerungspyramide*).

> „Durch die Alterung der Bevölkerung wird auch eine starke Zunahme von altersbedingten und chronischen Krankheiten in Deutschland prognostiziert, die zu einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung führt […]. Für ältere Menschen spielt es daher eine zentrale Rolle, die Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu bewältigen und erforderliche gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen […]" (Stehr et al. 2021:37).

Mit der Alterung der Gesellschaft erhöht sich nicht nur der geriatrische Behandlungsbedarf (BAGSO 2021:414), sondern auch der Bedarf an funktionalen Gesundheitsinformationen für ältere Menschen mit und ohne Beeinträchtigung (Maaß 2020: 191ff.).

Das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen als Basis für Gesundheitskompetenz (vgl. Sørensen et al. 2012) verlagert sich in der Zeit der Digitalisierung immer mehr auf das Internet (Reifegerste/Baumann 2018:45).

> „Trotz der vielfältigen Möglichkeiten, die digitale Medien bieten, kann die Menge der verfügbaren Informationen und die Heterogenität der Qualität der Angebote es selbst interessierten und kompetenten Nutzern mitunter schwer machen, die richtigen Informationen zu finden und kritisch zu bewerten" (Reifegerste/Baumann 2018:53).

Aufgrund der Fülle an Informationen und des schnellen Zugriffs darauf wird das Internet häufig als effizient bewertet (Rossmann et al. 2018:6). Dies trifft jedoch nicht auf alle Nutzergruppen gleichermaßen zu. Häufig sind gerade die Zielgruppen schwer erreichbar, die aus Sicht der Gesundheitsförderung besonders bedürftig erscheinen (Reifegerste 2014:170; vgl. Kruse 2017). Dies bezeichnet Reifegerste (2014:170) als „Präventionsdilemma" der Gesundheitskommunikation. Der Faktor Alter ist mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die Gesundheitskompetenz verknüpft (Schaeffer et al. 2016; 2021). Das Lebensalter ist ausschlaggebend, wenn es um gesundheitsbezogene Internetnutzung geht: Sowohl für das Internet als auch für gesundheitsbezogene Apps ist ein höheres Alter mit einer geringeren relativen Wahrscheinlichkeit der Nutzung verbunden (Link/Baumann 2020:686; vgl. Rossmann et al. 2018:13; Link 2017:4), während eine höhere Bildung, die Therapie

körperlicher Beschwerden ebenso wie ein besserer subjektiver Gesundheitszustand, ein höheres Informationsinteresse und eine höhere Informationskompetenz mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Nutzung einer Gesundheits-App und gesundheitsbezogenen Online-Informationen einhergehen (Link/Baumann 2020:685f.).

Der Digital Index 2020/2021 (Initiative D21 2020) zeigt, dass die Internetnutzung nach Altersgruppen im Zeitverlauf der letzten 20 Jahre zwar angestiegen ist, dass die Gruppe der über 70-Jährigen jedoch stark hinter anderen Altersgruppen zurückfällt. Bereits in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen nutzen 15 Prozent der Menschen in Deutschland das Internet nicht, bei den über 70-Jährigen ist es fast die Hälfte, die offline ist (ebd. 12). Hatten ältere Menschen bereits im Berufsleben mit dem Internet zu tun, ist es wahrscheinlicher, dass sie sich auch in der Nachberufsphase damit beschäftigen: „[W]er sich im Laufe seines Berufslebens überwiegend selbstgesteuert neues Wissen und neue Kompetenzen aneignet, wird dies im fortgeschrittenen Alter (meist) so fortsetzen“ (Schramek/Stiel 2020:37; Initiative D21 2020 (Digital Index 2020/2021)). Die Erfahrung mit dem Medium sowie der Wohnort bzw. die Wohnumgebung sind also Faktoren, die die Internetnutzung bei älteren Menschen beeinflussen (ebd.; Stiel 2021:312; Doh 2020:31f.).

Weiterhin spielt der Faktor Geschlecht eine Rolle bei der Internetnutzung: Während die Nutzung bei den vorangehenden Altersgruppen relativ ausgeglichen ist, zeichnet sich bereits in den Jahren zwischen 60 und 69 ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ab (Doh 2020:26). Doh (2020:13) spricht geschlechterübergreifend von innovationsdistanten Personengruppen bei Menschen ab 65 Jahren, im Gegensatz zu innovationsaffinen unter 65 Jahren. In der Altersgruppe ab 70 Jahren wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern noch deutlicher, in der Altersgruppe ab 80 Jahren nutzen mehr als über doppelt so viele Männer wie Frauen das Internet (ebd. 26f.). Grund für diese Ausprägung könnte die eher klassische Rollenverteilung in den älteren Jahrgängen sein, bei denen die Männer bereits beruflich häufig schon mit dem Internet in Berührung gekommen sind (vgl. Schramek/Stiel 2020:26). Es ist zu vermuten, dass diese ungleiche Verteilung nach Geschlecht sich in den kommenden Generationen nicht mehr in diesem Ausmaß finden lassen wird, jedoch gilt es nach Stiel (2021:317) zum jetzigen Zeitpunkt, „ausgleichend vor allem die älteren Frauen [zu] adressieren“, wenn es um digitale Technologien und den Umgang damit geht. Die digitale Kluft bestehe nicht nur zwischen jungen und alten Menschen, sondern sei vor allem auch innerhalb der älteren Bevölkerung zu finden (Stiel 2019:8): Der klassische Onliner im erhöhten Lebensalter ist über 60 Jahre alt, ein Mann, wohnt im Westen Deutschlands, hat eine hohe Bildung und ein hohes Einkommen und lebt nicht allein (ebd.; Doh 2020:31f.). Dahingegen ist die klassische Offlinerin eine hochaltrige Frau, die im Osten wohnt, niedriges Einkommen und geringere formale Bildung hat und allein lebt (Stiel 2019:8; Doh 2020:31f.). Die Merkmale Geschlecht, Bildung und Einkommen, Wohnort und -situation sind neben dem Alter also entscheidend, wenn es um digitale Teilhabe geht: Damit gehen die diesbezüglich entscheidenden Merkmale mit jenen der sozialen Teilhabe Hand in Hand (BMFSFJ 2020:63; Stiel 2019:8; vgl. Stiel 2021:317; Seifert/Schelling 2016; Doh 2020): Die digitale Kluft wird verschärft durch soziale Ungleichheit (BMFSFJ 2020:63).

Somit müssen insbesondere Menschen mit den genannten Merkmalen in den Blick von Interventionen oder Kampagnen digitaler Teilhabe genommen werden, da diese digital gesehen unterdurchschnittlich versorgt sind. Nach dem Digital Index 2020/2021 (Initiative D21 2020) sind bezüglich der Geräte in den Altersgruppen ab 80 Jahren insbesondere einfache Mobiltelefone, die nicht internetfähig sind, in der Nutzung vorne, während Smartphones, Tablets, Computer oder Laptops geringe Nutzungszahlen bei Menschen im erhöhten Lebensalter verzeichnen. Laut Statistischem Bundesamt (2024) spielen Online-Aktivitäten wie die Nutzung sozialer Netzwerke oder Online-Banking am wenigsten bis weniger eine Rolle als die Nutzung von E-Mails, die Suche nach Gesundheitsinformationen sowie die Suche nach Informationen zu Waren oder Dienstleistungen in der Gruppe der über 65-Jährigen. Ein Grund für die

Nichtnutzung des Internets älterer Menschen ist die fehlende Nutzenwahrnehmung (Schramek/Stiel 2020:16): Was die Menschen nie genutzt haben, werden sie auch nicht im Alltag missen. Hier bedarf es laut Schramek/Stiel (2020:16f.) eine an den Bedarfen der Menschen orientierte Technik sowie eine lebensweltorientierte Aufklärung über den Nutzen, den das Internet im Alltag der Menschen haben könnte. Ein weiterer Grund für die Nichtnutzung bei älteren Menschen kann die (wahrgenommene) Komplexität der Geräte, verbunden mit den Zweifeln an der eigenen Lernfähigkeit und dem Aufwand, die Nutzung zu erlernen, sein (ebd. 16, 23). Die Frage ist, ob sich Menschen im erhöhten Lebensalter noch auf das Erlernen dieser neuen Medientechnologie einlassen möchten bzw. nach eigenem Empfinden einlassen müssen. Dass ältere Menschen sehr wohl noch in der Lage sind, Neues zu erlernen, wurde in der gerontologischen Forschung immer wieder betont (BMFSFJ 2020:58; Lindenberger 2014; Lindenberger/Staudinger 2018:317). Hier bedarf es nach Schramek/Stiel (2020) einer partizipativen Technikentwicklung sowie Maßnahmen, die den Lernaufwand älterer Menschen reduzieren (vgl. Stiel 2021:295). Als weiteren Grund für die Nichtnutzung des Internets älterer Menschen nennen Schramek und Stiel (2020:16) Vorbehalte gegen den Datenschutz bzw. die Datensicherheit und unerwünschte Folgen, die aus der Nutzung entstehen könnten: Bei älteren Nutzergruppen sind vor allem Ängste wie das unabsichtliche Abschließen von Abonnements, die ungewollte Freigabe der eigenen Daten etc. vorhanden; hier braucht es zum einen den Verbraucherschutz, der einen sicheren rechtlichen Rahmen für die Nutzer(innen) absteckt, zum anderen bedarf es der Vermittlung realistischer Vorstellungen von Risiken, die mit der Nutzung verbunden sein können (ebd. 17f.). Bei dieser Vermittlung sind Multiplikator(innen) – gleich ob aus dem näheren oder weiteren Umfeld – von Bedeutung, die den Weg zur digitalen Teilhabe ebnen oder versperren können.

Medienkompetenzerwerb bei Menschen im höheren und hohen Lebensalter findet entweder selbstgesteuert auf individueller Ebene, zusammen mit anderen auf der Beziehungsebene (z.B. in der Familie oder im Freundeskreis) oder über Institutionen, z.B. über spezielle Lernkurse oder Projekte statt (Schramek/Stiel 2020; Stiel 2021). Gerade für die Zielgruppe der Senior(inn)en zeigen sich zwei Probleme bei der Suche und Rezeption von Gesundheitsinformationen über das Internet: Zum einen erfordert die Fülle an Informationen sowohl eine hohe Medien- und Informations- als auch eine hohe kritische Gesundheitskompetenz, zum anderen stellt sich das Problem, dass die Suchenden (wie auch andere Nutzergruppen) in den meisten Fällen Lai(inn)en sind, die nie sicher sein können, ob die gelesenen Informationen fachlich korrekt und für ihre Situation passend sind (zur Entwicklung von Qualitätsstandards von Webseiten der Gesundheitsinformation s. Devine et al. 2016; vgl. Koch 2017:57; Schaeffer et al. 2021; vgl. Nützel 2020). Seçkin et al. (2016:14) konnten in ihrer Studie ein sehr geringes Bewusstsein der Befragten „about the questionable trustworthiness and credibility of information found on the Internet“ feststellen. In den Gesundheitswissenschaften spricht man davon, dass hochwertige Informationen *evidenzbasiert* sein müssen (vgl. Kap. 2.2):

> „Gemeint ist damit eine medizinische Versorgung, die sich nicht allein auf Meinungen und Übereinkünfte stützt, sondern auf Belege ("Evidenz"). Diese Belege sollen mit möglichst objektiven wissenschaftlichen Methoden erhoben worden sein und verlässliche Ergebnisse liefern. […] In der Praxis heißt das, Ärztinnen und Ärzte verlassen sich nicht allein auf individuelle praktische Erfahrungen, sondern beziehen auch die Ergebnisse der aktuellen wissenschaftlichen Forschung in ihre Therapie-Empfehlungen mit ein.“ (IQWiG (o.J.): EbM)

Eine quantitative Studie von Print- und Onlineartikeln in Österreich mit expliziten gesundheitsbezogenen Aussagen zeigte 2015, dass von 61% der Beiträge, die ihre Aussagen als evident bezeichneten oder dies suggerierten, nur 3% wirklich evidente Aussagen beinhalteten (vgl. Kerschner et al. 2015; vgl. Braun 2017). Nur 11% aller untersuchten Artikel beinhalteten wissenschaftlich gesicherte Aussagen (vgl. Kerschner et al. 2015). Sowohl in Boulevard- (64%) als auch in Fachmedien (52,4%) waren die Beiträge „in irgendeiner Weise verzerrt – häufig bei denselben Themen“ (Braun

2017:55; vgl. Kerschner et al. 2015). Somit wäre es mit dem Zugang zu evidenzbasierten Informationen für ein breiteres Publikum allein nicht getan, sondern es müsste auch eine Veränderung in der massenmedialen Berichterstattung (Braun 2017:55) geben, sodass es bei der Nutzung von Massenmedien für die Gesundheitsinformationssuche von Patient(inn)en nicht zu „kognitiven Dissonanzen mit unkalkulierbaren und oft unerwünschten Folgen" (ebd.) komme.

Ältere Menschen sehen sich bei dem Umgang mit Gesundheitsinformationen insgesamt also vor erhebliche Herausforderungen gestellt und können „die Rolle des aktiven Nutzers" (Vogt 2017:32) und die damit verknüpften Anforderungen an sie nicht ohne Weiteres bewältigen (ebd.). Sie verfügen in deutlich geringerem Maße als andere Zielgruppen über das nötige „set of skills and knowledge that are essential for productive interactions with technology-based health tools" (Chan/Kaufman 2011:2), denn das Suchverhalten im Internet ist nach Rossmann et al. (2018:15) nicht nur von den Zielen der Suche abhängig, sondern ebenso von den Erfahrungen mit dem Medium sowie von den kognitiven Fähigkeiten der Suchenden (vgl. Czaja et al. 2006; Rossmann et al. 2018). Auch Schulz/Nakamoto (2013) betonen, dass die Wünsche, Erwartungen und Einschränkungen der Nutzenden im Umgang mit dem Internet zu beachten sind; hier spielen nicht nur das Vorwissen und die Fähigkeiten der Nutzer(innen) eine Rolle, sondern ebenfalls die Vermittlungsrolle von *Health Professionals*, die Nutzenden bei der Interpretation der Online-Informationen zu unterstützen (ebd.).

Sind die Nutzungskompetenzen im Internet bei bestimmten Zielgruppen wie älteren Menschen nicht hoch genug oder liegen einfach andere Medienpräferenzen vor, werden diese bei reinen Online-Angeboten von der Nutzung ausgeschlossen (*second digital divide*, Hargittai/Hsieh 2013:134ff.; vgl. Hargittai 2002; Rossmann/Karnowski 2014:27). So mögen sich Webseiten als Kommunikationsweg zur Informationsvermittlung und zum Wissensaufbau generell eignen (Rossmann et al. 2018:21), können aber durch ihre Beschaffenheit (Hypertext-Struktur, Gestaltung, Informationsaufbereitung, Usability etc., ebd.) einzelne Nutzer(innen) oder durch ihre Medialität selbst ganze Nutzergruppen abhängen (Medienkompetenz, -präferenz oder soziotechnologische Rahmenbedingungen, vgl. BMFSFJ 2020; zur Einbettung von multimedialen Inhalten auf Webseiten der Gesundheitsinformation s. Paige et al. 2019:369). Eine mögliche Lösung, ältere Menschen oder auch weitere schwer erreichbare Zielgruppen zu erreichen, wäre die Verbreitung von Gesundheitsbotschaften über Multiplikator(inn)en (Reifegerste 2014:176): Interpersonale Kontaktpersonen können sowohl privat (Familie, Freunde etc.) als auch professionell (Ärzt(inn)e(n), Pflegepersonal etc.) Gesundheitsinformationen oder Maßnahmen an die Betroffenen vermitteln (ebd.). Sie haben häufigen und direkten Kontakt mit der Zielgruppe und können durch die persönliche Beziehung und das damit verbundene Vertrauen dafür sorgen, dass Gesundheitsbotschaften auch bei den betreffenden Personen ankommen (ebd. 177). Diese Art der Vermittlung birgt jedoch das Risiko, dass die Multiplikator(inn)en eigene Ziele verfolgen und in diesem Sinne nicht zielgruppenorientiert agieren (ebd.).

Die Lebensphase ‚Alter' ist nach Vogt (2017:31) durch hohe gesundheitliche Vulnerabilität geprägt:

> „Alte und vor allem hochaltrige Menschen sind […] in besonderem Maß auf gute Gesundheits- und Nutzerkompetenz angewiesen, um ihre gesundheitliche Situation stabil halten und zur Prävention des Eintritts oder aber der Verschlimmerung von chronischer Krankheit, Funktionsverlusten und Pflegebedürftigkeit beitragen zu können" (ebd. 31f.).

In der Folge bedarf es daher besonderer Strategien bei der Interventionsentwicklung zur Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz dieser Zielgruppe (ebd. 32), insbesondere mit Blick auf die besonderen Medienpräferenzen und -kompetenzen dieser Gruppe (Maaß 2020:33, 278). Die Relevanz der vorliegenden Studie zur Zielgruppe wird untermauert von Konopik (2019:63).

Menschen im erhöhten Lebensalter machen in Deutschland einen großen Teil der Bevölkerung aus, sie sind von „Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Übergewicht" (ebd.) genauso

betroffen wie der Rest der Bevölkerung, haben zudem aber auch mit altersbedingt auftretenden Verfallserkrankungen zu kämpfen (Stehr et al. 2021:43). Sie benötigen mehr Gesundheitsinformationen und Versorgung als andere Gruppen in der Bevölkerung, die auf sie zugeschnitten sein müssen (Rink 2020). Auch das „Wohlstandsland" Deutschland (Deutschlandfunk 2020: Covid-19) muss sich angesichts der großen Gruppe von Menschen ab 60 Jahren damit auseinandersetzen, welche Voraussetzungen vorhanden sein oder erst geschaffen werden müssen, damit diese sich eigenständig und souverän im Gesundheitssystem bewegen können (Dierks/Seidel 2017:298, 290).

> „Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So war circa ein Drittel (34 %) der schwerbehinderten Menschen 75 Jahre und älter. 44 % gehörten der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. Nur 2 % waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Mit nahezu 89 % wurde der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht, rund 3 % der Behinderungen waren angeboren beziehungsweise traten im ersten Lebensjahr auf. Nur knapp 1 % der Behinderungen war auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen […]." (Statistisches Bundesamt 2020)

Statistisch gesehen steigt also das Risiko für altersbedingt erworbene Formen von Behinderung ab 55 Jahren, man spricht von einer steigenden Vulnerabilität, einer erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen mit steigendem Lebensalter (Wurm et al. 2009:82). Das eigenständige Bewegen im Gesundheitssystem sowie der für die eigenen Bedarfe und Bedürfnisse angemessene Umgang mit Gesundheitsinformationen sind daher gerade für Menschen im höheren und erhöhten Lebensalter von höchster Relevanz (vgl. Rott/Jopp 2012; vgl. Vogt 2017). Es steht außer Frage, dass Lebensentwürfe und Lebenswege sehr unterschiedlich aussehen und verlaufen können, sodass die Gruppe von Menschen im höheren Lebensalter in sich sehr heterogen ist: Einige arbeiten noch über die Grenze des Rentenalters hinaus, manche gehen aufgrund ihrer individuellen Gesundheits- und Lebensumstände in Frührente, einige achten stark auf ihre Gesundheit und sind sehr aktiv, wieder andere eher nicht. In Anbetracht der Heterogenität der Gruppe der „Senior(inn)en", wie die Zielgruppe dieser Studie von Menschen ab 65 Jahren auch genannt wird, wird also davon ausgegangen, dass die Zielpersonen, ebenso wie alle älteren Menschen generell, keinesfalls weniger aktiv oder in irgendeiner Hinsicht weniger fähig sind als jüngere Personen. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass mit dem steigenden Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, (chronisch) zu erkranken und im schlimmsten Falle eine Behinderung davonzutragen (Statistisches Bundesamt 2020). Insbesondere Sinnesbeeinträchtigungen wie Seh- oder Hörschädigungen können dazu führen, dass die Kommunikation mit den Betroffenen erheblich erschwert wird (Vogt 2017:18; Speros 2009; zu Wahrnehmungsbarrieren bei Sinnesbeeinträchtigungen s. Kap. 3; Rink 2020). Auch eine altersbedingt auftretende Einschränkung der Motorik kann die Nutzung verschiedener Medien erschweren oder sogar einstellen, so etwa, wenn das Umblättern von Zeitungs- oder Buchseiten, das Bedienen der Tastatur oder der Maus am Computer zu schwierig wird und ggf. auch mit Schmerzen verbunden ist (zur Motorikbarriere s. Rink 2020). Auch die kognitive Leistung kann individuell (stark) abnehmen und eine höhere bzw. längere Verarbeitungszeit bei der Aufnahme von Informationen erfordern (BMFSFJ 2020:58; vgl. Saß et al. 2009). Gerade ältere Menschen hätten als „digitale Immigranten" oftmals mit größeren motorischen und psychosozialen Barrieren gegenüber Computertechnologien zu kämpfen (Mlinarić/Knöchelmann 2019:272; Nguyen et al. 2017). Es können also verschiedene Barrieren auftreten, die es bei der Kommunikation bzw. bei der Erstellung von Kommunikationsangeboten zu bedenken und umgehen oder auszugleichen gilt (Rink 2019; 2020; Maaß/Rink 2020a).

Mit Blick auf die Zielgruppe soll hier noch einmal die Herangehensweise im Health Literacy Survey 2 für Deutschland (HLS-GER 2) angeführt werden: Darin erfolgt keine gesonderte Definition von digitaler Gesundheitskompetenz (s. Kap. 2.3). Die Untersuchung geht lediglich davon aus, dass die meiste Information ohnehin schon nur oder zumindest zusätzlich auch in digitaler Form vorliege (vgl. Schaeffer et al. 2021:6). Darauf beziehen die Autor(inn)en dann auch die Untersuchung der „digitalen

Gesundheitskompetenz“ der Befragten. Problematisch ist dies, da das reine Vorliegen der Information in digitaler Form nicht bedeutet, dass auch die technischen Voraussetzungen, die Kompetenzen in der Nutzung der digitalen Angebote (Medien- und Informationskompetenz, zu „kanalspezifischen Fähigkeiten“ s. Link/Baumann 2022:10) oder die Motivation (Mediennutzungspräferenzen) vorliegen, dass diese auch genauso wie analoge Angebote genutzt werden können. Auch die wenig ausdifferenzierte Operationalisierung der Items, die die digitale Gesundheitskompetenz im HLS-GER 2 erfassen sollen, ist an dieser Stelle zu kritisieren, insbesondere, wenn man den Blick auf andere Studien oder Modelle zur Erfassung und Beschreibung der digitalen Gesundheitskompetenz richtet (vgl. Medienkompetenz im Lilienmodell; vgl. Norgaard et al. 2015). So erfragen van der Vaart/Drossaert (2017:8) u.a. operationale Kompetenzen (vgl. „Computerkompetenz“ im Lilienmodell) wie den Umgang mit der Maus oder der Tastatur, aber auch die Handhabung von anklickbaren Buttons oder Hyperlinks auf Internetseiten. Hier könnte vor allem auch eine Motorikbarriere in Form einer rezipientenseitigen motorischen Einschränkung, gleich, ob angeboren oder durch Unfall, Krankheit oder Alterungsprozesse erworben, die Nutzer(innen) vor unüberwindbare Hürden stellen (Rink 2020). Die acht Items zur Erfassung der digitalen Gesundheitskompetenz im HLS-GER 2 sind stark an jene angelehnt, die sich auf die allgemeine Gesundheitskompetenz beziehen (Schaeffer et al. 2021:69), und verwehren so einen differenzierten Blick auf den Untersuchungsgegenstand. Auch die Erweiterung um zwei Fragen zur Fähigkeit und Möglichkeit digitaler Kommunikation (s.u.) ist mit Blick auf das Messinstrument von van der Vaart und Drossaert (2017:8), an welches das Instrument des HLS-GER 2 zur Erfassung der digitalen Gesundheitskompetenz sich anlehnt (Schaeffer et al. 2021:11) und das 21 Items umfasst, relativ dürftig, gleichwohl dieser Bereich nur einen der Untersuchungsbereiche darstellt und somit auch aus Praktikabilitätsgründen in der Durchführung, vor allem auch hinsichtlich der Aufmerksamkeitsspanne der Befragten, nicht allzu lange dauern darf.

Trotzdem liefert der HLS-GER 2 wichtige Daten in Bezug auf einzelne Zielgruppen. Die in der vorliegenden Arbeit fokussierte Gruppe der Menschen im erhöhten Lebensalter zählt in der Folgestudie des Health Literacy Surveys für Deutschland immer noch, diesmal noch verstärkt, zu den Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz (problematisch und inadäquat). Insbesondere die digitale Gesundheitskompetenz, die hier als „Fähigkeiten, im Internet relevante Gesundheitsinformation zu suchen, zu finden, sie zu verstehen, deren Zuverlässigkeit zu beurteilen und sie umzusetzen“ (Schaeffer et al. 2021:68) betrachtet wird, ist bei dieser Gruppe sehr schwach ausgeprägt: 86% der Menschen ab 65 Jahren weisen eine problematische (7,3 %) oder inadäquate digitale Gesundheitskompetenz (78,7 %) auf (ebd.). Sie nehmen digitale Informationsmöglichkeiten am seltensten in Anspruch: So nutzen zwar knapp über 40 Prozent von ihnen Internetseiten zum Thema Gesundheit – dies ist jedoch auch die geringste Nutzung aller betrachteten Gruppen –, insgesamt jedoch werden gesundheitsbezogene Apps (6,4 %) oder digitale Interaktionen mit Gesundheitsprofessionen (7,2 %) nur sehr geringfügig von den über 65-Jährigen genutzt (Schaeffer et al. 2021:66).

Am schwersten fallen den Befragten die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der gefundenen digitalen Informationen und die Beurteilung darüber, ob hinter den Informationen kommerzielle Interessen stehen (ebd. 69).

Interessant sind vor allem auch die zwei Fragen zur digitalen Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden sowie zur Kommunikation in sozialen Medien bzw. Online-Foren, die zur Erfassung der digitalen Gesundheitskompetenz ergänzt wurden (ebd. 71). Neben der Frage, wie einfach oder schwierig es sei, auf einem digitalen Gerät eine schriftliche Nachricht an einen Gesundheitsdienstleistenden klar zu formulieren, wurde auch erfragt, wie einfach oder schwierig es falle, in sozialen Medien oder Online-Foren Meinungen, Gedanken oder Gefühle zu Gesundheitsthemen zum Ausdruck zu bringen (ebd.). Die Antworten zeigen, dass nicht nur ältere

Menschen, sondern „ein Großteil der Bevölkerung kaum Erfahrung mit diesen digitalen Praktiken hat“ (ebd.). 39,4 Prozent der Befragten gaben an, noch nie digitale Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden praktiziert zu haben oder das Internet nicht zu nutzen. Für 21,5 Prozent ist es (sehr) schwierig, eine gesundheitsbezogene schriftliche Nachricht auf einem digitalen Gerät an Gesundheitsdienstleistende klar zu formulieren. Sogar knapp die Hälfte der Befragten (46,9 %) gaben bei der Nutzung sozialer Medien bzw. Online-Foren an, dies noch nie gemacht zu haben oder das Internet nicht zu nutzen (ebd.).

In anderen Ländern wie z.B. Estland ist das digitale Gesundheitssystem bereits seit Jahren etabliert, dort werden gesundheitsbezogene Anliegen wie Arzt-Patienten- oder Beratungsgespräche inklusive elektronischer Patientenakten online abgewickelt (Samerski/Müller 2019:44f.). Aufgrund der sehr unterschiedlichen sozialen und politischen Voraussetzungen sowie der Überschaubarkeit können die estnischen Modalitäten eines komplett digitalisierten Systems nicht einfach auf Deutschland übertragen werden (ebd. 45). Jedoch ist in Hinblick auf die Umsetzung digitaler Versorgungsansätze ein Blick auf das „Musterland der Digitalisierung“ Estland (ebd. 44) womöglich hilfreich. In Deutschland müsste vor allem der Faktor „Vertrauen“ bezüglich der Datensicherheit in digitalen Kommunikationssettings untersucht werden, der ggf. mit einer Abwehrhaltung der (älteren) Patient(inn)en, diese digitalen Wege zu nutzen, in Verbindung stehen könnte (Schramek/Stiel 2020:16; Dierks 2021:383). Das Alter der Nutzenden ist mit Blick auf deren Verhältnis zu digitalen Technologien hoch relevant: Denn Menschen, die mit digitalen Technologien und Onlineinhalten aufgewachsen oder vertraut sind, sogenannte *Digital Natives*, gehen mit diesen auch unkritischer um als *Digital Immigrants* (Dierks 2021:383), zu denen ältere Menschen aufgrund der fehlenden Erfahrung mit denselben häufiger zählen als andere Altersgruppen (Stiehl 2021). Zentral für die Patient(inn)en wäre in einem digitalisierten Gesundheitssystem der Nutzen der digitalen Technologien, die ihnen zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung verhelfen könnten, ohne jedoch die Kontrolle über die eigenen Daten zu verlieren, also selbst entscheiden zu können, wer Einsicht zur eigenen Gesundheit bekommt und wer nicht (vgl. Samerski/Müller 2019:48). Van der Vaart/Drossaert (2017:8) erfassen in ihrem Fragenblock zum Schutz der Privatsphäre bei der Nutzung von digitalen Gesundheitskommunikationsangeboten diese mögliche Angst bzw. Unsicherheit im Rahmen der Fragen, als wie häufig die Nutzer(innen) es einschätzen, eigene oder andere personenbezogene Daten preiszugeben, ob absichtlich oder unabsichtlich, wenn sie in einem Online-Forum oder in sozialen Medien etwas posten, und wie schwierig sie beurteilen können, wer genau diese Posts dann liest (vgl. Schaeffer et al. 2021:71f.).

Wenngleich die Corona-Pandemie die Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten befördert und die Fähigkeiten der Bevölkerung zur digitalen Kommunikation über gesundheitliche Themen und damit die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt verbessert hat (ebd. 73), so ist die Gruppe der Menschen ab 65 Jahren davon abzugrenzen: Menschen im erhöhten Lebensalter sind in Bezug auf die Gesundheitskompetenz, vor allem die digitale, eine stark vulnerable Gruppe geblieben; bei ihnen hat die Fähigkeit (und Möglichkeit) zur digitalen Gesundheitskommunikation im Gegensatz zu den anderen Bevölkerungsgruppen auch während der Pandemie nicht zugenommen (vgl. ebd.). Hong/Cho (2017) konnten zeigen, dass die gesundheitsbezogene Informationssuche im Internet sich unter den verschiedenen Altersgruppen der älteren Menschen stark unterscheidet: Über 75-Jährige fallen hier stark gegenüber jüngeren Nutzer(inne)n ab (ebd.). So kann es nach Mlinarić/Knöchelmann (2019:272) sein, dass die Kompetenzen und Präferenzen von Generationen mit Geburtsjahren vor dem Zweiten Weltkrieg nur in beschränktem Maße bei den digitalen Technologien liegen.

Die 1970 formulierte und bereits erwähnte Wissenskluft-Hypothese zählt zu den wichtigsten Ansätzen der Medienwirkungsforschung und ist besonders in Hinblick auf bestehende Zugangsklüfte, des sogenannten *Digital Divide*, in der Nutzung digitaler Gesundheitsinformationsquellen relevant (Bonfadelli 2019:354, 353). Hiermit sind Zugangsklüfte sowohl bezüglich der „Verfügbarkeit der erforderlichen Hard- und Software" (Verständig et al. 2016:50), des Internetzugangs an sich, als auch bezüglich der Kompetenzen und Nutzungsweisen mit Blick auf bestehende soziale Ungleichheiten gemeint (ebd. 53, 50f.). Verständig et al. (2016:51) beschreiben, dass sowohl die Zugangsmöglichkeiten zum Internet als auch dessen Nutzung ungleich verteilt sind „und sich gerade auch sozial-strukturelle Ungleichheiten im Internet reproduzieren" (ebd.). Bestehende Ungleichheiten können folglich sowohl individuell (bezüglich Handlungsweisen und Präferenzen) als auch gesellschaftlich bzw. sozioökonomisch erklärt werden (vgl. Verständig et al. 2016:51). Hargittai/Hsieh (2013:135) verweisen darauf, dass eine erhöhte Internetnutzung in Relation mit einem gehobenen Bildungshintergrund und höherem Einkommen steht. Beziehen sich diese Ungleichheiten auf Informationstechnologien mit Gesundheitsbezug, spricht man auch vom *Digital Health Divide* (Mlinarić/Knöchelmann 2019:270f.). Einen Schritt weiter geht der Ansatz des *zero-level digital divide*, der sich auf infrastrukturell-technologische Spaltungen und daraus resultierende Ungleichheiten bezieht (Verständig et al. 2016:52). Nur über die individuelle sowie die gesellschaftliche Ebene homogen verteiltes Wissen über Gesundheit kann die Gesundheits*kompetenz* und gesundheitsorientiertes Verhalten in der Bevölkerung gleichmäßig fördern sowie dabei soziale Ungleichheiten einebnen und die Exklusion von vulnerablen Gruppen vermeiden (Bonfadelli 2019:355). „Das Alter ist ein deutlicher und aufgrund des Gegenstands einer technologischen Innovation gewissermaßen „natürlicher" Prädiktor eines Digital Health Divide" (Mlinarić/Knöchelmann 2019:272). Diese digitale Kluft lässt sich auch dadurch erklären, dass ältere Menschen „als „digitale Immigranten" größere motorische und psychosoziale Barrieren gegenüber Computertechnologien aufweisen" (ebd.; Nguyen et al. 2017; Dierks 2021:383). Über 75-jährige Menschen suchen verhältnismäßig viel weniger gesundheitsbezogene Informationen im Internet als jüngere Altersgruppen (50 bis 65 Jahre, Hong/Cho 2017). Damit in Zusammenhang steht die Verschränkung der Ungleichheitsdimensionen (Mlinarić/Knöchelmann 2019:272): Während jüngere Menschen häufig in urbanen Räumen und mit einem strukturell besseren Breitbandanschluss leben, haben ältere Menschen in ländlichen Räumen nicht zwangsläufig denselben Zugang zum Internet (ebd.; Rains 2008). Zudem reduziert ein niedriger sozioökonomischer Status sowie die Zugehörigkeit zu einer Minderheitengruppe verstärkt die Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet (Mlinarić/Knöchelmann 2019:272, vgl. Yoon et al. 2020). Somit wirkt sich der Faktor Alter sowohl auf die Gesundheitskompetenz als auch auf die Nutzung von Online-Informationen aus (vgl. Mlinarić/Knöchelmann 2019:272; vgl. Schaeffer et al. 2021). Daher wird die Wissenskluft-Perspektive an dieser Stelle miteinbezogen (s. Kap. 2.5). (Homogener) Wissensaufbau erfolgt durch verlässliche und verständliche Gesundheitsinformationen über verschiedenste Medienkanäle (vgl. Schaeffer et al. 2018:20; Maaß/Rink 2017, 2018).

Der Zugang zu Gesundheitsinformationen ist Teil der Gesundheitsversorgung (vgl. Mlinarić/Knöchelmann 2019:270). Erst wenn auf der medialen Ebene der Zugang z.B. zum Internet sowie auf der individuellen Ebene die Kompetenzen im Umgang mit dem Medium sowie mit den gefundenen Informationen und auch die gesundheitsbezogene Motivation vorhanden ist, kann eine erfolgreiche Nutzung – und damit auch eine Anschlusshandlung (Maaß/Rink 2019:24) – erfolgen (vgl. Bonfadelli 2019:354; zur Rolle der Eigenmotivation bei der Änderung im Gesundheitsverhalten s. Altenhöner et al. 2014:24f.). Gerade bei der aktiven Informationssuche, auch im Gesundheitsbereich, spielen neben kognitiven auch motivationale Faktoren eine Rolle (Bonfadelli 2019:352). Die Motivation kann themenspezifisch sehr unterschiedlich ausfallen, in jedem Fall ist sie bei der Suche und Aufnahme von Wissen bedeutsam (vgl. Bonfadelli 2019:351; vgl. Lang 2021). Insbesondere mit Blick auf die ungleich verteilten Kompetenzlevel im Umgang mit internetfähigen Endgeräten und dem Internet

selbst bleibt festzuhalten: Die Aneignung von Wissen und Fähigkeiten erfordert das Durchlaufen von Lernprozessen (Gilstad 2014:64): Ist man zunächst noch vollkommen fremd in einer Handlung, gegenüber einem Gerät etc., so entwickelt man mit der Zeit ein höheres Kompetenzlevel, wenn man sich damit beschäftigt (ebd.). Dies ist auch im erhöhten Lebensalter noch möglich (Lindenberger/Staudinger 2018:317; BMFSFJ 2020:58; zum Plastizitätsbegriff s. Kap. 5).

Auch die Lebenssituation kann sich auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der Internetnutzer(innen) auswirken: Insbesondere auch die mangelnde Ausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen verlangsamt die mögliche Einebnung der digitalen Kluft zwischen Jung und Alt (vgl. BMFSFJ 2020:63). Vor allem soziale Ungleichheit verschärfe den *Digital Divide* (ebd.): „Was den Zugang zum Internet betrifft, unterscheiden sich also inzwischen ältere Menschen mit hoher Bildung deutlich weniger stark von jüngeren Menschen als ältere Menschen mit niedriger Bildung“ (ebd.). Mit dem Alter geht auch eine erhöhte Pflegebedürftigkeit einher (Vogt 2017:31; Saß et al. 2009:55f): Laut dem Statistischen Bundesamt (2025) belief sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland Ende 2023 auf knapp 5,7 Millionen Menschen und wird laut Prognose des Statistischen Bundesamtes auch künftig weiter steigen. Wenn diese nicht von der Nutzung digitaler Angebote ausgeschlossen werden sollen, muss die technische Ausstattung für ältere Nutzer(innen) sowohl in ländlichen Regionen als auch in Pflegeeinrichtungen gegeben sein.

Auch Thorsten Meyer (2019:85) bestätigt, dass auf der Makroebene (bevölkerungsbezogen) sozial bedingte gesundheitsbezogene Ungleichheiten bezüglich der Nutzung von digitalen Technologien aufgezeigt werden konnten: So haben Latulippe, Hamel und Giroux (2017) verschiedene Risikogruppen identifizieren können, die von der Benachteiligung durch die digitale Kluft besonders betroffen sind. Für die vorliegende Studie ist dies vor allem von Bedeutung, da zu den identifizierten Risikogruppen u.a. Personen in höherem Lebensalter und mit geringerer *Health Literacy*, Personen mit geringerer Bildung und geringem Einkommen sowie Personen in spezifischen Lebensumgebungen wie einem ländlichen Umfeld gehören (Meyer 2019:85; Latulippe et al. 2017). Diese Merkmale können in unterschiedlichem Ausmaß und verschiedener Kombination auf die Befragten der vorliegenden Studie zutreffen, was die Angaben derselben zur Mediennutzung in Bezug auf Gesundheitsinformationen besonders interessant macht: Gehen die Befragten überhaupt online und wenn sie dies tun, in welchem Ausmaß bzw. zu welchem Zweck? Von einigen Befragten der vorliegenden Studie ist das Wohnumfeld der Forschenden bekannt. Der Bildungsstand der Befragten wird miterhoben (zum Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Stimuli-Beurteilung sowie Mediennutzung s. Kap. 7).

„Online users want comprehensive information about health-related topics“ (Schneider et al. 2012; Paige et al. 2019:369). Jedoch werden bei der Gesundheitsinformationssuche E-Health-Angebote insgesamt stärker von Jüngeren genutzt (Rossmann et al. 2018:13). Bestrebungen, die digitale Gesundheitskompetenz von Senior(inn)en zu fördern und somit auch den *Digital Health Divide* abzumildern (vgl. Mlinarić/Knöchelmann 2019), gibt es zum Beispiel von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAG SO) und „Deutschland sicher im Netz e. V.“ in Partnerschaft mit der Verbraucherinitiative unter Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. Digitalpakt Alter o.J.). Um Informationen sowohl verständlich als auch (medial) akzeptabel zu machen, können professionelle Textexpert(inn)en wie intralinguale Übersetzer(innen) Lösungen erarbeiten, die sowohl konzeptuell und sprachlich als auch medial den Erwartungen, Bedürfnissen und Bedarfen der Rezipient(inn)en entgegenkommen (Maaß/Rink 2020a; Kap. 3 & 4; vgl. Jacobi 2020). Die vorliegende Studie soll die Bedürfnisse und Präferenzen älterer Nutzer(innen) empirisch untersuchen, um die Bereitstellung von angemessenen Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe weiter voranzutreiben.

Im folgenden Kapitel werden die Facetten und die Operationalisierung von Gesundheitskompetenz abschließend erörtert.

2.7 Facetten und Operationalisierung von Gesundheitskompetenz

Seidel et al. (2019) unterscheiden zwischen individuen- und systembezogenen Facetten der Gesundheitskompetenz: Während erstere sich auf Wissen und Information, persönliche Eigenschaften, Eigenverantwortung, Urteilsfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit der Individuen beziehen, fokussieren die systembezogenen Facetten die Hilfestellung durch Akteur(inn)e(n) im Gesundheitssystem, den Einfluss des sozialen Umfelds sowie die finanziellen Ressourcen, die Menschen beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit benötigen (ebd. 66f., 70f.). Die Autor(inn)en betonen die Bedeutung des Zusammenspiels beider Ebenen, der „individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten [der Menschen] und der Unterstützung bzw. der Kompetenz der Akteure im Gesundheitssystem“ (ebd. 70).

Bezogen auf die zuvor zusammengetragenen Aspekte kann zur vorliegenden Studie Folgendes festgehalten werden: Alle befragten Personen sind im erhöhten Lebensalter und es werden aus Sicht der Public Health bestimmte Facetten der Gesundheitskompetenz (Bitzer 2017:6f.; vgl. Seidel et al. 2019) sowie aus Sicht der Barrierefreien Kommunikation bzw. der Übersetzungswissenschaft bestimmte Stufen im Rezeptionsprozess (Maaß 2020, s. Kap. 3 und 4) untersucht: In der vorliegenden Studie wird die Gesundheitskompetenz auf der *individuellen* Ebene betrachtet. Es wird das Verstehen und die Akzeptanz in Bezug auf die Texte untersucht und im weiteren Interview unabhängig von den Texten das *Suchen* und *Finden* von Gesundheitsinformationen sowie das *Bewerten* (mit teilweise zumindest Bezügen zum *Anwenden*) erfragt. In Bezug auf die Textthemen werden spezifische Erkrankungen in den Blick genommen, darunter Schlaganfall, Parodontitis oder bestimmte Erkrankungen, die die Einnahme von Schmerzmitteln nach sich ziehen (Kap. 6.2). Unabhängig von den Texten werden im Interview allerdings allgemeine gesundheitliche Aspekte betrachtet. Es handelt sich um eine *Selbsteinschätzung* der Proband(inn)en: Es geht nicht darum, dass diese im Sinne eines Performanztests bestimmte Fähigkeiten unter Beweis stellen (vgl. Bitzer 2017:7), sondern dass sie aus ihrem persönlichen Kontext heraus und in ihren persönlichen Lebensumständen die Texte bewerten und angeben, wie sie generell die Themen Gesundheit und Krankheit bzw. Vertrauen in Gesundheitsinformationen und in Gesundheitspersonal einschätzen (Kap.7; zur Gefahr der Stigmatisierung von Menschen mit geringen Ergebnissen bei Performanztests zur Gesundheitskompetenz s. Kronzer 2016).

Solche Selbsteinschätzungsinstrumente zur Erhebung von Gesundheitskompetenz stehen Testinstrumenten gegenüber, bei denen konkrete Aufgaben Ergebnisse über die gesundheitliche Literalität liefern sollen (Bitzer 2017:6f.). Im Gegensatz zu Performance-Tests, in denen Aufgaben gelöst werden müssen, bieten Selbsteinschätzungsinstrumente wie der HLS-EU oder HLS-GER den Vorteil (Kap. 2.1), dass sie keine zeitliche Gebundenheit für die Erfüllung der Antworten vorgeben, die von älteren Menschen häufig nicht eingehalten werden können (Vogt 2017:41). Zu bedenken ist auch, dass die meisten performancebasierten Instrumente sich auf die Untersuchung eines funktionalen Konzeptverständnisses beschränken, mit denen ausschließlich Daten über funktionale Lese-, Rechen- und Schreibfähigkeiten im gesundheitlichen Kontext erhoben werden können[11] (ebd.).

[11] Zwei der am häufigsten eingesetzten Instrumente dieser Art in der englischsprachigen Health-Literacy-Forschung sind der „Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine“ (REALM) (Davis et al. 1993) sowie der „Test of Functional Health Literacy in Adults“ (TOFHLA) (Parker et al. 1995; zusammenfassend dazu Vogt 2017:42).

Es lassen sich nach Bitzer (2017:6) vier Kriterien der standardisierten Verfahren zur Messung von Gesundheitskompetenz unterscheiden:

> „a) Angesprochene Facetten (im engeren Sinn: Finden, Verstehen, Bewerten, Anwenden, im weiteren Sinn: Motivation, Volition, Verantwortung)
>
> b) Angesprochene Ebenen (funktional, interaktiv, kritisch)
>
> c) Inhaltliche Ausrichtung (generisch, bezogen auf allgemeine gesundheitliche Aspekte, oder spezifisch, mit Bezug zu Erkrankungen/gesundheitlichen Problemsituationen)
>
> d) Erhebungskonzept (Selbsteinschätzung oder Testinstrument)“ (ebd.).

Fragebögen spielen bei der Messung von Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle, jedoch bezieht sich nach Bitzer (2017:7) eine grundsätzliche Unterscheidung im Vorgehen darauf,

> „[…] ob die Fragebögen individuelle, subjektiv wahrgenommene Gesundheitskompetenz als Selbsteinschätzung erfassen, oder ob sie als Testinstrumente konzipiert sind, und so auf Performanz und Objektivierbarkeit abstellen. Selbsteinschätzungsfragebögen gehen den Fragen nach, wie gut die Befragten ihre Fähig- und Fertigkeiten einschätzen oder dazu, wie leicht bzw. schwer es ihnen fällt, gesundheitsbezogene Aktivitäten bzw. Handlungen selbst zu praktizieren. Die als Testinstrumente konzipierten Erhebungsinstrumente erfassen die Gesundheitskompetenz mittels Aufgaben und Prüffragen zu medizinischen bzw. gesundheitlichen Begriffen oder zu Sachverhalten, gesundheitsrelevanten Texten oder auch in Form von Szenarien.“ (ebd.)

Diese gängigen Methoden der schriftlichen oder online durchgeführten Befragung sind nach Abel/Somerhalder (2015) dahingehend zu kritisieren, dass sie nur „befragbare“ Personen einbeziehen und „große Bevölkerungsgruppen (je nach Befragungsmethode z. B. Menschen mit Lese-/Schreibproblemen, Personen ohne Internetanschluss etc.)“ ausgeschlossen blieben (ebd. 927). Aus sprachwissenschaftlicher Sicht ist festzuhalten, dass unbeantwortet bleibt, inwiefern nicht nur inhaltlich, sondern auch sprachlich komplexe Fragen in einem Fragebogen zum gewünschten Messergebnis führen können, insbesondere dann, wenn auch vulnerable Zielgruppen explizit miteinbezogen werden sollen[12] (zur Verständlichkeit im Rahmen der Fachkommunikation s. Kap. 2.3 und 3.1). Abel/Somerhalder (2015) bemängeln weiterhin vor allem die fehlende theoretische Verankerung bei der Erhebung von Gesundheitskompetenz: Es müsste genau festgelegt werden, was bei wem und warum gemessen werden solle, welche soziokulturellen Einflüsse dabei eventuell eine Rolle spielten und welche Bedeutung eine hohe oder niedrige Gesundheitskompetenz dann tatsächlich habe (vgl. ebd. 927f.).

Kritik an Selbsteinschätzungsinstrumenten wie den oben zitierten Health Literacy Surveys in Europa und Deutschland entsteht vor allem dadurch, dass es sich dabei um subjektive Aussagen handelt, die nicht objektiv nachvollziehbar sind. Es kann dabei also passieren, dass, wie Diviani/Camerini (2014:445) betonen, nicht die tatsächlichen, sondern nur die wahrgenommenen Fähigkeiten der Befragten gemessen werden, die ggf. durch die mangelnde kritische Selbsteinschätzung der Befragten beeinflusst wird. Jedoch spiegeln die Aussagen eine Form der Realität wider, da es sich um Selbstauskünfte handelt, die mit Überzeugungen im Alltag einhergehen, welche wiederum unterschiedliche Auswirkungen auf das Gesundheitsinformationsverhalten und das Gesundheitsverhalten im Allgemeinen haben bzw. haben können. Fühlt sich eine Person kompetent genug, sich im Internet aus einer Vielzahl an Quellen Informationen zu den eigenen gesundheitlichen Anliegen herauszufiltern und für sich selbst nutzbar zu machen, so ist davon auszugehen, dass diese Person sich

[12] Beispielfragen: „Welche Daten müssen in der Übersichtsarbeit noch beschrieben sein, damit Sie die Gültigkeit der Ergebnisse beurteilen können? Es muss beschrieben sein… a) …wie die zusammengefassten Studien aufgefunden wurden, b) … wann ein Update der Arbeit erfolgen wird, c) … welche Expertise die Autoren habe, d) … wie die Qualität der einzelnen Studien beurteilt wurde“ sowie „Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, ob Sie sich eher gut oder eher schlecht informiert fühlen über Anlaufstellen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler…“. Bitzer 2017:8).

gesundheitskompetenter fühlt oder es auch tatsächlich ist, als eine Person, die sich aus unterschiedlichen Beweggründen davor scheut, sich überhaupt zu informieren oder die dazu immer nur eine einzige Quelle verwendet. Diviani/Camerini (2014:445) verweisen auf zwei wichtige Vorteile der subjektiven Messinstrumente: Zum einen können mit wenigen Fragen verschiedene Dimensionen von Gesundheitskompetenz über die funktionalen Fähigkeiten hinaus erfasst werden, zum anderen werden dabei unangenehme Gefühle bei den Befragten ausgelassen (s. Kap. 6), die sich bei der Messung durch objektive Instrumente für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz „durch das unmittelbare Bewusstwerden ihrer Grenzen“ (ebd.) ergeben können.

Insgesamt erweist sich die Operationalisierung von Gesundheitskompetenz als multidimensionales, kontextspezifisches und dynamisches Konzept folglich als schwierig (Diviani/Camerini 2014:443). Neue Instrumente sollten kontext- und zielgruppenspezifischer ausgerichtet sein und Barrieren wie Sprache und kulturelle Werte minimieren können (Abel/Somerhalder 2015:927f.): Partizipative Ansätze könnten davor schützen, im Kontext der Erhebung von Gesundheitskompetenz Personen in inadäquater Weise als „defizitär“ zu klassifizieren oder zu etikettieren (ebd. 928). Die soziokulturelle Lebenslage bestimmt mit, was Gesundheitskompetenz im jeweiligen Kontext ausmacht (ebd.). Hier verschränken sich die Ansätze von Public Health und Barrierefreier Kommunikation, die die Eindämmung von Kommunikationsbarrieren in unterschiedlichen situationalen Handlungsfeldern in Bezug auf die intendierte Adressatenschaft und die Zielsituation fokussiert (Maaß/Rink 2019:20).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Umgang mit Gesundheitsinformationen - als Dimensionen des Konzepts der Gesundheitskompetenz also das *Finden*, *Verstehen*, *Bewerten* und *Anwenden* - für ältere Menschen mit verschiedenen Schwierigkeiten einhergeht, sei es in Bezug auf die Inhalte, die Kanäle und Quellen oder auf die Handhabung der Informationen. Die vorliegende Studie fokussiert daher genau die Präferenzen und Bedürfnisse von Menschen im erhöhten Lebensalter bei der Rezeption von Gesundheitsinformationen. Gleichwohl die vorliegende Arbeit nicht der Gesundheitskommunikation zugehörig ist, werden auch Aspekte des Gesundheitsinformationsverhaltens (Kap. 2.4) der Befragten betrachtet: Über welche Informationskanäle und -quellen suchen sie Gesundheitsinformationen? Für wie vertrauenswürdig erachten sie diese? Lässt sich eine Präferenz für bestimmte Quellen (interpersonal oder medial) feststellen? Lee et al. (2014:8) zeigen, dass das Vertrauen in medizinische Fachexpert(inn)en über dem Vertrauen in Onlinequellen liegt. In der vorliegenden Studie sollen Medienpräferenzen, -zugang und -kompetenzen von älteren Menschen betrachtet werden, um potenzielle Barrieren im Zugang, der Nutzung oder Bewertung von (digitalen) Gesundheitsinformationen für diese Nutzergruppe identifizieren zu können (Kap. 7.1; 8).

Im Folgenden wird die verständliche Kommunikation in den Blick genommen, die im Kontext fachbezogener Informationen wie der Gesundheitskommunikation zentral für eine erfolgreiche Rezeption ist.

3. Verständliche Kommunikation: Leichte und Einfache Sprache

Gesundheitskompetenz basiert also auf erfolgreich rezipierten Gesundheitsinformationen, die im Anschluss an die Rezeption zu einer Handlung bzw. einer Entscheidung befähigen. Hier treffen sich die zwei Disziplinen Public Health (mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz) und Übersetzungswissenschaft, die mit der intralingualen Übersetzung (Jakobson 1959:114; Siever 2010:224; Bredel/Maaß 2016a:182ff.) im Sinne einer Verständlichkeitsoptimierung auf verschiedenen Abstufungen (in den Varietäten Einfache Sprache, Leichte Sprache Plus, Leichte Sprache) Gesundheitsinformationen für Adressat(inn)en unterschiedlichen Profils zugänglich und für die eigenen gesundheitsbezogenen Entscheidungen nutzbar macht. Grundlage für die erfolgreiche

Rezeption von Gesundheitsinformationen und den daran geknüpften Wissensaufbau sind grundlegende literale Fähigkeiten im Sinne von Lese- und Schreibfähigkeiten.

> „Geringe Literalität bedeutet, dass eine Person allenfalls bis zur Ebene einfacher Sätze lesen und schreiben kann. In der Systematik der LEO-Studie wird der Bereich geringer Lese- und Schreibkompetenz mit den Alpha-Levels 1 bis 3 beschrieben […]. Kompetenzen auf dem Alpha-Level 1 entsprechen der Buchstabenebene. Dass jemand allenfalls auf der Ebene von Buchstaben literalisiert ist, ist in Deutschland sehr selten. Kompetenzen auf dem Alpha-Level 2 entsprechen der Wortebene. Auf diesem Alpha-Level sind Personen in der Lage, einzelne Wörter zu lesen oder zu schreiben, sie scheitern jedoch an der Ebene von Sätzen. Selbst gebräuchliche Wörter werden beim Lesen und Schreiben oftmals Buchstabe für Buchstabe zusammengesetzt. Kompetenzen auf dem Alpha-Level 3 entsprechen der Satzebene. Auf diesem Alpha-Level sind Personen in der Lage, einzelne Sätze zu lesen und zu schreiben, sie scheitern aber an der Ebene zusammenhängender – auch kürzerer – Texte“ (Grotlüschen et al. 2019:4).

Geringe Literalität im Sinne des oben dargelegten Literalitätsbegriffs von LEO 2018 umfasst die beschriebenen drei Alpha-Levels. Betroffene Personen sind aufgrund ihrer begrenzten schriftsprachlichen Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen in ihrer selbstständigen Teilhabe eingeschränkt; auch das Lesen einfacher schriftlicher Arbeitsanweisungen misslingt (ebd.). Kompetenzen auf dem Alpha-Level 4 beschreiben eine auffällig fehlerhafte Rechtschreibung auch bei gebräuchlichem und einfachem Wortschatz. Die Rechtschreibung, wie sie bis zum Ende der Grundschule unterrichtet werden sollte, wird nicht hinreichend beherrscht (ebd).

Da die Bezeichnung des „funktionalen Analphabetismus“ von Grotlüschen et al. (2019:4) als stigmatisierend und „ungeeignet für die erwachsenbildnerische Praxis“ empfunden wird, wird in der LEO-Studie 2018 die Bezeichnung „geringe Literalität“ bzw. „gering literalisierte Erwachsene“ als Gegenüber der dominanten Literalität in Deutschland verwendet (ebd. 5). Literalität als Lese- und Schreibkompetenz ist also eine grundlegende Kompetenz, die den Zugang und die Verarbeitung sowie die Produktion von Informationen erst ermöglicht. Damit ist sie auch auf der Ebene der funktionalen Gesundheitskompetenz, wie sie Nutbeam (2000:263f.; Kap. 2.1) beschreibt, als grundlegende Fähigkeit zentral, wenn es darum geht, dass Gesundheitsinformationen erst einmal von einem Individuum gelesen und zur Lösung der eigenen gesundheitsbezogenen Probleme oder Anliegen weiterverarbeitet werden müssen (s. Kap. 2). Sowohl Nutbeams Konzept (2000) als auch die Zusammentragung der verschiedenen Definitionen von Gesundheitskompetenz als Basis einer eigenen Begriffsbestimmung von Sørensen et al. (2012), die auch die Definition der WHO (1998:10) beinhaltete, implizieren, dass Gesundheitskompetenz eine Voraussetzung des Empowerments ist, also mit eigenverantwortlichem gesundheitsförderndem Verhalten einhergeht (Diviani/Camerini 2014:443).

Den Zusammenhang von Literalität und Gesundheitskompetenz betont die WHO bereits 1998 in ihrer Definition von Gesundheitskompetenz:

> „Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. […] **Poor literacy can affect people’s health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy**.“ (WHO 1998:10, Hervorhebung LK)

Die Zugänglichkeit zu Gesundheitsinformationen erhöht das Wissen der Nutzer(innen) über gesundheitsbezogenes Verhalten (u.a. Paige et al. 2019:363) und trägt zu aktiven Entscheidungen im Gesundheitssystem bei (ebd.; Iverson et al. 2008; zur Patientensouveränität innerhalb des deutschen Gesundheitssystems Horch et al. 2011; Dierks 2021). Um adäquate und verständliche Gesundheitsinformationen - insbesondere für das medial und inhaltlich facettenreiche und vielfältig nutzbare Medium Internet - erstellen zu können, muss eine Vernetzung von Expert(inn)en der Gesundheitskompetenz, der Gesundheitskommunikation, der Gesundheitsbildung und des digitalen Lernens stattfinden (Paige et al. 2019:370). Dafür braucht es neben den eben genannten

Fachexpert(inn)en auch ausgebildete Kommunikations- bzw. Textexpert(inn)en, die sich mit der Optimierung von Textangeboten in unterschiedlicher konzeptueller und medialer Aufbereitung auskennen (Rink 2019; Maaß 2019; Maaß/Rink 2020a; Kap. 3). Im Folgenden soll deren Arbeitsschwerpunkt, die Erstellung von verständlichkeitsoptimierten Texten, näher betrachtet werden.

3.1 Abstufung von Verständlichkeit in der Experten-Laien-Kommunikation

Laut Maaß (2020:19) sind wir umgeben von „a myriad of dysfunctional texts that do not address users in a way that allows them to properly understand or use the information derived from the texts". Insbesondere in der Experten-Laien-Kommunikation im medizinischen Kontext ist es mitunter lebensgefährlich, wenn Informationen nicht verstanden oder missverstanden werden und die Kommunikation zwischen den Beteiligten misslingt.

> „Nur wenn die Patienten ihren Arzt bzw. das medizinische Personal verstehen, kann die Interaktion gelingen. Patienten sollen Behandlungspläne mittragen oder einem Eingriff zustimmen, sie sollen bestimmte Gewohnheiten abstellen oder ihren Körper beobachten und mit ihrem Arzt darüber kommunizieren. Das ist jedoch nur möglich, wenn die Sprachform, mit der sich das medizinische Personal an die Patienten richtet, in einer Form gehalten ist, die von diesen verstanden, kognitiv verarbeitet und mit vorhandenen Wissensbeständen verknüpft werden kann; wenn also Kommunikation auf „Augenhöhe" stattfindet. Erst dann kann bei den Patienten Akzeptanz für die angestrebten Behandlungen erzielt werden und erst dann können sie die ihnen zugedachte Rolle aktiv und erfolgreich ausführen" (Maaß/Rink 2017:52).

Das Verstehen ist zentral im erfolgreichen Rezeptionsprozess (vgl. Maaß/Rink 2019:24). Hierbei müssen textseitig Gegebenheiten vorliegen, die das Verstehen ermöglichen, rezipientenseitig müssen Bedingungen gegeben sein, die den Zugriff auf und die Verarbeitung von den Informationen grundsätzlich möglich machen (Kap. 3.2). Daneben gibt es nach Rink (2020:78) aber noch viele weitere Faktoren, die mitbestimmen, ob „Gegebenheiten oder Kontexte „richtig", d. h. im Sinne des Senders, verstanden werden" (ebd.; Schnotz 1994:33). So könnten Kanal-, Kommunikator- oder situative Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß auf den Perzeptions- und Verstehensprozess wirken (Rink 2020:78; vgl. Kercher 2013). Schnotz (1994) beschreibt zwei Möglichkeiten im Falle einer erfolglosen Rezeption, das Missverstehen und das Nicht-Verstehen (ebd. 32f.). In Bezug auf den Kommunikationsbereich zur Gesundheit bzw. Medizin hätte das Missverstehen ggf. sehr viel schwerwiegendere Auswirkungen für die entsprechenden Rezipient(inn)en als das Nicht-Verstehen, so etwa, wenn die Dosierung oder Einnahme für ein Medikament missverstanden würde (zur Auswirkung des Missverstehens in der Rechtskommunikation s. Rink 2020). Abhilfe beim Verstehen medizinischer Fachinformationen können verständlichkeitsoptimierte Texte leisten. Dabei gibt es verschiedene Abstufungen bzgl. der Komplexitätsreduzierung von Sprache.

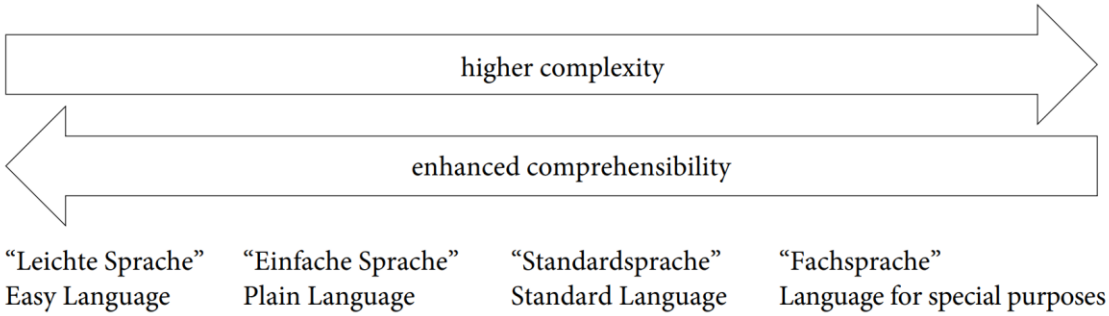


Abbildung 6: „Easy and Plain language as pillars in the Easy Language/standard language continuum", Hansen-Schirra/Maaß 2020a:18

Stellt man sich Sprache als Kontinuum vor, so stehen sich die Leichte Sprache als maximal verständlichkeitsoptimierte Varietät auf der einen Seite (Maaß 2020:14), die Fachsprache (z.B. die medizinische) als komplexeste Form auf der anderen Seite gegenüber (Hansen-Schirra/Maaß 2020a:18). Dazwischen bewegen sich die Standardsprache, als Pol zwischen Fachsprache und verständlichkeitsoptimierten Varietäten, sowie die Einfache Sprache und die Leichte Sprache Plus (Maaß 2020:14f.). Letztere soll die Balance zwischen Akzeptabilität, die in Leichte-Sprache-Texten durch das besonders strukturierte, wahrnehmungsfreundliche Layout mit häufig kindlich anmutender Bebilderung und die starke Einschränkung sprachlicher Mittel je nach Zielgruppe stark begrenzt sein kann (ebd. 231), und Verständlichkeit leisten, da sie zwar Optimierungen auf Wort-, Satz- und Textebene enthalten kann, diese aber nicht im maximalen Ausmaß angelegt werden, wie dies bei der Leichten Sprache der Fall ist (ebd.; zur Leichten Sprache Plus s. Kap. 4.4). Sie ist somit leichter verständlich und insgesamt verständlichkeitsoptimierter als die Einfache Sprache, hält sich jedoch nicht an alle Regeln der Leichten Sprache und unterscheidet sich vor allem auch durch das wahrnehmungsfreundliche, aber dennoch näher an standardsprachlichen Texten orientierte Layout (ebd. 14).

Daten aus amerikanischen Studien zeigen (vgl. Kutner et al. 2006), dass schriftliche Informationen insbesondere dann Schwierigkeiten im Verstehen bereiten, „wenn sie einen gesundheitlichen Bezug aufweisen" (Schaeffer et al. 2017:131). Diese Ergebnisse gehen Hand in Hand mit der Forderung im Nationalen Aktionsplan, neben Multimedia-Formaten insbesondere Einfache Sprache als Mittel der Wahl zur Verständnissicherung bei Adressat(inn)en einzusetzen, die eine geringere Lesekompetenz aufweisen (Schaeffer et al. 2018:43).

Rossmann et al. (2018:13) betonen, dass das Gesundheitsinformationsverhalten ein komplexer, zirkulärer Prozess ist, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, und bei dem einzelne Suchakte die wahrgenommene Informiertheit, die Informationsbedürfnisse sowie den weiteren Suchverlauf beeinflussen (s. Kap. 2.4). Die Autor(inn)en unterscheiden weiterhin folgende Determinanten der Gesundheitsinformationssuche: a) Situationsübergreifende individuelle Faktoren, zu denen neben allgemeinen persönlichen Merkmalen und der Soziodemographie auch spezifische gesundheitsbezogene Merkmale zählen; b) situative individuelle Faktoren, wie etwa der aktuelle gesundheitliche und emotionale Zustand, die Risiko- und Selbstwahrnehmung sowie das wahrgenommene Informationsdefizit[13]; c) Umfeld und Kontextfaktoren, die sich auf das soziale Umfeld und auf verfügbare Informationsquellen und -techniken beziehen; d) Eigenschaften des Mediums bzw.

[13] Hastall (2011:94f.) stellt in seiner Literaturübersicht zur Vermeidung von bedrohlicher Gesundheitsinformation Gender- und Altersklüfte fest: Männer gingen eher Gesundheitsrisiken ein als Frauen und ältere Menschen seien grundsätzlich besorgter um ihre Gesundheit als jüngere (ebd.; Bonfadelli 2019:352).

der Botschaft (ebd.). Chronisch Erkrankte suchen häufiger nach Gesundheitsinformationen (Rossmann et al. 2018:17).

Das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von relevanten Gesundheitsinformationen, um zur erfolgreichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung funktionale Entscheidungen treffen zu können (Sørensen et al. 2015; Schaeffer et al. 2018:13) lassen sich nicht nur für Gesundheitskompetenz allgemein sowie für die digitale Gesundheitskompetenz als relevante Fähigkeiten feststellen, sie sind auch auf das Modell der Übersetzungsperspektive, das Maaß und Rink (2019:24) präsentieren, übertragbar. Auch dort wird von verschiedenen Stufen im Gesamtverstehensprozess ausgegangen, die aus dem Auffinden, Wahrnehmen, Verstehen, Verknüpfen der Informationen mit vorhandenen Wissensbeständen sowie dem Akzeptieren bestehen, und der nur nach dem erfolgreichen Durchlaufen jeder Stufe in eine Handlung münden kann. Diese kann zum Beispiel darin bestehen, dass eine funktionale Entscheidung über das eigene Gesundheitsverhalten getroffen wird. Besonders deutlich wird die Passung der beiden Modelle in der Darstellung von Bitzer/Sørensen (2018:256) zur Gesundheitskompetenz, die die Teilprozesse Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen vertikal übereinandergesetzt zeigen. Im Bereich des Verstehens adressieren die Autorinnen sogar anhand der gewählten Schlagworte in der Abbildung Text- und Nutzerseite, die Maaß/Rink (2019) als sich ergänzende Perspektiven modellieren: Die Verständlichkeit von Informationen soll gewährleistet und das Verstehen - im Maaß/Rinkschen Sinne (ebd.) also das Verstehen durch die Rezipient(inn)en - gesichert werden (Bitzer/Sørensen 2018:256). Im Folgenden wird das Modell von Maaß/Rink (2019) ausführlicher vorgestellt.

3.2 Verständlichkeit und Verstehen: Text- und Nutzerseite

Das Übertragen von Standardtexten in Leichte Sprache durch professionelle Übersetzer(innen) wird unter Rückgriff auf Jakobson (1959) bzw. Siever (2010:224) als Übersetzung betrachtet (Bredel/Maaß 2016a:183ff.; Maaß 2019): Leichte Sprache lässt sich als intralinguale, intrakulturelle und bei Verwendung verschiedener Zeichensysteme wie Sprache und Bildern, wie sie insbesondere in Praxisregelwerken gefordert werden (Bredel/Maaß 2016a:185), als intersemiotische Übersetzung einordnen, die den Zweck der Verständnissicherung für bestimmte Zielgruppen verfolgt.

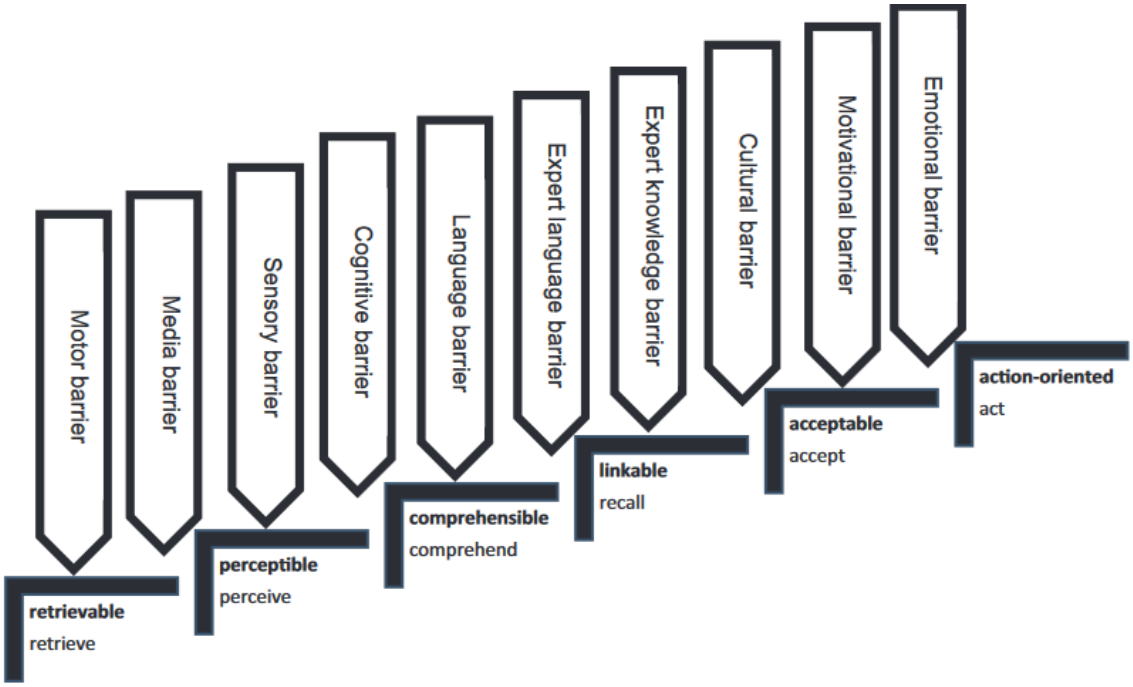


Abbildung 7: Hildesheimer Treppe (Maaß 2024:236)

Texte können die Rezipierenden nur in Bezug auf eine Anschlusshandlung orientieren, wenn die Stufen der Textrezeption erfolgreich durchlaufen wurden (ebd.; Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2020:27; Abb. 7). Hierbei ergänzen sich die Text- und Nutzer(innen)perspektive (ebd. 28); Texte müssen auffindbar, wahrnehmbar, verständlich, verknüpfungsfähig und akzeptabel gestaltet sein, um auf der Rezipient(inn)enseite aufgefunden, wahrgenommen, verstanden, mit Vorwissen verknüpft und akzeptiert werden zu können (ebd. 28). Erst dann ist die Grundlage für eine Anschlusshandlung gegeben (ebd.). Auch Roelcke (2020:147f.) beschreibt das Zusammenspiel der Kompetenzen der Rezipient(inn)en und der Texteigenschaften: Die Informativität von Fachtexten kann demnach nicht allein an der fachlichen und sprachlichen Kompetenz der Rezipient(inn)en festgemacht werden, sondern auch am Verhältnis zwischen dem sprachlichen Umfang des Textes und dessen absoluter Informativität, welche die Sachverhalte und Gegenstände der Darstellung und/oder der Anleitung - bei Maaß (2020) bzw. Maaß/Rink (2019) Handlungsorientierung - umfasst. Nachfolgend werden die einzelnen Rezeptionsstufen hinsichtlich der Zugänglichkeit von Kommunikaten im Hildesheimer Modell nach Maaß (2024:236) näher beleuchtet:

Auffindbar/auffinden: Sind Informationen nicht auffindbar, da sie sich beispielsweise im Internet auf einer wenig frequentierten Unterseite einer Homepage befinden, im Falle von gedruckten Informationen an einer ungünstigen Stelle bereitliegen oder durch einen bestimmten Medienkanal die Adressat(inn)en gar nicht erst erreichen, wie dies z.B. häufig bei älteren Menschen und dem Internet der Fall ist, kann es nicht zur nächsten Stufe der Informationsverarbeitung kommen. Der Prozess kommt dann bereits auf der ersten Stufe zum Erliegen. Hier ist festzuhalten, dass sowohl ein *first-level digital divide* vorliegen kann, also der Zugang zum Internet z.B. hinsichtlich der erforderlichen Hard- und Software nicht vorhanden ist (Verständig et al. 2016:50f.; Hargittai/ Hsieh 2013:132f.; ggf. in ländlichen Regionen sowie in Senioreneinrichtungen der Fall), als auch ein *second-level digital divide*, bei dem die Nutzenden u.U. für ihre Informationsbedarfe nicht kompetent[14] genug im Umgang mit dem Medium Internet sind (Verständig et al. 2016:50f.; Hargittai/Hsieh 2013:134ff.; vgl. Hargittai 2002).

Wahrnehmbar/wahrnehmen: Wenn Informationen für die Rezipient(inn)en nicht wahrnehmbar sind, da z.B. der angesprochene Sinneskanal den Nutzer(inne)n nicht zur Verfügung steht, kann es nicht zur nächsten Stufe im Rezeptionsprozess kommen. Liegt auf Nutzerseite eine Sehbeeinträchtigung vor, müssen die Inhalte daran angepasst werden, indem sie beispielsweise vergrößerbar sind oder die Kontraste stärker eingestellt werden können. Bei einer blinden Person muss ein anderer Sinneskanal angesprochen werden, z.B. durch eine Vorlesefunktion bei Online-Informationen und für einen Screenreader gut lesbare Webseiten. Bei einer Hörschädigung oder Gehörlosigkeit machen auditive Informationen, die in Multimedia-Formaten vorliegen können, Probleme bei der Rezeption: Hier müssen alternativ beispielsweise Untertitel oder bei Sprecher(inne)n der Deutschen Gebärdensprache Gebärdensprachvideos bereitgestellt werden, damit die Informationen für sie zugänglich sind. Im Übergang zur nächsten Rezeptionsstufe kann zudem die motorische Handhabung eines gedruckten Textes, wenn beispielsweise die Seiten für die Nutzenden schwer umzublättern sind, oder von digitalen Informationen eine Barriere sein (Rink 2020:138): Können Maus und Tastatur nur schwer bedient werden, wird der Rezeptionsprozess womöglich durch die Motorikbarriere frühzeitig beendet (ebd.). Gleichwohl motorische Einschränkungen nicht direkt die Kommunikation betreffen, haben Personen

[14] Es geht bei Kompetenz nach Konopik (2019:48) um die situative Handlungsfähigkeit, die nicht nur auf Wissen und Können der Person basiere, sondern vielmehr konkrete Bedingungen der Umwelt einbeziehe. Hof bezieht Kompetenz auf die „Fähigkeit, in Situationen unter Berücksichtigung der personalen Handlungsvoraussetzungen und der äußeren Handlungsbedingungen Ziele zu erreichen und Pläne zu realisieren“ (Hof 2002:85). Der Kompetenzbegriff verbindet nach Hof (2002) individuell vorhandene Kenntnisse (deklaratives Wissen), Fähigkeiten und Fertigkeiten (Können) und Motive und Interessen (Wollen) mit den Möglichkeiten, Anforderungen und Restriktionen der Umwelt (Hof 2002:86). Ob und inwiefern die Kompetenzrelationen dann in kontingenten Bedingungen realisiert werden, bestimme die Performanz (ebd.). Dabei bilden Kompetenz und Defizit nicht zwangsläufig ein Gegensatzpaar (Konopik 2019:51).

mit motorischen Beeinträchtigungen nach Rink (2020:138) spezifische Bedarfe an eine barrierefreie Aufbereitung von Inhalten. Speziell im Kontext der Gesundheitsinformationen legen Kim/Xie (2017) in einer systematischen Literaturarbeit dar, dass mangelhafte Lesbarkeit und Benutzerfreundlichkeit Barrieren im Zugang und in der Nutzung von online angebotenen Gesundheitsinformationen bedeuten (ebd.; Bittlingmayer et al. 2020:180).

Verständlich/verstehen: Nur, wenn Texte verständlich sind, können die Rezipient(inn)en sie auch verstehen. Wenn Texte zu fachlich, also zu komplex in Bezug auf den Gegenstand, oder zu fach*sprachlich*, zu komplex in Bezug auf die sprachliche Gestaltung, sind, können sie die Verarbeitungskapazitäten der Rezipient(inn)en übersteigen (Rink 2020:139f.; Schubert 2016:18f.; Rink 2019). Informationen müssen verstanden werden, damit sie im nächsten Verarbeitungsschritt ins Langzeitgedächtnis übergehen können (Maaß 2020:28, 42). Verständliche Texte orientieren sich also an den jeweiligen Verstehensvoraussetzungen der Rezipient(inn)en (Rink 2019, 2020). Gerade medizinische Informationen enthalten neben den fachsprachlichen Merkmalen wie komplexer Syntax und fachsprachlicher Terminologie (Riha 2001; Lippert 1978; vgl. Ylönen 2010) häufig auch Zahlenangaben, bei denen die verschiedenen Ausprägungen der Zahlenwerte – je nach Textthema – über „gesund“ und „krank“ entscheiden (Schindler 2019:659). Viele Menschen haben jedoch Schwierigkeiten, numerische Informationen, die z.B. in Häufigkeiten oder Wahrscheinlichkeiten dargestellt werden, zu verstehen (Lange/Schwarzer 2014:139; s. basale Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten als Teile der grundlegenden Literalität in der funktionalen Gesundheitskompetenz, Kap. 2.1). Eine weitere Eigenschaft, die für Rezipient(inn)en Schwierigkeiten beim Verstehen bereiten kann, ist die Intertextualität von Fachtexten: Bezüge zu anderen Fachtexten werden teils offenkundig, teils implizit in den Text eingebettet, der in einem fachlichen Diskurs steht (Roelcke 2020:149). Dies macht es für Lai(inn)en besonders schwierig, Fachtexte zu verstehen, vor allem, wenn wenig Vorwissen in einem Bereich bei ihnen vorhanden ist.

Verknüpfungsfähig/verknüpfen und behalten: Diese Stufe ist eng mit der vorherigen des Verstehens verbunden (Maaß 2024:236). Texte müssen dem Wissenshorizont der Nutzer(innen) entsprechen, neu gewonnene Informationen mit bestehenden Wissensbeständen verknüpft werden können (Kap. 3.3; s. ausführlich zur Strukturierung von Vorwissen Fischer 2011:135ff.; Bredel/Maaß 2016a:122f.). Je mehr neue Information verarbeitet werden muss, desto geringer ist die Chance, dass sie ins Langzeitgedächtnis übergeht (vgl. ebd. 121). Aus medienpsychologischer Perspektive spielt das Vorwissen und die damit verbundene Verknüpfungsfähigkeit auch bei der Medienselektion eine Rolle: So entschieden sich Menschen für oder gegen Medieninhalte in Abhängigkeit davon, was und wie viel sie über bestimmte Themen wüssten (Trepte et al. 2021:238):

> „In diesem Sinne ist das Wissen eine unabhängige Variable. Im Prozess der Medienrezeption bestimmt das Vorwissen, wie stark der Cognitive Load ausgeprägt ist. [...] Das Wissen verstärkt oder schwächt die Verarbeitung der in Medien dargebotenen Inhalte und Informationen“ (Trepte et al. 2021:238).

Je weniger Vorwissen in einem bestimmten Fachbereich bei Lai(inn)en vorhanden ist, umso schwerer wird das Verstehen und Verknüpfen bei der Rezeption der Inhalte (vgl. Roelcke 2020:149).

Schiewe (2017:81) nimmt in einem konkreten Beispiel aus der Arzt-Patienten-Kommunikation Bezug auf das *Verstehen* und *Verknüpfen* – ohne diese Begriffe zu nennen – von Fachtermini, die in der Gesundheitskommunikation häufig im Fokus stehen (s. Kap. 2.2). Er verweist darauf, dass medizinische Lai(inn)en sich vermutlich nicht exakt erschließen können, was Myokardinfarkt genau bedeutet (Anm. d. Autorin, *Verstehen*) und welche Konsequenzen dies für sie als Patient(inn)en hat, gleichwohl sie sicherlich eine ernste Erkrankung damit assoziieren würden (Schiewe 2017:81; Anm. d. Autorin, *Verknüpfen*). Somit wäre über die Benutzung des Fachbegriffes nur eine sehr vage Verknüpfung mit möglichen Bedeutungen in Bezug auf die Krankheit und damit verbunden Konsequenzen gegeben.

Benutze der Arzt/die Ärztin hingegen den wissenschaftlich nicht mehr völlig exakten Begriff „Herzinfarkt“ (ebd. 81), so würde der/die Betroffene vermutlich sehr viel eher verstehen, welche Erkrankung gemeint ist und welche Konsequenzen daraus folgten (ebd. 82). In diesem Fall bewirke nach Schiewe (2017:82) also die fehlende wissenschaftliche Exaktheit in der Bezeichnung der Erkrankung für den/die Betroffene das Verstehen des Inhalts und in der Folge auch des daran geknüpften Handelns.

Akzeptabel/akzeptieren: Texte müssen den Erwartungen der Nutzer(innen) entsprechen und sich ihnen zuwenden, also eine angemessene Tonalität besitzen (Rink 2020:129, 404; Roelcke 2020:147). Viele Texte betonen die Asymmetrie, z.B. zwischen einer Behörde und den adressierten Personen; solche Texte werden häufig als unangemessen und damit inakzeptabel wahrgenommen, was keine gute Voraussetzung für situationsangemessenes Handeln darstellt (Rink 2020:129). Auch die mit dem Medium verbundenen Nutzungskompetenzen, -modalitäten und die Nutzungsziele der Zielgruppe können das Auffinden von Kommunikationsangeboten verhindern, zur Ablehnung oder zum Ignorieren derselben führen und damit, in Bezug auf das Internet gesprochen, die digitale Spaltung befördern (Rossmann/Karnowski 2014:277; Reifegerste/Baumann 2018:53): Sind die online angebotenen Informationen auffindbar, wahrnehmbar, verständlich und verknüpfungsfähig, hängt die erfolgreiche Rezeption davon ab, ob sie auch akzeptabel sind (Maaß/Rink 2019:24). Herrschen inakzeptable Aspekte, z.B. hinsichtlich der sprachlichen Textgestaltung, der Tonalität, des Layouts oder der Textqualität, vor? Insbesondere das Einschätzen der rezipierten Informationen hinsichtlich ihrer Qualität sowie die Medialität der angebotenen Informationen können je nach Zielgruppe deren Erwartungen und Bedürfnisse enttäuschen und somit inakzeptakel für sie sein. Dann wäre die Rezeption der Informationen auf der Stufe der Akzeptanz, der Vorstufe der Handlungsorientierung (Maaß/Rink 2019:24), zum Erliegen gekommen. Gerade ältere Nutzer(innen) sind hinsichtlich der Medialität besonders vom *second level digital divide* betroffen (Hargittai/Hsieh 2013:134ff.; vgl. Hargittai 2002; s. Kap. 2.6).

Im oben genannten Beispiel zum Myokardinfarkt würde eine Formulierung in Leichter Sprache noch unspezifischer ausfallen, könne aber kommunikativ leisten, was innerlich transportiert werden solle (Schiewe 2017:82). Sprachliche Transformationen wie bei der Leichten-Sprache-Übersetzung gehen immer mit inhaltlichen Modifikationen einher (ebd.); auch Bock betont die Notwendigkeit, die Informationsdichte in Leichte-Sprache-Texten zu „entzerren“ (Bock 2019:89).

> „Wenn bei einer Transformation die inhaltliche Präzision leidet, dann kann zugleich aber - um es mit den Begriffen der Sprechakttheorie auszudrücken - die Illokution expliziter, direkter werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit, dass die Perlokution erfolgreich ist und der perlokutionäre Effekt eintritt, erhöht wird“ (Schiewe 2017:82).

Somit müsse Angemessenheit als sprachkritischer Maßstab mehrdimensional betrachtet werden, da sich je nach Adressat(in) und Kommunikationssituation auch die Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur Vermittlung bestimmter Inhalte änderten (ebd. 82; vgl. Bock 2019:18ff.). Dies entspricht der übersetzungswissenschaftlichen Betonung der Zielsituation durch Maaß (2019: 286, 291, Risku 2016), in der ein Text für die jeweiligen Adressat(inn)en angemessen und funktional sein muss (Maaß/Rink 2020a:46f.; Maaß 2020:126).

Nur wenn Texte alle diese Anforderungen erfüllen, können Nutzer(innen) auf ihrer Basis handeln (Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2020:27f.; Maaß 2024:236). Dabei haben Nutzer(innen) eine Gesamtverstehensressource zur Verfügung, welche nicht völlig ausgeschöpft werden darf, wenn die Textinformation im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden soll (Bredel/Maaß 2016a:121; Rink 2020:65). Barrierefreie Texte schonen diese Ressource auf allen Ebenen, sodass noch genügend Kapazität verfügbar bleibt (Maaß 2020:27).

Für eine erfolgreiche Rezeption müssen alle Stufen auf dem Weg zur Handlungsorientierung durchlaufen und abgeschlossen werden; dabei ergänzen sich Text- und Nutzerperspektive (ebd. 28).

> „Ist die Verstehensressource bereits auf der ersten oder zweiten Stufe ausgeschöpft, so erfolgt keine Wissensablage: die Rezipient(inn)en sind dann nicht in der Lage, das im Text Gelesene mit bestehendem Wissen zu verknüpfen und es für ihre eigene Situation und ihr Handeln nutzbar zu machen“ (Rink 2020:65).

Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, kann im Bereich der medizinischen Experten-Laien-Kommunikation die Verstehensressource durch eine starke emotionale Involviertheit der Lai(inn)en zusätzlich verringert werden, beispielsweise in der mündlichen Interaktion im Arzt-Patienten-Gespräch zu einer bestimmten Diagnose oder vor einer Operation (Rink 2020:65; Klüber 2015; Langer/Frie 2017). Bohn-Gettler/Rapp (2011) zeigen, dass die emotionale Stimmung auch beim Lesen von Texten durchaus Einfluss auf die Verarbeitungsprozesse beim Verstehen und Behalten der Informationen hat. Schindler fasst die Besonderheit von Informationen im medizinischen Kontext wie folgt zusammen:

> „Medizinisch-pharmazeutische Informationen werden von den Rezipient(inn)en häufig in einem emotional erregten Zustand gesucht, übermittelt und aufgenommen. Die Emotion rührt aus der unmittelbaren persönlichen Betroffenheit, etwa nach Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung der Rezipient(inn)en oder eines(r) ihrer Angehörigen“ (Schindler 2019:660; vgl. Rink 2020:65).

Auch Klüber (2015) bestätigt aus der Forschung um Aufklärungsgespräche zwischen Patient(inn)en und Ärzt(inn)en, dass, wenn zu viele Informationen gegeben werden, schnell die Grenze des Auffassungsvermögens erreicht werde und das Behalten der Informationen entsprechend niedrig ausfalle (ebd. 213). Gleichwohl es sich dabei um mündliche Informationen handelt, bestätigt dies doch die Notwendigkeit der zu durchlaufenden Rezeptionsstufen nach Maaß/Rink (2019), bei denen das Behalten ebenfalls nach dem Verstehen erfolgt und einer möglichen Anschlusshandlung (nach der Stufe der Akzeptanz) vorgeschaltet ist (ebd.). Es ist jedoch anzumerken, dass die Stufen nicht zwangsläufig konsekutiv, sondern auch zeitgleich ablaufen können: Insbesondere die Stufe der Akzeptabilität bzw. der Akzeptanz auf Nutzer(innen)seite setzt zeitgleich auf allen vorangehenden Stufen im Modell an, sodass etwa bei fehlender Akzeptabilität des Mediums der Rezeptionsprozess bereits auf der ersten Stufe scheitern kann (s. Auswertung).

Wie Porila/Rosenberg (2018:91) feststellen, ist das gemeinsame Interagieren der Gesprächspartner(innen) nicht möglich oder zumindest begrenzt, wenn das sprachliche Handeln zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en auf Schriftlichkeit ausgelegt ist. Dann kann die wiederholte gegenseitige Versicherung darüber, dass das Gegenüber die gegebenen Informationen aufgenommen und verstanden und somit zum gemeinsamen Bezugsrahmen hinzugefügt hat, in Abhängigkeit zum verwendeten Medium ggf. nicht (oder zumindest nicht unmittelbar) zum Ausdruck gebracht werden (Bromme/Jucks/Rambow 2004:184): Da in schriftlich vorliegenden Texten wie den hier betrachteten Gesundheitsinformationen keine direkte Kommunikation zwischen Sender (Apotheken Umschau) und Empfänger (Rezipient(inn)en) stattfindet, also weder verbale Nachfragen noch non- oder paraverbale Kommunikationshandlungen über den jeweils erreichten *Common Ground* möglich sind, ergeben sich noch höhere Anforderungen an die Beteiligten der Wissenskommunikation (ebd. 184f.): Zum einen müssen die Textersteller(innen) „Vorannahmen über das Verständnis des Kommunikationspartners“ (ebd. 184) besonders beachten und potentiell aufkommende Nachfragen im Text bereits antizipieren und beantworten (Bromme/Jucks 2014:243), zum anderen müssen die Rezipient(inn)en gewillt sein, neue und vor allem fachliche Informationen auf- und anzunehmen, also Wissenserwerb auf Basis von *Vertrauen* in den Experten/die Expertin und die von ihm/ihr gegebenen Informationen zu betreiben (ebd. 239; s. Kap. 2.2).

Haben Lai(inn)en zusätzlich noch besondere Bedarfe an die Gestaltung und Aufbereitung der Texte, ist die Texterstellung (und auch die mündliche Interaktion) noch anspruchsvoller (Rink 2019, 2020): Bei Adressat(inn)en mit Kommunikationsbeeinträchtigung handelt es sich um Personen, „denen nicht nur fachliche, sondern auch allgemeinsprachliche Texte nicht zugänglich sind“ (Bredel/Maaß 2016a:187) und denen das sinnentnehmende Lesen Probleme bereitet (ebd.). Menschen mit einer Kommunikationsbeeinträchtigung sind meist ungeübte Leser(innen), die über wenig Textsortenwissen verfügen und somit intertextuelles Bezugswissen hinsichtlich vieler Implikaturen und Präsuppositionen in einem Text nicht oder nur sehr schwer auflösen können (ebd.). Der *Common Ground* zwischen Expert(inn)en und Lai(inn)en mit Kommunikationsbeeinträchtigung ist also noch kleiner als jener zwischen Lai(inn)en ohne Kommunikationsbeeinträchtigung und Expert(inn)en (s. ausführlich dazu Rink 2020). Daher müssen den betreffenden Adressat(inn)en sehr viel mehr Zusatzinformationen oder Erklärungen gegeben werden, um nicht vorhandene Wissensbestände überhaupt erst anzulegen:

> Wenn bei Adressat(inn)en das Vorwissen über den besprochenen Gegenstand in extremer Weise fehlt, dann ist das Verständnis gefährdet. Der Text muss dann Wissensvoraussetzungen explizit in den Text einführen, damit die darauf aufstufenden argumentativen oder informativen Schritte überhaupt verständlich werden (Bredel/Maaß 2016a:187).

Auch die Rahmenbedingungen beeinflussen den Erfolg oder Misserfolg der Kommunikation (Bromme/Jucks/Rambow 2004:185): Eine „positive Abhängigkeit des Experten von seinem Beratungserfolg“ (ebd. 186) trägt dazu bei, das gesicherte Verständnis auf Seiten des Empfängers/der Empfängerin als Ziel zu betrachten (ebd.). Dabei ist vor allem wichtig, dass aus Laienperspektive kein Gesichtsverlust erfolgt, wenn bei ihnen eine Wissenslücke oder eine Fehlinterpretation von Informationen vorhanden ist (ebd.; vgl. Porila/Rosenberg 2018:97f.). Ferner können Fragen von Lai(inn)en zu Fachinhalten oder Fachsprache, die sich auf von den Expert(inn)en als selbstverständlich angesehene Wissensbestände beziehen, den Blick der Fachkundigen in der Experten-Laien-Interaktion hinsichtlich der Vorannahmen bei den Lai(inn)en schärfen und ggf. neue Kommunikationswege ebnen (Bromme/Jucks 2014:245, 242; Bromme/Jucks/Rambow 2004:186).

Texte können Barrieren bergen, die die erfolgreiche Rezeption hemmen oder verhindern können (ausführlich hierzu Rink 2020:136-141). Folgende Barrieren können den Gesamtverstehensprozess beeinträchtigen (ebd.; Maaß/Rink 2019:24):

Wahrnehmungsbarriere: Ein für die Textrezeption benötigter Sinneskanal steht nicht zur Verfügung (Rink 2020:137).

Motorikbarriere: Die Handhabung des Textes kann aufgrund einer motorischen Einschränkung der Rezipient(inn)en nicht erfolgen oder wird beeinträchtigt (Rink 2020:138).

Kognitionsbarriere: Der Text ist zu komplex oder abstrakt, um von den Rezipient(inn)en verarbeitet werden zu können (ebd. 137f.).

Fachbarriere: Der Text ist inhaltlich fachbezogen und komplex und erfordert Erklärungen für Fachfremde (ebd. 139f.). Insbesondere bei medizinischen Informationen müssen fachliche Inhalte und Zusammenhänge erläutert werden, um Verstehen zu erzeugen (Ahrens et al. 2021:32).

Fachsprachenbarriere: Der Text beinhaltet Fachsprache, die den Zugriff darauf erschwert oder verhindert (Rink 2020:140). Im medizinischen Kontext ist insbesondere die Verwendung von Fachtermini problematisch, da Lai(inn)en meist nicht über das nötige Vorwissen verfügen, um diese Begriffe verstehen und einordnen zu können.

Sprachbarriere: Der Text ist in einer Sprache verfasst, die die Rezipient(inn)en (noch) nicht ausreichend verstehen oder die aufgrund ihrer Gestaltung diesen nicht zugänglich ist (ausgeprägte Schriftlichkeit, Rink 2020:139). Gerade chronisch Kranke sind vermehrt auf Gesundheitsinformationen und den Kontakt mit Gesundheitsdienstleistern angewiesen. Feinberg et al. (2018:300) verweisen darauf, dass viele von Diabetes Typ 2 betroffene Patient(inn)en eine geringe Adhärenz bei ihren eigenen Therapieplänen haben, die durch Sprachbarrieren bedingt sind. Dies kann z.B. aus geringer Literalität, Verstehensproblemen bei der Rezeption von therapiebezogenen Anweisungen oder aus Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Symptomen oder den Lebensstil betreffenden Problemen resultieren (ebd.).

Kulturbarriere: Der Text setzt kulturelles Vorwissen voraus, das die Rezipient(inn)en nicht haben (Rink 2020:139). Im medizinischen Kontext kann dies vor allem auch auf fehlendes Vorwissen über das Gesundheitssystem bezogen sein.

Medienbarriere: Der Text wird über ein Medium angeboten, das den Rezipient(inn)en nicht zugänglich ist (Rink 2019:32; 59; Rink 2020:140f.), sei es aus technischen Gründen wie fehlenden Endgeräten oder Anschlüssen, fehlenden Nutzungskompetenzen oder anderen Medienpräferenzen (zum *Digital divide* s.o.). Im Nationalen Aktionsplan werden z.B. Multimedia-Texte anstelle von schriftlichen Texten für Menschen vorgeschlagen, die mit letzteren – etwa aufgrund einer Leseschwäche oder anderem – Schwierigkeiten haben (Schaeffer et al. 2018:43).

Lang (2021) erweitert Rinks Barrieren (2020) um zwei weitere Barrieren.

Motivationsbarriere: Diese tritt auf, wenn die Rezeption „aufgrund negativer Vorerfahrung, antizipierte[r] oder tatsächliche[r] Verstehensprobleme verweigert oder vorzeitig abgebrochen“ (Lang 2021:77) wird. Hier ist die Akzeptanz bedeutsam, die, sofern sie nicht (ausreichend) vorhanden ist, zum Abbruch der Textrezeption führen kann. Dies kann auch durch Fachsprache und/oder Fachwissen bedingt sein, welche beide vermehrt in medizinischen Texten vorkommen (Ahrens et al. 2021:32).

Emotionsbarriere: Rink (2020:65) verweist bereits darauf, dass (starke) Involviertheit von Rezipient(inn)en die nötigen Verarbeitungsressourcen beim Verstehen von Texten beeinträchtigen können (zur Relevanz des emotionalen Zustands in der Lesesituation auch DIN 8581-1:38). Dies ist insbesondere in medizinischen Kommunikationskontexten gegeben (s. Kap. 2.2): Houts et al. (2006:175) berichten, dass sowohl schriftliche als auch mündliche Anweisungen und Informationen von Gesundheitsexpert(inn)en häufig nicht von den Empfänger(inne)n aufgenommen werden, da diese gestresst, abgelenkt oder verwirrt sind. Lang (2021:89f.) erweitert die Barrieren nach Rink (2020) um die Emotionsbarriere, bei der starke temporäre Emotionen sich auf das Textverstehen auswirken (ebd.).

Rothermund/Eder (2011) stellen die Verbindung von Emotionen und Motivation heraus: Emotionen entstünden häufig im Zuge motivationaler Prozesse und ihre wesentliche Funktion bestünde darin, motiviertes Verhalten und motivationale Bindungen zu regulieren (ebd. 2011: 18). Die Funktion von Emotionen ist, Menschen persönlich relevante Ereignisse anzuzeigen und ein Verhalten zur Bewältigung von bestimmten Ereignissen zu motivieren (ebd. 180). Die Autoren unterstreichen auch, dass, gleichwohl Emotionen damit funktional sind, diese Funktion nicht immer von Vorteil für die Betroffenen sind (ebd.). Dies lässt sich sehr gut auf den Bereich der Gesundheitskommunikation übertragen: In einem Arzt-Patienten-Gespräch wird die betroffene Person bei einer bedrohlichen Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht sehr viele Inhalte aufnehmen können, da die Bedrohung durch die Erkrankung die Aufnahmefähigkeit blockieren kann (Rink 2020:65, Schindler 2019:660). Dies kann den Betroffenen womöglich dabei helfen, die belastende Situation überhaupt zu bewältigen (ausführlich zu *Coping*-Strategien s. Reimann/Pohl 2006:220). Wie es Rothermund/Eder (2011:180)

ausdrücken: Der Übergang von einer funktionalen zu einer dysfunktionalen Emotion ist fließend und „von den Anforderungen der jeweiligen Situation abhängig“. Überträgt man dies auf Informationstexte zur Gesundheit, muss man insbesondere bei bedrohlichen und sensiblen Textthemen als Ersteller(in) der Informationen darauf achten, negative Emotionen nicht übermäßig zu triggern und eine zugewandte Ansprache der Lesenden zu wählen (für Strategien der Texterstellung s. Maaß/Rink 2020a). Auch dann ist es in diesem Bereich jedoch aufgrund der Thematiken nicht gegeben, dass eine Emotionsbarriere in der Rezeptionssituation tatsächlich vermieden werden kann. Es sollte daher ein besonderes Augenmerk auf potenzielle Emotionen der Leser(inn)en gelegt werden. Um keine negativen Emotionen bei Leser(inne)n hervorzurufen, die den Rezeptionsprozess vorzeitig beenden könnten, werden daher in Texten in Einfacher und Leichter Sprache häufig Formulierungen mit „kann“ für mögliche Ausprägungen oder Symptome einer Krankheit bzw. gesundheitliche Konsequenzen gewählt (zur akzeptablen Kommunikation s. Kap. 4).

Messer/Murau (2022) zeigen die Verbindung von Motivation und Emotionen zur Umsetzung, also Anwendung (bzw. Handlungsorientierung (Maaß/Rink 2019:24)), von vermittelten Informationen in der Praxis: So betonen Pflegefachpersonen neben der Komplexität der Informationen ebenfalls die Relevanz von Motivation und Bereitschaft der Patient(inn)en, vermittelte Informationen anzuwenden, welche ausschlaggebend dafür sein kann, ob die Informationsvermittlung erfolgreich ist oder nicht (Messer/Murau 2022:479). Hier werden im Rinkschen Sinne also Kognitions-, Emotions- und Motivationsbarrieren adressiert.

Die Medienbarriere kann auch auf der Stufe des Verknüpfens ansetzen, nämlich bei der Textsorte Hypertext, die sich vor allem durch die nicht-lineare Leserichtung auszeichnet: Selbst, wenn der Zugang zum Medium Internet gegeben ist und basale Kompetenzen in der Bedienung der Geräte vorhanden sind, kann der Umgang mit Hypertexten sich als schwierig erweisen (u.a. Braga et al. 2014). Da die Nutzer(innen) bei der Rezeption sich mit Hilfe von Hyperlinks und Suchfunktionen eigene Rezeptionspfade durch das Netzwerk von Hypertexteinheiten bahnten, könnten die Verfasser(innen) der nicht-linearen Hypertexte nicht immer antizipieren, welche Informationen im Vortext bereits eingeführt wurden und welche Wissensbestände zum aktuellen Zeitpunkt im Aufmerksamkeitsbereich der Rezipient(inn)en verfügbar sind (Storrer 2020:109). Für die Kohärenzplanung der Autor(inn)en müsse daher neben der inhaltlichen Ebene auch die Ebene der Verlinkung mitbedacht werden (ebd.). Während man nach Ansätzen zum Textverstehen und zur Kohärenzanalyse von der Metapher des Lesewegs ausgeht (Nussbaumer 1994:368), der darin besteht, dass linear organisierte Texte die Leser(innen) von einem festgelegten Startpunkt bis zu einem ebenso festgelegten Ende des Leseweges bringt, kann man nach Storrer (2020:109) Hypertexte vielmehr als Ausgestaltung von Wegenetzen verstehen, „bei denen Links als Abzweigungen fungieren und Linkanzeiger Hinweise auf das Ziel des abzweigenden Wegs geben“ (ebd.). Damit kämen neben der weiterhin relevanten Wegequalität auf den verschiedenen Pfaden bei der Bewertung der Verständlichkeit neue Aspekte der Wegenetzqualität dazu, nämlich die Fragen, an welchen Stellen im Text Links, soz. Wegabzweigungen, angelegt werden sollen und ob die Nutzer(innen) dem Linkanzeiger überhaupt entnehmen können werden, warum die Abzweigung genau an dieser Stelle angelegt wurde und wohin der abzweigende Weg führt (ebd.). Daraus lässt sich ableiten, dass sich für jede(n) Nutzer(in) ein individueller (netzartiger) Text ergibt, da unterschiedliche Abzweigungen genommen werden können, ein eingeschlagener Weg auch wieder zurückgegangen werden kann, und so viele oder so wenige weiterführende Seiten in unterschiedlichster Reihenfolge angeklickt und rezipiert werden können, wie der/die Nutzer(in) dies möchte. Allein diese Beschaffenheit von Hypertexten eröffnet einerseits vielseitige Lese- bzw. Nutzungsmöglichkeiten von Informationen, zieht aber auch eine höhere Wahrscheinlichkeit nach sich, dass Nutzer(innen) sich in den „Unweiten“ der angebotenen Textnetze verlieren und ggf. gar nicht

mehr an die Informationen gelangen, die sie ursprünglich gesucht haben (hier spielen Auffindbarkeit und Wahrnehmbarkeit von Kommunikationsangeboten eine Rolle, s. Kap. 3.1; s.o.).

Je nach Zielgruppe, Rezeptionsstufe und -situation ergeben sich also verschiedene Konstellationen von Barrieren, die auftreten und den Rezeptionsprozess beeinträchtigen können. Die vorliegende Studie fokussiert einen nutzerzentrierten Ansatz, ist nach dem Hildesheimer Modell (Maaß/Rink 2019:24, Maaß 2020:27; Maaß 2024:236) also auf der Rezipient(inn)enseite verortet.

3.3 Leichte Sprache

Leichte Sprache ist eine Varietät des Deutschen, die hinsichtlich der Wahrnehmbarkeit und Verständlichkeit optimiert ist (Bredel/Maaß 2019:251), um eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben auch für Menschen mit Leseeinschränkungen zu ermöglichen (Partizipationsfunktion Leichter Sprache, Bredel/Maaß 2016a:56).

Leichte Sprache entstand aus der Empowerment-Bewegung von Menschen mit Behinderung, die sich zunächst in den USA für die Rechte und den Zugang dieser Menschen zu Informationen einsetzte und die in der Folge auch ihren Weg nach Deutschland fand (Bredel/Maaß 2016a:67, 176). Netzwerk People First oder das Netzwerk Leichte Sprache sind Beispiele für Praxisvertreter, die den Weg der Leichten Sprache mit eigenen Regelwerken aus der Praxis ebneten (vgl. Mensch zuerst o.J.; Netzwerk Leichte Sprache o.J.). Die praktischen Regeln wie „Benutzen Sie Verben“ (BMAS 2014:28) sind intuitiv richtig, jedoch reichen sie für qualitative Leichte-Sprache-Übersetzungen nicht aus und bedürfen der Präzisierung (Bredel/Maaß 2016a:43f.; 14). Diese wurde von der Leiterin der Forschungsstelle Leichte Sprache der Universität Hildesheim, Christiane Maaß, vorgenommen, als sie 2015 das erste wissenschaftliche Regelwerk zur Leichten Sprache herausgab: Dieses speist sich aus Erkenntnissen verschiedener Disziplinen wie der Verständlichkeitsforschung und der Sprach- und Übersetzungswissenschaft und bezieht die Zielgruppen als Empfänger(innen) der Zieltexte und nicht als Ersteller(innen) der Regeln mit ein, wie dies bei den Praxiswerken der Fall ist (Maaß 2015:29; Bredel/Maaß 2016a:43f.).

Nur verlässliche wissenschaftliche Regeln ermöglichen qualitativ hochwertige Texte, für die es professionelle Übersetzer(innen) braucht (Hansen-Schirra et al. 2021:121f.; Bredel/Maaß 2016a:44).

Leichte Sprache ist nach Maaß (2019:273) eine „Varietät des Deutschen mit reduziertem lexikalischem und grammatischem Inventar“, die einen zentralen, alltagsnahen Wortschatz, genauer Kernwörter anwendet, die stilistisch neutral, präzise, möglichst arm an Nebenbedeutungen und nicht metaphorisch verwendet sind (ebd.).

Auf Wortebene werden also Fachwörter vermieden, möglichst nur Wörter des zentralen Wortschatzes verwendet oder – falls das Thema die Beibehaltung des Wortes im Text erfordert – erklärt und Abkürzungen bis auf wenige Ausnahmen (wie lexikalisierte Abkürzungen vom Typ *LKW* oder *WC*) ebenfalls vermieden (Maaß 2019:274). Hilfreich bei der Auswahl von Wörtern, die möglichst bekannt, frequent und somit leicht verständlich sein sollen, können Frequenz-Wörterbücher mit Angabe von Rang und Häufigkeit eines Wortes sowie einer bestimmten Kontextverwendung desselben sein (z.B. DWDS, Duden etc.). Zentral für die Übersetzungsentscheidungen im Bereich des Wortschatzes ist nach Bock (2019:39) das (Wortschatz-)Wissen der Adressat(inn)en, an die sich der Text richtet. Mehrgliedrige Komposita werden durch eine optische Trennhilfe, den sog. Mediopunkt, aufgeteilt, um die Entschlüsselung des Wortes beim Lesen zu erleichtern (Bredel/Maaß 2016a:337). Der Mediopunkt wird dem Bindestrich als optische Trennung innerhalb langer, zusammengesetzter Wörter vorgezogen,

wenn der Bindestrich orthografisch falsch wäre, beispielsweise nach Fugen-Buchstaben wie -s („Geburt**s**-Datum“) oder -n („Blase**n**-Entzündung“) (Maaß 2015:89). Somit zeigt der Mediopunkt „die Wortfuge an, ohne den Wortkörper vollständig zu zerstören. Damit wird es möglich, eine Lesehilfe zu geben, ohne die wortgrammatische Struktur des Ausgangsausdrucks zu manipulieren“ (Bredel/Maaß 2016a:337). Um die Perzeption langer Komposita zu erleichtern und „dem Wortverstehen Vorschub zu leisten, indem vorher bekannte Begriffe im Wort freigestellt werden“ (Maaß 2019:274), werden diese also aufgegliedert. Es ist je nach Fall von den Übersetzer(inne)n zu entscheiden, ob und welche Trennhilfe(n) (Mediopunkt, Bindestrich oder beides) gesetzt werden sollte(n) (z.B. „Arbeiter·wohlfahrt-Versicherungs·unternehmen“ in Bredel/Maaß 2016a:337). Ist die Wahrung der korrekten Orthografie durch falsche Bindestrichschreibung mit der damit verbundenen wortinternen Großschreibung (z.B. „Kranken-Haus“) nicht gegeben, führt dies zum Erlernen von Falschschreibungen (Gefährdung der Lernfunktion Leichter Sprache, Bredel/Maaß 2016a:56f.) und zur Stigmatisierung der Leserschaft (Maaß 2019:274, s. Kap. 4). Gerade für Leser(innen), die die Texte womöglich nur als Übergang zu Standardtexten benötigen (Brückenfunktion Leichter Sprache, s. Bredel/Maaß 2016a:57), ist der Eintritt in die reguläre Schriftlichkeit mit den falsch erlernten Wörtern der leichten Texte dann stark erschwert (Maaß 2019:274).

Auf Satzebene werden einfache Hauptsätze verwendet, Nebensätze und Hauptsatzreihungen werden vermieden (ebd. 274). Werden Reihungen oder Aufzählungen benötigt, so werden diese durch eine „visualisierte[] Gliederungsstruktur“ (ebd.) (z.B. Bullet Points) über das Layout herausgestellt. Denn „Gliederungshilfen wie Zwischenüberschriften und Textabsätze geben dem Leser eindeutige Hinweise für die Bildung von Makropropositionen“ (Kercher 2013:86). Der Verbalstil wird dem Nominalstil vorgezogen, da letzterer mit - insbesondere fachsprachlicher - Schriftlichkeit assoziiert ist und komplexe nominale Strukturen Leser(inne)n mit Einschränkungen besondere Schwierigkeiten bei der Verarbeitung der gelesenen Informationen bereitet (Bredel/Maaß 2016a:104; 121; 498f.). Weniger frequente oder vor allem in der Schriftsprache verwendete grammatische Kategorien wie der Genitiv, das Passiv, das Präteritum oder der Konjunktiv werden vermieden oder ersetzt (z.B. der Genitiv mit der Von-Periphrase) (Maaß 2019:275; Bredel/Maaß 2016a:299ff.; 302f.; 313-317; 439ff.; 452-460). Jedoch kommt Lange (2019:66f.) in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass der Genitiv und damit verbundene Nominalisierungen (Subjekts- und Objektsgenitiv) primären Adressat(inn)en kaum Verständnisprobleme bereiten. Dies spreche gegen ein generelles Verbot dieser Kategorien (ebd. 67). Gleichwohl es sich bei Lange (2019) um eine kleine Studie handelt, liegen damit Ergebnisse vor, die belegen, dass verschiedene Arten des Genitivs kein so großes Verständnisproblem in Texten darstellen wie vorher angenommen. Auch Kugele (2021) kommt in ihrer Studie zu dem Schluss, dass Genitivkonstruktionen von der primären Zielgruppe nicht schlechter verstanden werden als alternative Formulierungen (ebd. 67). Dies lässt die Verwendung derselben in Leichte-Sprache-Texten überdenken: Gerade die Von-Periphrase gehe mit einer stilistischen Reduktion einher, „was Negativzuschreibungen, die Fähigkeiten der Zielgruppen betreffend, Vorschub leisten könnte“ (Lange 2019:66; vgl. Zurstrassen 2017). Daher sollte in Leichte-Sprache-Texten immer sorgfältig abgewogen werden, ob in einem bestimmten Satz in dem genannten Kontext die jeweilige Form des Genitivs von einer Zielgruppe zugeordnet und verstanden werden kann, bevor aus Prinzip die analytische Substitution verwendet wird (Bock 2019:57). In der Leichten Sprache Plus (Maaß 2020) wird im vorliegenden Korpus der Gesundheitsinformationstexte der Apotheken Umschau der Genitiv verwendet, wenn er nicht innerhalb einer zu komplexen Nominalkonstruktion steht, die insgesamt das Verstehen erschweren würde (s. Kap. 6.2; s. DIN 8581-1:47). So nähern sich die Texte der Standardsprache, ermöglichen aber immer noch insgesamt einen leichteren Zugang zu den Inhalten

(s. Kap. 3.4). Auch für die Satzebene gilt, dass Übersetzer(innen) ihre Entscheidungen immer sorgfältig abwägen sollten: Laut Bock (2019:88) ist es nur „selten möglich, einzelne grammatische Phänomene isoliert als generell (zu) schwierig einzustufen“. Ausschlaggebend für leicht erschließbare Sätze ist, ob der sprachliche Kontext, also die umgebenden Sätze, ebenso wie der außersprachliche Kontext i.S. des Verwendungszusammenhangs das Verstehen eines Satzes „unter natürlichen Lesebedingungen“ erlaubt (ebd.).

Auf Textebene besteht die Herausforderung in Leichte-Sprache-Texten darin, teilweise hochkomplexe Gegenstände mit reduzierten sprachlichen Mitteln darzustellen und insgesamt eine explizite Handlungsorientierung der Leser(innen) – auch durch das klar strukturierte und nutzerfreundlich aufbereitete Layout – zu fokussieren (Maaß 2019:275). Bock (2019:89) bezeichnet die Textebene als zentral für den Abbau von Barrieren in der Kommunikation.

Leichte-Sprache-Texte sind also sowohl sprachlich auf Wort-, Satz- und Textebene hinsichtlich der Verständlichkeit optimiert (Maaß 2019:273ff.) als auch in ihrer Typografie und ihrem Layout perzeptionsorientiert aufbereitet (jeder Satz auf einer neuen Zeile, nutzerfreundliche Schriftgröße, Bebilderung) (ebd. 277). Eine ausgebaute Leseerfahrung und eine ausgebaute Sprachpraxis, an die die Bekanntheit und Erwartbarkeit sowie ein hohes Aktivierungsniveau gebunden sind (Rickheit et al. 2010:36ff.,73; Fischer 2011:135), kann gerade bei Adressat(inn)en mit Beeinträchtigung jedoch nicht vorausgesetzt werden (Schuppener/Bock 2019:226f.). Die Informationsentnahme für ungeübte Leser(innen) erfolgt sehr viel langsamer und unterscheidet sich stark von der der geübten Leser(innen). Ungeübte Rezipient(inn)en werden zunächst in linearer Abfolge Einzelwörter entziffern, bevor sie diese syntaktisch integrieren und in einem Textzusammenhang auch semantisch interpretieren können (Bredel/Maaß 2016a:120). Der Gesamtverstehensprozess hat nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung und diese sollten nicht für den Perzeptionsprozess aufgebraucht werden, da dann die Weiterverarbeitung des Gelesenen und das Behalten im Anschluss womöglich nicht mehr durchgeführt werden können (Maaß 2020:27f.). Auf der Stufe des Verstehens ist also davon auszugehen, dass Adressat(inn)en mit Beeinträchtigung ihr Arbeitsgedächtnis in besonderem Maße beanspruchen, da sie einzelwortbezogen und sehr langsam lesen (Bredel/Maaß 2016a:121). Die Integration der Bedeutung auf der Satzebene wird dadurch schon beeinträchtigt. Diese ist jedoch nötig, um ein Textverstehen überhaupt zu ermöglichen. Bredel/Maaß (2016a:121) gehen davon aus, dass Texte mit komplexerer Syntax unter Umständen von Adressat(inn)en mit Lesebeeinträchtigung nicht sinnentnehmend verarbeitet werden können. Dies ist jedoch nötig, um die nächste Verarbeitungsstufe durchlaufen zu können (Maaß 2020:27; Maaß/Rink 2019:24), in der das Einordnen und dauerhafte Abspeichern von neuen Informationen stattfinden müsste (Bredel/Maaß 2016a:121; zum Zusammenhang von verständlicher Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz s. Maaß/Rink 2017). Leser(innen) mit Beeinträchtigung, die Inhalte auf der Wortebene schon nicht schnell genug prozessieren und auf Satzebene nicht integrieren können, haben gegebenenfalls das Problem, dass das sinnentnehmende Lesen auf der Textebene scheitern kann. Einzelne Sätze und vor allem einzelne Wörter können zwar entziffert werden, jedoch scheitert es auf der Textebene. Sätze werden nicht einfach zusammengefügt, um einen Textzusammenhang zu generieren; Leser(innen) hierarchisieren Informationen, ziehen Schlüsse aus dem Gelesenen und bilden somit kohärente Bedeutungseinheiten, die für den Verstehensprozess essentiell sind (Bredel/Maaß 2016a:121).

Wie Groeben bereits 1982 herausstellte, übernehmen Leser(inn)en folglich eine sehr aktive Rolle beim Lesen (Groeben 1982; Christmann 2006). Der Sinn eines Textabschnitts oder eines Gesamttextes wird aus ihrem Vorwissen, ihren Erwartungen und Annahmen über die Themenbehandlung und -

formulierung konstruiert, sie konstruieren aktiv den Sinn des Textes (Christmann 2006). Das Wissen über Textsorten sowie das Heranziehen von Hintergrundwissen sind im Verstehensprozess von höchster Bedeutung. Gleich ob man nach dem Netzwerkmodell oder dem Schemamodell geht (Rickheit et al. 2010:38), die Informationsablage der Leser(innen) ist ihrem Vorwissen nach in einer bestimmten Art und Weise strukturiert oder aufgegliedert (Christmann 2006:615f.). Wenn für bestimmte Themen oder Sachverhalte kein Vorwissen aktiviert werden kann, also keine Wissensbestände dafür angelegt sind, kann der Leser oder die Leserin keine für das Textverstehen nötigen Schlüsse ziehen, was im Bereich der Gesundheitsinformationen verheerende Folgen nach sich ziehen kann. Die Leser(innen) verknüpfen normalerweise das bestehende Vorwissen mit den neuen Informationen und gleichen diese ab (Richter/Christmann 2009:48; Christmann 2006:612). Besonders Adressat(inn)en mit Beeinträchtigung haben durch fehlende Leseübung und mangelndes Vorwissen oftmals mit dem Problem beim Lesen zu kämpfen, dass textvermittelte Gegenstandsbereiche fehlen (Bock/Lange 2017:261).

Orientiert man sich an dem propositionalen Verarbeitungsmodell (Fischer 2011:140ff.; Rickheit et al. 2010:72f.), so müssten Textrezipient(inn)en nach dem Lesen fähig sein, den gelesenen Inhalt in eigenem Wortlaut wiedergeben zu können. Innerhalb dieses Modells geht man davon aus, dass erst dann der Inhalt verstanden und behalten wurde. Nach Fischer wird langfristig nämlich nicht der exakte Wortlaut, sondern die inhaltliche Textbedeutung gespeichert (Fischer 2011:140; Christmann 2006:613). Weichen die sprachlichen und inhaltlichen Informationen zu weit von den Formulierungsgewohnheiten und -möglichkeiten der Leser(innen) ab, ist es sehr schwierig für diese, das Gelesene überhaupt zu verarbeiten (Schuppener/Bock 2019:226ff.). Das Verstehen und Behalten von Textinformationen ist folglich essenziell. Bredel/Maaß betonen, dass davon auszugehen ist, dass Menschen mit Beeinträchtigungen, die als primäre Adressat(inn)en von optimierten Textangeboten wie Leichte-Sprache-Texten benannt werden, einen geringeren Bestand an sowohl gegenständlichem als auch sprachlichem Vorwissen haben (Bredel/Maaß 2016a:123). Daher ist der Verstehensprozess und auch das Behalten beim Lesen für diese Adressat(inn)en schwieriger als für durchschnittliche Leser(innen). Da aber „[s]owohl bei der Sprachproduktion als auch beim Sprachverstehen [] das Weltwissen der Interaktionspartner und die Umweltfaktoren eine wichtige Rolle“ spielen (Rickheit et al. 2010:11), kann der Einbezug dessen im Verarbeitungs- und Verstehensprozess nicht außer Acht gelassen werden. Die Informationsvermittlung gestaltet sich dann – gerade für Menschen mit Kommunikationseinschränkungen bzw. Menschen, die einer vulnerablen Gruppe zugehörig sind wie Senior(inn)en in Bezug auf den Umgang mit Gesundheitsinformationen (Schaeffer et al. 2016:41) – umso schwieriger. Dies ist insbesondere der Fall, wenn man sich in einem fachlichen und gleichzeitig lebenswichtigen Bereich wie dem medizinischen bewegt, in dem der „kompetente Umgang mit gesundheitsrelevanter Information […] zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit“ (Schaeffer et al. 2018:12) zentral ist.

Die Optimierung im Bereich der Typografie in Leichte-Sprache-Texten lässt sich in Mikro- und Makrotypografie aufteilen (Bock 2019:91): Dabei bezieht sich die Mikrotypografie auf die Schriftgestaltung, z.B. die Schriftart und -größe, den Zeichen- und Zeilenabstand, während bei der Makrotypographie die Organisation von Text und Textteilen im Vordergrund steht, z.B. die Verteilung von Schrift auf der Fläche, visuelle Akzente, Absätze und Einrückungen (ebd.; Bredel/Maaß 2016a:264f.; ebd. 2016b). Bredel/Maaß (2016a:266) sprechen in diesem Zusammenhang über den Einsatz eines „typografischen Basisformats, das für alle Leichte-Sprache-Texte verwendet wird“. Dies führt dazu, dass sich Leichte-Sprache-Texte in ihrer Aufmachung stark ähneln, gleich, ob es sich um

einen Zeitungsartikel, die Erklärung eines Gesetzestextes, einen Speiseplan oder eine andere Textsorte handelt (Bock 2019:70f.). „Eine typografisch erzeugte Funktionsunterscheidung nach Textsorten oder -funktionen ist demnach in Leichter Sprache nicht möglich“ (Bredel/Maaß 2016a:266). Problematisch ist dies, da so nach Bredel/Maaß (2016a:490) eine wichtige Interpretationshilfe auf der Textebene verloren geht, da die Zuordnung eines Textexemplars zu einer Textsorte eine Vorentscheidung darstelle, „welche Themen, welche Textfunktionen, welche Illokutionstypen erwartet und welche Arten von Frames und Scripts als aktiviert betrachtet werden dürfen“ (ebd.). Die Einebnung der Textsorten kann ebenfalls dazu beitragen, dass primäre Adressat(inn)en durch einen Gewöhnungseffekt zwar genau wissen, welche Texte für sie bestimmt sind (Alexander 2019:102f.), dass jedoch die negativen Zuschreibungen, die Leichte Sprache mit sich bringt, verstärkt (wahrgenommen) werden und sich damit auch die Gefahr der Adressat(inn)en erhöht, einer Stigmatisierung zu unterliegen (Bredel/Maaß 2016a:51f.; s. Kap. 4). Bock (2019:72) belegt jedoch in ihrer Untersuchung, dass primäre Adressatengruppen durchaus mit prototypischen grafischen Merkmalen von Textsorten vertraut sind, sodass eine von diesen textsortenspezifischen Merkmalen abweichende Gestaltung von Texten für Leichte-Sprache-Zielgruppen problematisch sein kann.

Neben der Typografie ist auch die Bebilderung in Leichte-Sprache-Texten ein Teil des „typischen“ Designs (dazu ausführlich Bredel/Maaß 2016a:271-296). Das Erkennen eines Bildes hängt laut Boeck/Wünsche (2019:243) von dem Vorwissen des Betrachters/der Betrachterin ab. Das Bildverstehen hängt dabei von zwei Komponenten ab, dem Vorwissen über die Abbildungskonventionen und dem Vorwissen über den Realitätsausschnitt, auf den die Abbildung verweist (ebd.). Bildverstehen basiert also auf aus der Erfahrung mit der Realität erworbenen Schemata (ebd.). Letztere gehören zu den Wissensstrukturen, auf die zurückgegriffen wird, wenn ein Bild rezipiert wird und verstanden werden soll (Weidenmann 1994:45f., Boeck/Wünsche 2019:244). Bilder können den Leser/die Leserin dazu motivieren, sich mit den präsentierten Informationen näher auseinanderzusetzen (Lenzner 2009:68f.; Wünsche 2019:264). Gerade in Hinblick auf die Akzeptabilität eines Textes können Bilder, wenn sie zu kindlich sind, insbesondere für erfahrene erwachsene Leser(innen) wie die hier betrachtete Zielgruppe eher ein Kriterium dafür sein, den Text abzulehnen (Bredel/Maaß 2016a:50, 278; Maaß 2020). Bock (2019:79) verweist in ihrer Studie darauf, dass auch für primäre Adressat(inn)en, die in der Regel ebenso Erwachsene sind, „eine kindliche Bildästhetik zu vermeiden“ sei (ebd.). Wichtig sei die visuelle Erkennbarkeit und die Klarheit des Motivs, um insgesamt die Attraktivität des Textes und damit die Motivation beim Lesen zu steigern (ebd. 77, 79). Als ansprechend wurden von primären Adressatengruppen, hier konkret von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Analphabet(inn)en, Fotografien und Zeichnungen beurteilt, während Piktogramme aufgrund der meist nur schwarzen Farbe als eher weniger ansprechend bewertet wurden (ebd. 77). Texte mit Bebilderung schnitten besser ab als Texte ohne Bilder (ebd.).

Die verwendeten Bilder in den Leichte-Sprache-Texten (Kap. 6.2) sind nach Ballstaedt (2012) Abbilder und weisen laut Bredel/Maaß (2016a:284) „eine ausgeprägte Ikonizität“ auf. Sie dienen als Realitätsersatz (Bredel/Maaß 2016a:284) für - in dieser Studie - Personen in konkreten Situationen, bei Kopfschmerzen, beim Zähneputzen und auch bei der Anwendung der stabilen Seitenlage bzw. einer Herzdruckmassage bei einer anderen Person[15].

[15] Bock (2019:81ff.) nutzt zur Klassifizierung von Text-Bild-Beziehungen die Unterscheidung nach Theo van Leeuwen (2005): In der Praxis würden in Leichte-Sprache-Texten vor allem Bilder eingesetzt, die sich „weitgehend mit den sprachlichen Informationen im Text decken“ (Bock 2019:82). Man spricht hier von Elaboration (ebd. 81f.; van Leeuwen 2005). Weiterhin gibt es noch die Extension, bei der das Bild eine zur

Im Rahmen dieser Studie wird die These postuliert (Kap. 1), dass die Leichte-Sprache-Texte, in denen kindliche Bilder hinzugefügt wurden, aufgrund der Bebilderung für die Zielgruppe inakzeptabel sind, dass diese also bei den Rezipient(inn)en, die explizit nicht zur primären Adressatengruppe der Leichten Sprache gehören, auf Ablehnung stoßen. Weidenmann (2002) unterscheidet verschiedene Bildfunktionen: Die Situierungsfunktion besteht darin, dass der Betrachter/die Betrachterin des Bildes die gezeigten Informationen mit einer ähnlichen, bereits erlebten Situation verknüpfen (Bredel/Maaß 2016a:290; Epp/Speransky 2019:300). Diese Bildfunktion ist am stärksten mit Emotionen verknüpft, was sich am vorliegenden Beispiel des Schmerzmitteltextes verdeutlichen lässt, da der vor Schmerz verzerrte Gesichtsausdruck und die Tränen der Frau eine hohe Empathie beim Betrachter/bei der Betrachterin evozieren (s. Anhang, Schmerzmittel, Leichte Sprache). Auch Bredel/Maaß (2016a:271) bestätigen, dass Bilder die Leser(inn)en auf emotionaler Ebene ansprechen und zudem Konnotationen zu den Denotaten der verbalen Textanteile liefern. Die Abbildung zum Zähneputzen kann als der Zeigefunktion zugehörig (im Sinne der Fokusfunktion als Aufmerksamkeitssteuerung auf aktuell relevante Aspekte, Bredel/Maaß 2016a:290), die Abbildung zur stabilen Seitenlage bzw. zur Herzdruckmassage als der Konstruktionsfunktion zugehörig eingeordnet werden, die die Handlung (Herzdruckmassage) bzw. das Ergebnis der Handlung, eine Person in die stabile Seitenlage zu befördern, darstellen (Bredel/Maaß 2016a:290; Weidenmann 2002).

Primäre Adressat(inn)en Leichter Sprache sind also Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen, die Angebote in Leichter Sprache als Mittel zur kommunikativen Teilhabe benötigen (Bredel/Maaß 2016a:139). Dies sind zum Beispiel Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit Sinnesbehinderung, Menschen mit Aphasie, Menschen mit dementiellen Erkrankungen oder Menschen mit geringen Deutschkenntnissen (ebd. 140). Neben einer Behinderung können also auch Analphabetismus und zu geringe Deutschkenntnisse Gründe dafür sein, dass Adressat(inn)en auf Leichte Sprache angewiesen sind. Sekundäre Adressat(inn)en (ebd. 139) sind Personen ohne Kommunikationseinschränkungen, die Leichte-Sprache-Texte nur in bestimmten Situationen nutzen, etwa im Kontext der Experten-Laien-Kommunikation. Innerhalb der sehr heterogenen primären Adressatenschaft lassen sich jene Nutzer(innen) von anderen unterscheiden, die die Texte nur vorübergehend nutzen (zur Brückenfunktion Leichter Sprache s. Bredel/Maaß 2016a:57f.), wie dies zum Beispiel bei Lernenden von Deutsch als Zweitsprache oder Legastheniker(inne)n der Fall ist. Genauso könnten Aphasiker(innen) je nach Verlauf der Einschränkung nur vorübergehend auf Leichte Sprache angewiesen sein (ebd. 142), während bei prälingual Gehörlosen sowie bei funktionalen Analphabet(inn)en die Lernkurve im Lesen und Schreiben (Literalität) über den Bedarf an leichten Texten entscheidet: Durch einen erhöhten Kompetenzerwerb im Lesen und Schreiben deutscher Laut- und Schriftsprache könnte das Alphalevel (Grotlüschen et al. 2019) über die Zeit steigen und die Notwendigkeit von maximal optimierten Texten für diese Gruppen abnehmen. Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz, letztere nach der Gruppe der funktionalen Analphabet(inn)en (insgesamt 6,2 Millionen Menschen in Deutschland, ausgenommen Jugendliche bis 18 und ältere Menschen ab 65 Jahren, Grotlüschen et al. 2019) die größte Adressatengruppe Leichter Sprache, haben einen dauerhaften Bedarf an leichten Texten, da bei diesen beiden Gruppen eine Veränderung bzw. Verbesserung der Aufnahmekapazität nicht wahrscheinlich ist. Fornefeld (2002:44) beschreibt Personen mit einer geistigen Behinderung als „gravierend beeinträchtigt“ (zu Demenz Schindelmeiser 2008/2016, Bickel et al. 2018). Die größten Adressatengruppen wie die funktionalen

Textaussage passende Wertung transportiert, die jedoch nicht im Text enthalten ist (Bock 2019:82). Bei der Text-Bild-Schere stehen die Informationen in Text und Bild in keinem inhaltlichen Zusammenhang, sodass es zu Irritationen bei den Leser(inne)n kommen kann (ebd.; van Leeuwen 2005).

Analphabet(inn)en, Menschen mit Demenz und Menschen mit Deutsch als Zweitsprache sind kurioserweise gar nicht adressiert, wenn es im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG 2018 § 11, Satz 1) zu „Verständlichkeit und Leichte Sprache“ heißt:

> „1 Träger öffentlicher Gewalt im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 sollen mit Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen in einfacher und verständlicher Sprache kommunizieren. 2 Auf Verlangen sollen sie ihnen insbesondere Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in einfacher und verständlicher Weise erläutern“ (ebd.).

Bock (2019:18) verweist in ihrer Studie mit primären Adressat(inn)en darauf, dass Texte für diese angemessen sein müssen: Sie dürfen nicht zu leicht für die Rezipient(inn)en sein und der Stil sollte zu ihnen passen (ebd.). Mit dem Begriff der Angemessenheit spricht Bock (2019:18) für primäre Adressat(inn)en an, was Maaß (2020:27f.; Maaß/Rink 2019:24; Rink 2020:117; Lang 2021) als eine essentielle Stufe im Gesamtverstehensprozess beschreibt: die Akzeptanz auf Nutzer(innen)seite bzw. die Akzeptabilität auf der Textseite für jegliche Nutzergruppen, die bestimmen, ob ein Text am Ende des Rezeptionsprozesses tatsächlich angenommen wird und somit auch handlungsorientierend sein kann (Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2020:27). Auf diese Stufe wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

3.4 Einfache Sprache

Folgt man der Vorstellung von Sprache und den darin befindlichen Varietäten als Kontinuum (Hansen-Schirra/Maaß 2020a:18), wie dies bereits in Kapitel 3.1 dargelegt wurde, so kann Folgendes festgehalten werden: Da Leichte Sprache die maximale Reduktionsvarietät des Deutschen darstellt[16], und sich am Ende des Kontinuums ansiedelt, können hier Regeln für eine „maximale Verständlichkeit“ greifen (Maaß 2020: 42; Maaß/Hernández Garrido 2020:134). Bei der Einfachen Sprache stellte sich eine Normierung zunächst als herausfordernder heraus: Für diese Varietät lagen anfänglich nur Versuche vor, sie zu beschreiben (Neubauer 2019:11, 29; Baumert 2018:1ff.), während ein striktes Regelwerk fehlte (Maaß 2020:150, Hansen-Schirra/Maaß 2020a:20). 2024 gab das Deutsche Institut für Normung e.V. dann das „Normen-Handbuch Einfache Sprache“ heraus, in dem zwei Normen publiziert wurden, die der DIN-Arbeitskreis „Einfache Sprache“ erarbeitet hatte (Einfache Sprache - DIN 8581-1 und DIN ISO 24495-1:IX): Zum einen wurde mit der DIN ISO 24495-1 der internationale ISO-Standard „Plain language – Part 1: Governing principles and guidelines“ von 2023 in das Deutsche Normenwerk übernommen, zum anderen wurde die nationale Norm DIN 8581-1 *Einfache Sprache - Anwendung für das Deutsche – Teil 1: Sprachspezifische Festlegungen* für die Anwendung auf das Deutsche darin veröffentlicht (ebd., DIN ISO 24495-1:4).

Bereits 2016 schlagen Bredel/Maaß (2016b:187) ein „Schubladensystem“ für die Einfache Sprache vor, bei dem man – von der Leichten Sprache ausgehend – verschiedene Anreicherungsstrategien auf Wort-, Satz- und Textebene auswählt, um sich mehr oder weniger von der Leichten Sprache weg- oder zur Standardsprache hinzubewegen (ebd. 2016a:531; Maaß 2020:158ff.). Bei der Einfachen Sprache findet durch diese Anreicherungen also eine „schrittweise Steigerung des Schwierigkeitsgrades“ statt (Bredel/Maaß 2016b:188). Entscheidet man sich z.B. dafür, Nominalkonstruktionen zuzulassen, muss man an anderer Stelle Vereinfachungsstrategien beibehalten – indem man beispielsweise keine Nebensätze und Passivkonstruktionen verwendet –, um den Text insgesamt nicht zu komplex werden zu lassen (ebd. 2016a:535ff.). Je nach Zielsituation und je nachdem, wie viel Komplexität den Adressat(inn)en zugemutet werden kann, kann man den Zieltext in der Art viel oder weniger

[16] Bezogen auf die verbale Versprachlichung, basale Kommunikationsformen über Bildkarten oder nonverbale Kommunikationsformen wie lautsprachbegleitende Gebärden ausgenommen.

anreichern, sodass man sich auf dem Kontinuum der Sprachvarietäten eher in Richtung der Standardsprache oder in Richtung der Leichten Sprache bewegt (ebd. 531). Hansen-Schirra/Maaß (2020a:24) sprechen hierbei von einem „trade-off“ zwischen der Einfachen und der Leichten Sprache: Je nachdem, wie viel Komplexität in einem Text zugelassen wird, bewegt sich dieser wie auf einer Wippe eher zum einen oder zum anderen Pol. Dabei wird der Text in Richtung der Leichten Sprache „more perceptible and comprehensible“ (ebd.), während er bei größerer Nähe zur Standardsprache akzeptabler und „less stigmatising“ (ebd.) wird.

In der DIN ISO 24495-1 (2024:8, 11f.) zur Einfachen Sprache werden vier Grundsätze mit darauf bezogenen Leitlinien für die Erstellung von Dokumenten in dieser Varietät formuliert: So sollten die Informationen in Einfacher Sprache relevant, auffindbar, verständlich und hilfreich sein, damit sie von den Rezipient(inn)en verwendet werden können (ebd. 11). Die Leitlinien konkretisieren dann die Herangehensweise beim Erstellen von Texten, um die Grundsätze umsetzen zu können: Neben der Beschäftigung mit der Zielleserschaft, ihren Zielsetzungen und dem Kontext der Rezeptionssituation müssen auch die Dokumentenart und die Inhalte sorgfältig ausgewählt werden (relevant; ebd. 12ff.). Weiterhin müssen die Informationen so strukturiert und gestaltet werden, dass die Rezipient(inn)en „leicht finden, was sie brauchen (auffindbar)“ (ebd. 14; ebd. 15f). Außerdem sollten Eindeutigkeit und Prägnanz auf Wort-, Satz- und Textebene mit Blick auf die Verständlichkeit der Informationen gegeben sein (verständlich, ebd. 17ff.). Auch das Hinzuziehen von Abbildungen und die Verwendung von Multimedia sowie ein respektvoller Ton gegenüber den Lesenden wird empfohlen (ebd. 19f.). Werden die vorangegangenen Leitlinien von den Texterstellenden umgesetzt, ist es wahrscheinlich, dass die Lesenden die Informationen auch leicht verwenden können, diese also hilfreich sind (ebd. 20). Um dies sicherzustellen, sollten die Dokumente entsprechend sowohl während der Entstehung als auch weitergehend überprüft werden (ebd. 21). Dazu sollten die Texterstellenden auch die verfügbare Zeit und die Ressourcen der Rezipient(inn)en beachten (ebd. 22; s. Kap. 7 zur Begrenzung der Ressourcen der Zielgruppe der vorliegenden Studie).

Eine Form der Einfachen Sprache ist die Leichte Sprache Plus (Maaß 2020:227f.): Hierbei handelt es sich um ebendiese Form einer angereicherten Leichten Sprache, die sich insbesondere mit Blick auf die Gestaltung des Layouts eher standardsprachlichen Texten annähert und somit akzeptabler als die offenkundig an kommunikationsbeeinträchtigte Lesende gerichteten Leichte-Sprache-Texte sein soll (ebd. 234; 277f.). Die Verständlichkeit ist in Leichte-Sprache-Plus-Texten also je nach verwendeten Anreicherungsstrategien weiterhin optimiert, wenngleich nicht maximal, während die Akzeptabilität der Texte zunimmt (ebd. 280). Ebenso ist die Wahrnehmbarkeit der Texte dieser Varietät erhöht, während die Gefahr der Stigmatisierung der Rezipient(inn)en reduzierter ist als bei den maximal optimierten Leichte-Sprache-Texten (ebd. 232). Der Zugang zu den Inhalten ist durch Leichte Sprache Plus also im Vergleich zu Texten in Standardsprache gesteigert, gleichwohl Wahrnehmbarkeit und Verständlichkeit nicht in gleicher Weise erhöht sind wie bei der Leichten Sprache (ebd.). Die Leichte Sprache Plus bewegt sich zwischen letzterer und der Standardsprache, sodass die Vorteile der Leichten Sprache genutzt – wenn auch nicht in Bezug auf alle Regeln – und gleichzeitig Nachteile der Leichten Sprache wie die Gefahr der Stigmatisierung der Leserschaft reduziert werden. Es ist aber anzumerken, dass die Leichte Sprache Plus durch ihre Nähe zur standardsprachlichen Textgestaltung nicht wie die Leichte Sprache dazu geeignet ist, „to serve the symbolic function of making the primary target groups' needs and the organisations' efforts visible“ (Maaß 2020:232).

Auf diese Varietät wird in Kapitel 4.4 näher eingegangen, da der hier fokussierte Aspekt der Akzeptanz durch die Nutzenden eng mit der Varietät verknüpft ist, die zwischen Verständlichkeit und Akzeptabilität von Texten eine Balance finden soll (ebd. 281).

3.5 Verständlichkeit für Menschen im erhöhten Lebensalter

Die Lebensphase des Alterns geht häufig mit zahlreichen gesundheitlichen und sozialen Ressourceneinbußen einher, während die Wahrscheinlichkeit von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit steigt (Vogt 2017:31; vgl. Saß et al. 2009:55f.; Rott/Jopp 2012; RKI 2014; WHO 2015/16). Multimorbidität gilt als „zentrales Merkmal" dieser Lebensphase (Vogt 2017:31; Rott/Jopp 2012: 475). Somit benötigen ältere Menschen mehr Gesundinformationen und Hilfestellung im Bereich Gesundheit als andere Bevölkerungsgruppen. Da insgesamt mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Schwierigkeiten dabei haben, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Schaeffer et al. 2021: 26), wächst der Bedarf an verständlichen gesundheitsbezogenen Informationen enorm (s. Kap. 2). Insbesondere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, niedrigem Bildungsniveau sowie die hier fokussierte Gruppe von Menschen über 65 Jahren sind von einer geringen Gesundheitskompetenz betroffen (ebd. 28). Faktoren wie chronische Erkrankungen, Kommunikationsbeeinträchtigungen sowie ein niedriger sozioökonomischer Status und/oder ein Migrationshintergrund (Schaeffer et al. 2016:41), können den erfolgreichen Rezeptionsprozess von Gesundheitsinformationen behindern (zu Kommunikationsbarrieren s. Rink 2020; vgl. Maaß/Rink 2017). Vulnerable Gruppen müssen daher im Fokus von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz sowie auch von auf sie zugeschnittenen verständlichkeitsoptimierten Gesundheitsinformationen stehen, seien sie schriftlich, audiovisuell, online oder offline (zu Strategien zur Kompensation von Kommunikationsbarrieren s. Rink 2019:60f.; Maaß/Rink 2020a). Insbesondere Menschen mit Behinderungen, wovon ältere Menschen in besonderem Maße betroffen sind (Statistisches Bundesamt 2020), müssen die ihnen in der UN-Behindertenrechtskonvention (§25, 26) zugesicherte Teilhabe in den Bereichen Gesundheit sowie Habilitation und Rehabilitation durch zugängliche, verständliche und angemessene Gesundheitsinformationen erfahren, um ihnen dort angemessene Entscheidungen für das eigene Leben mit „einem Höchstmaß an Unabhängigkeit" zu ermöglichen (UN-BRK §26 (1)).

Um gesundheitsbezogene Informationen verstehen, beurteilen und nutzen zu können, sind eine „nutzerfreundliche Aufbereitung von Informationen sowie eine laienverständliche Sprache und Textstruktur" (Schaeffer et al. 2018:42) notwendig. Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) wird in Anlehnung an Bredel/Maaß (2016) die Verwendung von Einfacher Sprache als Mittel zur Förderung der Informationssuche und -verarbeitung für Nutzergruppen mit heterogenen „Rezeptionsgewohnheiten, Kompetenzvoraussetzungen und Präferenzen" (Schaeffer et al. 2018:42f.) vorgeschlagen (Rink/Maaß 2022:1).

Neben der Multimorbidität und der höheren Wahrscheinlichkeit, im Alter (chronisch) zu erkranken und infolgedessen pflegebedürftig zu werden (BAGSO 2021), handelt es sich in dieser Lebensphase häufig um *andere* Gesundheitsprobleme als in vorangehenden Phasen (WHO 2016:13; Kap. 5, 2.2). Der Bedarf an verständlichen und angemessenen Gesundheitsinformationen ist somit, wie zuvor erwähnt, in dieser Gruppe sehr groß. Insbesondere ältere Menschen haben jedoch häufig andere Nutzungspräferenzen als andere Altersgruppen und werden somit von digitalen Angeboten teilweise gar nicht erreicht (Gutermuth 2020:235; Maaß 2020:31f.). Dies kann sowohl vom Zugang als auch von den Nutzungskompetenzen und -präferenzen abhängen (Verständig et al. 2016:51; Bonfadelli 2019:353f.). Im Folgenden sollen die Anforderungen an Texte für Menschen im erhöhten Lebensalter herausgestellt und mit dem bereits Dargestelltem sowie der Studie von Gutermuth (2020) verknüpft werden, die durch ihren Nebenertrag zur niedrigen Akzeptanz von Senior(inn)en gegenüber verständlichkeitsoptimierten Fachtexten zum Ausgangspunkt der vorliegenden Studie wurde.

Für eine intakte menschliche Sprachverarbeitung sind bestimmte kognitive Fähigkeiten vonnöten (Rickheit et al. 2010:35f.; Christmann/Groeben 2019:125; vgl. Friederici 2012:433, 435). Bei der Rezeption von Texten (gedruckt, online) der Gesundheitsinformation spricht man davon, dass eine

zumindest grundlegende Literalität der Zielgruppen erforderlich ist (NAP, Schaeffer et al. 2018:13). Unter die nötigen kognitiven Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung fallen vor allem das Gedächtnis mit seiner Speicherfunktion und eine „funktionierende Wahrnehmung mit einer gezielten Aufmerksamkeitssteuerung“ (Rickheit et al. 2010:36). Im Hinblick auf die Kommunikation sind neben kognitiven auch sozial-emotionale Faktoren zu beachten (Christmann/Groeben 2019:125; Rickheit et al. 2010:36), was die Untersuchung der Verarbeitung durch Verstehen und Behalten mit der Ebene der Akzeptanz verknüpft, die in der vorliegenden Studie im Fokus steht (Kap. 4).

Menschen im hohen Alter ohne demenzielle Erkrankung oder andere kognitive Einschränkungen können besondere Anforderungen an Texte haben (vgl. Rink 2020), da sie häufig von einer oder mehreren Beeinträchtigungen der Sinne (wie etwa einer Sehschädigung, Maaß 2020:37, 192; vgl. Dobroschke/Kahlisch 2019; eine Übersicht zu Zahlen und Fakten von Augenerkrankungen in Deutschland bietet der DBSV (2020)) oder besonderen medialen Bedarfen (Maaß 2020:193f.; vgl. Mollenkopf/Doh 2002) betroffen sind (zur altersbedingten Verschlechterung der kognitiven Verarbeitungsprozesse s. Lindenberger et al. 2008). Ist die Perzeptionsfähigkeit, also die Fähigkeit zu Aufnahme und Auswertung der schriftlichen Oberfläche bzw. des Lautstroms (Rickheit et al. 2010:68f.) von Informationen eingeschränkt, da der zur Rezeption benötigte Sinn beeinträchtigt ist, scheitert der Verstehensprozess bereits auf dieser Stufe (Maaß/Rink 2019:24; Rink 2020). Einschränkungen oder der Verlust des Seh- und Hörvermögens erschweren älteren Menschen somit die Aufnahme und Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Vogt 2017:18; vgl. Speros 2009).

Eine Studie in Brasilien (Braga et al. 2014) untersuchte die Fähigkeit von Personen ab 65 Jahren beim Besuch einer Internetbanking-Webseite. Dabei stellte sich heraus, dass die Proband(inn)en verschiedene Einschränkungen bei der Nutzung der Banking-Webseite hatten: Vor allem Sinnesbeeinträchtigungen der Augen, Langsamkeit, Probleme bei der Bedienung der Maus („slower and inaccurate movement“, ebd. 479) und eine geringe Aufmerksamkeitsspanne erschwerten die Nutzung der Internet-Banking-Seite (ebd.). Dabei handelte es sich um ältere Menschen, die keine kognitive Beeinträchtigung im Rahmen einer Demenz-Erkrankung aufwiesen (ebd.). Daraus lässt sich schließen, dass bei der Gruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter durch reguläre, altersbedingte Verfallserscheinungen Einschränkungen in der Nutzung von Internetseiten sowohl hinsichtlich der motorischen Handhabung von Maus und Tastatur als auch in Hinblick auf die Verarbeitung der bereitgestellten Informationen (Langsamkeit in der Nutzung) sowie die Wahrnehmung der Inhalte auf dem Bildschirm (Sehschädigungen) vorhanden sein können (ebd.). Mit Rink (2020, s.o.) würde man hier also von Motorik-, Kognitions- und Sinnesbarrieren sprechen. Kommen dann noch weitere Einschränkungen auf der Nutzer(innen)seite hinzu, müssen Kommunikationsangebote im Internet ganz besonders aufbereitet sein, damit sie noch für diese Zielgruppe zugänglich sind (Rink 2020). Auch Seçkin et al. (2016) bestätigen in ihrer Studie, dass die eHealth Literacy von Menschen ab 60 Jahren negativ mit dem Faktor „Alter“ korreliert, während dagegen der Faktor „Bildung“ sich positiv auf eine höhere digitale Gesundheitskompetenz auswirkt (ebd. 11).

Nach der Perzeption steht die Stufe des Verstehens (vgl. Maaß/Rink 2019:24): Man unterscheidet zwischen Wort-, Satz- und Textverstehen; das Wortverstehen ist eine Voraussetzung für das Satzverstehen, das wiederum eine Voraussetzung für das Textverstehen ist (Richter/Christmann 2009:28ff.). Geübte Leser(innen) unterscheiden sich von ungeübten; es wird davon ausgegangen, dass die hier anvisierte Zielgruppe zwar zu den geübten Leser(inne)n zählt, jedoch aufgrund des Faktors Alter Probleme bei der Verarbeitung auf der Ebene der Wahrnehmung und aufgrund der Fachlichkeit der Texte beim Verstehen haben könnte. Vor allem aber wird postuliert, dass die Rezeption von Texten in Leichter Sprache bei der Zielgruppe Ablehnung hervorrufen wird, wie es sich bereits in der Studie von Gutermuth (2020) zeigt (s. Kap. 4.5).

In Gutermuths (2020) Studie werden Personen ab 65 Jahren Alter ohne weitere Beeinträchtigung sowie Migrant(inn)en, Personen mit geistiger Behinderung und eine Kontrollgruppe aus Studierenden untersucht. Es zeigt sich, dass die Gruppe der Personen 65+ signifikant bessere Verstehensergebnisse für die Leichte-Sprache-Version der untersuchten Texte der juristisch-administrativen Kommunikation erzielt als für die Version in Einfacher Sprache und für den Ausgangstext. Dieser Ertrag ist für die vorliegende Studie in hohem Maße relevant. Auch hier wird eine Abstufung der Verständlichkeitsgrade (Leichte Sprache, Einfache Sprache bzw. Leichte Sprache Plus (Kap. 3.4; 4.4), Ausgangstexte in Standardsprache) in der Untersuchung vorgenommen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der unterschiedlichen Textstufen hinsichtlich der zu prüfenden Rezeptionsebenen des selbst eingeschätzten Verständlichkeitsgrades der Zielpersonen sowie der Akzeptanz der Texte zu gewährleisten. Letztere ist aber nicht wie bei Gutermuth nur Nebenertrag, sondern stellt den eigentlichen Fokus der Studie dar.

Die Gruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter wird in Anlehnung an die Studie von Schaeffer et al. (2016) als Menschen ab 65 Jahren definiert (ebd. 27; zum Altersbegriff s. Kap. 5). Es wird angenommen, dass diese – außer der Zugehörigkeit zu der Gruppe mit einem erhöhten Lebensalter (vgl. Lindenberger et al. 2008) – keinerlei Einschränkung bezüglich der kognitiven Verarbeitung beim Lesen hat. Es ist davon auszugehen, dass diese Gruppe sich in Hinblick auf die Lese- und Schreibkompetenzen vor allem hinsichtlich der Variablen „sozioökonomischer Status“, „Bildungsstand“, „(selbsteingeschätzter) Gesundheitszustand“ und „Gesundheits(informations)verhalten“ unterscheiden wird (vgl. Schaeffer et al. 2016). Mit Blick auf Gutermuths Ergebnisse wird angenommen, dass die Gruppe hinsichtlich der Gesundheitsinformationen die Verständlichkeit der Texte als höher einstufen wird, wenn diese (maximal) verständlichkeitsoptimiert sind (Thesen s. Kap. 1). Gleichzeitig wird sich diese Gruppe aber aufgrund der fehlenden „offensichtlichen“ Beeinträchtigung wie etwa einer geistigen Behinderung dafür aussprechen, dass die Leichte-Sprache-Textversionen nicht für sie bestimmt oder gar geeignet sind (Kap. 4.5). Neben der sprachlichen Gestaltung könnten insbesondere Typografie und Layout ausschlaggebend dafür sein, dass ältere Menschen, die ihr Leben lang standardsprachliche Texte gelesen haben, Leichte-Sprache-Texte ablehnen (Maaß 2020:193; 167; Hansen-Schirra/Maaß 2020a:27). Diese Annahme soll in der Studie geprüft werden, um die Anforderungen an die Erstellung verständlichkeitsoptimierter und gleichzeitig akzeptabler Gesundheitsinformationstexte für Übersetzer(innen) greifbar zu machen und eine funktionale, adressaten- und situationsangemessene Textpraxis weiter voranzutreiben (Maaß 2019a:291; vgl. Risku 2016:45). Denn gerade die Gruppe der Senior(inn)en – die eben nicht zur primären Adressatenschaft von Leichter Sprache mit einer existierenden Rechtslage bzgl. juristisch-administrativer Texte gehört (Lang 2019; zur ausstehenden gesetzlichen Verankerung von verständlichkeitsoptimierten Texten in der Gesundheitskommunikation s. Maaß/Rink 2017:51) – benötigt mehr Gesundheitsinformationen in ihrem Alltag als andere Rezipientengruppen und weist in Deutschland im Vergleich zu Europa gleichzeitig einen höheren Anteil an inadäquater und problematischer Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2016:48): So stehen 58 Prozent des EU-Durchschnitts der 66- bis 75-Jährigen mit einer problematischen Gesundheitskompetenz einem Anteil von 66,3 Prozent der über 65-jährigen Befragten in der Schaeffer-Studie in Deutschland gegenüber (Schaeffer et al. 2016:48; s. Kap. 2.4).

Da die Senior(inn)en trotz der Abwesenheit einer Beeinträchtigung im Sinne der primären Adressatenschaft von Leichter Sprache (Schuppener/Bock 2019:226ff.) von verständlichkeitsoptimierten Textversionen profitieren (Gutermuth 2020), werden diese bei der Rezeption trotz jahrelanger Leseerfahrung und vorhandenem Textsortenwissen bzw. Vorwissen in einigen Gesundheitsthemengebieten oder bezüglich bestimmter Krankheitsbilder, die in den Texten thematisiert werden, vermutlich auch in diesem Fachbereich der Medizin die optimierten Texte als

verständlicher einschätzen und ggf. auf Probleme bei der Verarbeitung der Informationen bezüglich des Verstehens im Standardtext stoßen. Gleichwohl wird postuliert, dass die verständlichkeitsoptimierte Version in Einfacher Sprache hohe Akzeptanz – bzw. höhere Akzeptanz als die Leichte-Sprache-Texte – bei den Befragten hervorrufen wird, da sie sich durch ihr standardsprachliches Layout bei gleichzeitiger Verständlichkeitsoptimierung als Kompromiss zwischen Standard- und Leichter Sprache erweisen wird (ausführlich dazu Maaß 2020).

Es kann festgehalten werden, dass Menschen im erhöhten Lebensalter durch ihre Erfahrungen und ihr Vorwissen, welches sie über Jahre ihres Lebens angeeignet haben, einen großen Kenntnisstand in Bezug auf viele Fachgebiete mitbringen (können), was die Verarbeitung neuer und insbesondere fachlicher Inhalte wie in Gesundheitsinformationen begünstigen kann. Gleichzeitig können (chronische) Erkrankungen oder erworbene Beeinträchtigungen im Alter in Bezug auf Kognition, Motorik oder die verarbeitenden Sinneskanäle die Rezeption von Informationen erschweren. Der Zusammenhang von Verständlichkeit und Akzeptabilität von Gesundheitsinformationstexten für diese Zielgruppe wird im folgenden Kapitel erörtert.

4. Akzeptable Kommunikation

Gesundheitsinformationen müssen akzeptabel sein, damit sie im nachfolgenden Schritt zu einer Handlung, im Sinne von Sørensen et al. (2012) zur Anwendung der Gesundheitsinformationen, führen (Ahrens et al. 2022:21; Maaß 2020:27, 199). Reifegerste (2014:175) betont, dass Zielgruppen Botschaften zur Gesundheitsförderung nur annehmen können, wenn sie sich respektiert fühlen und keine Bevormundung durch den Sender der Botschaft empfinden.

Im Folgenden sollen Leichte und Einfache Sprache mit Blick auf die Akzeptanz durch die Nutzer(innen) sowie die dafür erforderliche Akzeptabilität auf der Textseite näher betrachtet werden. Dazu werden der Akzeptanzbegriff sowie das Stigmatisierungspotenzial durch bestimmte soziale Zuschreibungen und Gruppenzugehörigkeiten erörtert. Daran anschließend wird die Varietät der Leichten Sprache Plus als eine Form der Einfachen Sprache als potenzielle Lösungsmöglichkeit zur Akzeptanzsteigerung bei gleichzeitiger Verständlichkeitsoptimierung vorgestellt, wie sie Maaß (2020) modelliert. Abschließend werden die vorgestellten Aspekte noch einmal mit Blick auf die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter beleuchtet.

4.1 Leichte und Einfache Sprache: Verständlichkeit und Akzeptabilität

Leichte Sprache kann aufgrund ihrer stark vereinfachten sprachlichen Gestaltung und des homogenen Layouts insbesondere von sekundären Adressat(inn)en als Provokation empfunden werden (Kap. 3; Bredel/Maaß 2016a:45ff.). Durch die starke sprachliche Vereinfachung und das „typische“ Layout der Texte leidet deren Ästhetik und unterschiedliche Textsorten sehen sehr ähnlich aus (ebd. 534). So würde sie als Zeichen des Sprachverfalls von Leser(inne)n häufig als „restringierter Code“ (Bock 2015:10) und als abweichend von prestigetragenden Sprachformen wahrgenommen (ebd.; Bredel/Maaß 2016a:45). Sie verstoße nach Bock (2015:10) gegen ein „gewisses normatives Bildungs- und Sprachideal, das der Wertung zugrunde liegt und das verteidigt werden soll“ (Bredel/Maaß 2016a:45).

Bredel/Maaß (2016a:51) fassen das Dilemma der Leichten Sprache wie folgt zusammen: Auf Leichte Sprache angewiesen zu sein, ist ein Stigma, da es „diverse negative Zuschreibungen nahelegt“ (ebd.). Gleichzeitig ermöglicht die Leichte Sprache jedoch erst die Teilhabe. Zudem erfüllen Leichte-Sprache-Texte eine wichtige symbolische Funktion, indem sie die Bedarfe der primären Adressat(inn)en für die Gesellschaft sichtbar machen (Maaß 2020:229). Die negativen Zuschreibungen, die mit Leichte-Sprache-Texten assoziiert werden können, listen Bredel/Maaß (2016a:51) wie folgt auf:

„Wer diese Texte benötigt,

1. kann kaum lesen;

2. kann möglicherweise nicht „richtig“ Deutsch;

3. kann nicht an fachlichen Diskursen teilnehmen und gehört zu keiner dieser hoch valorisierten Gruppen;

4. benötigt Erklärungen selbst für einfachste Zusammenhänge und hat folglich eine verminderte Auffassungsgabe;

5. kann die Schönheit und Komplexität der Sprache nicht erfassen;

6. gefährdet die deutsche Sprache, wenn solche Texte im Zuge der Inklusion standarddeutsche Texte verdrängen“ (ebd.; Maaß 2020:215f.).

Zu unterscheiden sind Adressat(inn)en, die die Wahl zwischen den verschiedenen Varietäten haben, nämlich solche, die selbst Mitglied valorisierter Gruppen sind (z.B. über die eigene berufliche Tätigkeit oder über einen hohen Bildungsstand), und somit ohne Stigmatisierung erleiden oder befürchten zu müssen, zu den leichten Texten greifen können (z.B. als Leser(innen) von Fachtexten ohne Beeinträchtigung), von primären Adressat(inn)en (Bredel/Maaß 2016a:52). Eine hochvalorisierte Person, wie etwa ein promovierter Physiker (Maaß 2020:216), der jederzeit andere Texte nutzen könnte, läuft kaum Gefahr, stigmatisiert zu werden. Adressat(inn)en, die jedoch in jedem Kontext und für alle schriftlichen Textsorten auf die Leichte-Sprache-Version angewiesen sind, unterliegen nach Bredel/Maaß (2016a:52; Maaß 2020:216) leichter einer Stigmatisierung, da eine Kommunikationsbeeinträchtigung zu haben ein Stigma trägt (ebd. 209; Bredel/Maaß 2019:262, Jekat et al. 2020).

Da eine Subjektivierung als ‚sprachbehindert‘ „unmittelbar gleichbedeutend mit Ausschluss von (je bestimmten) Diskursen“ (Trescher 2021:25) sei, findet über diese Zuschreibung eine Ausgrenzung der Betroffenen statt.

> „The Easy Language target groups face restrictions with regard to perceiving and understanding texts (including the faculty of being able to read those texts); they are subject to stigmatisation, because a communication impairment is a stigma, even more so if a cognitive disability is the reason for this impairment“ (Maaß 2020:206).

Trescher (2021:8) beleuchtet die Ambivalenzen Leichter Sprache aus inklusionspädagogischer Perspektive und kommt zu dem Schluss, dass „Leichte Sprache zwar Teilhabebarrieren abbauen kann (und dies teils auch tut)“, dass durch sie jedoch ihre Adressat(inn)en „als ‚besonders‘, ‚kognitiv beeinträchtigt‘ oder ‚behindert‘ hervorgebracht werden“ (ebd.). Somit wird Leichte Sprache gleichzeitig sowohl als behindernde als auch als inklusive Praxis wirksam (ebd.). Für Schiewe (2017:84) ist jedoch der Zugang ausschlaggebend, den Leichte Sprache ermöglicht: Wenn Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durch die Leichte Sprache am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, sei dieser Zweck höher zu bewerten, als der mit der Leichten Sprache „einhergehende Verzicht auf standardsprachliche Elaboriertheit“ (ebd.). Somit überwiegt der Teilhabe-Gedanke für ihn den Verlust der Ästhetik der Standardsprache und, denkt man dies weiter, auch das damit verbundene Stigmatisierungspotenzial (s.o.; Bredel/Maaß 2016a:51f.). Ist diese Sichtweise jedoch zu kurzsichtig für die Zielgruppen?

Nach Trescher (2021:23) werden über Sprache Zugehörigkeiten geregelt, z. B. zu einer bestimmten Altersgruppe, Dialektgemeinschaft oder zu einer Berufsgruppe wie der „Scientific Community“:

> „Insbesondere bezüglich letzterer bedarf es im Allgemeinen einer gewissen hochsprachlichen Eloquenz, um als vollwertiges Mitglied anerkannt zu werden. Personen, die sich dieser Eloquenz nicht bedienen

> können, erfahren infolgedessen oftmals von vorneherein Ausschluss, ungeachtet des inhaltlichen Beitrags, den sie gegebenenfalls für die Gruppe erbringen könnten." (Trescher 2021:23)

Ausschluss scheint der Sprache in ihrer Nutzung also inhärent zu sein. In geeigneten Kontexten wie der intrafachlichen Experten-Experten-Kommunikation (vgl. Luttermann/Rawinsky 2020:146) ist eine effiziente Form der Kommunikation zeitsparend und angebracht, da hier ein größerer *Common Ground* (s. Kap. 2.2) vorliegt. Geht es aber um Teilhabe, muss ein Umdenken stattfinden (zur politischen Teilhabe s. Trescher 2016).

Trescher (2021:25) zeichnet das Bild von Leichter Sprache als „Sondersprache im Inklusionsdiskurs": Wie könne man damit umgehen, dass Leichte Sprache ein Vermittler sei, der gleichzeitig in gewisser Weise ‚statusniedrigt' (ebd.)? Eine „Besonderung" der Adressat(inn)en Leichter Sprache führe dazu, dass diese schließlich selbst als Behinderungspraxis wirksam würde (ebd. 24). Infantilisierungen und die Verfestigung eines defizitären Blicks könnten sich möglicherweise auch negativ auf die zukünftigen Lesekompetenzen der Adressat(inn)en auswirken (Zurstrassen 2017:61ff; Trescher 2021:24). Der zunehmende Gebrauch des Schreib- und Sprachstils der Leichten Sprache und damit verbunden die darauf bezogene Sozialisierung der Adressat(inn)en könne die Ausgrenzung dieser fördern (vgl. Zurstrassen 2015:130). Zurstrassen (2017:61) verweist mit Bezug auf das Konzept der „exkludierenden Inklusion" darauf, dass, so die Rückmeldung einer Teilnehmerin aus einem Workshop der Bundeszentrale für politische Bildung, mit dem Begriff „leicht" Dummheit assoziiert würde und häufig Infantilisierung durch das defizitorientierte Konzept insgesamt oder einzelne Elemente wie den Text begleitende (kindlich gehaltene) Zeichnungen stattfände (ebd. 62). Zurstrassen (2017:66) fordert, auf „defizitorientierte Zielgruppenbeschreibungen (zu) verzichten" und sich statt der Leichten der Einfachen Sprache zu bedienen, „die sich an alle Bürger/innen richtet" (ebd. 66). Damit zeigt sie in eine ähnliche Richtung, wie Maaß (2020) dies kurze Zeit später mit der neuen Varietät Leichte Sprache Plus, die sich zwischen der Leichten und der Einfachen Sprache bewegt, fundiert vorschlägt. Leichte Sprache könne, so Zurstrassen (2017:66), die Inklusion und die Exklusion zugleich fördern und verfestigen.

Zurstrassen (2017:65) verweist bereits auf Bourdieus (1982) Ansatz von Sprache als sozialem Distinktionsmittel, das asymmetrische Herrschaftsstrukturen aufrechterhält oder herstellt. So würde mit dem Konzept der Leichten Sprache ein neues Abgrenzungskriterium statuiert, das den Abgrenzungsdiskurs erleichtere oder sogar befördere, da hierbei auf die kognitive Beeinträchtigung von Menschen fokussiert werde (Zurstrassen 2017:65; s. Kap. 8.2 zur Distinktion). „Leichte Sprache als Ausdruck einer Eigenkultur bedeutet dann aber, dass sie ein Instrument des Selbstausschlusses sein kann" (Zurstrassen 2017:64)[17].

Diekmannshenke (2017:125) stellt in seiner Betrachtung des medialen Diskurses zu Leichter Sprache fest, dass sich diese hinsichtlich der gewohnten Umgangsweise mit Sprachthemen in mancherlei Hinsicht unterscheide. Neben überwiegend sachlich-konstruktiver Kritik gibt es auch immer wieder Gegner(innen), die sich abfällig über das Konzept äußern, um populistischen Auffassungen, nicht selten konkret politisch begründeten, zuzuarbeiten (ebd.). Auffallend ist, dass es in der medialen Berichterstattung, fällt sie denn negativ aus, Parallelen zu anderen (vergangenen) Phänomenen des Sprachwandels gibt, so z.B. die medial verbreiteten Bedrohungsszenarien für die deutsche Sprache bezüglich der Jugendsprache, technologisch-moderner Kommunikationsweisen wie SMS oder Chatrooms oder bezüglich der deutschen Rechtschreibreform (ebd. 112ff.): In jedem der genannten Fälle wurde medial das „Gespenst des Sprachverfalls beschworen und ‚Rettung' für notwendig erklärt" (ebd. 115). Häufig dient die vorgeschobene Diskussion über Leichte Sprache also der

[17] Im Zusammenhang mit der Einbindung von Expert(inn)en aus der Zielgruppe und entsprechenden Gütesiegeln verweist Zurstrassen (2017:64) hier auf die Problematik des positiven Rassismus, die hinter dieser Praxis stünde (vgl. ebd. 2015:130).

Funktionalisierung ganz anderer (politischer) Zwecke, z.B. um eine bestimmte (Bildungs-)Politik zu kritisieren (ebd. 121, 125). Im Zusammenhang mit der Kritik an der Leichten Sprache und die Diskussion darum nimmt Diekmannshenke (2017:123) ebenso wie zuvor schon Bredel/Maaß (2016:48ff.) Bezug auf die scharfe Kritik von Rainer Bremer, der im Kontext Leichter Sprache von „Realsatire" und „Parodien auf behinderte Menschen" sprach. Insgesamt stellt Diekmannshenke (2017:126) eine Bandbreite an medialen Reaktionen zur Leichten Sprache fest: Von Ignoranz und Unwissenheit über „‚bewährte' Argumentationsmuster wie Sprachverfallsszenarien" (ebd.) oder das Ins-Lächerliche-Ziehen von Leichte-Sprache-Formulierungen oder -Texten lässt sich alles finden (ebd.).

Emotions- und Motivationsbarrieren können den Rezeptionsprozess hemmen (Lang 2021; vgl. Maaß 2020). Die Akzeptanz digitaler Technologien spielt insbesondere bei Menschen im erhöhten Lebensalter eine zentrale Rolle: So können insbesondere für ältere Menschen die eigenen (subjektiv wahrgenommenen oder tatsächlichen) mangelnden Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien die Nutzung von darüber zur Verfügung gestellten Inhalten hemmen oder sogar ganz verwehren (vgl. BMFSFJ 2020:38). Auch in der konkreten Arzt-Patienten-Interaktion spielen die affektive Bindung der Betroffenen zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin sowie die Intuition und das Bauchgefühl der Patient(inn)en eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung der Kompetenz(-zuschreibung) und in Bezug auf das dem/der Experten/Expertin entgegengebrachte bzw. ihm/ihr gegenüber empfundene Vertrauen (Link 2019:94f.).

Insbesondere in der Gesundheitskommunikation sind Emotionen sowie der Zusammenhang dieser mit dem Faktor der Motivation von großer Bedeutung:

> „Die motivierende Wirkung von Emotionen ist in der Gesundheitskommunikation von besonderer Bedeutung, da viele Gesundheitsbotschaften neben Informationsaufnahme und Einstellungsänderungen auch auf Verhaltensänderungen abzielen" (Bartsch/Kloß 2019:261).

Emotionen werden gemeinhin mit Gefühlszuständen wie Angst, Wut, Freude, Trauer oder Liebe assoziiert, sind in der Forschung aber aufgrund der Vielfalt der beteiligten Komponenten, die sowohl körperliche als auch psychische Prozesse umfassen, nicht leicht zu definieren (Bartsch/Kloß 2019:258; Scherer 2005). Die Emotionsforschung hält überwiegend Modelle zu Emotionskomponenten vor, die durch ihr Zusammenwirken Emotionen erzeugen (Bartsch/Kloß 2019:258; s. auch das Komponentenprozessmodell von Scherer (2005)). *Emotionen* sind spezielle affektive Zustände, die sich von *Stimmungen* und *Einstellungen* unterscheiden (Bartsch/Kloß 2019:259; Scherer 2005). Während Stimmungen lange andauerten, jedoch eine geringe Intensität aufwiesen und nicht auf ein konkretes Ereignis bezogen seien, entstünden Emotionen relativ abrupt, seien von kurzer Dauer, aber von hoher Intensität (Bartsch/Kloß 2019:259). Sie beziehen sich auf konkrete Ereignisse, können vorgängige Denk- und Handlungsprozesse unterbrechen und sind mit entsprechenden Handlungsimpulsen verbunden (ebd.). Im Unterschied dazu handelt es sich bei Einstellungen „nicht um situationsbezogene Reaktionen, sondern um dauerhafte Bewertungs-, Gefühls- und Handlungstendenzen" gegenüber dem konkreten Einstellungsobjekt (ebd.).

Die emotionale Beteiligung, die Gefühle zu einem Thema, können eine Rolle dabei spielen, ob eine Information als wichtig oder unwichtig markiert wird und damit ihren Stellenwert bestimmen: Bartsch/Kloß (2019:258) betonen die Bedeutung von Emotionen bei der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen. Emotion und Motivation hängen zusammen und können eine positive (verhaltensaktivierende, aufsuchende Motivation), aber auch eine negative Wirkung (verhaltenshemmende, vermeidende Motivation) in Bezug auf die jeweilige Botschaft entfalten (ebd. 258, 261; vgl. Lang 2006):

> „Emotionen können ihrerseits Rückwirkungen auf die Wahrnehmung und Verarbeitung von Gesundheitsbotschaften entfalten, beispielsweise indem sie die Aufmerksamkeit der Rezipienten auf die Botschaft lenken, zur gründlichen Verarbeitung der Botschaft motivieren oder Einstellungs- und Verhaltensänderungen begünstigen. Mitunter können Emotionen aber auch kontraproduktive

> Wirkungen entfalten – etwa [sic!] wenn sich Rezipienten durch die Botschaft unter Druck gesetzt fühlen und mit Ärger und Gegenargumenten reagieren […]“ (Bartsch/Kloß 2019:258).

Warum ist eine Motivations- oder Emotionsbarriere von großer Bedeutung für die kognitive Informationsverarbeitung? Im Rezeptionsverlauf kommt es zu einer Wechselwirkung zwischen emotionalen und kognitiven Prozessen (Bartsch/Kloß 2019:260). Emotionen können die kognitive Verarbeitung bereits auf der Stufe des Auffindens (Maaß/Rink 2019:24) von Medienangeboten beeinflussen, indem sie sogenannte Orientierungsreaktionen auslösen oder verstärken, die die Aufmerksamkeit der Rezipient(inn)en „auf das Medienangebot lenken und damit die Voraussetzung für weitere Verarbeitungsprozesse wie Encodierung, Speicherung und Erinnerung von Informationen schaffen“ (Bartsch/Kloß 2019:260; vgl. Lang 2006). Die Verbindung zwischen Emotionen und Motivation kommt hier abermals zum Tragen, da nach Lang/Yegiyan (2008) die Motivation zur elaborierten Verarbeitung von Medieninhalten durch Emotionen beeinflusst werden kann (Bartsch/Kloß 2019:260). Zudem können auf den weiteren Stufen der Informationsverarbeitung Emotionen die Erwartungshaltung an die dargestellten Inhalte beeinflussen: Emotionen können im Sinne eines emotionalen Framings (Nabi 2003) den Rahmen anschließender Kognitionsprozesse vorstrukturieren, indem sie „zentrale, mit der Emotion verbundene Bewertungskriterien hervorheben“ (Bartsch/Kloß 2019:260). Das Erleben von Angst sei z.B. mit einer Fokussierung auf sicherheitsrelevante Informationen verbunden (ebd.; Nabi 2003). Emotionales Involvement trägt also dazu bei, die Rezipient(inn)en auch kognitiv stärker einzubinden; gleichwohl muss hier zwischen rein sachlichen Gesundheitsinformationen und Medieninhalten mit Gesundheitsbotschaften unterschieden werden, die sich vor allem auf Fallbeispiele von echten oder fiktiven Personen konzentrieren, die den Rezipient(inn)en eine Identifikation mit den dargestellten Personen und somit ein erhöhte emotionale Beteiligung erreichen möchten. Die Erzeugung von Emotionen kann aber je nach Kontext gerade bei der Vermittlung von Gesundheitsbotschaften erwünscht sein, insbesondere, wenn es darum geht, Informationen und Einstellungen zu übernehmen (vgl. Bartsch/Kloß 2019:261). Die Übernahme sollte jedoch, gerade in Hinblick auf die kritische Gesundheitskompetenz (Nutbeam 2000; 2008), nicht unreflektiert erfolgen (Bartsch/Kloß 2019:261). Insbesondere wenn die Handlungsorientierung, der letzte Schritt im Rezeptionsprozess (vgl. Maaß/Rink 2019:24), erfolgreich verlaufen soll, die ebenso eine kurzfristige Anschlusshandlung als auch eine langfristige Verhaltensänderung (z.B. gezieltes Präventionsverhalten zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken wie Rauchen etc.) umfassen kann, können Emotionen bei der Vermittlung der intendierten Botschaft bedeutsam sein: Emotionen sind bereits auf den vorangehenden Verarbeitungsstufen beteiligt – insbesondere bei der Akzeptanz der vermittelten Information (s. Kap. 3.2, 4.1) – und können in Verbindung mit einer aktivierenden Motivationstendenz beispielsweise gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen (Bartsch/Kloß 2019:264). Sogar gemischte Emotionen, also die Kombination positiver und negativer Gefühle gleichzeitig oder nacheinander, können durch das Erleben von Empathie prosoziale Einstellungs- und Verhaltenstendenzen fördern und so die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen positiv beeinflussen (Bartsch/Kloß 2019:264).

Eine besondere Situation liegt vor, wenn der Rezeptionsprozess durch eine Emotionsbarriere blockiert wird, die sich in Vermeidungsverhalten äußert: Bei der Vermeidung von Gesundheitsinformationen handelt es sich um eine Strategie der Dissonanzreduktion (Festinger 1957), die die dazu verwendet wird, Dissonanz erzeugende Situationen oder Informationen zu vermeiden. So meiden Menschen z.B. jegliche Berichterstattung zu einem Thema und entscheiden sich gegen das Lesen weiterer Informationen dazu, um die kognitive Dissonanz aufzulösen oder zu vermeiden (Trepte et al. 2021:65). Kognitive Dissonanz wird als unangenehmer Erregungszustand definiert, der mit dem Motiv der Beendigung oder Änderung dieses Zustands einhergeht (Trepte et al 2021:65). Sie besteht aus der Dissonanzerregung und der Dissonanzmotivation (ebd.). Die Dissonanzreduktion kann neben der Vermeidung auch durch andere Strategien erfolgen, z.B. durch die Neuinterpretation von

Informationen oder Situationen, z.B. das Anzweifeln der Glaubwürdigkeit der Medienberichterstattung, um die Bedeutsamkeit der dissonanten Informationen zu reduzieren (ebd.). Des Weiteren können Menschen auch aktiv die dissonanten Elemente verändern oder selektieren, z.B., indem sie nach weiteren Quellen oder Informationen suchen, um so die Dissonanz zu reduzieren (ebd.). In Abhängigkeit von der Stärke der eigenen Überzeugungen, der Relevanz des Themas, dem Vertrauen in das eigene Wissen, der Fundierung der eigenen Meinung, der individuellen Stimmung, dem Persönlichkeitsfaktor Verträglichkeit sowie der Ambivalenz der eigenen Einstellung können Menschen bei der Nachrichtenselektion Verzerrungen (Bias) unterliegen (Trepte et al 2021:67; Knobloch-Westerwick 2015). Solche Verzerrungen können entstehen, wenn Menschen ihre eigenen Meinungen und Ansichten bestätigen möchten: Man spricht dann in der Medienpsychologie von dem sogenannten Confirmation Bias (ebd.). Auch die Kommunikationswissenschaft beschäftigt sich mit dem Thema der Informationsvermeidung, da dies eine bedeutende Rolle im Informationsverhalten und darauf bezogene Interventionen in der Kommunikation von Gesundheitsbotschaften spielt: So kann zwischen der passiven Nicht-Nutzung von Gesundheitsinformationen sowie der aktiven Vermeidung davon unterschieden werden (Link 2021:11): Während sich erstere aus mangelndem Interesse oder Relevanz in Bezug auf die eigene Lebenswelt ergeben kann (Informationsignoranz), stellt zweitere eine aktive Entscheidung dar, sich nicht mit persönlich relevanten, „aber potenziell unerwünschte[n] Informationen“ auseinanderzusetzen (ebd.). Dabei ist die Persönlichkeit der betreffenden Person zu betrachten, da der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit i. S. v. personalen Bewältigungsressourcen von Bedeutung sind (Link 2021:14f.). Es sind jedoch noch stärker konkrete situationale Faktoren ausschlaggebend dafür, ob Vermeidungsverhalten stattfindet oder nicht (ebd. 20). Dies bedeutet, dass hier aus Sicht der Kommunikationswissenschaft eine Chance besteht, durch gezielte Maßnahmen in konkreten Handlungssituationen der Vermeidung von Gesundheitsinformationen entgegenzuwirken.

Auch die Motivation ist auf der Stufe der Akzeptanz/Akzeptabilität (Maaß/Rink 2019:24) von enormer Relevanz, da ihr Fehlen die Handlungsorientierung im Rezeptionsprozess auch dann noch zum Scheitern bringen kann, wenn alle anderen potenziellen Barrieren bereits erfolgreich überwunden wurden (ausführlich zur Motivationsbarriere Lang 2021).

> *„Motivation concerns energy, direction, persistence and equifinality--all aspects of activation and intention. Motivation has been a central and perennial issue in the field of psychology, for it is at the core of biological, cognitive, and social regulation. Perhaps more important, in the real world, motivation is highly valued because of ist consequences: Motivation produces. It is therefore of preeminent concern to those in roles such as manager, teacher, religious leader, coach, health care provider, and parent that involve mobilizing others to act“ (Ryan/Deci 2000:69).*

In ihrer Studie stellt Rink (2020) fest, dass Texte der juristisch-administrativen Kommunikation eine geringe Akzeptabilität aufweisen, „weil sie in ihrer Tonalität und Adressierung häufig unangemessen sind […]. Dann sind die Texte potenziell gesichtsbedrohend (mangelnde Höflichkeit i. S. der Politeness-Theorie)“ (Rink 2020:404). Der Umstand, dass die fach(sprach)lich geprägten Texte sehr deutlich das Machtgefälle zwischen Sender und Empfänger signalisieren, lässt sich auch auf den Fachbereich der Medizin und seine Kommunikation übertragen. Die Untersuchung der Akzeptabilität von Texten der fachexternen Kommunikation sowie der Akzeptanz durch ihre Adressat(inn)en ist damit in besonderem Maße relevant. Mit Blick auf die Leichte und Einfache Sprache stellen sich Akzeptabilitätsprobleme eigener Art, etwa hinsichtlich des Layouts, aber auch der Adressierung oder der Erklärstrukturen. In der Texterstellungspraxis insbesondere der Leichten Sprache ist diesbezüglich ein großes Defizit von akzeptablen Texten zu beobachten (Bock 2015:139f.). Hier setzt die geplante Studie an: Mit der Untersuchung dazu, inwiefern die Rezipientenschaft Zieltexte akzeptiert oder nicht, bedient sie das Desiderat in der Leichte-Sprache-Forschung zur rezipientenseitigen Akzeptanz (Rink 2020:418). Texte der fachexternen Gesundheitskommunikation sind häufig und in unterschiedlicher

Weise unangemessen (vgl. Kalverkämper 1998a/b). Gesundheitsinformation muss auffindbar, wahrnehmbar, verständlich, verknüpfungsfähig, akzeptabel und handlungsorientierend sein, um erfolgreich rezipiert werden zu können (vgl. Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2019b), was jedoch häufig der Praxis – gerade im Hinblick auf besondere Bedarfe einzelner Adressatengruppen – widerspricht. Dies steht der Ausbildung von Gesundheitskompetenz als Fähigkeit, „gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können“ (Schaeffer et al. 2018:12) entgegen.

Im Folgenden wird der Akzeptanzbegriff näher betrachtet und mit dem zugehörigen Gegenstück aus der Textperspektive, der Akzeptabilität, verbunden.

4.2 Akzeptieren und Akzeptabilität

Das Akzeptieren von Gesundheitsinformationstexten durch die Rezipierenden steht im Fokus der vorliegenden Studie. Um sich dem Verständnis des Konzepts des Akzeptierens anzunähern, wird im Folgenden der Begriff der Akzeptanz näher betrachtet und anschließend mit der Akzeptabilität verknüpft.

Der Begriff der Akzeptanz kommt vom lateinischen *accipere*, „annehmen“, „empfangen“, und bedeutet in der Regel das Annehmen eines Vorschlags (Lang 2017:16). Seit Beginn der Neunzigerjahre hat sich der Begriff auch in der Alltagssprache eingefunden und wird wie der der Legitimität, der mit der Zeit aus dem Recht herausgelöst verwendet wurde, nun alltagssprachlich als Synonym für Zustimmung, Einwilligung und Einverständnis gebraucht (ebd.). Akzeptanz bewegt sich nach Lucke (2003:6) im semantischen Umfeld von Glaubwürdigkeit, Vertrauen, Autorität und Respekt. Symbolische Ausdrucksformen von gesellschaftlicher Akzeptanz sind z.B. das Ja-Wort, Applaus oder die Unterschrift als zu den in unserer Kultur gehörenden und am weitesten verbreiteten Zeichen der Zustimmung (ebd.); auch das Wählervotum zählt dazu.

Lucke (1995) beleuchtet den Akzeptanzbegriff aus der Sicht soziologischer Nachbardisziplinen (Lucke 1995:50-53), um eine Begriffsbestimmung vornehmen zu können: So stellt sie den Vorschlag für den Akzeptanzbegriff des Juristen Harald Kindermann (1986) vor, der diesen hauptsächlich pragmatisch definiert.

> „“Akzeptanz“ im entemotionalisierten und entmystifizierenden Sinne Kindermanns verlangt auch kein gefühlsmäßiges Engagement für eine Idee oder Sache. Sie setzt nicht einmal das inhaltliche Für-richtig-Halten einer (Rechts-)Meinung oder einer Einstellung voraus. Als Definitionskriterium dieser trivialisierten, […] „pragmatischen Akzeptanz“ ausreichend ist für Kindermann (1986:66) allein das Zurückstellen vorhandener Bedenken und die Bereitschaft, eine Norm, notfalls auch gegen sich und gegen die eigenen Überzeugungen und Interessen, gelten zu lassen“ (Lucke 1995:51; vgl. Legitimitätsbegriff bei Luhmann 1983:34; Luhmann 2008:259-267).

Lang beschreibt unter Bezugnahme auf Lucke (1995) die Akzeptanz als soziales Phänomen, das „quer zu verschiedenen Rationalisierungssphären und Lebensbereichen in allen gesellschaftlichen Gruppierungen (z. B. Statusgruppen) anzutreffen“ (Lang 2017:20) sei. Akzeptanz könne somit als grundlegendes Handlungs- und Strukturmerkmal des zwischenmenschlichen Zusammenlebens aufgefasst werden (ebd.). Weiterhin mache sie einen zentralen Aspekt der gesellschaftlichen, zeitlichen und subjektgebundenen Legitimitätsgrundlage einer Gesellschaft aus: Der Akzeptanz sei Sozialität und Intersubjektivität immanent und sie beziehe sich auf den soziokulturellen Grundvorrat einer Gesellschaftsordnung, die von den Mitgliedern im historisch-konkreten Kontext mehrheitlich akzeptiert wurde und sich somit auf gültige Akzeptanzmaßstäbe und objektivierbare Akzeptabilitätskriterien bezieht (ebd. 21).

Lucke (1995) betont die Objekt- und Subjektbezogenheit des Akzeptanzbegriffs: „Anzugeben ist nicht nur, *was*, sondern *was von wem* innerhalb welcher Gesellschaft, in welcher Situation und zu welchem Zeitpunkt sowie aus welchen Gründen und Motiven akzeptiert (oder eben abgelehnt) wird“ (Lucke 1995:90; Herv. i. Orig.).

Akzeptanz bezieht sich auf alles in der Situation objektiv Gegebene (z. B. Ordnungssysteme, Institutionen, Maßnahmen, Handlungsergebnisse) bzw. das nicht unabhängig von sozialen, räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen (Handlungskontexten) definiert ist. Da Akzeptanz gleichzeitig ein Begriff ist, der subjektseitig bestimmt ist, ist er untrennbar mit der Person verbunden, die akzeptiert oder ablehnt. Akzeptanz ist auf Subjektseite eine einstellungsmäßige Grundhaltung mit potenzieller Verhaltensdisposition, wobei beides kontextuell, d. h. historisch, zeitlich und räumlich, (mit-)bestimmt und (mit-)bedingt wird. Insgesamt sind sowohl Akzeptanzobjekt als auch -subjekt wechselseitig bestimmt durch die gegebenen kulturellen Rahmenbedingungen. Akzeptanz ist daher unterschiedlich und variabel, wobei sich die Akzeptanz nach Intensität, Qualität und Quantität graduell abstufen lässt (Lang 2017:21f.).

Lucke beschreibt den Vorgang des Akzeptierens in ihren Definitionsversuchen als das, was passiert, wenn etwas als „wahr“, „gültig“, „gerecht“, „geschmackvoll“, „passend“, „angemessen“, „zweckmäßig“, „sinnvoll“ oder ähnliches „erkannt und gesellschaftlich anerkannt ist“ (Lucke 1995:102). Diesem enkulturations- und sozialisationstheoretischen Zugriff auf Akzeptanz steht ein einstellungspsychologischer gegenüber (ebd.): So könnte man die Akzeptanz als Akzeptanzbereitschaft (ebd.) als „im Prinzip affirmative, jedoch nach Kontext, Situation und Bezugsobjekt verschiedene Einstellung von in ihrer Annahmebereitschaft ebenfalls zu spezifizierenden Akzeptanzsubjekten gegenüber politischer Herrschaft, Gesetzen, Kunstwerken, Einkommensunterschieden und Geschlechterverhältnissen“ (ebd. 103) definieren. Das Gegenteil der Akzeptanz ist die Nicht-Akzeptanz, die Lucke als „negative Einstellung und ablehnende Verhaltenswahrscheinlichkeit konkreter Akzeptanzsubjekte gegenüber potenziellen Akzeptanzobjekten in nach situationalem Kontext unterschiedlicher Ausprägung“ definiert (ebd.103f.).

In einem weiteren Vorschlag definiert Lucke den Akzeptanzbegriff herrschaftssoziologisch als „Chance, für bestimmte Meinungen, Maßnahmen, Vorschläge und Entscheidungen bei einer identifizierbaren Personengruppe ausdrückliche oder stillschweigende Zustimmung zu finden und unter angebbaren Bedingungen aussichtsreich auf deren Einverständnis rechnen zu können“ (Lucke 1995:104). Demgegenüber stehen die Begriffe „Ablehnung“, „Widerspruch“ und „Widerstand“, durch die man „Zustimmung“ und „Einverständnis“ ersetzen müsste, wenn man die Nicht-Akzeptanz beschreiben wolle (ebd. 104f.).

Da Akzeptanz auf Wechselseitigkeit und Gleichwertigkeit (Reziprozitätsprinzip) beruhe, habe die Akzeptanz auf gegenstandsbezogener Ebene einen bewertenden Bezugspunkt bzw. eine prinzipielle affirmative (d. h. zustimmende) Grundeinstellung bzw. -tendenz (Lang 2017:22). Für die Legitimität sei aus ordnungstheoretischen Überlegungen sowohl formale Legitimation als auch subjektive Akzeptanz nötig, „weil Individuen auch innerhalb der Grenzen sozialer Normen und Institutionen aktive Akteure und Akteurinnen bleiben und sozialen Wandel ermöglichen“ (ebd.).

Der herrschaftssoziologischen Definition folgend ist nach Lucke (1995:105) Akzeptanz dann gegeben, wenn Gesellschaftsmitglieder

– „sowohl hinsichtlich der Legitimität (eines Vorschlages, einer Meinung, einer Handlung) wie in den hierfür verlangten Begründungen, angeführten Argumenten und eingeholten Rechtfertigungen in hohem Maße übereinstimmen;

– dem Akzeptanzobjekt grundsätzlich affirmativ gegenüberstehen und diesem verstandesmäßig und emotional „zugeneigt“ sind;

– diesbezüglichen Vorschlägen, Argumenten und Maßnahmen auch im Konkreten uneingeschränkt zustimmen und diese „nach bestem Wissen und Gewissen“ vorbehaltlos billigen und die betreffenden Personengruppen darüber hinaus

– bereit sind, das Akzeptierte notfalls auch gegen Vorschläge und ihm widersprechende Argumente zu verteidigen. Dies kann argumentativ oder in einer anderen, hierfür geeigneten bzw. für geeignet gehaltenen verbalen oder handlungsmäßigen Form geschehen und bezieht sich auch auf die Verteidigung des Akzeptierten gegenüber Mindermeinungen, Handlungsalternativen und biographischen Optionen“ (Lucke 1995:105).

Lucke nennt ebenfalls den Begriff der Akzeptabilität, der der Linguistik entnommen wurde, wo er synonym zur Grammatizität, zur Sprachrichtigkeit verwendet wird (Lucke 2003:7). Darüber hinaus lässt sich Akzeptabilität soziologisch als „die prinzipielle Erwartbarkeit mehrheitlichen Einverständnisses auf der objektivierbaren Grundlage allgemein anerkannter und rational begründeter gesellschaftlicher, politischer, wirtschaftlicher etc. Oberziele“ (Lucke 1995:106) definieren. Im Rahmen dieser Arbeit wird Akzeptabilität nicht als soziologische Größe betrachtet, sondern als Texteigenschaft: Wie zugänglich ein Text ist, hängt u.a. davon ab, wie akzeptabel er ist. Akzeptabilität wird somit in dieser Arbeit als Gegenüber zur Akzeptanz auf der Rezipientenseite betrachtet und bezieht sich auf die Textebene innerhalb einer übersetzungswissenschaftlichen Untersuchung der Zugänglichkeit von Kommunikaten (Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2019). Nur Rezipienten- und Textseite zusammen ermöglichen den erfolgreichen Zugang zu angemessenen, im Sinne von auffindbaren, wahrnehmbaren, verständlichen, verknüpfungsfähigen, akzeptablen und handlungsorientierenden Texten (ebd.; Kap. 3).

Akzeptanz beschreibt laut Lang (2017:23) auf Einstellungsseite eine positive Grundhaltung und auf Verhaltensseite eine Einverständnishandlung. Das Akzeptieren sei nicht ein Vorgang der bloßen Zustimmung, sondern ein vielschichtiger Prozess: Die Akzeptanz habe zwar Implikationen für die Einstellung und das Verhalten, sei aber komplexer und kein Phänomen des passiven Hinnehmens oder Erduldens (ebd.).

> „Es ist kein Zulassen von Situationen, Entscheidungen oder Handlungen, sondern beinhaltet auf individueller Ebene aktive Komponenten des Annehmens, Aneignens oder Zustimmens. Es handelt sich dabei um eine aktive, [sic!] Auseinandersetzung mit dem Objekt in der spezifischen Akzeptanzsituation, was einen reflexiven Lern- und Entwicklungsprozess impliziert“ (ebd.).

Akzeptanz sei als Resultat rationaler Einsicht und innerer Überzeugung nur schwer zu erzwingen (Lang 2017:23; Lucke 1995:96). Akzeptanz beinhaltet nach Lucke per definitionem stets Momente der Informiertheit, Freiwilligkeit und ein gewisses Maß an innerer Überzeugtheit (Lang 2017:24). Sie beruht auf Selbstbestimmung (Lang 2017:23). Akzeptanz ist jedoch einer inneren Konformität mit Werten, Normen und Rollen ähnlich (ebd.).

Akzeptanz ist nach Lang (2017:23) insbesondere auch in den praktischen Handlungsfolgen und in konkreten Handlungsergebnissen sichtbar. Außerdem ist sie in der kulturellen Übernahme und in Form sozialer Lernprozesse erkennbar. Nichtsdestotrotz fallen äußerlich sichtbare Zustimmung und handlungsmäßige Umsetzung nicht immer zusammen. Das Akzeptieren stellt weiterhin keinen willkürlichen, sondern einen gesellschaftlich bedingten Vorgang dar (ebd. 24). Akzeptanzfragen werden heute relevant, wenn es um Fragen nach der Umwelt- und Sozialverträglichkeit einer neuen Technologie oder nach einem bestimmten Meinungsklima zu (nicht) durchsetzbaren Reformen geht (Lucke 2003:7). In dieser Arbeit geht es darum, inwieweit eine sprachliche Varietät auf Akzeptanz und damit auf Annahme bei den Adressat(inn)en stößt. Dazu zählt auch, über welches Medium Texte angeboten werden (s. Kap. 2.6; 3.2). Es sollen Erkenntnisse aus den Daten gewonnen werden, die beschreiben, inwiefern man die gezeigten Texte akzeptabler für die Rezipient(inn)en gestalten könnte.

Lucke bezeichnet die Akzeptanz als hochgradig variables Phänomen, das in hohem Maße situations-, objekt- und themenspezifisch gekennzeichnet sei (Lucke 1995:100). Akzeptanz sei daher weder eine Konstante noch zeitlich, gesamtgesellschaftlich und inter- sowie subkulturell feststehende soziale Größe (Lang 2017:24): Sie ist somit ebenfalls gruppen-, milieu- und generationsspezifisch, sozialräumlich unterschiedlich und zeitlich wandelbar (ebd). So kann situations-, objekt- oder themenspezifische Akzeptanz entstehen oder verloren gehen: Beispiele für Akzeptanzverluste sind z.B. die Kernkraft oder das Rauchen, die in der Bundesrepublik innerhalb der letzten Jahrzehnte an Akzeptanz verloren haben und in der öffentlichen Meinung kein Ansehen und keine Annahme mehr genießen (Lucke 2003:7). Dies unterstreicht die Relevanz der vorliegenden qualitativen Studie, die Erkenntnisse über die Akzeptanz von Texten für die Zielgruppe erbringen soll.

Insgesamt beschreibt Lucke in Deutschland den Zuwachs an Akzeptanzrisiken und hieraus resultierenden Legitimationsdefiziten, welche in den allgemeineren Tendenzen der Demokratisierung, Individualisierung und der Pluralisierung lägen (Lucke 2003:8). Die soziologische Akzeptanzforschung untersucht z.B. neuere Technologien, Umwelt- und Sozialverträglichkeit und führt Nutzungsbereitschaftsanalysen durch (Lucke 2003:9). Das Stichwort der Nutzungsbereitschaft wird auch für diese Arbeit relevant sein, da Ergebnisse erzielt werden sollen, die den Stand der Nutzungsbereitschaft der Testpersonen für die getesteten Texte und die verschiedenen Textstufen aufzeigen. Wenn ersichtlich wird, was für die Testpersonen nicht akzeptabel ist, kann in einem nächsten Schritt daran gearbeitet werden, die Akzeptanz der Texte zu erhöhen und Abneigungen und Ablehnung abzubauen.

In der Barrierefreien Kommunikation unterscheiden Maaß/Rink (2019:24) die rezipienten- und textseitige Perspektive, die beim Verstehensprozess betrachtet werden müssen (s. Kap. 3). So findet man im Modell der Hildesheimer Treppe (ebd.) die Akzeptabilität als Texteigenschaft gemeinsam mit der Akzeptanz auf Seiten der Rezipient(inn)en auf der fünften Stufe im Gesamtverstehensprozess. Damit stellt diese das letzte zu erklimmende Element vor der Handlungsorientierung im Modell dar. Je höher die Akzeptabilität eines Textes ist, umso wahrscheinliche wird dieser auch von den Leser(inne)n akzeptiert. Auch Roelcke (2020:147) nennt im Zusammenhang von Eigenschaften von Fachtexten die Akzeptabilität: Diese bestehe „in der Erfüllung der kommunikativen Erwartungen“ (ebd.) der Rezipierenden innerhalb der fachlichen Kommunikation. Fachtexte seien zuerst einmal von Rezipient(inn)en als Fachtexte anzuerkennen. Roelcke benennt weiterhin den Zusammenhang von Vertrauen der Rezipient(inn)en in die Textproduzent(inn)en und der Akzeptabilität: Fehlt das fachliche oder persönliche Vertrauen in die Textersteller(innen), so mangelt es dem Text an hinreichender Akzeptabilität, sowohl in der sprachlichen als auch in der nicht-sprachlichen Gestaltung (ebd.). Nur, wenn ein Fachtext in seiner Gestaltung eine erfolgreiche Rezeption erlaubt, wird er auch von möglichen Rezipient(inn)en akzeptiert. Somit beinhaltet die Akzeptabilität von Fachtexten nach Roelcke (2020:147) die Identifikation der Texte als Fachtexte, deren Informations- oder Instruktionsgehalt, das Vertrauen in die Produzent(inn)en sowie die spezifische Gestaltung der Texte (zur Unterscheidung von Informations- und Interaktionstexten s. auch Rink 2020). „Fachtexte dienen also der Information oder Instruktion von Rezipienten, die sie akzeptieren, durch Produzenten, die sie intendieren“ (Roelcke 2020:147).

Auf der Ebene der Akzeptabilität spielt also eine Rolle, ob man mit der Textsorte zurechtkommt und wie der Text gestaltet oder beschaffen ist, ob er als akzeptabel oder nicht angemessen von den Rezipient(inn)en wahrgenommen wird. Hier spielt auch der Aspekt der Tonalität, der Adressierung der Rezipient(inn)en eine Rolle, durch die Nähe zu diesen gestiftet werden und Akzeptanz gewährleistet werden kann: Bredel/Maaß (2016a:516f.) beschreiben das Prinzip der Proximität in Leichte-Sprache-Texten als „Orientierung am unmittelbaren Ich-Hier-Jetzt des Lesers“ (ebd. 517; vgl. Bühler 1934). Eine größtmögliche Nähe zu den Leser(inne)n diene nicht nur zur Herstellung von Verständlichkeit, sondern

steigere auch die Motivation beim Lesen (vgl. Lang 2021:87; zur „Sprache der Nähe“ s. Koch/Oesterreicher 1985; vgl. Bredel/Maaß 2016a:516).

Zentral für die Akzeptabilität von Texten ist auch ihre Medialität (Maaß 2020:34; Rink 2020, s. Kap. 3.2): Über welches Medium werden Inhalte angeboten? Vertrauen die Nutzenden dem Medium, z.B. aufgrund von positiven Vorerfahrungen (Link 2019:51ff.; Momani 2018)? Trepte et al. (2021:238) betonen bei der Medienselektion vor allem das themenbezogene Wissen anhand der Inhalte, während bei der Mediennutzung auch Nutzungskompetenzen eine Rolle spielten: Die Dimension „Mediennutzung“ umschreibe nach Trepte et al. (2021:241) die Fähigkeit, „Medieninhalte zu enkodieren, also sinnvoll in vorhandene Denk- und Gedächtnisstrukturen zu integrieren“. Dies lässt sich mit der Hildesheimer Treppe verbinden: Zum einen dahingehend, dass die medienpsychologische Perspektive auch von einem Prozess des Enkodierens und Integrierens von neuem Wissen in bereits vorhandene Wissensbestände ausgeht, zum anderen konkret mit Blick auf die Stufe der Verknüpfungsfähigkeit von Informationen (Maaß/Rink 2019:24). Eine weitere Parallele zum Hildesheimer Modell bzw. den Barrieretypen von Rink (2020, in der konkreten Nutzung bzw. Bedienung von Medien hier insbesondere die Medien- sowie Motorikbarriere) sowie ebenfalls zu den behandelten Modellen zur (digitalen) Gesundheitskompetenz (Kap.2) lässt sich hinsichtlich der interaktiven Mediennutzung feststellen: Damit sind aus medienpsychologischer Sicht Kompetenzen gemeint, die über das (passive) Rezipieren von Medien hinausgehen; interaktive Medienkompetenz umfasse somit die technologisch-instrumentellen Fertigkeiten des Medienumgangs von der Selektion bis zu Enkodierung und Anwendung (Trepte et al. 2021.; Groeben 2004; Baacke 1999).

Scherer/Link (2019) betonen, dass die Berichterstattung über sexuell übertragbare Krankheiten sowie über Behinderungen und psychische Erkrankungen von Stereotypen und Stigmatisierung geprägt sei (ebd. 154). Die Assoziation von Leichte-Sprache-Texten mit Menschen mit Behinderung birgt potenziell die Gefahr der Stigmatisierung (dazu Bredel/Maaß 2016a:51; Maaß 2020:209, 216) und Abgrenzung von diesen durch Menschen ohne Einschränkung und stünde damit der Inklusion entgegen. Wie Inklusion, Exklusion, Abgrenzung und Stigmatisierung diskursiv zusammenhängen, wird im folgenden Kapitel behandelt.

In diesem Kapitel wurde der Begriff der Akzeptanz beleuchtet: Diese beinhaltet nach Lucke (2003:6) Informiertheit, Freiwilligkeit und ein gewisses Maß an innerer Überzeugtheit und entstammt nach Lang (2017:23) der Selbstbestimmung. Gleichzeitig sei sie einer inneren Konformität mit Werten, Normen und Rollen ähnlich (ebd.). Diese Eigenschaften verdeutlichen die Vorteile des qualitativen Vorgehens dieser Studie, die sich den individuellen Meinungen und Befindlichkeiten der Befragten zu den verschiedenen Varietäten widmet und sich so den ansonsten schwer greifbaren Konzepten des Akzeptierens, der Akzeptanz und der Akzeptabilität annähert. Es wurde dargelegt, dass in der vorliegenden Arbeit das Akzeptieren auf Rezipient(inn)enseite im Fokus steht, wie es im Hildesheimer Modell nach Maaß (2024:236) präsentiert wird. Die innere Konformität mit Werten Normen und Rollen, die Lang (2017:23) nennt, zeigt sich auch hier durch die Aussagen der Befragten (s. Kap. 7.3; 8.2).

4.3 Stigmatisierung und diskursive Asymmetrie

Im Folgenden wird zusammengetragen, wie Aus- und Abgrenzung von Personen mit „beschädigter Identität“ (Goffman 1983) im Sinne einer Abweichung von der Norm in unterschiedlichen Disziplinen wie Soziologie, Disability Studies, Psychologie und Übersetzungswissenschaften modelliert wird. Die Soziale Identität von Menschen spielt herbei eine tragende Rolle, da an sie bestimmte Handlungsmuster und Gruppenzugehörigkeiten für ein Individuum gebunden sind. Diese können sich in Form von Ausschluss oder Abgrenzung von anderen Personen oder Gruppen durch implizite oder

explizite Diskriminierung und/oder Stigmatisierung dieser äußern sowie in Form von Selbstaufwertungsstrategien wie der Distinktion der eigenen Person resultieren (Bourdieu 2005:39; s. Kap. 8.2). Der Übertrag auf den Leichte-Sprache-Kontext soll eine Verschränkung der Themen ermöglichen und die Relevanz der Untersuchung der Akzeptanz verständlichkeitsoptimierter Texte in Hinblick auf (potenzielle) Ausgrenzung und Stigmatisierung der primären Adressat(inn)en und den damit verbundenen negativen Zuschreibungen unterstreichen.

„[...] personal identity comprises those supposedly idiosyncratic aspects of an individual's experiences, temperament, and development“ (Hitlin 2012:519). So können zwei Menschen, die beide die Rolle des/der „Studierenden“ innehaben, in ihrer persönlichen Identität sehr verschieden sein, da sie sich in ihren Erfahrungen, ihrer Geschichte, ihren Orientierungen und Verhaltensweisen, die sie als Individuen charakterisieren, unterscheiden (ebd.). Persönliche Identität ist auch mit Authentizität verbunden (ebd.), deren Erfahrungen sozial geformt sind: Wir sind stets sozialer Interaktion und den Rückmeldungen unserer Mitmenschen ausgesetzt, sodass wir auch eine *soziale* Identität haben (ebd. 520). Hogg/Abrams (1988a:25) argumentieren im Rahmen des *Social-Identity*-Ansatzes (Tajfel 1986) sogar, dass unter bestimmten Bedingungen die soziale Identität mehr Gewicht hat als die persönliche. So fühlen sich Menschen häufig nicht authentisch, wenn sie es nicht schaffen, wichtigen sozialen Verpflichtungen im Sinne sozialer Rollen nachzukommen (Hitlin 2012:520). Weiterhin bestimmt eine Reihe von Diskursen unsere persönliche Identität, mit denen wir unser Handeln rechtfertigen (ebd. 522; Bandura 1991; Swidler 2001). Persönliche Identität setzt sich also aus Gefühlen, Rollen, Gruppenzugehörigkeiten und kulturellen Diskursen zusammen (Hitlin 2012:522).

Auch in Hinblick auf die Wahrnehmung Leichter Sprache und ihrer primären Adressat(inn)en spielt die affektive Komponente der persönlichen Identität eine große Rolle:

> „Attitudes towards disability and disease have a strong affective component; a very common form of reaction is dissociation and stigmatisation of the person that is perceived as menacingly different“ (Maaß 2020:207).

So fungiert eine Abwehrreaktion in Form von Abgrenzung zu den „bedrohlich anderen“ Gruppen oder Personen als Schutzmechanismus dafür, sich nicht mit der „mühsam kompensierten Angst vor eigener Krankheit und vor dem Tod“ (Finzen 2013:50; Maaß 2020:207) auseinandersetzen zu müssen, die bei der Assoziation der Texte mit Menschen mit Beeinträchtigung aufkommen könnte.

Was unabhängig von der Disziplin alle Konzepte von Aus- und Abgrenzung anderer Menschen eint, die in irgendeiner Form von der Normalität abweichen (Amirpur 2021:153; vgl. Buchner et al. 2015), ist, dass es einen „anderen“ und ein „ich“ bzw. „wir“ gibt, die implizit in den Formen der Ausgrenzung von Personen oder Gruppen konstruiert und mitgedacht werden und sich auch explizit in (Sprach-)Handlungen äußern können (zum Konzept des *Othering* s. Amirpur 2021). Dies liegt nahe, da Menschen soziale Wesen sind, die in Gesellschaften leben und innerhalb dessen bestimmte Mechanismen wie die Erschaffung und Instandhaltung von Selbstkonzept und Selbstbild sowie Fremdbild mit jeweils negativen und positiven Zuschreibungen verwenden.

Jeder Mensch möchte seine eigene Identität schützen. Dazu gehört auch das Selbstbild und die Selbstdarstellung vor anderen Menschen: Für die Selbstdarstellung werden soziale Kategorien (Sacks 1972a, b) aufgerufen, wie z.B. Mutter als der Kategoriensammlung „Familie“ zugehörig oder Lehrerin aus der Kategorie „Beruf“ (Quasthoff 1998:49). „Jede personale Referenzform, die nicht Eigenname oder Pronomen ist, verweist auf eine Kategoriensammlung und damit auf ein soziales Ordnungssystem unter anderen möglichen“ (ebd.). Welche Kategorien bzw. Kategoriensammlungen eine Personenbezeichnung aufruft, hängt vom Kontext der Interaktion - oder übersetzungswissenschaftlich gesprochen, von der Zielsituation – ab (vgl. ebd.). Durch die Benennung einer Kategorie werden

gleichzeitig auch damit verbundene Aktivitäten (kategoriegebundene Aktivitäten, vgl. Quasthoff 1998:50) aufgerufen (vgl. Sacks 1972).

> „Neben der Selbstdarstellung bzw. Typisierung, die ebenso auf der Basis des Zusammenhangs zwischen Kategorien […] und kategoriengebundenen Tätigkeiten/Eigenschaften […] operiert, gehört zur Schaffung des Rahmens einer Interaktion aber auch oft die Bildung von Allianzen, die Etablierung und Markierung von wechselseitiger Zugehörigkeit oder Ab- bzw. sogar Ausgrenzung“ (Quasthoff 1998:50).

Eigenschaften oder Zugehörigkeiten wie Nation, Ethnie, Status, Berufsgruppe, Alter, Geschlecht etc. werden in interaktiven Prozessen der Selbstdarstellung oder in der Formation von Zugehörigkeiten mit sprachlichen Mitteln als relevant gesetzt (vgl. ebd.). Mittel der sozialen Kategorisierung und insbesondere der Zuschreibung negativer Eigenschaften oder Zugehörigkeiten zur Ab- oder Ausgrenzung ist auch die Verwendung von Stereotypen (vgl. ebd. 47f., 50). Dabei handelt es sich also um generalisierende Zuschreibungen von Eigenschaften, Verhaltensweisen etc. an Personen als Mitgliedern von Gruppen (Kesselheim 1998:133). Quasthoff (1998:48) betont, dass bei einem Stereotypen auch gegeben sein muss, dass diese Zuschreibung „in einer gegebenen Gemeinschaft weit verbreitet“ sei. Zudem habe ein Stereotyp die „logische Form eines Urteils, das in ungerechtfertigt vereinfachender und generalisierender Weise, mit emotional-wertender Tendenz, einer Klasse von Personen bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu- oder abspricht“ (Quasthoff 1998:48).

Die Soziale Identität bezeichnet nach Trepte et al. (2021:69) den Teil des Selbstkonzepts, der

- das Wissen eines Individuums über die eigenen Gruppenzugehörigkeiten (kognitive Komponente),
- die Bewertung (evaluative Komponente),
- die emotionale Valenz dieser Gruppenzugehörigkeit (emotionale Komponente) und
- den Antrieb zu individueller Mobilität (motivationale Komponente) beinhaltet (Trepte et al. 2021:69; vgl. Ellemers/Haslam 2012).

Die Einteilung von Menschen als einer bestimmten Gruppe zugehörig und damit verbunden die Zuteilungen von Anerkennung und Missachtung sozialer Gruppen untereinander kann man als Klassifikationen bezeichnen (Neckel/Sutterlüty 2005:410, Bourdieu 1992:149). Diese schließen die symbolische Dimension sozialer Ungleichheiten ein: Es gibt negative Klassifikationen, mit denen „die diskriminierenden Aspekte der symbolischen Ordnung sozialer Ungleichheit“ (Neckel/Sutterlüty 2005:410) gemeint sind. Es geht also um Bewertungsmuster, die einen restriktiven Einfluss auf die materiellen und kulturellen Aneignungschancen von Sozialgruppen haben (ebd.): Bestimmte Zuschreibungen können negativ oder positiv sein; man kann beispielsweise Armut oder Arbeitslosigkeit mit Solidarität begegnen oder die Betroffenen diffamieren, was sich entgegenstehende soziale Konsequenzen hätte (vgl. ebd.). An negative Klassifikationen sind stigmatisierende Zuschreibungen gebunden: Land/Willisch (2006:73) sprechen im Zusammenhang von Fördermaßnahmen auf dem Arbeitsmarkt für junge und ältere Menschen, Langzeitarbeitslose oder Frauen davon, dass diese nicht selten „stigmatisierende Effekte mit sich (bringen), die die guten Absichten konterkarieren“ (ebd. 73). Genauso birgt die Leichte Sprache, die Menschen mit Beeinträchtigung erst Teilhabe ermöglichen soll, potenziell stigmatisierende Effekte für die Zielgruppen (Bredel/Maaß 2016a:52; Zurstrassen 2017:65; Kap. 4.1), wie nachfolgend noch weiter ausgeführt wird.

Neckel und Sutterlüty (2005:411) unterstreichen die soziologische Relevanz von negativen Klassifikationen, welche im Folgenden in ihren sozialen Funktionsweisen und in ihren Folgen für die

soziale Integration stigmatisierter Gruppen beleuchtet werden sollen. In Anlehnung an Durkheim/Mauss (1987) bezeichnen Neckel und Sutterlüty (2005:411) Klassifikationen als kollektive Vorstellungen, die an konkrete gesellschaftliche Strukturen, oftmals besonders an Institutionen, gebunden sind. Das Klassifizieren spiele dann im lebensweltlichen Austausch und in der wechselseitigen Wahrnehmung von verschiedenen Sozialgruppen eine große Rolle (ebd.). Neben Institutionen lasse sich die „Macht der Klassifikation" (Bourdieu 1982:741ff.; Neckel/Sutterlüty 2005:412) auch in anderen Bereichen bei der sozialen Herstellung von Ungleichheiten finden; ebenso seien politische Deutungsangebote sowie mediale Wirklichkeitskonstruktionen essenzielle Konstituenten der Macht der Klassifikation, da sie ebenfalls Zeichen öffentlicher Wertschätzung oder Stigmatisierung erzeugten (ebd.). Die alltägliche Aushandlung von Anerkennung und Missachtung finde vor allem auch im lokalen Bereich der sozialen Gruppen statt, in dem die symbolische Ordnung des sozialen Raums durch die Sprache Ausdruck finde (ebd.). Dies ist z.B. der Fall, wenn man bestimmte Begrifflichkeiten für die Charakterisierung von sozialen Gruppen verwendet, so etwa „Schmarotzer", „Assis", „Versager" oder „Abschaum" für Arbeitslose oder Hartz-IV-Empfänger(innen) (ebd.). Die Stigmatisierung über ebensolche Begrifflichkeiten markiert die Betroffenen als sozial „Entbehrliche" oder „Überflüssige" (Bude/Willisch 2006) und stellt sie als abweichend von der Norm den Bezeichnenden gegenüber (Goffman 1983). Im Folgenden wird neben dem Begriff der Exklusion auf die Stigmatisierung eingegangen, die am Ende des Kapitels auf den Leichte-Sprache-Kontext übertragen wird.

Erving Goffman beschreibt Stigmatisierung in seinem Buch „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität" (1963/1983[18]) als Merkmal, welches den stigmatisierten Menschen von den „normalen" unterscheidet. Die Identität des Stigmatisierten ist durch die Abweichung von der Normalität - ob es sich nun um ein sichtbares oder soziales Stigma handelt - beschädigt (Goffman 1983:13). Der Begriff ‚Stigma' entstammt dem Griechischen und bedeutet „Stich" oder „Brandmal" (Abels 2010:168). Ein Stigma ist immer mit Diskriminierung verbunden (ebd.). Beispiele für soziale Stigmata sind der Beruf der Prostituierten oder etwa sexuelle Bedürfnisse oder Praktiken, die innerhalb des eigenen Bekanntenkreises oder, übertragen auf eine weitreichendere Ebene, innerhalb der Gesellschaft verurteilt würden, ein sichtbares Stigma ist zum Beispiel eine auffällige (körperliche) Behinderung (ebd.) oder eine anderweitige Abweichung im Bewegungsablauf, Auftreten, Kommunizieren, Erscheinungsbild, wie z.B. ein auffälliges Muttermal, Stottern etc. Jedes Merkmal, das als Makel identifiziert wird und damit von der Norm abweicht, trägt zur Stigmatisierung und somit zur Beschädigung der Identität der Stigmatisierten bei. Ist die soziale Identität aufgrund eines Stigmas gefährdet, so können die Betroffenen nach Goffman (1963:152) ein strategisches Kalkül anwenden, um ihre Identität zu schützen oder zu „reparieren": Die Stigmatisierten „müssen so tun, als ob sie normal wie alle anderen sind, damit diese so tun können, als ob sie sie als Normale betrachten" (Abels 2010:193). Die Interaktion zwischen Stigmatisierten und „Normalen" zeichnet sich also durch die phantom normalcy auf Seiten der ersteren und die phantom acceptance auf Seiten der Normalen aus (Goffman 1963:122; 152). Es gibt verschiedene Techniken, mit der Diskriminierung umzugehen, die ein Stigma nach sich zieht: Gerade eine Behinderung könne man so stark herausstellen, dass diese „wie eine normale Bedingung für normales Verhalten" erscheine (Abels 2010:168). Durch die Hervorhebung des abweichenden Merkmals - wenn etwa ein(e) Rollstuhlfahrer(in) einfordert, aufgrund des offensichtlichen Nachteils vorgelassen zu werden - kann die betroffene Person ihre Identität schützen bzw. wiederherstellen, während ebenfalls die anderen so tun können, als ob sie sich gegenüber dieser Person „ganz normal" verhalten (ebd. 169). Die Strategie, das eigene Stigma zu verbergen, kann

[18] Hier wird die Ausgabe von 1983 verwendet: **Goffman**, Erving (1983): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

insbesondere bei einer offenkundigen Behinderung schwer sein und die Balance zwischen *phantom acceptance* und *phantom normalcy* gefährden (Goffman 1963:122; Abels 2010:168f.), handelt es sich bei Stigmatisierten doch um Personen, „die Aufmerksamkeit nicht entgehen können“ (ebd. 193). Bourdieu (1982:741) betont, dass das Interesse für ein bestimmtes Merkmal nie unabhängig vom Interesse sein könne, dieses überhaupt wahrzunehmen. Die Grundlage des in der Wahrnehmung von sozialer Welt wirkenden Relevanzprinzips sei das Interesse von Individuen oder Gruppen, ein bestimmtes Merkmal sowie die Zugehörigkeit des betreffenden Individuums zu der durch jenes Merkmal definierten Gesamtheit zu erkennen (ebd.).

Klassifikationen, die ein Stigmatisierungsmerkmal aufweisen, wie etwa die mit einem sozialen Stigma verbundene Homosexualität, lassen dies nach Bourdieu (1982) deutlich hervortreten. Dann wird die von den Betroffenen zu leistende Identitätsarbeit Schwerstarbeit: „Informationskontrolle und Techniken der Täuschung sind notwendig, um das Schlimmste zu verhindern“ (Abels 2010:169). Das Schlimmste ist das, was Bourdieu (1982:741; Hervorhebung im Original) als „faktische Anklagen, Kategorien im ursprünglichen Sinn [bezeichnet] -, die analog dem Schimpfwort („Du bist bloß ein…“) nur eine konstitutive Eigenschaft der sozialen Identität einer Person oder Gruppe kennen wollen“. Stigmatisierung ist also die „auf ein einziges Merkmal verkürzende Wahrnehmung“ eines bzw. „jedes soziale[n] Subjekt[s] als virtuelles Objekt von Kategorisierung“ (Bourdieu 1982:742).

Mit verschiedenen Gruppenzugehörigkeiten werden auch verschiedene Selbstbewertungen verbunden: So entstehe positive soziale Distinktheit aufgrund einer positiven Selbstbewertung in Abgrenzung zu anderen Gruppen und deren Mitgliedern (Trepte et al. 2021:71). Wie es Hogg/Abrams (1988b:317f.) beschreiben, „intergroup discrimination is motivated by individuals’ desire to achieve and maintain positive self-esteem. In making an ingroup psychologically positively distinctive from an outgroup, one’s self-image as a group member is thereby enhanced“ (ebd.).

Nach Trepte et al. (2021:71) tendieren Menschen zur Herstellung von positiver sozialer Distinktheit folglich dazu, aktiv die eigene Gruppe zu begünstigen und fremde Gruppen zu diskriminieren, um dadurch eine Selbstaufwertung zu erreichen. Daher wählten Menschen vor allem auch Medienformate aus, in denen zum Beispiel die eigene Altersgruppe, die eigene ethnische oder nationale Zugehörigkeit, die eigene Schule, die eigene Partei oder Menschen mit derselben Geschlechteridentifikation positiv bewertet werden (ebd.; vgl. Trepte/Loy 2017). Nach der *Self-Esteem Hypothesis* von Hogg/Abrams (1988b:318ff.) kann positive soziale Distinktheit und Out-Group-Diskriminierung zu einem positiven Selbstwertgefühl führen, zudem rege ein negativer Selbstwert die Out-Group-Diskriminierung an (ebd.; Trepte et al. 2021:72).

Das Abwerten und Ausgrenzen anderer Menschen aufgrund von Behinderung wird in den Disability Studies als *Ableism* bezeichnet (Amirpur 2021:153; Campbell 2009): Dieses Konzept betrachtet die „Perspektive und Kritik an gesellschaftlichen Fähigkeitsordnungen und der Einordnung von Individuen nach Verfasstheit, Fähigkeit und Leistung sowie – bei Nicht-Anerkennung dieser als ‚nützlich‘ und ‚normal‘ – deren Abwertung und Exklusion“ (Amirpur 2021:153; Buchner et al. 2015; zu Rassismus als Markierung von Unterschieden aufgrund von Hautfarbe, Religion oder Nationalität s. Hall 1989:913; Amirpur 2021:153). Behinderung wird in diesem Kontext

> „nicht mehr nur als abweichende Differenz zur Normalität verstanden, sondern als zwischenmenschliches und gesellschaftliches Verhältnis, das in der Bestimmung von Fähigkeiten seinen Ausdruck findet. Behinderung wird dabei auf ihr Verhältnis zur Fähigkeit als grundlegender gesellschaftlicher Anforderung bezogen. […] Wer gilt unter welchen Bedingungen als fähig? Was ist die Einheit der Fähigkeit, Individuen oder Kollektive? In welchem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Verhältnissen und lokalen Relationen beruht die Wahrnehmung von Behinderungen und Fähigkeiten?“ (Buchner et al. 2015:2)

In diesem Kontext wird häufig von der Exklusion der betroffenen Menschen gesprochen; diese meint nach Nassehi (2006:50) das Nicht-Bezeichnen von Menschen: „Exkludiert ist derjenige, der nicht für relevant gehalten wird, der also im Kommunikationszusammenhang nicht vorkommt“ (ebd.). Die Sprache der Inklusion und Exklusion fungiert nach Stichweh (2009:41) als Sprache der Diskontinuität: „Sie rekonstruiert das Umrechnen kontinuierlicher Unterschiede zwischen Teilnehmern an Gesellschaft in Diskontinuitäten, und sie macht sichtbar, wie dieses Umrechnen von Kontinuitäten in Diskontinuitäten mittels Selbst- und Fremdzurechnungen erfolgt“ (ebd.; Emmerich/Hormel 2013:72). Wie Emmerich/Hormel (2013:72) unter Bezugnahme auf Stichweh (2009:30) herausstellen, beschreibt Inklusion bzw. Exklusion den Prozess der differentiellen Bezeichnung oder „der Adressierung von Personen in Sozialsystemen“ (ebd.; Emmerich/Hormel 2013:72). Hier verschränken sich die Konzeptualisierungen von Inklusion und Exklusion mit jener der Klassifikationen von Neckel/Sutterlüty (2005:411) als soziale Ordnungselemente, die in Form von Zuschreibungen und Gruppenzugehörigkeiten auftreten und an soziale Funktionsweisen und Handlungen gebunden sind.

Auch in der intralingualen Übersetzung spielen Abgrenzung zu und Stigmatisierung von Zielgruppen eine bedeutsame Rolle (s. Kap. 4.1 & 4.4). Ob man von Kategorien, Klassifikationen oder Gruppenzugehörigkeiten spricht (s.o.), alle Formen der Abgrenzung zu anderen bergen die Gefahr aufgrund negativer Zuschreibungen die Betroffenen als „abweichend“ (Amirpur 2021:159; vgl. Goffman 1983:13) und in diesem Sinne als fehlerhaft, schwächer oder unzureichend in Bezug auf einen bestimmten Kontext oder ein bestimmtes Handeln zu stigmatisieren. Im Fall der primären Adressat(inn)en von Leichte-Sprache-Texten wurden bereits Zuschreibungen dargelegt (Kap. 4.1), die durch die Kommunikationsbeeinträchtigung und das daran gebundene Stigma auch mit den Texten assoziiert werden (Bredel/Maaß 2016a:52). Maaß (2020:208-217) bzw. Bredel/Maaß (2016a:52ff.) stellen Dimensionen vor, anhand derer die Stigmatisierung von primären Adressat(inn)en Leichter Sprache eingeordnet werden kann und schlussfolgern:

> „Die kommunikativen Einschränkungen der Adressat(inn)en werden offengelegt und sie werden in einen asymmetrischen Diskurs gedrängt; viele von ihnen benötigen diese Kommunikationshilfe dauerhaft und können ohne sie nicht partizipieren; die ästhetische Dimension ist massiv eingeschränkt; bei einem Teil der Adressatenschaft ist der Bedarf an Leichte-Sprache-Texten zumindest diskursiv einem Versagen des Bildungssystems oder gar einem persönlichen Versagen der entsprechenden Personen zuschreibbar; Leichte Sprache wird als Bedrohung des Standards wahrgenommen“ (Bredel/Maaß 2016a:55).

Daher müsse an einer positiven Wahrnehmung Leichter Sprache aktiv gearbeitet werden (ebd.). Sprache als „kulturelles Kapital“ (Bourdieu 1983) eröffnet zunächst zwar den Zugang zu Inhalten, beinhaltet gleichzeitig aber Distinktionspraktiken (Zurstrassen 2015:130). Über Sprache wird gleichwohl Zusammengehörigkeit zwischen Mitgliedern einer Gruppe etabliert, etwa, wenn sich Jugendliche in ihrer Varietät von Erwachsenen abgrenzen wollen, als auch Abgrenzung zu Außenstehenden bestimmter Gruppen, so wie z.B. Fachsprache Lai(inn)en den Zugang zu Inhalten verwehrt, unter Expert(inn)en jedoch Erkennungsmerkmal für bestimmte Fachkenntnisse ist. Zurstrassen (2015:130) argumentiert, dass Leichte Sprache die gesellschaftliche Praxis der sozialen Distinktion i.S. v. Abgrenzung sogar noch verfestigen könne, da sich andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen von den primären Adressat(inn)en durch die Ablehnung der Texte abgrenzen wollen. So sei es ihrer Auffassung nach soziologisch und sprachwissenschaftlich zweifelhaft, ob Gruppen ohne kognitive Einschränkungen wie Analphabet(inn)en oder alte Menschen die leichten Texte annehmen würden, „weil soziale Distinktionsbestrebungen dem entgegenwirken“ (ebd. 132).

In diesem Kapitel wurde dargestellt, dass die persönliche Identität eines Menschen sich aus Gefühlen, Rollen, Gruppenzugehörigkeiten und kulturellen Diskursen zusammensetzt (Hitlin 2012:522). Menschen nutzen soziale Kategorisierungen als Bewertungsmuster, um ihr Selbstbild und positive

Zuschreibungen zu sich und ihren Sozialgruppen möglichst zu stärken. Personen oder Gruppen, die davon abweichen und denen sie sich nicht zugehörig fühlen (wollen), werden ausgegrenzt oder negativ bewertet, so z.B. Menschen mit Beeinträchtigung (vgl. Amirpur 2021:153). In diesen Fällen greifen Abgrenzungs- und Stigmatisierungsmechanismen, die sich auch auf an diese Gruppen gerichtete Texte in Leichter Sprache beziehen (vgl. Zurstrassen 2015:130): Die Adressat(inn)en werden dann in einen asymmetrischen Diskurs gedrängt und Leichte Sprache als Bedrohung des Standards wahrgenommen (Bredel/Maaß 2016a:55). Eine mögliche Lösung, um die dargestellte Stigmatisierungsgefahr einzudämmen und fach(sprach)liche Informationen trotzdem verständlich zu vermitteln, wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

4.4 Leichte Sprache Plus

Wie in Kapitel 4.1 dargelegt, können textseitige Barrieren einer erfolgreichen Rezeption im Wege stehen (Rink 2020). Um diese zu überwinden und die Verständlichkeit zu erhöhen, können verständlichkeitsoptimierte Texte genutzt werden, die sowohl hinsichtlich der Wahrnehmbarkeit als auch der Verständlichkeit aufbereitet wurden (ebd.). Dass diese verständlicheren Texte jedoch nicht zwangsläufig von den Rezipient(inn)en akzeptiert werden, zeigt Gutermuth (2020; Kap. 3.5).

In Kapitel 3.1 wurde anhand des Kontinuums gezeigt, dass Einfache Sprache sich zwischen der Standardsprache und der Leichten Sprache bewegt (Hansen-Schirra/Maaß 2020a:18). In den Kapiteln 4.1 und 4.3 wurde dargelegt, dass Leichte Sprache stigmatisierende Effekte für die Zielgruppen birgt (Bredel/Maaß 2016a:52; Zurstrassen 2017:65). Maaß (2020:219ff.) schlägt Leichte Sprache Plus (LS+) als mögliche Lösung für verständliche und gleichzeitig akzeptable Texte vor: Bestimmte Merkmale, die die Gefahr der Stigmatisierung der Leichte-Sprache-Nutzer(innen) erhöhen, wie etwa kindliche Bebilderung, das stark strukturierte Layout mit viel Weißfläche, eingerückten Erklärungen sowie die Verwendung des Mediopunktes (ebd.), werden in Leichter Sprache Plus ausgelassen oder abgeschwächt, sodass auf den ersten Blick die Verständlichkeits- und Wahrnehmbarkeitsoptimierung und damit die Assoziation mit einer Varietät, die für bestimmte Zielgruppen mit Beeinträchtigung gedacht ist, nicht offenbar wird (ebd. 217). Gleichzeitig ist diese Varietät immer noch stark verständlichkeitsoptimiert und erlaubt damit einer größeren Adressatengruppe Zugang zu Inhalten, als dies die Einfache Sprache tut (Hansen-Schirra/Maaß 2020a:22; s. Kap. 3.1).

Hansen-Schirra/Maaß (2020a:27; Maaß 2020:209) sprechen von einem Paradoxon: Leichte-Sprache-Texte zielten durch die maximale Verständlichkeitsoptimierung darauf ab, Zugang zu ermöglichen, lösten aber insbesondere bei sekundären Adressat(inn)en, die nicht auf diese angewiesen sind, aufgrund ihres uniformen Aussehens und der maximalen Vereinfachung starke Reaktionen aus, die im „lowest degree of acceptability“ (ebd.) resultierten. Um die Akzeptabilität von verständlichkeitsoptimierten Texten zu erhöhen, wird Leichte Sprache Plus von Maaß (2020) als Kompromiss zwischen höchster Verständlichkeit und Akzeptabilität modelliert:

> „Easy Language Plus represents the tipping point of the balance between the four features perceptibility, comprehensibility, acceptability and danger of stigmatisation. It is the most balanced of the three varieties and therefore can be a solution in situations where the main text function is to make content accessible and enable text-based action. Easy Language Plus is an instrument for communicative inclusion“ (Maaß 2020:232).

Im Korpus der vorliegenden Studie wurde auf der Stufe der Einfachen Sprache konkret die Varietät Leichte Sprache Plus verwendet (Kap. 6.2), die als Mittelweg zwischen maximal optimierten Texten in Leichter Sprache und Standardtexten vorgelegt wurde: Die Aussagen zu dieser sollen hinsichtlich der Angemessenheit i.S. v. Akzeptanz der Texte aus Sicht der Nutzer(innen) ausgewertet werden, um zu

überprüfen, ob diese Varietät für die betrachtete Zielgruppe die Lösung für verständliche und gleichzeitig akzeptable Texte sein kann (Maaß 2020).

Diese Textstufe wurde vor allem hinsichtlich des Layouts stärker an Standardtexten orientiert, um einen deutlicheren Unterschied zu den Leichte-Sprache-Texten schon auf den ersten Blick zu erreichen und damit ggfs. auch stärkere Reaktionen auf die leichten Texte zu erlangen. In der Leichten Sprache Plus steht nicht jeder Satz auf einer neuen Zeile (Maaß 20020:258f.) und es sind, gleichwohl die Texte noch stark strukturiert sind (z.B. durch Gliederungsstrukturen mit Bullet Points und Zwischenüberschriften als Fragen), weniger Weißfläche und in Bezug auf den Text weniger Absätze zu sehen. Sprachlich wurden einige Leichte-Sprache-Regeln aufgeweicht: So wird in den Texten in Leichter Sprache Plus z.B. der Genitiv verwendet und es finden sich mehrere Aussagen in einem Satz wieder (ausführlich zur Textseite Kap. 6.2). Lange (2019:67) stellt in ihrer Studie fest, dass der Genitiv für primäre Adressat(inn)en nicht zwangsläufig ein Verständnisproblem darstellt. Daher kann, um es anhand der Darstellung zur Einfachen Sprache nach Bredel/Maaß (2016b) auszudrücken, die „Schublade Genitiv“ unberührt bleiben: Erlaubt man die Verwendung des Genitivs, nähert man sich mit dem Text wieder der Standardsprache, erhöht (vermutlich) die Akzeptabilität des Textes und reduziert das Stigmatisierungspotenzial der Leser(innen) (Maaß 2020; s.o.). So werden die strikten Regeln der Leichten Sprache und die daran geknüpfte Degrammatikalisierung sanft umgekehrt (Bredel/Maaß 2016a:533): In der Einfachen Sprache werden je nach Adressat(inn)enkreis und Zielsituation (Maaß 2019) „in Leichter Sprache global verbotene Kategorien sukzessive zugelassen“ (Bredel/Maaß 2016a:533), um im besten Falle damit die Akzeptabilität des Textes durch die Annäherung an die Standardsprache zu erhöhen (Maaß 2020). Gleichzeitig werden Einfache-Sprache-Texte jedoch u.U. nicht mehr in der Weise primäre Adressatengruppen der Leichten Sprache bedienen können, da diese durch die Anreicherung zu komplex werden und die (angenommene) „Lesefähigkeit der intendierten Leserschaft“ (Bredel/Maaß 2016a:532) überfordern können.

Bock (2019:72) stellt in ihrer Untersuchung fest, dass sogar primäre Adressat(inn)en mit prototypischen grafischen Textsortenmerkmalen vertraut sind und anhand dieser Textsorten richtig zuordnen können. Dass eine textsorten*untypische* grafische Gestaltung von Texten bei Menschen, die sich nicht zur primären Adressatenschaft zählen, auf negative Reaktionen stößt, wie es Gutermuth (2020) gezeigt hat, ist daher nicht verwunderlich. Gerade erfahrene Leser(innen) - wie die Zielgruppe in der vorliegenden Studie - bringen viel Wissen und zudem eine Erwartungshaltung gegenüber verschiedenen Textsorten mit, an die man auch in der Gestaltung eines Textes anknüpfen sollte: Es geht nach Bock (2019:75) „um Wiedererkennbarkeit und um das Auslösen von (Kontext- und Text-) Assoziationen, die das Verstehen vom ersten Blick an rahmen“. Somit könnte der Ansatz, den Maaß (2020) mit der Leichten Sprache Plus beschreibt, eine mögliche Lösung dafür sein, verständlichkeitsoptimierte Texte auch an Menschen im erhöhten Lebensalter oder weitere potenzielle Adressatengruppen zu bringen und auf diese Weise neben dem Verstehen und Behalten der gelesenen Informationen auch die Akzeptanz der Rezipient(inn)en gegenüber den Texten zu erhöhen (Gutermuth 2020; s. Kap. 3.4).

Es wurde erörtert, inwiefern Leichte Sprache Plus als Varietät zwischen Standardsprache und Leichter Sprache bei optimierter Wahrnehmbarkeit, Verständlichkeit und Akzeptabilität die Stigmatisierungsgefahr (s. Kap. 4.3) reduzieren kann. Je nach Adressatenschaft und Zielsituation können ausgehend von der Leichten Sprache und ihren Regeln Anreicherungsstrategien genutzt werden, um Texte der standardsprachlichen Aufmachung näherzubringen und so die Akzeptabilität der Texte in Leichter Sprache Plus zu steigern (s. Kap. 3.4; Maaß 2020:280). Ob diese Annahme für die

Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter bestätigt werden kann, soll in der vorliegenden Studie anhand von Gesundheitsinformationstexten untersucht werden (Kap. 7).

4.5 Akzeptabilität für Menschen im erhöhten Lebensalter

Vertrauen geht mit Akzeptanz einher (Link 2019:88). Gerade auch im Gesundheitskontext können soziodemografische Faktoren großen Einfluss auf Einstellungen gegenüber Expert(inn)en haben (ebd. 100): So bestätigen verschiedene Studien eine positive Beziehung zwischen erhöhtem Lebensalter der Patient(inn)en und einer höheren Vertrauenseinstellung gegenüber Ärzt(inn)en (ebd.; vgl. Hall et al. 2001:627; Fiscella et al. 2004:1051). Da Vertrauen nach Link (2019:51) in einer „Erwartung an eine bestimmte Vertrauensinstanz wie beispielsweise an den Partner oder die Partnerin, Freunde oder ärztliches Fachpersonal, eine Profession wie der Medizin, eine Institution oder mediale Quellen“ besteht, spielt hierfür auch die Vorerfahrung mit den betreffenden Instanzen oder Quellen eine Rolle. Haben Rezipient(inn)en positive Erfahrungen mit bestimmten Quellen gemacht, werden sie diese eher wieder nutzen als andere, da das aufgebaute Vertrauen in diese Quellen die Vermutung beinhaltet, „dass eine gewünschte Konsequenz aus einer Handlung wahrscheinlicher ist als eine befürchtete“ (Link 2019:51; Bhattacharya et al. 1998:461; McAllister 1995:25).

Nach Roelcke (2020:147) dienen Fachtexte „der Information oder Instruktion von Rezipienten, die sie akzeptieren, durch Produzenten, die sie intendieren“. Die Akzeptanz von Informationen hängt auch davon ab, ob der Medienkanal als Zugriffsplattform zu den gesuchten Inhalten akzeptiert wird oder nicht. Gerade im Bereich der digitalen Kommunikationsangebote können Lücken in der Ausstattung bzw. der Zugänglichkeit der digitalen Medien (kein Zugang zum Internet, keine Gerätschaften wie Computer, Laptop oder Smartphone; zur mangelnden Internet-Ausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen s. BMFSFJ 2020:63) sowie im Umgang damit (mangelnde Kompetenz oder Übung) und Verschiebungen in der Bewertung dieser bestehen (Mediennutzungspräferenzen): All diese Aspekte beeinflussen die Akzeptanz der digital präsentierten Inhalte, was sich weiterführend direkt auf die Handlungsorientierung bzw. das konkrete Handeln der Nutzer(innen) auswirkt (Maaß/Rink 2019:24): Auf der Ebene der Akzeptanz entscheidet sich, ob die Informationen überhaupt für eine Anschlusshandlung genutzt werden können (ebd.). Liegt also eine Medienbarriere vor, die den Zugriff auf die Inhalte gar nicht erst ermöglicht, so kann auch keine Rezeption stattfinden (Rink 2020:140f.).

Die Medienbarriere ist verschränkt mit der Akzeptanz: Sowohl die Nutzungsart (Wahrnehmungsbarriere bei Beeinträchtigung der Sinne) als auch die Nutzungspräferenz (ebd.; bei grundlegender Abwehrhaltung gegenüber dem Medium aus praktischen soziotechnologischen (kein Internetzugang im Altersheim, erschwerter Zugang auf dem Land etc.) bzw. praktischen individuellen Gründen (keine finanziellen Mittel für Geräte und/oder Internetanschluss)) beeinflussen neben den individuellen Fähig- und Fertigkeiten die Akzeptanz im Umgang mit bzw. in der Nutzung von digitalen Technologien als Informationsträger (s. *Digital Divide* in Kap. 2.4).

Was die Nutzungskompetenz von digitalen Informationsquellen älterer Menschen angeht, hänge die Lernfähigkeit von biografischen Merkmalen ab. Die Neurologie (Großhirnrinde) gehe dahingehend laut Kruse (2020) im Alter nicht zurück. Studien, die die Lernfähigkeit von älteren Menschen in Frage stellten, müsse man genau betrachten: Wenn die Abstraktionsebene der Aufgaben oder des Gegenstands an die Biografie der teilnehmenden älteren Menschen angepasst ist, spiegelt sich das auch in den Ergebnissen wider. So wird ein gebildeter Mensch bessere Ergebnisse beim Erlernen neuer Technologien erzielen als ein weniger gebildeter, jene, die gerne lernen, werden womöglich schneller besser mit dem jeweiligen digitalen Medium umgehen können etc. (ebd.). Neben kognitiven Fähigkeiten können aber auch Vorbehalte und Ängste gegenüber dem Internet und dazugehörigen Endgeräten bestehen (Czaja et al. 2006; Hargittai/Hsieh 2013:134f.). Hier kämen zusätzlich eine

Motivations- und/ oder eine Emotionsbarriere zum Tragen, die die Nutzung und damit bereits den ersten Schritt im Verstehensprozess, das Auffinden der Informationen, hemmen würde (zur Motivations- und Emotionsbarriere s. Lang 2021; s. Kap. 3 u. 4).

Die Akzeptanz spielt also bereits im Entscheidungsprozess über das genutzte Medium auf der Ebene der Auffindbarkeit eine Rolle, was für digitale Angebote konkret bedeutet, dass aufgrund der Art und Weise des medialen Zugangs ggf. viele Menschen nicht erreicht werden (können). Ob digitale Angebote genutzt oder abgelehnt werden, hängt also sowohl von soziotechnologischen Rahmenbedingungen als auch von individuellen Faktoren ab (Samerski/Müller 2019:49). Auch Barrieren, die erst auf einer späteren Stufe wie der Wahrnehmbarkeit ansetzen, können dazu führen, dass im Rückschluss bereits ein Medium ausgeschlossen wird: Hat eine Nutzerin z.B. Probleme bei der Bedienung einer Maus oder der Tastatur aufgrund einer motorischen Einschränkung (Rink 2020:138), so wird die Nutzung eines Computers mit eben genannten Hilfsmitteln nicht gewählt werden. Kolpatzik et al. (2020:15) sprechen hierbei von sog. operativen Fähigkeiten[19], die Teil der digitalen Gesundheitskompetenz sind, also dann zum Einsatz kommen, wenn Gesundheitsinformationen über digitale Technologien gesucht und rezipiert werden.

Grundsätzlich ist zwischen den individuellen *Bedürfnissen* der Rezipient(inn)en (Fischbock et al. 2024:1) in ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation und dem generellen Informations*bedarf* zu unterscheiden, die bestenfalls beide erkannt und bedient werden sollten (ebd. 7; RKI 2019:38).

Ob Texte oder Informationen für Menschen im erhöhten Lebensalter akzeptabel sind, hängt stark davon ab, ob sie diese als für sich selbst angemessen empfinden: Dies kann abhängig von sozialen Rollen und Gruppenzugehörigkeiten, Gefühlen und kulturellen Diskursen sein (Hitlin 2012:522), mit denen sich Personen identifizieren und durch die sie sich definieren (wollen). In der Gesellschaft sind alle Mitglieder der Beurteilung ihrer Mitmenschen als auch der eigenen Beurteilung i.S. der Aufrechterhaltung des Selbstbildes ausgesetzt (Sacks 1972a, b; Kap. 4.3). Findet eine Bedrohung des Selbstbildes oder der Wahrnehmung unserer Person durch andere statt, muss diese abgewendet werden, um die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (z.B. Nicht-Behinderte, Gebildete, Expert(inn)en auf einem bestimmten Fachgebiet etc.) aufrechtzuerhalten und den Ausschluss aus diesen Gruppen zu verhindern.

In Bezug auf psychologische Mechanismen zur Sicherung der personalen Identität benennen Rothermund/Eder (2011:143) das Konzept der Selbstaufwertung: In der Psychologie besteht eine Kernthese darin, dass Menschen dazu neigen, sich selbst und ihr Handeln besonders positiv wahrzunehmen (ebd.). Somit wird der Selbstwert der Personen geschützt (ebd.). Die Selbstaufwertung dient dabei der „Wiederherstellung der Integrität des Selbst und kann als Selbstregulationsprozess bezeichnet werden“ (ebd. 144). Die Selbstaufwertung sei dabei nicht pathologisch, sondern beziehe sich vor allem auf Situationen, in denen keine Möglichkeit des aktiven Handelns für die betroffenen Personen bestehe (ebd.). Rothermund, Bak und Brandtstädter (2005) zeigen, dass die Tendenz der Zuschreibung erwünschter Eigenschaften nur dann auftritt, wenn diese Merkmale unkontrollierbar sind. Interessant für die Auswertung mancher Aussagen aus den Interviews ist in diesem Zusammenhang, dass Attributionsprozesse eine wichtige Rolle für die Selbstaufwertung spielen (Rothermund/Eder 2011:145): Häufig werden Erfolge den eigenen Fähigkeiten zugeordnet, während Misserfolge eher situativen Faktoren zugeschrieben werden (ebd; Mezulis et al. 2004). Rothermund/Eder (2011:145) sprechen in diesem Zusammenhang von einem selbstwertdienlichen Attributionsbias. Weiterhin ist festzuhalten, dass selbstwertschützende Attributionen vor allem dann zum Tragen kommen, wenn diese für das Selbstkonzept der Person relevant sind (ebd.; vgl.

[19] „Zu den operativen Fähigkeiten gehören etwa die Bedienung der Computermaus und -tastatur oder die Nutzung von Links im Internet“ (Kolpatzik et al. 2020:15).

Rosenfield/Stephan 1978). Es geht bei diesen Attributionen folglich darum, den Selbstwert und das Selbstbild zu erhalten und zu schützen.

Ist eine ältere Person weder kognitiv beeinträchtigt noch hat sie anderweitige Kommunikationseinschränkungen, können Leichte-Sprache-Texte durch ihre typografische Aufmachung und sprachliche Gestaltung provozierend wirken und auf Ablehnung stoßen (Gutermuth 2020:234; Bredel/Maaß 2016a:534f.). Das (potenzielle) Angewiesen-Sein auf diese Texte (Bredel/Maaß 2016a:51f.), die sich eigentlich an Menschen mit extremen Verstehenseinschränkungen richten, bedroht die Zugehörigkeit zur Gruppe der „Gesunden", „Gebildeten", „Normalen" und stigmatisiert die (potenziellen) Nutzer(innen) als – in irgendeiner Weise – beeinträchtigt (Maaß 2020:209). Daher kann in manchen Fällen eine deutliche Reaktion auf die leichten Texte in Form von Ablehnung derselben auftreten (Gutermuth 2020), die die Abgrenzung der eigenen Person von der Gruppe der primären Adressat(inn)en markieren und ein „falsches Kategorisieren"[20] der eigenen Person als beeinträchtigt und damit „in unerwünschter Weise anders" (Goffman 1983:13) vor sich selbst und vor anderen verhindern soll.

Es wurden verschiedene Aspekte zu Akzeptanz und Akzeptabilität aufgezeigt, die eine erfolgreiche Rezeption von Informationen beeinflussen können. Inwiefern und welche der genannten Aspekte in der Untersuchung für die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter zum Tragen kommen, wird in Kap. 7 dargestellt.

5. Alter und Altern: Menschen im erhöhten Lebensalter

Die Lebenserwartung von Menschen in westlichen Gesellschaften hat sich im Laufe des 20. Jhdts. erheblich verlängert (Corsten 2020:61). Die Bevölkerung Deutschlands ist demografisch eine der ältesten der Welt (Blüher/Kuhlmey 2016:314): Zum ersten, da die absolute Zahl Älterer (über 60-Jähriger) aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung steigt, zum zweiten durch die steigende relative Zahl älterer Menschen bezogen auf die Zahl Jüngerer – der Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen übersteigt den Anteil der unter 20-Jährigen (ebd.) – sowie zum dritten durch den stark steigenden Anteil an hochaltrigen Menschen (über 80-Jährige). Zum 31. Dezember 2019 gab es in Deutschland von 83,17 Millionen Menschen knapp 2,4 Millionen Personen im Alter von 85 Jahren und älter, während nur 774.870 Menschen im Alter von unter einem Jahr gezählt wurden (Statista 2021).

Ab wann ist man nun aber alt bzw. ab wann befindet man sich in der Lebensphase Alter[21]? Die Wahrnehmung von Alter und Altersbildern ist stark von der jeweiligen Kultur und den jeweiligen historischen Gegebenheiten abhängig (Trescher 2013:54). Heute wird zumeist das 65. Lebensjahr als Schnittstelle für den Eintritt in die Lebensphase des Alterns gesehen: Zu betonen ist, dass diese Grenze nichts mit dem plötzlich eintretenden Verlust der körperlichen oder psychologischen Leistungsfähigkeit zu tun hat (ebd. 246). Sie ist vielmehr sozialpolitischen Gründen geschuldet, „da mit diesem Termin für den Großteil der Erwerbstätigen das Ausscheiden aus der beruflichen Tätigkeit verbunden ist" (Petermann/Roth 2006:245f.).

[20] Durch die Benennung einer Kategorie werden gleichzeitig auch damit verbundene Aktivitäten bzw. Eigenschaften aufgerufen (Quasthoff 1998:50; Sacks 1972; s. Kap. 4.2).

[21] Als Lebensphase definiert Corsten (2020:58) den biologisch durch den Alterungsprozess grundierten und sozial formierten Zeitraum im Leben einer Person. Die Einteilung von Lebensphasen kann sich an biologischen Alterslagen oder sozioökonomischen Stellungen orientieren (z.B. Vorerwerbsphase/Schulzeit, Erwerbsphase/ Berufstätigkeit, Ruhestand/Nacherwerbsphase). Hierbei ergibt sich das Problem der Trennschärfe der Phasen sowie der parallelen Zuordnung von Zuständen bzw. Stellungen, die die Auswahl einer relevanten Bezugsgröße erfordert (ebd. 34).

Altern ist ein höchst individueller Prozess, der vielschichtig und mehrdimensional auf biologischer, sozialer und psychischer Ebene verläuft (Reinhardt 2021:34f.). Um trotzdem die Zielgruppe Menschen im erhöhten Lebensalter greifbar zu machen, wurde diese in der vorliegenden Arbeit ab dem durchschnittlichen Renteneintrittsalter in Deutschland und den meisten Industrieländern ab 65 Jahren verortet (ebd.35). Zudem handelt es sich auch um eine forschungspragmatische Entscheidung, da dieses Alter ebenso in den vorliegenden Studien zur Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung von Schaeffer et al. (2018/2021) für die Zielgruppe von älteren Menschen gesetzt wird. Abgesehen von biologischen Prozessen ist subjektives Altern stark von gesellschaftlich geprägten Rollenzuweisungen abhängig (Reinhardt 2021:37).

Es existieren verschiedene Konstruktionen von Alter („Junge und alte Alte“), wie etwa die „schöne neue Seniorenwelt“ (Brüns 2018:27) gegenüber der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Der individuelle Altersprozess wird durch Altersbilder entscheidend mitbestimmt: So hat das individuelle Altersbild einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit als der Gesundheitszustand das Altersbild prägt (Wurm et al. 2009:80). Nach Trescher (2013:56) sind Zuschreibungen des Alters bezüglich der körperlichen Aspekte eher negativ konnotiert (i.S. e. Verfalls des Körpers), während Zuschreibungen, die den Geist und die Vernunft betreffen, wie etwa Altersweisheit oder Lebenserfahrung, eher positiv wahrgenommen würden (ebd.).

Studien aus der Gerontologie zeigen nach Stehr et al. (2021:38), dass das Altern je nach Individuum sehr unterschiedlich ablaufen und das Verhalten von Senior(inn)en nicht hauptsächlich durch deren Anzahl an Lebensjahren erklärt werden könne. Hier ist der Begriff des *differentiellen Alterns* zu nennen, der sich darauf bezieht, dass das Altern in ganz unterschiedlicher Weise verlaufen kann (Petermann/Roth 2006:246f.). Auch die subjektive Vorstellung von Gesundheit und Krankheit kann bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich ausfallen (Faltermaier 2005). In der Forschung zu subjektiven Konzepten von Gesundheit konnte schon früh festgestellt werden, dass Menschen „gesund“ und „krank“ keinesfalls als einander ausschließende Konzepte (i.S. einer Dichotomie) verstehen, sondern auch Zwischenzustände wahrnehmen (ebd. 36; vgl. Herzlich 1973). Zudem werden subjektive Gesundheitskonzepte von verschiedenen lebensweltlichen Faktoren beeinflusst, wie etwa dem Beruf, den sozialen Rollen, die das Individuum ausfüllt, den Beziehungen zum Umfeld sowie biografischen Lebensereignissen und Erfahrungen (z.B. auch die Wahrnehmung des Altersprozesses; Faltermaier 2005:42). Subjektive Gesundheitskonzepte als das, „was [eine Person] persönlich unter Gesundheit versteht“ (ebd. 35), sind somit eng mit der Identität der jeweiligen Person verknüpft (ebd. 42). Das subjektive Gesundheitserleben als individuell erlebter Gesundheitszustand kann die nachfolgende Langlebigkeit bzw. Sterblichkeit besser voraussagen als die objektive, also medizinisch diagnostizierte, Gesundheit (Wurm et al. 2009:80; Idler/Kasl 1995; vgl. Wilcox et al. 1996). Auch in der Health-Literacy-Forschung sucht man einen differenzierten Blick auf die Lebensphase Alter meist vergebens, werden ältere Menschen dort doch überwiegend als homogene Gruppe betrachtet (Vogt 2017:15.; vgl. Baker et al. 2000; Federman et al. 2009;). Vertiefende Studien zu dem Unterschied zwischen „jungen Alten“ (Kruse 2008:16) und Hochaltrigen stehen weitgehend noch aus (Vogt 2017:16).

Das Lebensstadium „Alter“ ist aufgrund der Abnutzung des Körpers von dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer Erkrankungen, der sogenannten Multimorbidität, gekennzeichnet (Saß et al. 2009:55).

> „Nach dem Erreichen des 60. Lebensjahrs sind Behinderungen und Todesfälle weitgehend auf den altersbedingten Verlust des Gehörs, des Sehvermögens und der Mobilität sowie auf nichtübertragbare Krankheiten wie Herzerkrankungen, Schlaganfälle, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen und Demenz zurückzuführen“ (WHO 2016:13).

Oftmals sind die im Alter vorliegenden Krankheiten chronisch und irreversibel (Saß et al. 2009:55). Zudem greifen nach Saß et al. (2009:55f.) die unterschiedlichen Krankheitsfolgen und damit verbundene Funktionseinschränkungen und Arzneimitteltherapien häufig „in komplexer Weise ineinander“ (ebd. 56; WHO 2016:13). Daraus können für die Betroffenen Einbußen in der unabhängigen Lebensführung, Selbstbestimmung und Lebensqualität resultieren (Saß et al. 2009:56). Auf institutioneller Ebene äußern sich die Auswirkungen von Multimorbidität in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Versorgungskosten, wobei die Kosten oft deutlich höher sind, als es die separaten Auswirkungen dieser Erkrankungen erwarten ließen (WHO 2016:13). Zudem treten im Alter andere Gesundheitsprobleme auf, die von „den traditionellen Klassifikationssystemen für Krankheiten nicht erfasst werden“ (ebd.), sowohl chronische Gesundheitsprobleme wie Gebrechlichkeit als auch akute wie Bewusstseinsstörungen durch verschiedene Gründe (wie Infektionen oder Nebenwirkungen von Operationen) (ebd.). Gleichzeitig seien ältere Menschen aber zu großen Anpassungsleistungen in der Lage und verfügten über Bewältigungsressourcen für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen (Saß et al. 2009:31). Nach Kruse (2021:359) gibt es über die Lebensspanne hinweg verschiedene Entwicklungsgesetze:

> „Während in der körperlichen Dimension und in der fluiden Intelligenzdimension (Umstellungsfähigkeit des Denkens, Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme sowie Geschwindigkeit und Präzision der Informationsverarbeitung) kontinuierlich zunehmende Einbußen auftreten, lassen sich sowohl in der kristallisierten Intelligenzdimension (Wissen, Strategien, Erfahrung sowie Lösung vertrauter Probleme) als auch in der emotionalen und motivationalen Dimension kontinuierliche Leistungszuwächse und Differenzierungen beobachten; und auch mit Blick auf die Kreativität lassen sich altersspezifische Akzentuierungen nachweisen" (Kruse 2021: 359).

Auch Blüher/Kuhlmey (2016:317) betonen, dass die Lebensphase Alter auf keinen Fall pauschal mit Krankheit, körperlichem und geistigem Abbau sowie Funktionsverlusten gleichzusetzen ist. Die im Lebensverlauf erworbenen Ressourcen, biographische Ereignisse und individuelles Gesundheitsverhalten sind wesentliche Dimensionen, die das - im besten Falle *gesunde* - Altern beeinflussen (ebd.). Gesundheitspsychologisch besteht gesundes bzw. „erfolgreiches“ Altern nämlich darin, dass man sich erreichbare Ziele im Alltag setzt und in der Lage ist, auch im Alter Zufriedenheit und Wohlbefinden zu verspüren (Petermann/Roth 2006:246). Zudem stellt der Aspekt „Wissen durch Erfahrung“ (Konopik 2019:298) einen Teil der Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen dar: Über den Lebensverlauf angesammeltes Erfahrungswissen erleichtert ihnen auch das Gesundheitshandeln (ebd. 297).

Die lange Lebensphase des Alters kann in zwei qualitativ unterschiedliche Phasen aufgeteilt werden, „eine Zeit in eher guter Gesundheit und hoher Selbständigkeit sowie eine zweite Phase, in der gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Hilfe- und Pflegebedarf deutlich verbreiteter sind“ (Dorsch Lexikon o.J.: *Lebensalter drittes und viertes*). Die Gerontologie unterscheidet zwischen dem dritten (junges Alter, etwa ab 60 Jahren) und vierten Lebensalter (Phase der Hochaltrigkeit) (ebd; Baltes 2004). Lindenberger/Staudinger (2018:292) sprechen bei der Alterspanne von 65 bis 80 Jahren, was also in etwa dem dritten Lebensalter entspräche, vom „Höheren Erwachsenenalter“, wohingegen ab 80 Jahren das „Hohe Alter“ beginne.

Als Hochaltrige bezeichnet man Menschen, die über 80 Jahre alt sind (Rott/Jopp 2012:474). Hochaltrigkeit wird sowohl gerontologisch als auch demografisch anhand von Mortalitätsprozessen als das Lebensalter definiert, „zu dem 50 Prozent der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind“ (Dorsch Lexikon o.J.: *Lebensalter drittes und viertes*). Die zukünftige Differenzierung der

Altersgruppen könnte sich je nach Ausmaß des demografischen Wandels hinsichtlich der weiter ansteigenden Lebenserwartung in der alternden Gesellschaft weiter verändern (ebd.).

Auch die kognitive Leistungsfähigkeit verändert sich mit dem Alter: Altersübliche Veränderungen der kognitiven Leistungen lassen sich häufig nur schwer von frühen Demenzstadien unterscheiden (Saß et al. 2009:49). Demenzielle Erkrankungen können sehr unterschiedlich ausfallen und zeichnen sich durch fortschreitenden Gedächtnisverlust und den Abbau kognitiver Fähigkeiten aus (ebd.). Die Prävalenz von Demenz nimmt mit dem fortschreitenden Alter deutlich zu (ebd.; Statista 2025), was wiederum eine hohe Pflegebedürftigkeit in diesen Fällen nach sich zieht (Saß et al. 2009:56). Hier lassen sich also verschiedene Altersgruppen hinsichtlich der Prävalenz unterscheiden.

Auch Singer et al. (2003:325) stellen in Bezug auf das kognitive Altern große Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen, den ‚jungen Alten' (65+) und den ‚alten Alten' (90+), fest und schlussfolgern: Die kognitive Entwicklung bei über 70-Jährigen wird in hohem Maße durch das steigende Lebensalter mitbestimmt (ebd.; vgl. Konopik 2019:40).

Bei der Betrachtung von Kompetenzen im erhöhten Lebensalter ist die Plastizität[22] zu nennen (BMFSFJ 2020:58): Das Erlernen und die Ausübung von (neuen) Kompetenzen ist auch in diesem Lebensstadium noch sehr gut möglich, vor allem, wenn man auf Erfahrungen im Bereich intellektueller Herausforderungen, körperlicher Aktivität und sozialen Engagements sowie auf umweltbezogene Unterstützung wie Hinweise und Erinnerungen zurückgreifen kann (Lindenberger 2014:572, 576). So können kognitive Verluste verringert und Gewinne gefestigt werden (ebd.; Konopik 2019:40; Kruse 2021: 359).

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zielen darauf ab, die Autonomie der Betroffenen zu erhalten, indem (chronische) Erkrankung möglichst verzögert oder verhindert wird, und die Lebensqualität und Vitalität, z.B. durch Bewegung und bedarfsgerechte Ernährung, zu verbessern (Blüher/Kuhlmey 2016:318). Kruse (2008) verweist sogar auf eine Verbesserung der Gedächtnisleistung, die durch erhöhte körperliche Aktivität erreicht werden kann (Blüher/Kuhlmey 2016:318). Auch kontinuierliche Aktivitäten wie Zeitunglesen oder Radiohören können die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter stärken (ebd.; Wilson et al. 1999). Das individuelle Gesundheitsverhalten kann gerade im Alter dabei helfen, (chronische) Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern (zur Kompressionsthese s. ausführlich Fries 1980, 2003). Im Gegensatz zu körperlichem Befinden ändert sich das psychische Wohlbefinden im Alter kaum (Wurm et al. 2009:79).

Insgesamt gewinnt Gesundheit im Alter an Wichtigkeit (ebd. 81; Stehr et al. 2021:40). Die Lebensphase Alter erfordert einen differenzierten Blick auf die Themen „Krankheit" und „Gesundheit": Gesundheit kann in den höheren Lebensjahren nicht als Abwesenheit von Kranksein betrachtet werden, sondern als Grundlage für eine Qualität des Lebens, die dem fortgeschrittenen Alter entspricht (Blüher/Kuhlmey 2016:321). Ein sehr hohes Lebensalter ohne jegliche Funktionseinbußen stelle eher eine theoretische Annahme dar (ebd.). Wilcox et al. (1996) schlussfolgern aus ihrer Untersuchung der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit von älteren Menschen, die ein einschneidendes Gesundheitserlebnis (wie z.B. einen Schlaganfall) erlebt haben: „[…] older people view illness as an inevitable part of aging and therefore not a reason to change their health perceptions" (Wilcox et al. 1996:101).

[22] „Lebenslange Entwicklung ist ferner – unabhängig vom Lebensalter – durch Plastizität gekennzeichnet, d. h. Entwicklungsgeschehen kann auch im hohen Alter durch geeignete Maßnahmen und Gelegenheitsstrukturen optimiert werden. Effektives, wenngleich verändertes Lernen (z. B. längere Übungen, mehr Wiederholungen) ist bis ins hohe Alter möglich" (BMFSFJ 2020:58; vgl. Lindenberger/Staudinger 2018:317).

In Bezug auf die Versorgungsebene stellt sich die Frage, wie sich der demografische Wandel hin zu einer „alternden Gesellschaft“ hinsichtlich der Versorgungskosten zeigen wird. Es existieren zwei gegenläufige Argumentationen der Effekte mit Blick auf eine verlängerte Lebenszeit und die daraus resultierenden Kosten aus der Perspektive der Gesamtgesellschaft, die Medikalisierungs- und die Kompressionsthese (Blüher/Kuhlmey 2016:315f.; Krämer 1992, 1999; vgl. Fries 1980, 2003). Die Medikalisierungsthese besagt, dass die „Wahrscheinlichkeit von Morbidität, verbunden mit funktionellen Einschränkungen und der Gefahr von Pflegebedürftigkeit, angesichts steigender Lebenserwartung zunimmt“ (Blüher/Kuhlmey 2016:315), während die Mortalität abnimmt. So werden die „Jahre unter Krankheit“ und auch der kostenintensive Zeitraum der Gesundheitsversorgung verlängert (vgl. ebd.). Die Kompressionsthese hingegen argumentiert, dass durch geeignete Prävention, gesundheitsförderlichen Lebensstil und adäquate Versorgungsstrukturen die Entstehung manifester Phasen von (chronischen) Erkrankungen so weit hinausgezögert werden können, „dass Einschränkungen von Funktionalität und Lebensqualität – wenn überhaupt – erst in den letzten Phasen des Lebens auftreten“ (ebd. 315f.). Somit würden die Jahre in guter Gesundheit verlängert und der kostenintensive Zeitraum der Gesundheitsversorgung verkürzt („Kompression von Morbidität“, ebd. 316). Dabei scheint u.a. die Zugehörigkeit der Menschen zu einer bestimmten sozialen Schicht ausschlaggebend dafür zu sein, welche der beiden Thesen eher auf sie zutrifft (ebd.). Eine Synthese der Ansätze bildet das Konzept der sogenannten „Bi-Modalität“, welches die Heterogenität des Alterns und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen in den Vordergrund rückt (Blüher/Kuhlmey 2016:316): Verschiedene verhaltens- und versorgungsbezogene Faktoren wie gesundheitsrelevante Verhaltensmuster, Lebensstile, sozioökonomische Lebenslagen und Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung beeinflussen bei diesem Ansatz über die Lebensspanne hinweg die Wahrscheinlichkeit für gesundes Altern (ebd.). So stünden Bevölkerungsgruppen, die ein längeres Leben in Gesundheit erreichen, solchen gegenüber, die vermehrt von chronischer Krankheit und funktionalen oder kognitiven Einschränkungen betroffen seien („Expansion von Morbidität“) (ebd.).

Es lässt sich festhalten, dass Altern ein höchst individueller Prozess ist (Reinhardt 2021:34f.). Bei der Betrachtung der sehr heterogenen Gruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter sind also die verschiedenen Altersgruppen zu differenzieren und demografische und sozio-ökonomische Aspekte zu beachten. Individuelle Faktoren wie der subjektive Gesundheitszustand und Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit sowie im Lebensverlauf erworbene Ressourcen älterer Menschen können eine Auswirkung auf die Gesundheitskompetenz derselben und den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen haben (Konopik 2019:297; Blüher/Kuhlmey 2016:317).

6. Methodik

In diesem Kapitel werden die Erhebungsmethode (Leitfadeninterviews), die Fallauswahl bzw. das Sampling mit den verschiedenen Durchführungsvarianten sowie die Grenzen des Samplings als auch die Auswertungsmethode dargelegt (qualitative Inhaltsanalyse).

6.1 Empirische Grundlagen der Arbeit

> „Qualitative Studien zu Gesundheitskompetenz im Alter sind im Vergleich zu quantitativen Studien weniger verbreitet, werden teilweise mit quantitativen Studien kombiniert und nehmen oft keinen gezielten Bezug auf das hohe und sehr hohe Lebensalter. Viele Studien konzentrieren sich zudem auf die Gruppen chronischer Patienten/innen“ (Konopik 2019:63).

Vor dem Hintergrund dieses Zitats wird die Relevanz der vorliegenden Studie und des hier angewendeten qualitativen Vorgehens noch einmal deutlich. Zu den Merkmalen qualitativer Forschung zählt *Offenheit* als Gegenpol zur standardisierten Forschung und bezogen auf

Forschungsgegenstand und –prozess, als Kennzeichen der Haltung der Forschenden sowie als Merkmal bei der Herstellung von offenen Erhebungs- und Auswertungssituationen (Meyer 2019:82). Weiterhin kennzeichnet die *Subjektivität* das qualitative Vorgehen; hiermit sind sowohl das Interesse an den subjektiven Sichtweisen der Beforschten als auch die Reflektion der eigenen Subjektivität im Forschungsverlauf gemeint (ebd.): Eine vom Forscher/von der Forscherin unabhängige Erkenntnis ist unmöglich (ebd.). Das dritte Merkmal qualitativer Forschung ist das *zirkuläre Vorgehen* im Forschungsprozess: Sowohl die einzelnen Phasen wie Fallauswahl, Erhebung und Auswertung als auch einzelne Schritte innerhalb der genannten Phasen (wie z.B. bei der Auswertung) können iterativ erfolgen (ebd.). Als letztes und viertes Merkmal benennt Meyer (2019:82) die Analyse von *Bedeutungen*: Die qualitative Forschung interpretiert dabei systematisch, aber nicht standardisiert, und zeichnet sich besonders durch die „Sensibilität für die raumzeitliche Bedingtheit der Ergebnisse", also die Kontextualität des Forschungsgegenstands, aus (ebd.).

Konkret wurde das Material also zunächst durch Zusammenfassungen aufgebrochen und reduziert, anschließend durch die Streichung von Überschneidungen selektiert, um schließlich in Kategorien gebündelt zu werden (Wollny/Marx 2009:470). Hier erfolgt die Subsumtion, also die Integration von bereits erarbeiteten Kategorien in andere (ebd.). Im Anschluss wird das Material erneut selektiert, noch bestehende Überschneidungen gestrichen und abermals in Kategorien gebündelt. Diese Vorgehensweise zum Aufbrechen und Verdichten des Materials in Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragen wird so lange durchgeführt, „bis in den jeweils hinzugezogenen Fällen kaum noch neue Kategorien formuliert werden müssen, sondern die bisherigen ausreichend sind" (Wollny/Marx 2009:471). Man kann hier also von einem Sättigungspunkt in der Kategorisierung bei der Auswertung sprechen (Misoch 2019:76). Dabei kann die Arbeit im bereits reduzierten Kategoriensystem zur weiteren Reduzierung des Materials entweder über *induktive* Kategorien („aus dem Text heraus") oder *deduktive* („anhand theoretischer Überlegungen bereits bekannten Wissens") erfolgen (Wollny/Marx 2009:471). Die deduktive Kategorisierung bot sich hinsichtlich der Facetten der Gesundheitskompetenz (Kap. 2) sowie der Verarbeitungsstufen im Verstehensprozess bzw. diesbezüglich auftretender Barrieren (Kap. 3 & 4) insbesondere dahingehend an, dass damit die Beantwortung der Forschungsfragen fokussiert werden konnte. Weitere induktive Kategorien ließen sich aber dennoch ausgehend vom reinen Datenmaterial feststellen (s. Kap. 7.3; 7.6). Die Kategorienbildung erfolgt bei der qualitativen Inhaltsanalyse „eng am Text" (ebd. 475) und erlaubt, wie auch hier dargelegt, die Bearbeitung einer konkreten Fragestellung.

Bei einem qualitativen Vorgehen wie diesem steht nicht der Repräsentativitätsanspruch im Vordergrund, den diese Arbeit auch nicht erfüllen könnte. Vielmehr ermöglicht ein gezieltes Sampling hier eine konzeptionelle Generalisierbarkeit für die Ergebnisse, die die Untersuchung der Zielgruppeninterviews erbracht hat. Przyborski/Wohlrab-Sahr (2014:367f.) verdeutlichen dies an der Unterscheidung zwischen statistischer Generalisierung in den standardisierten Verfahren und analytischer Generalisierung in der qualitativen Sozialforschung.

Nach Steinke (2012) können folgende Gütekriterien für die qualitative Forschung festgehalten werden: Erstens die *intersubjektive Nachvollziehbarkeit*: Hier ist gemeint, ob nachvollziehbar gemacht werden kann, wie die Forschenden zu ihren Ergebnissen gekommen sind (ebd. 324ff.). Bei der *Indikation des Forschungsprozesses* geht es darum zu zeigen, ob tatsächlich das untersucht wird, was untersucht werden soll (326ff.). Die *empirische Verankerung* fragt danach, ob die Ergebnisse datenorientiert und den Daten auch angemessen sind (ebd. 328f.). Die *Limitation* dient zur Reflektion darüber, ob die „Grenzen des Geltungsbereichs" (ebd. 329) und die Reichweite der Erkenntnisse klar abgesteckt und ausgewiesen sind (ebd. 329f.). Als letztes Gütekriterium benennt Steinke die *reflektierte Subjektivität*: Hier wird geprüft, inwiefern „die konstituierende Rolle des Forschers als Subjekt (mit seinen Forschungsinteressen, Vorannahmen, Kommunikationsstilen, biographischem Hintergrund etc.) und

als Teil der sozialen Welt, die er erforscht, möglichst weitgehend methodisch reflektiert in die Theoriebildung einbezogen wird“ (Steinke 2012:330f.). Werden subjektive Einflüsse im Forschungsprojekt ausreichend dokumentiert und reflektiert?

Gleichwohl der Anspruch der Forschenden besteht, den Gütekriterien nachzukommen und eine objektive Forschung zu betreiben, bleibt nach Max Weber (1985/1904:151) festzuhalten: „Eine empirische Wissenschaft vermag niemanden zu lehren, was er soll, sondern nur, was er k a n n und -unter Umständen- was er will“ (ebd., Hervorh. i. Orig.). Auf der Grundlage mehrerer dieser o.g. Kriterien ist nach Steinke (2012:331) dann zu entscheiden, ob das „bestmögliche“ Ergebnis erzielt wurde.

Die Gruppe der Teilnehmer(innen) für die problemzentrierten Leitfadeninterviews mit einem Stimulus (Texte) wurde nach der Methode des gezielten (selektiven) Samplings[23] anhand verschiedener demografischer Merkmale ausgewählt, um möglichst viele Kombinationen der verschiedenen Merkmalskonstellationen untersuchen zu können (Misoch 2019:208f.). Die Samplingstrategie des zielgerichteten, stratifizierten Vorgehens (ebd. 203) ermöglicht die starke Orientierung am Erkenntnisinteresse und Forschungsdesign der vorliegenden Studie; das Vorgehen ist dem Gegenstand bzw. zur Beantwortung der Forschungsfragen angemessen. Folgende Merkmale wurden dabei kombiniert: Alter, biologisches Geschlecht sowie Bildungsgrad. Beim Alter wurde darauf geachtet, möglichst gleich verteilt Menschen unterschiedlichen Geschlechts und verschiedenen Bildungsgrades auf die Gruppen (65-70, 71-80, 81-90, ü90) zu verteilen. Somit sollte die „innere Repräsentativität“ der Studie, nicht im Sinne einer statistischen Repräsentativität wie in quantitativen Studiendesigns, sondern im Sinne einer konzeptionellen Verallgemeinerbarkeit, ermöglicht werden. Misoch (2019:202) spricht hier von inhaltlicher Repräsentativität und der Adäquanz der untersuchten Elemente. Das zielgerichtete Sampling ist also essenziell für das Potenzial qualitativer Forschung, verallgemeinerbare Ergebnisse zu erzielen. Es stehen hier im qualitativen Vorgehen wenige wohlausgewählte, informationsreiche und umfassend ausgewertete Fälle im Fokus. Bei dem Sampling nach bestimmten, vorab festgelegten Kriterien werden statistisch nachgewiesene Zusammenhänge – hier also die beiden Vulnerabilitätsmerkmale niedriger Gesundheitskompetenz Alter und Bildungsstand (Schaeffer et al. 2016) – „in ihrer lebensweltlichen Einbettung und im Hinblick auf die dabei wirkenden Zuordnungen und Abgrenzungen“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014:183) qualitativ untersucht.

Hinsichtlich des Samples wird erforscht, ob und welche Unterschiede sich bzgl. der Merkmale Altersklasse, Geschlecht und Bildungsstand bzw. beruflicher Hintergrund hinsichtlich der Akzeptanz der Gesundheitsinformationstexte in den verschiedenen Textstufen innerhalb der Zielgruppe feststellen lassen.

Durch die Corona-Pandemie wurden die Erhebungsmodalitäten erweitert: Interviewer(in) konnten neben der Forscherin selbst ebenfalls Angehörige oder Pflegepersonen sein, um den Zugang zum Feld unter den pandemiebedingten Einschränkungen überhaupt erst wieder zu ermöglichen (Kap. 6.3, 6.4). Somit wurde das gezielte Sampling aus forschungspragmatischer Sicht dahingehend erleichtert, dass trotz der Beschränkungen durch die Pandemie die Interviews je nach zeitlicher Verfügbarkeit der Interviewparter(innen) in der vertrauten Umgebung durchgeführt werden konnten. In einem Fall konnte per Schneeballverfahren eine Bekannte einer Befragten für die Studie gewonnen werden, was jedoch eine Ausnahme darstellte (zum Schneeballverfahren s. Misoch 2019:207f.). Zum konkreten Sample muss angemerkt werden, dass in der Altersgruppe der 81- bis 90-Jährigen kein Mann im

[23] „Unter *Sampling* (engl. Stichprobe, Auswahl) wird die Auswahl der zu befragenden Personen bezeichnet, die im Hinblick auf bestimmte Merkmalsausprägungen einen Teil der zu untersuchenden Grundgesamtheit darstellen“ (Misoch 2019:199; Hervh. i. Orig.).

Erhebungszeitraum gefunden werden konnte. Die Verteilung in den weiteren Altersgruppen ist jedoch ausgewogen.

In der Interviewsituation wurden die Texte physisch, in ausgedruckter Form, zum Lesen vorgelegt, obwohl die Apotheken Umschau diese ausschließlich digital, nämlich auf der eigenen Webseite, zur Verfügung stellt. Dass mit dieser Festlegung auf das Medium Internet ggf. Leser(innen) ausgeschlossen werden, die keinen Zugang zum Internet bzw. keine notwendigen Geräte für die Internetnutzung, keine Medienkompetenz im Umgang damit aufweisen oder einfach andere Medien zur Informationssuche nutzen bzw. präferieren, wurde von Seiten des Auftraggebers Wort und Bild Verlag im Rahmen des Übersetzungsauftrags so kommentiert, dass doch alle Zielleser(innen) über diesen einzigen Kanal erreicht würden. Mit dem Vorlegen der physischen Texte sollte die uneingeschränkte Konzentration auf die Texte und damit verbunden auch die Beantwortung der Forschungsfragen im Sinne der Messung der Akzeptanz/des Gefallens bzw. der Inakzeptanz/des Missfallens ermöglicht werden. Die Internetnutzung bzw. Medienkompetenz wird im Interview weiterführend auch abgefragt, ohne dass im Text-Bewertungsteil des Interviews Zeit beim Betrachten der Texte über einen technischen Kanal bzw. auf einem Bildschirm verloren geht, weil etwa technische Schwierigkeiten beim Abrufen der Texte oder dem Starten eines Geräts in der Erhebungssituation (objektive Störfaktoren) oder Probleme in der Nutzung eines digital präsentierten Textes (individuelle Störfaktoren auf Nutzer(innen)seite, wie z.B. Probleme beim Lesen auf einem Bildschirm oder beim Scrollen auf einer Webseite bzw. in einem Dokument) auftreten. Der Zugriff auf die Texte direkt auf der Webseite wurde ausgeschlossen, da in diesem Fall nur zwei Varietäten dort aufzufinden gewesen wären (LS+ und Standardsprache, da die LS-Version ausschließlich für die vorliegende Studie erstellt wurden) und zudem dynamische Elemente wie Werbung die Aufmerksamkeit der Leser(innen) bei der Textrezeption und der darauffolgenden Einschätzung der Texte gestört hätten.

Auch hinsichtlich der Facetten der Gesundheitskompetenz (Kap. 2.7) ist durch das qualitative Vorgehen ein detaillierter Blick auf den Kontext hier möglich, was bei quantitativen Selbsteinschätzungsinstrumenten verwehrt bleibt, da hier meist konzeptionelle Unschärfen in Bezug auf den Kontext bestehen, in dem die betrachteten Aspekte erhoben werden: Es stellt sich bei quantitativen Selbsteinschätzungen immer die Frage, auf was sich die Testpersonen beziehen und ob durchführungsobjektive Bedingungen geschaffen wurden (vgl. Bitzer 2017). So kann es z.B. sein, dass eine Person es selbst als sehr schwierig einschätzt, zu beurteilen, ob Gesundheitsinformationen in bestimmten Medien vertrauenswürdig sind. Dies heißt jedoch nicht, dass sie durch diese Einschätzung automatisch weniger gesundheitskompetent im Umgang mit Gesundheitsinformationen in bestimmten Medien ist. Der Durchführungsmodus sollte den Befragten eine angstfreie und möglichst genaue und wahrheitsgemäße Beantwortung ermöglichen. Dies ist vor allem in qualitativen Forschungsdesigns wie dem hier vorliegenden sehr gut umsetzbar.

6.2 Textseite

Im Folgenden werden die Texte beleuchtet, die in der vorliegenden Studie als Stimulus für die Aussagen zur Angemessenheit der drei Varietäten dienten.

Der Wort und Bild Verlag wird 1955 als Werbe- und Verlagsgesellschaft gegründet, ein Jahr später erscheint zum ersten Mal die Apotheken Umschau (Altendorfer 2017:57f.). Die erste Webseite des Verlags geht 1998 online (ebd.). Knapp zwanzig Jahre später, 2016, befindet der Verlag sich durch personelle Veränderungen in der Führungsebene nach Altendorfer (2017:62) im Umbruch: Es sollen ab diesem Zeitpunkt verstärkt jüngere Zielgruppen (z.B. 15- bis 25-jährige Rezipient(inn)en) angesprochen werden (ebd.).

2016 ist die Webseite „apotheken-umschau.de“ mit 14,5 Millionen Besuchen monatlich das meistbesuchte digitale Angebot des Wort & Bild Verlags (Altendorfer 2017:70). Gleichwohl die Besucherzahlen im Februar 2020 auf 8,69 Millionen gesunken sind, sei das Portal die „meistbesuchte Gesundheitsseite in Deutschland“ (Wort & Bild Verlag 2020b). Dort finden sich 2016 nach internen Angaben 82 Prozent weibliche Nutzerinnen, die stärkste Altersgruppe der Webseitenbesucher(innen) ist eine mittelaltrige (35 bis 44 Jahre) (Altendorfer 2017:70). Die Zahlen aus 2024 bestätigen diese Verteilung, gleichwohl sich die Visits pro Monat auf 6,72 Mio. noch einmal verringert haben (One Pager Apotheken Umschau 2024). Somit besteht die Frage, ob der Verlag die Zielgruppe von älteren Menschen überhaupt erreichen möchte mit den ausschließlich online angebotenen Texten in Einfacher Sprache, die von der Forschungsstelle Leichte Sprache erstellt wurden und die Teil des Korpus dieser Arbeit sind.

In ihrem Gesundheitsmonitor fanden Baumann et al. (2015) heraus, dass 38 Prozent der Befragten das Internet als Quelle der Information über Gesundheitsthemen nutzten. 55 Prozent der Befragten nutzten hingegen kostenlose Broschüren, Krankenkassen- oder Apothekenzeitschriften (Baumann et al. 2015: Gesundheitsmonitor). Die Entscheidung des Verlags des hier betrachteten Korpus (Texte der Apothekenumschau), die Gesundheitsinformationen in Einfacher Sprache ausschließlich über den Kanal Internet anzubieten, ist also mit Blick auf die Reichweite und Zugänglichkeit der Zielleser(innen) zu hinterfragen. Das „reichweitenstärkste Printmedium“ (Wort & Bild Verlag 2020a:AWA 2020) soll gerade eine der treuesten Lesergruppen, die Senior(inn)en, erreichen (vgl. ebd.).

Die hier verwendeten Texte waren in Standardsprache auf den Seiten der Apotheken Umschau vorhanden und Teil eines großen Übersetzungsprojektes der Forschungsstelle Leichte Sprache der Universität Hildesheim: Hier wurden die Standardtexte in Leichte Sprache Plus übersetzt und konnten daher für die Studie genutzt werden. Die Textversionen in Leichter Sprache wurden ebenfalls von einer erfahrenen Leichte-Sprache-Übersetzerin für die Studie angefertigt anhand der bekannten wissenschaftlichen Regeln (s. Kap. 3). Dem Forschungsdesiderat, „to investigate in which communicative situations and for which target groups the use of EL is appropriate or inappropriate respectively, and where PL is indeed more suitable instead“ (Hansen-Schirra/Maaß 2020a:21), wird somit in Bezug auf Rezeptionssituationen von Gesundheitsinformationen für ältere Menschen in der vorliegenden Studie nachgekommen.

Ordnet man die hier angestrebte Methodik der Datenerhebung in die Typologie der Verfahren nach Krings ein, so handelt es sich um verbale Daten, die retrospektiv sind (Krings 2005:348). Diese bestehen darin, dass Übersetzungsprodukte – in der vorliegenden Studie folglich die beiden Textversionen in Einfacher und Leichter Sprache – kommentiert werden. Dabei sollten mit der empirischen Erhebung insbesondere folgende Fragen beantwortet werden (s. Leitfaden im Anhang):

- Welchen der Texte schätzen die Testpersonen selbst als am verständlichsten ein?
- Wie haben den Testpersonen die drei Texte gefallen? Welcher Text hat am besten, welcher am schlechtesten gefallen?
- Gibt es einen Unterschied in der Bewertung der leichteren Versionen im Vergleich zum Standardtext? Welche Argumente werden diesbezüglich genannt? Stoßen typische Leichte-Sprache-Merkmale (wie z.B. der Mediopunkt) auf die angenommene starke Ablehnung bei der Zielgruppe?
- Welche Medien nutzen die Testpersonen bevorzugt für die Suche nach Gesundheits-informationen? Wie schätzen Sie die Vertrauenswürdigkeit der genutzten Medien ein?

Die in Kap. 1 gestellten Forschungsfragen werden in Kap. 8.3 ausführlich beantwortet. Die Texte, die den Befragten vorgelegt wurden, wurden hinsichtlich der Textlänge, Strukturierung und Bebilderung variiert. Sie reichten von einem dreiseitigen Text ohne Absätze und Bebilderung in kleiner Schrift (Standardtext Schmerzmittel) über drei- bis vierseitige Texte in größerer Schrift ohne Bebilderung, aber mit Absätzen, Fettsetzungen und gliedernden Zwischenüberschriften (diese als Fragen formuliert, s. Leichte-Sprache-Plus-Texte) sowie drei- bis fünfseitige Texte mit all den eben genannten Optimierungen inklusive unterschiedlicher Bebilderung und Verwendung des Mediopunktes (s. Leichte-Sprache-Texte) bis hin zu einem 14-seitigen Text ohne Bilder, aber mit Fettsetzung, Bullet Points, Zwischenüberschriften und Absätzen (Standardtext Schlaganfall). Diese unterschiedliche Gestaltung der Texte sollte möglichst umfassend Äußerungen der Befragten zu spezifischen Aspekten wie der optischen Gliederung, Textlänge und Bebilderung ermöglichen.

Um möglichst starke Reaktionen auf die leichteste Textversion zu bekommen, wurden bei den Themen „Schmerzmittel“ und „Parodontitis“ extra kindlich anmutende Bilder verwendet; bei ersterem Text eine farbige Strichzeichnung einer weinenden Frau, die sich vor Schmerzen die Schläfe reibt, bei letzterem eine ebenfalls farbige Strichzeichnung eines Jungen, der sich mit vergnügtem Gesichtsausdruck die Zähne putzt. In der leichtesten Version des Schlaganfall-Textes wurde eine nicht auf den Gesichtsausdruck der gezeichneten Personen fokussierende Darstellung gewählt: Hier war eine instruktive, mehrteilige Abbildung darüber zu finden, wie die stabile Seitenlage aussieht und wie man eine Herzdruckmassage bei einer Person durchführt. Die gezeigten Personen waren dabei eher schematisch gezeichnet und hatten keine richtigen Gesichter, sodass die Bildaussage tatsächlich auf der auszuführenden Bewegung bei der betroffenen Person lag (s. Anhang, Schlaganfall, Leichte Sprache). Die Bilder zum Kopfschmerz (Schmerzmitteltext) und zum Zähneputzen (Parodontitis-Text) wurden jeweils an der passenden Stelle im Text platziert, so dass es sich hierbei um eine kongruente Text-Bild-Gestaltung handelte (vgl. Bredel/Maaß 2016a:114). Die Abbildung zur stabilen Seitenlage bzw. zur Herzdruckmassage ergänzte den Textinhalt um die konkrete Ausführung des genannten Handlungsschrittes. Es handelt sich hierbei also um eine konvergente Text-Bild-Beziehung mit Informationserweiterung (Bredel/Maaß 2016a:274), bei der die Informationen aus Text und Bild zusammengeführt werden müssen (ebd. 273f.; zur Text-Bild-Beziehung s. Ballstaedt 2012:138f.; Wünsche 2019:266.). Gerade das Bild, das im Schmerzmittel-Text verwendet wurde, hat die sogenannte Situierungsfunktion, die stark auf die Emotionen des Betrachters/der Betrachterin abzielt (Epp/Speransky 2019:300; Weidenmann 2002).

Die Verständlichkeit wurde mit in die Befragung einbezogen, da diese im theoretischen Modell der Zugänglichkeit von Kommunikaten (Maaß/Rink 2019:24), der sog. Hildesheimer Treppe, zentral im Rezeptionsprozess und der Stufe der Akzeptabilität vorgelagert ist. Die Verständlichkeit kann somit nachfolgende Rezeptionsstufen auf Seiten der Rezipient(inn)en wie die Akzeptanz und die Handlungsorientierung direkt beeinflussen (ebd.). Die Antworten der Befragten zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der verschiedenen Textversionen werden in der Analyse mit den Antworten zur Einschätzung der Akzeptabilität der Texte in Relation gesetzt, um Zusammenhänge zwischen den beiden Rezeptionsstufen herauszuarbeiten.

Zur Textfunktion soll an dieser Stelle gesagt werden, dass, gleichwohl es sich um Informationstexte handelt, beim Schlaganfalltext neben den Informationsanteilen durch die Anleitung für die stabile Seitenlage auch Instruktionstextanteile und gegebenenfalls auch Interaktionstextanteile hinzukommen, letztere, wenn es zu einer Situation kommt, in der die stabile Seitenlage angewendet werden muss. Der Text erfüllt damit mehrere Funktionen und ist stark auf eine Handlungsorientierung

ausgerichtet. In einer Notfallsituation ist es essentiell, dass die Handlungsorientierung durch die Rezeption des Textes erreicht wird.

6.3 Interviews

Die Erstellung des Leitfadens war zentral für die Erhebungen. Dieser wurde anhand von Theorie und Austausch mit anderen Forschenden erarbeitet. Es wurden offene Fragen am Anfang gestellt, um den Gesprächsfluss anzuregen und möglichst breite Antwortmöglichkeit offenzulassen, bevor spezifischer nachgefragt wurde. Konkretere bzw. enger gestellte Fragen dienten dazu abzusichern, dass das, was erhoben werden sollte (z.B. Gefallen/Missfallen, Verständlichkeit etc.) auch konkret erhoben werden konnte. Dazu wurde an den betreffenden Stellen im Leitfaden eine Skala mit nur vier Antwortmöglichkeiten (z.B. von „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, bis „gar nicht“, s. Leitfaden im Anhang) genannt, sodass die Befragten sich entscheiden mussten und nicht, wie in 5-stufigen Antwortskalen (z.B. Likert-Skala) auf die Mittelposition „unentschieden“ gehen konnten. Somit wurde eine Entscheidung in die eher positive oder negative Bewertung erreicht, die Aussagen über die Einschätzungen erlaubt, und eine wenig bzw. schwer deutbare Mittelposition bzw. keine Angabe zu der jeweiligen Frage umgangen.

Es wurde ein am Material induktiv erstelltes Codesystem entwickelt, das auf bereits bestehenden deduktiven Kategorien aufbaute.

Die Motivation der Proband(inn)en beim Lesen der Texte spielte eine Rolle, da diese den weiteren Verlauf des Interviews hätte stören oder sogar gänzlich abbrechen können: Wenn nonverbal bereits der Eindruck entstand, dass der/die Beforschte einen der präsentierten Texte nicht vollständig lesen wollte, z. B. durch unruhiges Umherrutschen auf dem Stuhl, einen ungeduldigen Blick bzw. Mimik, oder paraverbal, z.B. durch schweres Atmen oder Seufzen, konnte von der Interviewerin darauf eingegangen und darauf hingewiesen werden, dass man sich lediglich einen guten Eindruck des Textes verschaffen sollte und nicht zwangsläufig alles lesen musste. Dies spiegelt die Offenheit der Forscherin für die Situation und die Reaktionen des Gegenübers wider, die qualitative Forschung auszeichnet (Meyer 2019:82). Zudem ist es bereits aussagekräftig mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfrage, wenn einzelne Teilnehmer(innen) einen Text als so anstrengend oder so lang bewerten, dass sie diesen nicht ganz durchlesen wollen oder dies nur aus dem Zwang der Situation heraus tun würden. Der non-, paraverbal oder auch verbal geäußerte Unmut über die betreffenden Texte wird in der Auswertung miteinbezogen und liefert Ergebnisse darüber, dass die Motivation zum Lesen bei besagten Texten von Texteigenschaften verringert oder ggf. ganz gebrochen wurde. Hier zeigt sich zudem wieder der Vorteil einer Face-to-Face-Befragung, da bei den Telefoninterviews höchstens paraverbale und verbale Äußerungen miteinbezogen werden konnten.

Forschungsethische Erwägungen zur Interviewerhebung

Forschungsethik und gute wissenschaftliche Praxis gehen Hand in Hand: Forschende, die sich ihrer Verantwortung bewusst sind und diese im Sinne der guten wissenschaftlichen Praxis anwenden, sehen sich dazu verpflichtet, keine Falschangaben in Forschungsprojekten zu machen, geistiges Eigentum anderer nicht zu verletzen etc., Zuwiderhandlungen, die man z.B. im Katalog von Verhaltensweisen der

Max-Planck-Gesellschaft[24] oder in den Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG 2019) finden kann. Um die gute wissenschaftliche Praxis im Dissertationsprojekt bestmöglich umzusetzen, hat die Autorin der vorliegenden Studie im Rahmen des Stipendienprogramms der Medizinischen Hochschule Hannover, mit dem die Autorin assoziiert ist, im Juni 2020 in Kooperation mit der Goethe Universität Frankfurt am Main eine Schulung als eLearning-Kurs absolviert, die mit einem Zertifikat „Gute wissenschaftliche Praxis in der Promotion" abgeschlossen wurde.

Zudem konnten Besuche von Seminaren der Hochschule Hannover im Rahmen des Stipendienprogramms sowie von Veranstaltungen der Universität Hildesheim zur Forschungsethik im November 2020 den Blick auf das Vorgehen der Autorin im Sinne der guten wissenschaftlichen Praxis schärfen und bestehende Unsicherheiten in Bezug auf die Umsetzung bzw. Durchführung der Studie ausräumen.

Weiterhin wurde Rücksprache mit dem Datenschutzbeauftragten der Universität Hildesheim gehalten. Dabei wurde neben der Unversehrtheit der Beteiligten auch die Sicherung der individuellen Autonomie herausgestellt, vor allem in Bezug auf das Maß der Informationen, die eine Person über sich preisgeben will. Diese individuelle Autonomie wurde gerade im vorliegenden Projekt immer wieder an oberste Stelle gesetzt: Die Beforschten hatten immer die Möglichkeit Antworten auszusparen, sich so viel oder wenig zu den Fragen zu äußern, wie sie selbst wollten, und ohne Nachteil oder Angabe von Gründen das Interview ganz abzubrechen bzw. die Einwilligung in dieses zurückzuziehen. Dies wurde mehrfach und zu verschiedenen Zeitpunkten – vor dem Interview in der Aufklärung über die Studie, teilweise noch einmal in der Interviewsituation selbst, sowie nach dem Interview – in der Erhebung besprochen sowie zusätzlich schriftlich durch die zu unterschreibende Einwilligungserklärung gewährleistet, ohne die eine Erhebung bei der betreffenden Person nicht durchgeführt wurde. Die Einwilligungserklärung enthielt alle notwendigen Bestandteile: Freiwilligkeit, Informiertheit, Rücktrittsmöglichkeit ohne Nachteile, Hinweis auf den Datenschutzbeauftragten der Universität Hildesheim, eigene Rechte hinsichtlich der Datenverarbeitung und Unterschriften. Alle Teilnehmenden waren uneingeschränkt einwilligungsfähig (Motel-Klingebiel et al. 2014:785).

Das Prinzip der vollständigen Informiertheit und Aufklärung wurde in der Studie also gewahrt. Alle Proband(inn)en wurden vor und bei Bedarf während der Studie darüber informiert, was das Ziel der Untersuchung ist und welche Methode angewendet wird. Da es sich bei den Zielpersonen nicht um primäre Adressat(inn)en Leichter Sprache handelt, die ausdrücklich lesekompetent sein und keine Erkrankung (wie etwa Demenz) aufweisen sollten, wurden Informationen zusätzlich in Leichter Sprache nur auf Nachfrage zur Verfügung gestellt, wovon keine(r) der Teilnehmer(innen) Gebrauch machte (zur Unterscheidung uneingeschränkter und eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit bei älteren und alten Menschen s. Motel-Klingebiel et al. 2014:785). Da in der Studie gerade die Annahme überprüft werden sollte, ob die Zielpersonen der Leichten Sprache ablehnend gegenüberstehen (vgl. Hansen-Schirra/Maaß 2020a:27), sollte eine verfrühte Konfrontation mit ebendieser und eine eventuell auftretende Abwehrhaltung durch die Zielpersonen vermieden werden (zum verfrühten Abbruch der Textrezeption und motivationaler Stimulanz vgl. Christmann/Groeben 2019:137f.; Groeben 1982; zur Bedeutsamkeit des Interesses der Rezipient(inn)en s. auch Ainley/Hidi/Berndorff 2002).

Die verantwortungsvolle Verwaltung von Forschungsdaten ist ebenfalls ein zentraler Punkt forschungsethischer Überlegungen: Die Universität Hildesheim hat zum Erhebungszeitpunkt eine

[24] ‚Rules of conduct' finden sich zum Beispiel hier: *Verantwortliches Handeln in der Wissenschaft. Verhaltensregeln für gute wissenschaftliche Praxis – Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten - Senatsbeschluss vom 24. Juni 2021*. Max-Planck-Gesellschaft 2021.

konkrete Ansprechpartnerin für das Forschungsdatenmanagement eingesetzt. Zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis in forschungsethisch unbedenklicher Form wurde ebenfalls die Expertise der Forschungsdatenmanagerin eingeholt. Die Integrität der Forschenden sowie die Güte der Forschung stellten sich als zentrale Aspekte heraus. Auch die Frage, ob die erhobenen Daten später anderen Forschenden zu Verfügung stehen, gilt es im Sinne eines nachhaltigen Datenmanagements zu berücksichtigen. Bei der Erhebung der vorliegenden Studie wurde dies bereits in die Überlegungen mit einbezogen. So steht in der Einwilligungserklärung: „Ihre Kontaktdaten werden nach Beendigung des Forschungsprojekts gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Sie können einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen“ (Einwilligungserklärung). In diesem Sinne könnten themenverwandte Forschungsprojekte mindestens die Möglichkeit nutzen, für die weitere Datennutzung bei den Teilnehmenden nachzufragen, von denen ein Großteil in der Erhebungssituation ohnehin sehr offen dafür war. Zudem könnten bereits anonymisierte Daten grundsätzlich in themenverwandte Forschungsprojekte mit einbezogen werden, ohne dass personenbezogene Daten missbraucht bzw. durch Rückschlüsse auf konkrete Personen den Datenschutz missachten würden.

Als Forscher(in) gilt es, sich frühestmöglich mit forschungsethischen Fragen auseinanderzusetzen. Eine offene Herangehensweise mit gleichzeitigem Blick auf nötige Grenzen schließt sich dabei nahtlos an sozialwissenschaftliche Erkenntnisse bei der Durchführung von Leitfadeninterviews an, die in der vorliegenden Studie ohnehin die Methode der Wahl waren: Man solle so offen wie möglich, so strukturiert wie nötig vorgehen (Helfferich 2009:169, 181; Kruse 2015:149). Die Forschungsethik und die gute wissenschaftliche Praxis wurden bei der Durchführung der vorliegenden Studie entsprechend von Anfang an mitberücksichtigt.

Die Erhebung erfolgte vom Spätsommer 2020 bis zum Frühjahr 2021. Die Vertraulichkeit und Anonymität der Daten (vgl. Friedrichs 2014:82; 86ff.) wurde zugesichert und gewahrt. Die anonymisierten Interviewdaten standen ausschließlich der Forscherin und direkt am Projekt beteiligten Mitarbeiter(inne)n zur Aufbereitung (Transkriptionen) zur Verfügung. Der Zugang zu den Daten erfolgte nur über für Dritte unzugängliche Datenträger (z.B. USB-Stick, Festplatte) und universitätsinterne, passwortgeschützte Datenplattformen, wovon die Audiospuren nach Erzeugung der Forschungsdaten gelöscht wurden, um die Daten vor Missbrauch zu schützen. Auf Verlangen der Proband(inn)en konnten die personenbezogenen Daten jederzeit gelöscht werden. Die Einwilligungserklärung enthielt bereits auszugsweise Rechte aus der Datenschutzgrundverordnung, von denen die Proband(inn)en Gebrauch machen konnten (z.B. Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung der Daten). Zudem ist darauf ein Verweis auf den Datenschutzbeauftragten und seine Kontaktdaten aufgeführt.

All dies geschah im Sinne des Antrags an die Senatskommission für Ethik der Universität Hildesheim im Spätsommer 2020, den die Kommission befürwortet hatte. Diese hatte sich davon überzeugen können, dass

> „keine längerfristigen Beeinträchtigungen, Belastungen oder Schädigungen durch eine Teilnahme erwartet werden können, dass ein angemessenes Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken des Vorhabens besteht und die rechtliche [sic!] Bestimmungen insbesondere in Hinblick auf den Datenschutz eingehalten werden. Aus Sicht der Ethikkommission liegen gegen die Durchführung der Studie *keine* ethischen Bedenken vor“ (Stellungnahme Ethikkommission SUH, Antrag 209.1, Herv. Ethikkomm. SUH).

Akquise der Proband(inn)en

Die Probandenakquise fand über gezieltes Nachfragen im Bekannten- und Kollegenkreis statt. Gerade Proband(inn)en über 90 Jahre waren schwer ausfindig zu machen: In dieser Alterskategorie sind viele Menschen häufig von Sinnesbeeinträchtigungen betroffen, die die Erhebung in einer Interviewsituation einschränken oder unmöglich machen. Auch die hohe Prävalenz von demenziellen Erkrankungen in dieser Altersklasse (Statista 2025) führte zu einer begrenzten Anzahl an Interviewpartner(inne)n in dieser Gruppe[25]. Zudem wurde die Akquise durch die pandemiebedingten Einschränkungen in 2020/2021 erheblich erschwert. Der ursprüngliche Ansatz, Proband(inn)en in Einrichtungen vor Ort für Face-to-Face-Interviews zu rekrutieren und somit im bestmöglichen Fall direkt mehrere Teilnehmer(innen) für die Studie zu gewinnen, musste aufgrund der Corona-Maßnahmen und der Gefährdung der untersuchten Zielgruppe neu durchdacht werden. Aufschluss brachte ein Gespräch mit den Kolleg(inn)en des Methodenbüros der Universität Hildesheim, die die Durchführung durch dritte Personen wie Angehörige, Bekannte oder Pflegepersonal vorschlugen und die Möglichkeit von Telefon-Interviews erörterten. Aufgrund der Ausnahmesituation wurden diese beiden Erhebungsmöglichkeiten genutzt, wenngleich der Großteil der Interviews Face-to-Face-Interviews durch die Forschende[26] oder eben genannte Angehörige o.ä. waren. Nur ein geringer Anteil der Interviews (I24, I23, I17) wurde per Telefon erhoben. Aufgrund der extremen Rekrutierungsverhältnisse im Erhebungszeitraum konnte also auch ein methodischer Ertrag in Bezug auf die Zielgruppe an sich, aber auch und besonders bezüglich der Zielgruppenrekrutierung als Risikogruppe während der Corona-Pandemie aus der vorliegenden Studie resultieren (Kap. 6.4).

Aufbereitung 1: Transkription

Arbeitet man […] mit Ton-, Bild- oder Filmdokumenten, dann liegen empirische, reproduzierbare und damit überprüfbare Ausgangsdaten vor, die zunächst noch nicht durch das Nadelöhr wissenschaftlicher Interpretation bzw. Definition gegangen sind. Der Bezug, den die Interpretationen (d.h. der Weg zur Theoriebildung) zu ihren Ausgangsdaten haben, muss allerdings systematisch dargestellt werden, damit er intersubjektiv überprüfbar bleibt. (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014:164; Herv. Przyborski/Wohlrab-S.)

Es muss also eine Überführung der auditiven Wahrnehmungen in schriftliche Texte stattfinden (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014:165). Diese Überführung nennt man Transkription: Sie dient der Nachvollziehbarkeit der Beobachtungen sowie dem eindeutigen Bezug von Interpretationen des/der Forschenden auf entsprechende Textstellen, also der sog. intersubjektiven Überprüfbarkeit der Interpretationen (ebd.):

> „Die Interpretationsleistungen der Forscherinnen sind dabei ungleich geringer als bei den Beschreibungen dessen, was bei quantitativen Vorgehensweisen gemessen wird (Bsp.: Nachbarschaftskontakte). Systematische Transkriptionen erlauben es, die Transformation der Beobachtungen in Texte nachvollziehbar zu machen und die Interpretationen eindeutig auf entsprechende Textstellen zurückführen zu können, was wesentlich zur intersubjektiven Überprüfbarkeit beiträgt“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014:165).

[25] Häufig wurde die Nachfrage nach einer Interviewmöglichkeit mit einer über 90-jährigen Person mit „Sie hört fast gar nichts mehr und kann nur noch ganz wenig mit der Lupe lesen“ oder „Er hat leider Demenz“ etc. beantwortet, was den Personenkreis dieser Altersklasse im vorliegenden Sample erheblich eingrenzte.
[26] Gemäß den Corona-Bestimmungen fanden die Interviews mit Abstand, Lüftungspausen und in kleineren Räumlichkeiten mit Mund-Nasen-Bedeckung statt.

Mit der Transkription geht die Anonymisierung aller Daten und Merkmale einher, die Rückschlüsse auf konkrete Personen erlauben würden (ebd. 164f.). Dies schließt sich direkt an das Prinzip der Vertraulichkeit der Daten an, die den Teilnehmenden zugesichert wurde (Friedrichs 2014:82; 86ff.). In diesem Sinne wurden Kennkürzel als Ersatz für Namen verwendet (Werner et al. 2023), die zur direkten Zuordnung der Variable Alter ebendieses sowie die Kennzeichnung des Geschlechts und einen weit gefassten Hinweis auf den Bildungsgrad wie „Lehre“ oder „Diplom“ beinhalteten. Weitere Identifikations- oder Kontextdaten wurden mit einer neutralen Verallgemeinerung wie „Name der Enkelin“ etc. in eckigen Klammern ersetzt, um Rückschlüsse auf einzelne Personen auszuschließen (Werner et al. (2023) sprechen bei der Verallgemeinerung im Kontext von Anonymisierungen als „Substitut mit einem höheren Abstraktionsgrad“ (ebd.:30)).

Bei der Transkription wurde die Forschende von einzelnen Studierenden übersetzungswissenschaftlicher Masterstudiengänge der Universität Hildesheim unterstützt. Als Schwierigkeit beim anfänglichen Transkribieren erwies sich z.B. die Verwendung der Bestätigungslaute wie //mhm// oder //ja//: Dort musste genau hingehört werden, da man diese in Schrägstriche gefasst nur setzt, wenn das Gegenüber dem Sprecher/der Sprecherin „ins Wort fällt“, also bei Überlappung. Ebenso sollten alle Transkribent(inn)en genau hinhören und keine Wortinterpretationen vornehmen sowie externe Ereignisse oder Geräusche nonverbaler Art so präzise und kurz wie möglich beschreiben, z.B. ((Papierrascheln)). Bei der Frage danach, wie der Verzögerungslaut geschrieben wird, wählte die Forschende die vom Duden genannte Form „ähm“ aus (im Gegensatz zu „ehm“). Bei der Entscheidung darüber, inwieweit eine dialektale Färbung der Sprechenden transkribiert werden sollte, wurde das Motto: „So verständlich wie möglich, so genau wie nötig“ festgelegt („fuffzich“, „ham wir“ wäre hiernach in Ordnung). Da es vor allem um die inhaltlichen Argumente und Meinungen der Beforschten ging, stand eine detaillierte linguistische Transkription nicht im Fokus. Der Leitsatz für die Transkription mit dem Notationssystem TiQ (Talk in Qualitative Social Research) hieß „Hauptsache lesbar“, da hierbei nicht etwa die phonetische bzw. linguistische Feinanalyse[27] des Gesagten im Fokus stand, sondern die Erfassung der Interviewdaten für eine rekonstruktive Auswertung (vgl. Pzyborski/Wohlrab-Sahr 2014:167), wofür sich TiQ als Transkriptionsmethode, die sich mit jedem Textverarbeitungsprogramm umsetzen lässt, „sehr gut bewährt“ (ebd.) hat. Dies und die hohe Praktikabilität sowie die schnelle Erlernbarkeit von TiQ waren in Anbetracht der Datenmenge ausschlaggebende Faktoren in der Auswahl dieser Transkriptionsmethode (vgl. ebd. 166).

Aufbereitung 2: Tagging

Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA. Es wurden zusätzlich induktive Codes anhand des erhobenen Materials gefunden, die bereits deduktiv mit Hilfe des Leitfadens und anteilig mit einigen der Notizen auf dem Leitfaden aus der Interviewsituation erstellt wurden.

Aus den deduktiven Kategorien der eingeschätzten Verständlichkeit und Akzeptabilität der Texte, Leseerfahrung, Mediennutzung und Vertrauen in verschiedene Medien entstanden so nach und nach mehrere Unterkategorien, die vor allem in Bezug auf die subjektive Einschätzung der Texte auf In-Vivo-Codes basiert wurden (s. Anhang). Die Nähe zu den wortwörtlichen Aussagen der Befragten erlaubte die eindeutige Nachvollziehbarkeit der Beobachtungen in der Auswertung.

[27] Die GAT-Methode (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem, vgl. Selting et al.1998) erlaubt mit seinem Feintranskript deutlich detailliertere Transkriptionen, die sich jedoch vorrangig für tiefgreifende linguistische Fragestellungen eignen (z.B. Code-Switching, vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014:166). GAT ist durch seine Ausbaubarkeit deutlich komplexer als TiQ (vgl. ebd.; vgl. Selting et al. 1998).

Zur Anschauung folgt hier ein Screenshot einer Codierung:

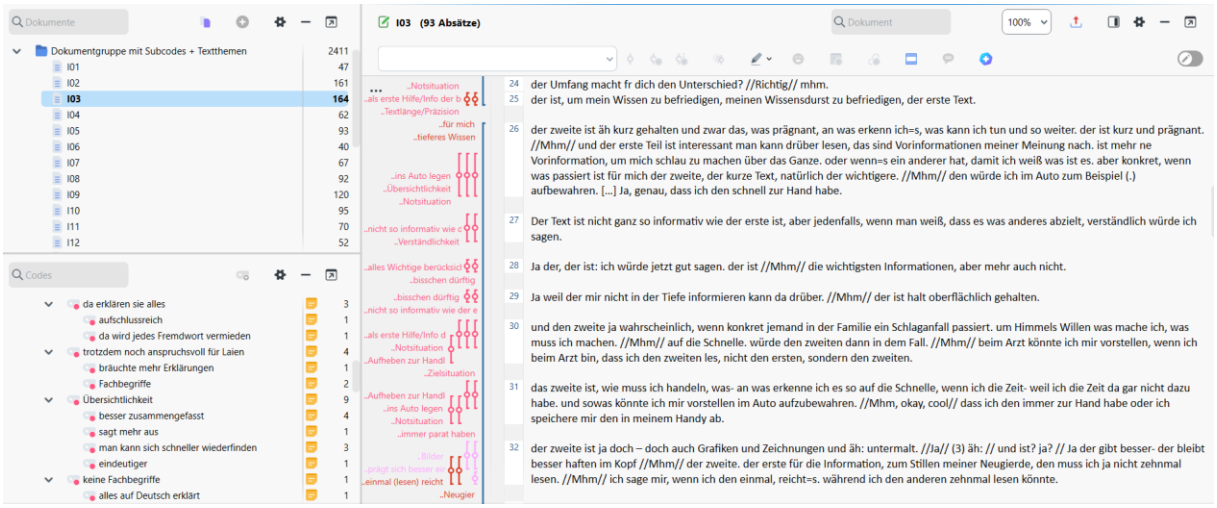


Abbildung 8: Screenshot einer Codierung (I03).

Durchführung: Methodisches Vorgehen

Es wurde ein Pretest durchgeführt. Dabei konnten in der Selbstreflexion der Forschenden sowie in mehreren Gesprächen mit in qualitativen Erhebungen erfahrenen Sozialwissenschaftler(inne)n Erkenntnisse in der Interviewführung (noch mehr auf eine objektive Haltung beim Fragenstellen achten (keine Suggestivfragen stellen) sowie den Gesprächspartner(inne)n noch mehr Zeit zum Antworten geben (die Stille aushalten)) und auch zum Leitfaden herausgearbeitet werden: Letzterer wurde daraufhin noch einmal abgeändert bzw. um einige Fragen ergänzt. Neu hinzukamen die offen gestellte Eröffnungsfrage zum Lesen, die von der demografischen Datenerhebung zum inhaltlichen Teil führt, („Sagen Sie mir doch einmal, was Sie zuletzt gelesen haben?“) sowie die Grundsatzfrage „Wie stehen Sie zum Thema Gesundheit?“, von der sich anschließend noch weitere Fragen ableiteten („Wie stehen Sie allgemein zu Ärzt(inn)en?“ „Ist Ihnen das Thema Gesundheit mit den Jahren wichtiger geworden?“). Durch diese ergab sich der Gesprächsfluss im ersten „richtigen“ Interview dann wie von selbst. Auch die Fragen im Anschluss an die Textbewertungen zum allgemeinen Interesse an gesundheitlichen Themen sowie zur Mediennutzung bei der Suche nach und der Rezeption von Gesundheitsinformationen inklusive der Frage nach der Vertrauenswürdigkeit der genutzten Medien ergaben sich erst nach dem Pretest durch den Austausch im Qualitative-Methoden-Seminar des Stipendienprogramms der Medizinischen Hochschule Hannover. Dies trifft auch auf die letzte inhaltliche Frage nach dem eigenen aktuellen Gesundheitszustand der Befragten zu.

Den Testpersonen wurden drei Texte zu einem Thema der Gesundheitsinformation (Darstellung von Verlauf, Symptomen und Therapiemöglichkeiten verschiedenen Erkrankungen wie Parodontitis oder Schlaganfall[28] bzw. Umgang mit Medikamenten (Schmerzmitteln)) in drei verschiedenen Textversionen (Standardsprache, Einfache und Leichte Sprache) vorgelegt. Es wurde darauf geachtet, eine möglichst ausgewogene Verteilung der drei Textthemen auf die Merkmale höchster Bildungsabschluss[29], Alter

[28] Das Textthema „Herzinfarkt“ stieß im Pretest auf starke Ablehnung, da dieses übermäßige Sorgen und Ängste bei den Befragten schürte, woraufhin das Thema durch „Schlaganfall“ ersetzt wurde (zur Auswahl der Themen als forschungsethische Aufgabe zur Eindämmung der Belastung der Teilnehmenden s. Baumann et al. 2019:38). Es wurde vor Durchführung der Interviews sichergestellt, dass nach dem Pretest die betreffenden Befragten mit dem Text „Schlaganfall“ ebenfalls kein Problem mit diesem Thema hatten.

[29] Laut Robert-Koch-Institut (o.J.) werden Bildung, Einkommen und Beruf bzw. berufliche Qualifikation in der Epidemiologie und Gesundheitsforschung häufig bei Proband(inn)en erfasst, da sie „wichtige Einflussgrößen auf vielfältige Sachverhalte“

und Geschlecht zu erreichen. Nach einem kurzen Einstieg, in dem auch demografische Daten aufgenommen wurden, folgte eine inhaltliche Öffnung des Gesprächs zum Thema Gesundheit bzw. Ärzte/Ärztinnen. Dann wurden die ersten beiden Texte (Standard- und Einfache Sprache) zum Lesen vorgelegt. Dies hatte den Grund, dass angenommen wurde, dass die Hemmschwelle, über die Texte ins Gespräch zu kommen, durch die Möglichkeit des Vergleichs der beiden unterschiedlich aussehenden Texte gesenkt würde und so ein Gesprächsfluss auf Seiten der Proband(inn)en leichter fiele. Dies hat sich in der Erhebungssituation bestätigt. Die ersten beiden Texte wurden nach dem Lesen also hinsichtlich der Verständlichkeit und der Aufmachung von den Teilnehmer(inne)n bewertet. Dann wurde der dritte Text (in Leichter Sprache) zum Lesen vorgelegt. Auch hier folgte nach dem Lesen ein Frageblock zum Text zur Einschätzung der Verständlichkeit und des Eindrucks insgesamt, den der Text bei den Proband(inn)en hinterlassen hatte. Abschließend folgte ein Fragenblock zum Thema „gesundheitsbezogene Mediennutzung". Mit der Frage zum eigenen Gesundheitszustand schloss das Leitfadeninterview, natürlich nicht ohne die Rückfrage, ob die Teilnehmenden abschließend noch etwas sagen wollten.

Pro Testperson wurde ca. eine halbe Stunde für das Interview eingeplant. Diese Dauer wurde von einem Teil der Proband(inn)en unterschritten, jedoch auch von einigen Teilnehmer(inne)n (stark) überschritten. Aufgrund der Corona-Pandemie im Erhebungszeitraum vom Herbst 2020 bis Frühjahr 2021 kam es vereinzelt zu längeren abschweifenden Ausführungen über die genannte Ausnahmesituation.

Wie bereits erwähnt, war die Akquise von Teilnehmer(inne)n sowie die Möglichkeit der Interviewdurchführung aufgrund der Corona-Pandemie im Erhebungszeitraum 2020/2021 stark eingeschränkt. Daher wurde nach Rücksprache mit dem Methodenbüro der Universität Hildesheim sowie den Betreuerinnen entschieden, dass Interviews grundsätzlich nach einer ausführlichen Einweisung durch die Forschende auch von einer anderen, der Zielperson vertrauten Person (z.B. Bekannte, Angehörige, Pflegepersonal) durchgeführt werden konnte. Zudem konnte in den von dritten Personen durchgeführten Interviews der „Störfaktor Interviewer(in)" minimiert werden: Eine Interviewsituation wird von Teilnehmenden oftmals als angenehmer empfunden und die Antworten fallen ggf. ausführlicher aus, wenn der/die Interviewer(in) eine bekannte bzw. vertraute Person ist (vgl. Steinke 2012:325). Durch die zweite Infektionswelle und den daraus resultierenden erneuten Lockdown wurde zudem die Möglichkeit einbezogen, Telefoninterviews durchzuführen. Da der Fokus in der vorliegenden Studie darauf lag, was die Befragten zu den Texten sagen und nicht zwangsläufig, wie sich dabei verhalten oder aussehen etc. waren Daten aus Telefoninterviews mit den persönlichen Befragungsdaten vergleichbar. Gleichwohl die direkten Reaktionen des Gegenübers in einer Face-to-Face-Erhebungssituation unvermittelt und nahbarer transportiert werden, konnten die in der Studie fokussierten Aspekte auch durch diese Art der Interviewdurchführung erhoben werden. Die Telefoninterviews bildeten jedoch die Ausnahme (3) und wurden aufgrund der stark restringierten Forschungsbedingungen im Rahmen der pandemiebedingten Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des neuartigen Coronavirus einbezogen.

Es stellte sich die Frage, ob Befragungen per onlinebasierter Videotelefonie zugelassen werden sollten. Diese Möglichkeit korrelierte einerseits häufig negativ mit den Medienpräferenzen und -kompetenzen

(ebd.) darstellen. Aus den o.g. Variablen wird der Sozialstatus abgeleitet, so dass z.B. eine Zuordnung in der Form hoher, mittlerer oder niedriger sozialer Status möglich ist (ebd.). Um Unwohlsein oder Verschlossenheit bei den Befragten in den qualitativen Interviews zu vermeiden, wurde hier auf die Frage nach dem Einkommen verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass bereits Bildung und berufliche Tätigkeit in Verbindung mit dem Alter und Geschlecht Rückschlüsse auf bestimmte soziale oder sogar sozioökonomische Tendenzen i.S. eines hohen, mittleren o. niedrigen Sozialstatus zulassen (vgl. Robert-Koch-Institut (o.J.)). zulassen.

der Zielgruppe, andererseits stellte diese Möglichkeit erneut die Frage des Datenschutzes, da Videotelefonie über die meisten Anbieter Datenaustausch (ggf. auch Bildaufnahmen) über amerikanische Server beinhalten würde. Zudem wurde diese Möglichkeit nicht von der Ethikkommission beurteilt und konnte im Rahmen der ohnehin schwierigen Erhebungsmöglichkeiten nicht in einem weiteren Ethikantrag eingereicht werden.

Anders verhielt es sich bei Telefoninterviews: Diese wurden explizit auch im Beratungsgespräch der Forschenden über die pandemiebedingt erschwerten Erhebungsbedingungen mit dem Methodenbüro erarbeitet. Hier stellte sich der Forschenden die Frage, ob eine Datenvergleichbarkeit mit den Face-to-Face-Interviews noch gegeben sein konnte. Mey/Mruck (2010:432) betonen, dass die Form der wechselseitigen Wahrnehmung und Zuschreibung sich auch nicht änderte,

> „wenn Interviews per E-Mail, am Telefon oder im Chat stattfinden, Medien, die jedes für sich unterschiedliche Vorzüge und eigene „Regeln" haben. Der Grundzug bei jedem Interview bleibt: Es ist ein soziales Arrangement, in dem sich Interviewte und Interviewende als Subjekte und soziale Akteure begegnen" (Mey/Mruck 2010:432).

In der Durchführung stellte sich heraus, dass der Gesprächsfluss tatsächlich nicht unter der telefonischen Erhebung litt, jedoch trotz gut sichtbar gemachter und eindeutiger Beschriftung der Texte (a, b, c oder 1, 2, 3 mit zusätzlicher Klammerung) die Kontrolle der Forschenden darüber fehlte, welcher Text gerade vor den Befragten lag. Diese Unsicherheiten, die für die Auswertung entfernt werden sollten, konnten in den überwiegenden Fällen durch gezielte Nachfragen ausgeräumt werden.[30]

Das Interview wurde über ein Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. In den Transkripten wurden verschiedene Kategorien getaggt. Die genannte Auswertung durch Tagging erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA.

Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse

Es wurde eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz/Rädiker (2022) durchgeführt, in der sowohl thematische als auch evaluative Kategorien (diese vor allem bei abstrakten Konzepten wie der Akzeptanz) herausgearbeitet wurden.

Im ersten Schritt wurden die Daten exploriert, hierzu wurden die Forschungsfragen in Erinnerung gerufen und das Datenmaterial in Form der Transkriptionen sowie auch noch einmal in Form der Audiospuren durchgearbeitet. Es wurden Memos geschrieben, um erste Auffälligkeiten oder Ideen für Kategorien und Analysen festzuhalten. Um sich die Daten zugänglich zu machen, wurden Fallzusammenfassungen geschrieben, die die Interviews in verkürzter Weise darstellten und einen Zugang zu den Daten erleichterten. In einem nächsten Schritt wurden Hauptkategorien ausgehend vom Interviewleitfaden hergeleitet, die zunächst grob aus den Kategorien Leseverhalten, Mediennutzung, Textbewertung sowie dem Thema Gesundheit allgemein bestanden. Somit bestanden thematische Kategorien wie das Leseverhalten neben evaluativ-bewertenden bzw. skalierenden Kategorien wie der Einschätzung der Texte oder der Vertrauenswürdigkeit von Medien und Quellen (Kuckartz/Rädiker 2022; vgl. Kuckartz 2018).

Im nächsten Schritt wurde das Material mit den Hauptkategorien weitercodiert. Hierbei wurden relevante Aussagen, bei denen noch keine passende Kategorie vorhanden war, durch eine induktive

[30] So konnte die eindeutige Zuordnung der Texte z.B. durch die Frage nach einer Abbildung, die sich nur in einem der Texte befand, erfolgen (s. I23).

Kategorie ergänzt. Somit entstanden auch neue Subkategorien, wie z.B. die Einschätzung der Texte anhand von bestimmten Situationen oder Zielgruppen, mit denen eine bestimmte Textstufe von den Befragten assoziiert wurde. Hier wurden auch häufig sog. In-Vivo-Codes genutzt, also Codes mit dem exakten Wortlaut aus den Interviews, um die Nähe zum Datenmaterial zu vergrößern und den Weg zur Auswertung desselben zu ebnen. Um eine Intercoder-Übereinstimmung über schwierig zu codierende Textstellen zu erreichen, wurden diese gemeinsam im Rahmen einer Forschungswerkstatt und weiteren Diskussionsrunden mit anderen Forscher(inn)en besprochen und evaluiert. Neben dem Austausch mit anderen Forschenden wurde der Großteil der Daten mit zeitlichem Abstand noch einmal codiert, um zu überprüfen, ob die Codierentscheidungen übereinstimmten und somit grundsätzlich reproduzierbar sind. Dies war weitgehend der Fall, lediglich einzelne Feincodierungen wurden neu hinzugefügt oder ausdifferenziert. Damit wurde das Gütekriterium der Intracoder-Reliabilität als zusätzliche Qualitätskontrolle erfüllt.

Im nächsten Schritt wurden die codierten Daten analysiert (Kuckartz/Rädiker 2022:106), indem die Codes final betrachtet wurden und fallbezogene thematische Zusammenfassungen zu den verschiedenen Textthemen geschrieben wurden. Weiterhin wurden tabellarisch Fallübersichten zu bestimmten Aspekten wie dem Leseverhalten, verwendeten Hilfsmitteln beim Lesen, der Textbewertung sowie der Mediennutzung angelegt, um die Daten weiter zu reduzieren. So konnten die Auswertungskapitel entstehen.

Um die Aspekte für die Public Health sowie die Übersetzungswissenschaft beide bedienen zu können, wurde in der finalen Auswertung die Betrachtung der Facetten von Gesundheitskompetenz (s. Kap. 2.7) miteinbezogen (Kap. 7.6).

Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse zusammengetragen und mit Hilfe von weiteren Programmen (Excel und Word) visualisiert.

6.4 Herausforderungen und Chancen qualitativer Forschung in der Coronakrise

Bei der Befragung durch ein Leitfadeninterview handelt es sich grundsätzlich um eine weit verbreitete, ausdifferenzierte und vergleichsweise gut ausgearbeitete Methode (Helfferich 2014:559), das sich insbesondere in Projekten mit soziologischer Ausrichtung wie dem hier vorliegenden zur Datengewinnung anbietet. Bei verantwortungsvollem Umgang mit den Testpersonen waren keine Risiken und Nebenwirkungen zu erwarten.

Um die kognitive Belastung möglichst gering und die Motivation so hoch wie möglich zu halten, wurden die Fragen aus dem Fragebogen den Testpersonen vorgelesen bzw. frei vorgetragen, sodass das Leitfadeninterview wie ein natürliches Gespräch verlaufen und die Unnatürlichkeit der Untersuchungssituation minimiert werden konnte (zum Vorzug persönlicher Befragungen der Zielgruppe älterer und alter Menschen s. Motel-Klingebiel et al. 2014:783). Zudem mussten die Testpersonen den Fragebogen nicht zusätzlich lesen und schriftlich beantworten (Vogt 2017:42). Die Erhebungsmethode des Face-to-Face-Interviews ist für ältere Menschen sehr gut geeignet, da potenzielle Beeinträchtigungen des Seh- und/oder Hörvermögens sowie Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeiten schriftliche Befragungen oder Telefoninterviews erschweren könnten (ebd.).

Durch manche Äußerungen vor, während oder am Ende der Interviews („hoffentlich hab ich's richtig gemacht", „ich glaub nicht, dass Ihnen das was hilft") kam der von einigen Interviewten empfundene Leistungsdruck in der Erhebungssituation zum Vorschein, obwohl dieser vorher und nachher durch explizite Aussagen der Interviewenden umgangen werden sollte. Es wurde ausdrücklich betont, dass es in der Studie nicht um Leistungsabfrage bzw. das Behalten möglichst vieler Informationen der

gelesenen Texte geht, sondern um die eigene Meinung der Befragten. Dass einige trotzdem einen gewissen Leistungsdruck spürten und diesen auch zum Ausdruck brachten, zeigt einmal mehr, dass jede Erhebungssituation, so natürlich man sie auch gestaltet, von einer natürlichen Gesprächssituation abweicht. Phänomene der sozialen Erwünschtheit (Hollstein/Ullrich 2003:40) können in Face-to-Face-Befragungen „aufgrund antizipierter Erwartungshaltung" (Vogt 2017:42) zwar auftreten, was auch in der Auswertung der Interviews[31] mitberücksichtigt werden muss, jedoch ist die persönliche Befragung aus den erwähnten Gründen anderen Befragungsformen vorzuziehen.

Die reaktive Datenerhebungsmethode Interview mit Interviewer(in) (persönliche Befragung im Gegensatz z.B. zu unpersönlicher Online-Befragung) war jedoch mit am stärksten von den Einschränkungen der Coronakrise 2020 betroffen. Mit der Zuspitzung der Pandemie mussten dementsprechend auch Anpassungen im Forschungsvorgehen an die bestehenden Kontaktbeschränkungen erfolgen. Die Forschende konsultierte hierfür das Methodenbüro der Universität Hildesheim, woraus folgende Anpassungen im methodischen Vorgehen resultierten: Die Erweiterung um Dritte als Interviewer(innen) ermöglichte neue Feldzugänge in der eingeschränkten Situation unter Risikominimierung für die Befragten (hinsichtlich einer möglichen Ansteckung mit Sars-CoV-2). Zudem wurde eine weitere Erhebungsmodalität, Telefon-Interviews, miteinbezogen, die ebenfalls den Vorteil aufweist, dass Daten gesammelt werden konnten, ohne die Proband(inn)en unnötigen Risiken einschließlich möglicher Folgeeffekte im Sinne negativer Folgen wie etwa einer Erkrankung an Covid19 auszusetzen. Nachteile dieser Erhebungsmöglichkeit sind einerseits das Aufkommen von Verständnisproblemen über den rein akustischen Kanal, insbesondere bei Einschränkungen des Hörvermögens auf Seiten der Befragten, andererseits ist die Kontrolle der Stimuli, also der zu besprechenden Texte, im Interview nicht im gleichen Maße gegeben wie in einer Face-to-face-Situation: Liegt gerade tatsächlich der erste Text vor der interviewten Person oder äußert diese sich zu einem anderen und die Beteiligten reden aneinander vorbei? Dies kann durch gezielte Nachfragen des Interviewers/der Interviewerin abgesichert werden. Gleichwohl ein Telefoninterview zwar auch den direkten Kontakt der Gesprächspartner(innen) über den akustischen Kanal zulässt, verhindert der fehlende Sichtkontakt den Einbezug nonverbaler Kommunikation auf beiden Seiten, wie etwa Blickkontakte, Bestätigungssignale in Form von Kopfnicken etc. Dies kann einer möglichst offenen und vertrauensvollen Gesprächssituation unter Umständen unzuträglich sein. Unter dem Punkt „Limitationen" (Kap. 6.5) werden konkrete Grenzen der Durchführung, sowohl in der Face-to-face- als auch in der Telefoninterview-Situation, noch einmal zusammengetragen.

Die Möglichkeit, rein digitale Erhebungswege zu nutzen, musste vor allem in Bezug auf den Datenschutz und die forschungsethische Perspektive der Studie reflektiert werden: Nicht alle Dienste sind für die Übermittlung von sensiblen Daten wie Interviewdaten zur Gesundheit (vgl. ebd.; vgl. § 9 DSGVO) geeignet. Insbesondere Portale für Videokonferenzen müssen hinsichtlich des Datenschutzes vor einer möglichen Erhebung genau in ihren Möglichkeiten (z.B. Ende-zu-Ende-Verschlüsselung) und Grenzen (wo liegt der Server, auf dem die Daten zusammenlaufen? S. z.B. das umstrittene Videokonferenzportal Zoom) geprüft werden. In der vorliegenden Studie wurde vor allem aus zwei Gründen der Einsatz von Videokonferenzen ausgeschlossen: Zum einen wurde diese Erhebungsmethode nicht in dem positiven Bescheid des Ethikantrags zum Forschungsprojekt von der Ethikkommission der Universität Hildesheim miteingeschlossen. Zum anderen wurde aus vorliegenden Daten aus Mediennutzungsstudien (s. Kap. 2.4; 2.6) sowie aus Gesprächen mit den Betreuungspersonen und anderen Forschenden, ebenso wie aus Forschungsvorträgen geschlossen,

[31] Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch weitere Teilnehmende Leistungsdruck in der Erhebungssituation verspürten, selbst wenn sie diesen nicht zum Ausdruck brachten. Hier geht es aber um die konkreten Daten, die tatsächlich getätigten Äußerungen der Proband(inn)en, die sich also auch im Transkript der betreffenden Interviews wiederfinden. Alles darüber Hinausgehende wäre an dieser Stelle Spekulation.

dass Personen ggf. durch die Nutzung des digitalen Kanals ausgeschlossen werden könnten. Gleichwohl es viele ältere Menschen gibt, die sehr kompetent im Umgang mit dem Internet sind, sollte das Risiko ausgeschlossen werden, dennoch einige Proband(inn)en durch diese Erhebungsmethode auszuschließen: Sei es aus mangelnden Kompetenzen im Umgang mit dem Internet, aus dem fehlenden Zugang (kein Internetanschluss verfügbar, keine Geräte zur Nutzung vorhanden), aus individuellen Mediennutzungspräferenzen oder aus Bedenken bzgl. der eigenen Datensicherheit über eine Digitalkonferenz.

Meyer (2019:83) betont in seiner Betrachtung der Digitalisierung in der qualitativen Sozialforschung ebenfalls die Bedeutsamkeit der gelingenden Integration der Technologie in das Alltagsleben und die persönlichen Wertvorstellungen der Betroffenen. In Bezug auf digitale Interventionen im Bereich der Public Health spielten neben der bereits zuvor erwähnten Datensicherheit auch sprachliche und technische Kompetenzen sowie die Kosten eine Rolle dabei, ob digitale Technologien akzeptiert und genutzt würden (ebd. 84). Auch die Verbindung der digitalen Technologien mit der Möglichkeit der realen sozialen Interaktion im Sinne einer „notwendige[n] Offline-Unterstützung“ (gerade bei der Zielgruppe der älteren Nutzer(innen) mit ggf. geringer Online-Erfahrung) könnte die Nutzung digitaler Technologien begünstigen (ebd.).

Aus o.g. Überlegungen heraus, insbesondere aber, um keine der Zielpersonen aufgrund eines digital durchgeführten Interviews auszuschließen, den Fokus nicht von den geplanten Inhalten ungewollt auf technische Probleme zu verlagern sowie von der Ethikkommission abgesegnete Datenschutzbestimmungen einzuhalten, wurden neben den Face-to-face-Interviews zusätzlich nur Telefon-Interviews durchgeführt (s. Kap. 6.3).

6.5 Limitationen

Neben den im vorangegangenen Kapitel erläuterten Herausforderungen, die durch die Corona-Pandemie bedingt waren, stellten sich folgende Limitationen der Studie heraus:

Es handelt sich um eine Einzelstudie, weitere qualitative und quantitative Studien (ggfs. in Verschränkung mit der Testung funktionaler Gesundheitskompetenz bzw. Literalität) sind daher wünschenswert.

Weiterhin kann die Interviewer(innen)rolle kritisch reflektiert werden: Dritte Personen haben sehr vereinzelt trotz der Einweisung durch die Durchführende stärker suggestiv gefragt (z.B. „war ja sehr umfangreich und Sie wollten gar nicht weiterlesen, ne?“ (I21)). Suggestivfragen kommen laut Hollstein/Ullrich (2003:39) meist dann zum Einsatz, wenn die vorher getätigten einfachen Erzählaufforderungen nicht zum gewünschten Ergebnis (Begründungen) führen. Die Interviewer(innen)rolle ist grundsätzlich nicht zu unterschätzen, da teilweise auch die Stille ausgehalten werden muss, bevor geantwortet wird und genügend Zeit dafür gegeben werden muss. Ebenso kann es schwierig sein, in dieser Rolle eine zu wissenschaftliche Ausdrucksweise zu unterlassen oder Fragen in der Interviewsituation in verständlicher Weise umzuformulieren, wenn gleichzeitig im Leitfaden bestimmte Vorgaben (begrifflich oder stilistisch) gegeben sind, von denen spontan nur schwer abgewichen werden kann (z.B. „kommunikationsorientiert“).

Die Anzahl der Interviews von 25 ist auch der Planung geschuldet, dass durch Interviews durch dritte Personen ggf. nicht auswertbare Interviews/Sequenzen dabei sein könnten (z.B. durch zu suggestives Fragen oder anderweitigen Problemen bei der Durchführung, die die Ergebnisse nicht verwertbar machen) bzw. durch die pandemiebedingt mit einbezogene Interviewmöglichkeit per Telefon Probleme technischer Art bei der Aufzeichnung der Audiospur über den Lautsprecher des Telefons

auftreten könnten. Letztendlich konnten jedoch alle 25 Interviews mit einbezogen werden, was u.a. der Vorbereitung der Interviews und dem Leitfaden geschuldet war. Dieser konnte mit Hilfe eines Pretests weiter verfeinert werden.

Bei der Frage „Wie haben Ihnen die Texte gefallen?“ waren einzelne Proband(inn)en „überfragt“, da sie keine Textexpert(inn)en sind; sie konnten nicht explizite Begrifflichkeiten der Linguistik oder Textanalyse nennen. Interviewpartner(innen), die keine Linguist(inn)en sind, können häufig nicht in Worte fassen, was genau sie an dem Text verständlich fanden. Dazu kommt die generell schwierige Aufgabe, Dinge in einer Interviewsituation zu evaluieren, vor allem, wenn man Evaluation und Interviewsituation nicht gewohnt ist (z.B. im Interview M_72_Hauptschule). Hier könnte man in Folgestudien anders herangehen und vielleicht Formulierungen zur Auswahl stellen. Auch die Bewertung der Texte an sich (das fand ich gut/nicht gut) ergab sich somit als weniger problematisch als die Begründung dafür.

Die Vergleichbarkeit zwischen den Textthemen war ebenfalls zu reflektieren. Die Unterschiede zwischen den Texten sind mit Absicht groß gehalten worden, um möglichst breit untersuchen zu können, welche Textmerkmale stören oder nicht: Der standardsprachliche Schlaganfall-Text ist ausgedruckt 14 Seiten lang, ohne Bilder, mit Links; der Leichte-Sprache-Plus-Text zu Schlaganfall drei Seiten ohne Bilder, der Leichte-Sprache-Text zu Schlaganfall fünf Seiten mit relativ neutraler Bebilderung zur stabilen Seitenlage und zur Herzdruckmassage. Der Ausgangstext zu Parodontitis ist sechs Seiten lang, mit Original-Bebilderung der Homepage der Apotheken Umschau ohne Links; der Leichte-Sprache-Plus-Text vier Seiten lang mit Aufreihung[32] zu verschiedenen Unterpunkten als „Inhaltsverzeichnis“ zu den einzelnen inhaltlichen Abschnitten und ohne Bebilderung; der Leichte-Sprache-Text drei Seiten lang und mit sowohl einem Original-Bild des Zahnhalteapparates als auch einem explizit hinzugefügten, kindlich anmutenden Bild eines Jungen beim Zähneputzen. Die „Extra-Bebilderung“ in den Leichte-Sprache-Texten sollte gewährleisten, dass auch Erkenntnisse über die Einschätzung der Zielgruppe von Bildern (kindlich anmutender Bildcharakter vs. realistische bzw. medizinisch-nüchterne Darstellung z.B. in einem Schaubild zum Zahnhalteapparat) in den Texten gewonnen werden konnten. Zum Thema Schmerzmittel ist der Ausgangstext drei Seiten lang und komplett ohne Hervorhebungen oder echte Strukturierungen, der Leichte-Sprache-Plus-Text ebenfalls drei Seiten ohne Bebilderung; der Leichte-Sprache-Text vier Seiten mit nur einem extra hinzugefügten Bild einer vor Kopfschmerzen weinenden Frau: Das Bild sollte ermöglichen herauszufinden, ob die Proband(inn)en auf das emotionalisierende Bild (anders) reagieren.

Die Unterschiede zwischen den Texten sollten also gewährleisten, Reaktionen zu einzelnen Merkmalen wie Links, Bildern oder Strukturelementen wie die Aufreihung der einzelnen Abschnitte, die durch Zwischenüberschriften strukturiert sind, zu ermöglichen und mehr Ergebnisse zu erzielen. Teilweise waren die Reaktionen jedoch nicht stark ausgeprägt (s. Kap. 7). Hier könnte man in Folgestudien weiter reflektieren, inwiefern die Unterschiede sich bemerkbar machen oder aufgefallen sind.

Die unterschiedliche Länge der LS+- und LS-Texte sollte gewährleisten, dass, sollte eine Varietät den Proband(inn)en durchgehend am besten oder schlechtesten gefallen, dies nicht einfach nur an der (kürzeren) Textlänge liegen konnte.

Das beschriebene Vorgehen der Maximalkontrastierung der Texte hinsichtlich Textlänge und Aufmachung birgt das Risiko, dass die interne Vergleichbarkeit der Texte bemängelt werden könnte.

[32] Aufreihung in den Leichte-Sprache-Plus-Texten, die die Texte in einzelne Abschnitte strukturiert: „Was ist eine Parodontitis? Was passiert bei einer Parodontitis? Was sind die Ursachen einer Parodontitis? Woran können Sie eine Parodontitis erkennen? Wie können Sie eine Parodontitis vermeiden? Was können Sie gegen eine Parodontitis tun?“

Jedoch ist darauf zu verweisen, dass zu Beginn der vorliegenden Studie keinerlei Daten zu den Befindlichkeiten älterer Menschen in Bezug auf Gesundheitsinformationstexte in verschiedenen Varietäten vorlagen. Entsprechend sollten erst einmal Daten dazu generiert werden, wie die Zielgruppe die Texte bewertet und welche Argumente und Kategorien überhaupt eröffnet werden. In Kap. 7 wird deutlich, dass das Vorgehen hier dem Forschungsgegenstand Rechnung getragen hat: Trotz der sehr unterschiedlichen Aufmachung und Länge der Texte wurde beispielsweise der Standardtext jeweils in bestimmter Art und Weise bewertet. Das Risiko des Vorgehens der mit Absicht ungleich gehaltenen Texte wurde also durch die recht homogenen Aussagen der Befragten zu den Varietäten belohnt (s. ausführlich Kap. 7).

Beim zielgerichteten Sampling konnte festgestellt werden, dass die Akquise der Proband(inn)en in den letzten beiden Altersgruppierungen (80-89; Ü90) sich als sehr schwierig erweist, da die Voraussetzungen „keine demenzielle Erkrankung“, „keine kognitive Beeinträchtigung“, genügend Sehvermögen, um die Texte eigenständig lesen zu können sowie genügend Hörvermögen, um ein Interview durchführen zu können, nur für einen sehr kleinen Personenkreis innerhalb der ohnehin überschaubaren Gruppe der Hochaltrigen gegeben sind. Zudem wurden etwas mehr Frauen als Männer befragt (Kap. 7).

Das qualitative Vorgehen erlaubt es, „persönliche Erfahrungen, Geschichten und Deutungen der Menschen als empirische Daten [zu] würdigen“ (Harzheim et al. 2022:4; Wattanasuwan et al. 2009), die andere Forschungsmethoden nicht erlauben. Es ermöglicht Erkenntnisse über das subjektive Empfinden der Proband(inn)en zum schwer greifbaren und sehr individuell auslegbaren Gegenstand der *Akzeptanz* der vorgelegten Texte und gewährt somit Einblicke in die Befindlichkeiten und Bedürfnisse der Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter. Auf Basis dieser Erkenntnisse können Schlussfolgerungen zur Gestaltung von zugänglichen und akzeptablen Gesundheits-informationen für die Zielgruppe gezogen werden, die sowohl für Gesundheits- als auch Übersetzungswissenschaftler(innen) und Praktiker(innen) aus beiden Bereichen bei der Erstellung, Aufbereitung und Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationen von Belang sind.

6.6 Stichprobe

Als Überleitung zum folgenden Auswertungskapitel soll an dieser Stelle eine Stichprobenbeschreibung erfolgen.

In der vorliegenden Studie wurden 25 Personen zwischen 65 und 92 Jahren befragt, davon 15 Frauen und 10 Männer.

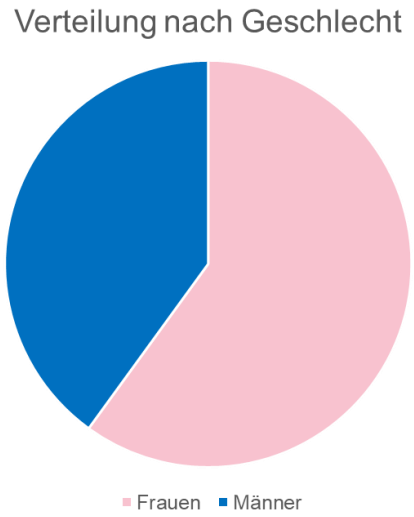


Abbildung 9: Verteilung nach Geschlecht

Die Altersverteilung zeigt sich in der Studie wie folgt: In der Gruppe der 65-70-Jährigen gab es 4 Männer und 4 Frauen; diese Altersgruppe machte 32 Prozent der Befragten aus. Die meisten Befragten befanden sich in der Spanne zwischen 71 und 80 Jahren (40%), in der auch wieder gleich viele Männer und Frauen (jeweils 5) zu finden waren. Die Altersgruppe von 81 bis 90 Jahren beinhaltet nur Frauen (4) und macht 16 Prozent der Befragten aus. Die kleinste Altersgruppe bilden die Befragten mit über 90 Jahren, die 12 Prozent aller Teilnehmer(innen) ausmachen und sich aus 2 Frauen und einem Mann zusammensetzen.

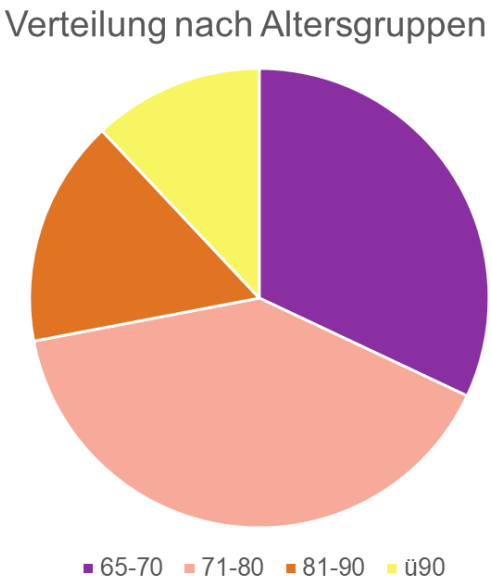


Abbildung 10: Verteilung nach Altersgruppen

Überwiegend haben die Befragten einen mittleren Bildungsgrad; knapp die Hälfte (48%) gaben eine Lehre als höchsten Bildungsabschluss an. Fast ein Viertel (24%) hatten einen Volks- oder Hauptschulabschluss, 20 Prozent hohe akademische Bildung (Hochschulabschluss oder Promotion), eine Person einen Meistertitel (4%) und eine Person das Abitur ohne weitere Ausbildung (4%). Alle Befragten gaben an, mindestens einen Schulabschluss gemacht zu haben.

Der Bildungsgrad bei den Frauen verteilte sich wie folgt: 20 Prozent der Frauen hatten einen Hochschulabschluss oder eine abgeschlossene Promotion, 47 Prozent eine Lehre als höchsten Bildungsabschluss, 27 Prozent einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss und 7% nur Abitur.

Bei den Männern verfügten genau 50 Prozent über einen mittleren Bildungsgrad mit einer abgeschlossenen Lehre oder Ausbildung, nur 10 Prozent hatte einen Meistertitel, nochmal 10 Prozent einen Hochschulabschluss bzw. weitere 10 Prozent eine Promotion. Ein Fünftel der männlichen Befragten (20%) hatte einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss.

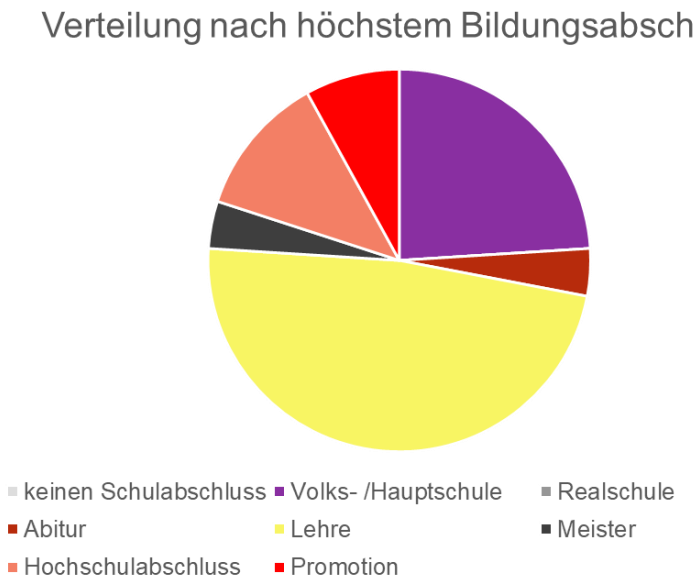


Abbildung 11: Verteilung nach höchstem Bildungsabschluss

Neben persönlichen Erfahrungen, Umständen und Ereignissen im Leben der Proband(inn)en im erhöhten Lebensalter prägen zudem geschichtliche Ereignisse wie der Zweite Weltkrieg und das heute veraltete Bildungssystem die Bildungsbiografie der Befragten. So ist der „formale Schulabschluss in der Jugend nicht immer aussagekräftig für den Status im Alter“ (Stehr et al. 2021:40). Zum Ende der Auswertung der Daten werden Unterschiede in der Bewertung der Texte mit Blick auf den Bildungsstand beleuchtet, um Erkenntnisse darüber zu erlangen, ob dieser womöglich im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Texte stehen und somit Auswirkungen auf die Akzeptanz der verschiedenen Textversionen für bestimmte Bildungsgruppen haben könnte.

Kaum eine der befragten Personen war vor der Studienteilnahme schon einmal mit Leichter oder Einfacher Sprache in Berührung gekommen (s. Kap 7.3.3).

7. Auswertung der Daten

Einleitend soll die Mediennutzung der Teilnehmer(innen) betrachtet werden: Welche Medien und Quellen wurden von ihnen bezüglich der Gesundheitsinformationssuche genannt? Welche Angaben zum Leseverhalten wurden gemacht? Wie viele Befragte nutzen generell Online-Medien?

Anschließend folgt die Betrachtung der beiden Stufen der Hildesheimer Treppe (s. Kap. 3 und 4), die in den Interviews abgefragt wurden: Wie schätzen die Proband(inn)en die Verständlichkeit der gelesenen Gesundheitsinformationstexte ein? Dies wird in Kap. 7.2 „Verstehen und Verständlichkeit“ beleuchtet.

Nachfolgend werden die Daten zum Akzeptieren und zur Akzeptabilität der Texte untersucht (Kap. 7.3): Wie haben die Texte in den drei Varietäten Standardsprache, Leichte Sprache Plus und Leichte Sprache ihnen gefallen? Welche Argumente werden diesbezüglich genannt? Haben sich die Einflussfaktoren Alter, Bildungsstand und Geschlecht hierbei ausgewirkt?

Anschließend wird das Erläuterte gebündelt auf den theoretischen Rahmen der Hildesheimer Treppe übertragen und eingeordnet. Potenzielle Barrieren, die auf den Stufen auftreten können, werden noch einmal exemplarisch benannt.

In Kapitel 7.5 werden die Ergebnisse des zuvor Erläuterten nach den drei Varietäten zusammengefasst. Dabei wird auch das Kriterium der Anstrengung bei der Textrezeption, das mehrfach von den Befragten benannt wurde, betrachtet. Das Thema der Abgrenzung, welches in der Erhebung weiterhin durch Aussagen der Befragten aufkam, wird ebenfalls erläutert. Eine Zusammenfassung der dargestellten Ergebnisse beschließt die Auswertung zu den Varietäten.

In Kap. 7.6 werden abschließend Facetten der Gesundheitskompetenz (nach Schaeffer et al. 2021:2 in Anlehnung an Sørensen et al. 2012; Seidel et al. 2019) erörtert, die im Rahmen der vorliegenden Studie mit erhoben wurden.

7.1 Auswertung Mediennutzung

Die Befragten wurden zu ihrem Leseverhalten sowie zur Nutzung verschiedener Medien befragt, woraus sich Aussagen zu konkreten Quellen wie bestimmten Fernsehsendungen, Tageszeitungen oder Fachzeitschriften ergaben. Das formelle Bildungsniveau der Befragten (s. Kürzel) entsprach dabei tendenziell stärker auch den eigenen Angaben zur Bildungsnähe, also den Angaben darüber, wie gerne und häufig gelesen wurde. In Einzelfällen wurden aber auch Aussagen getätigt, aus denen sich schließen lässt, dass eine niedrigere Bildung nicht zwangsläufig mit geringem Leseinteresse oder geringer Lesehäufigkeit einhergeht (z.B. W-83-Hauptschule; w-89-Volksschule). Ebenso können andere Hindernisse auftreten, die das Lesen einschränken: So äußerte sich zum Beispiel die 92-jährige Ärztin, dass sie zwar gerne lese, aber nicht so viel, da es durch die Notwendigkeit einer Leselupe im Alter für sie zu anstrengend geworden sei (w-92-promoviert). So können also durch Barrieren in der Rezeption, wie in diesem Fall die Wahrnehmungsbarriere, Änderungen im Leseverhalten im Alter auftreten. Der Großteil der Befragten (96 Prozent) muss eine Sehhilfe beim Lesen wie eine Lesebrille sowie in Einzelfällen auch eine Leselupe benutzen.

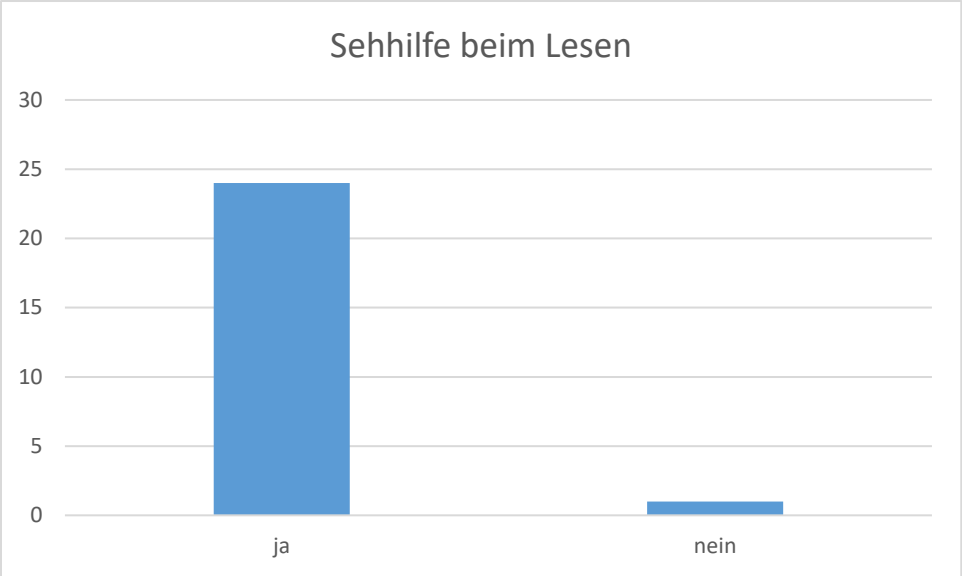


Abbildung 12: Sehhilfe beim Lesen

Da den Befragten durch das offene Vorgehen viel Freiraum zur Beantwortung gegeben wurde und die Aussagen dementsprechend vielfältig waren, sollen hier die wichtigsten inhaltlichen Aspekte zu den Informationsquellen, konkreten Nennungen zu Sendungen oder Zeitschriften sowie zum Leseverhalten dargestellt werden.

Befragte/r	**Informationsquelle(n)/ Zeitschriften und Sendungen**	**Leseverhalten (gern/weniger gern, Häufigkeit)**
w-65-Akademikerin	Google Visite (Gesundheitsmagazin NDR)	nicht mehr so gerne aufgrund einer Sehbehinderung
m-65-Fachabi-Lehre	Prospekte; Informationen hauptsächlich direkt vom Arzt	häufig
m-68-Hauptschule	Fernsehen, Internet nie	selten bis nie
w-68-Abi-Lehre	Internet, aber Vertrauenswürdigkeit zu hinterfragen, gelegentlich auch Fernsehen; Tagesschau und „Heute“	gerne und häufig
w-68-Volksschule	Zeitschriften und Fernsehen; Visite (Gesundheitsmagazin NDR), Apothekenumschau	häufig
m-68-Fachabi-Lehre	Fachbücher (Zeitschriften, Fernsehen, Internet und Ärzt(inn)e(n) nicht); Fachliteratur und Romane	sehr gern und häufig, Vielleser
m-69-Volksschule-Lehre Metall	Zeitung, Internet zur schnellen Information (aber Vertrauenswürdigkeit zu hinterfragen), Arzt fragen	sehr häufig
w-69-Realschule-Lehre	Internet, aber Vertrauenswürdigkeit zu hinterfragen	sehr gern und häufig

w-71-Lehre	Zeitschriften, Internet, aber Vertrauenswürdigkeit zu hinterfragen (keine „verbindliche Information“); Google	gern und häufig
m-71-Hauptschule-Lehre	Arzt; Apothekenzeitschrift (nicht genauer definiert), Internet	Nicht unbedingt [gerne], also häufig bis selten
w-71-med. Hintergrund	Internet (Suchmaschine)	sehr gerne, häufig
m-72-Hauptschule	Arzt; Internet für Sportmeldungen	nicht gern und nie
m-73-Volks-Lehre	Zeitung (Sportmeldungen), Fernsehen, Hausärztin	nicht gern, selten (bis auf Sportmeldungen)
w-75-Haupt-Lehre	Arzt, Fernsehen; Gesundheitssendungen (nicht genauer definiert)	gern und häufig
m-75-Diplom	Internet, Fachzeitschriften; „Pschyrembel“ Nachschlagewerk, Wikipedia, Google	gern und häufig
w-78-Volksschule	Zeitschriften, Fernsehen (Gesundheitssendungen), Apothekenratgeber, Hausärztin	sehr gern und sehr häufig
w-78-Real-Lehre	Zeitung, Internet (aber Vertrauenswürdigkeit zu hinterfragen), Arzt, Freunde, Apothekenzeitschrift (nicht Apotheken Umschau), Gesundheitssendungen des NDR, SWR und WDR (nicht genauer definiert)	häufig
m-79-Volks-Meister	Zeitschriften; Apothekenumschau, Visite NDR	gern, häufig bis selten
w-83-Hauptschule	Arzt, Zeitschriften, Fernsehen; Apothekenumschau, Diabetikerheft, Ernährungs-Docs im NDR	gern und häufig
w-83-Abi-Dipl.	Internet, Zeitschriften, Zeitung, seltener auch Fernsehen; Google, Apothekenumschau	gern und häufig
w-83-Volks-Lehre	Fernsehen, Zeitschriften	nicht gern, selten
w-89-Volks-hausw.	Arzt, Zeitung „Merkur“	gern und häufig
m-91-promoviert	Internet, Fachzeitschriften „Der Nervenarzt“ und „Der Neurologe“, Tageszeitung, Fernsehen; Google, Visite	gern und häufig (sehr viel)
w-91-Abi	Radio, Fernsehen, regionale Tageszeitung;	sehr gerne, aber selten

	Deutschlandfunk	
w-92-promoviert	Fachzeitschrift, Tageszeitung; Ärzteblatt	gern und häufig (aber anstrengend durch Leselupe)

Tabelle 1: Informationsquellen und Leseverhalten

Insgesamt nutzen die Befragten mediale und interpersonale Quellen zur gesundheitsbezogenen Informationssuche. Bei ersteren werden das Internet, Fernsehen, Zeitschriften (meist aus der Apotheke), die Tageszeitung, seltener Fachbücher oder -zeitschriften sowie vereinzelt das Radio als Quellen benannt. An interpersonalen Quellen werden allen voran medizinisch ausgebildete Expert(inn)en wie Ärzte und Ärztinnen, Apotheker(innen) sowie vereinzelt weiteres medizinisches Fachpersonal genannt (Krankenschwester). Des Weiteren werden Familienmitglieder und Bekannte als mögliche Informationsquellen benannt, gleichwohl hier vereinzelt auch vor Ratschlägen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis, sofern es sich um Lai(inn)en handelt, gewarnt wird.

Wie in Kapitel 2.4 dargelegt, ist für die Zielgruppe der Menschen im erhöhten Lebensalter die digitale Kluft sehr präsent und mit Bezug auf Gesundheitsinformationen von höchster Relevanz. Daher sollen im Folgenden die Aussagen der Befragten bzgl. des Zugangs, der Kompetenzen und Präferenzen zu digitalen Informationsquellen näher betrachtet werden.

Der Wissenshunger, digitale Kompetenzen zu erlernen, den andere Studien bei über 55-Jährigen feststellen konnten (Betts/Hill/Gardner 2017; vgl. Mlinarić/Knöchelmann 2019:272), kann in der vorliegenden Studie nicht bzw. nur sehr schwach ausgeprägt und vereinzelt bei den Befragten festgestellt werden. Interessant ist hier, dass jedoch über die Hälfte der Befragten online ist:

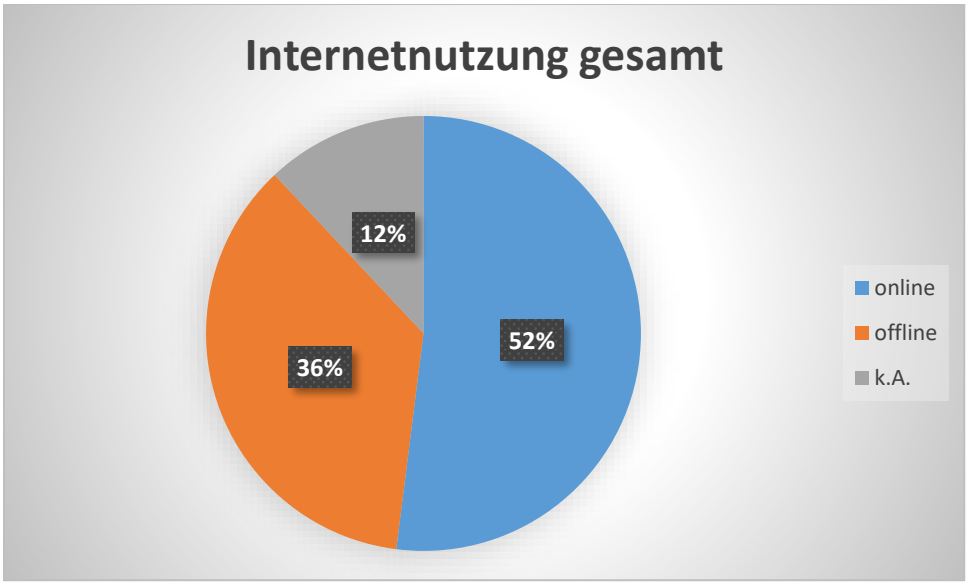


Abbildung 13: Internetnutzung gesamt

Drei Personen machten keine konkreten Angaben dazu, ob sie das Internet nutzten oder nicht nutzten. Es ist anhand der Gesamtheit der Aussagen davon auszugehen, dass zwei von ihnen vermutlich zu den Nichtnutzenden gehören, während die dritte Person mit hoher Wahrscheinlichkeit online geht bzw. gehen könnte. Sie gab an, dass sie anderen Menschen zu einer Online-Suche nach Gesundheitsinformationen raten würde, da dies heute am schnellsten ginge, ging aber nicht näher darauf ein, dass sie selbst auch Online-Quellen nutzte.

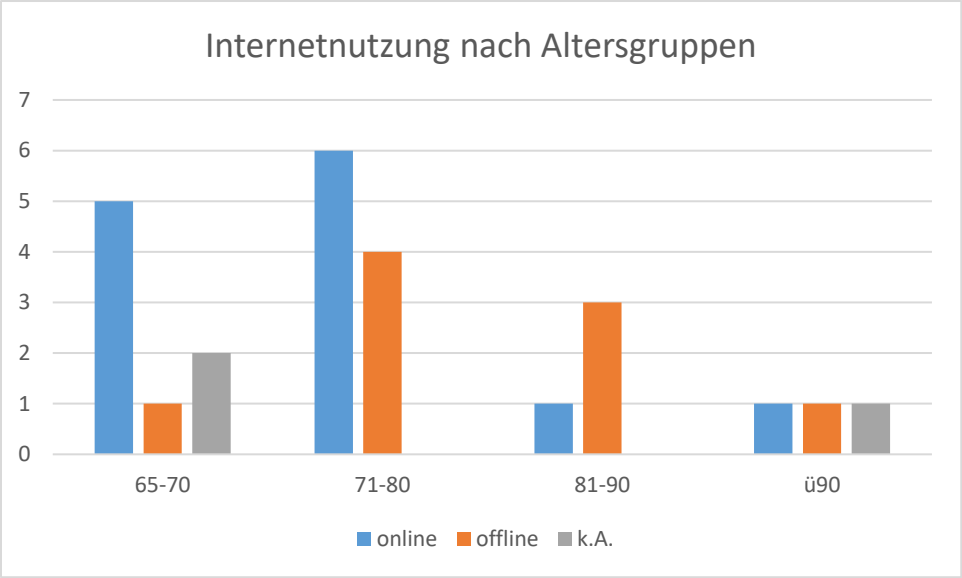


Abbildung 14a: Internetnutzung nach Altersgruppen

Es wird deutlich, dass der Großteil der jüngeren Altersgruppen online ist. Die Gruppe der 71- bis 80-Jährigen, welche die größte Gruppe unter den Befragten war, ist entsprechend auch jene, die sowohl am häufigsten offline als auch online ist. Sie und die jüngste Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen sind eindeutig am meisten online, während unter den 81- bis 90-Jährigen nur eine von vier Personen online ist. In der kleinsten Gruppe, den über 90-Jährigen, ist eine Person online und eine offline, die dazu noch angab, dass sie „nicht computerfähig“ sei (91_w_Abitur). Die dritte Person ist die bereits erwähnte (s.o.), die sich nicht konkret zu ihrer eigenen Recherche nach Gesundheitsinformationen äußerte, sondern bei allgemeinen Aussagen über das Medium Internet blieb und dieses anderen Menschen zur Gesundheitsinformationssuche empfehlen wollte.

Auch der Blick auf die prozentualen Anteile verdeutlicht die beschriebene Verteilung:

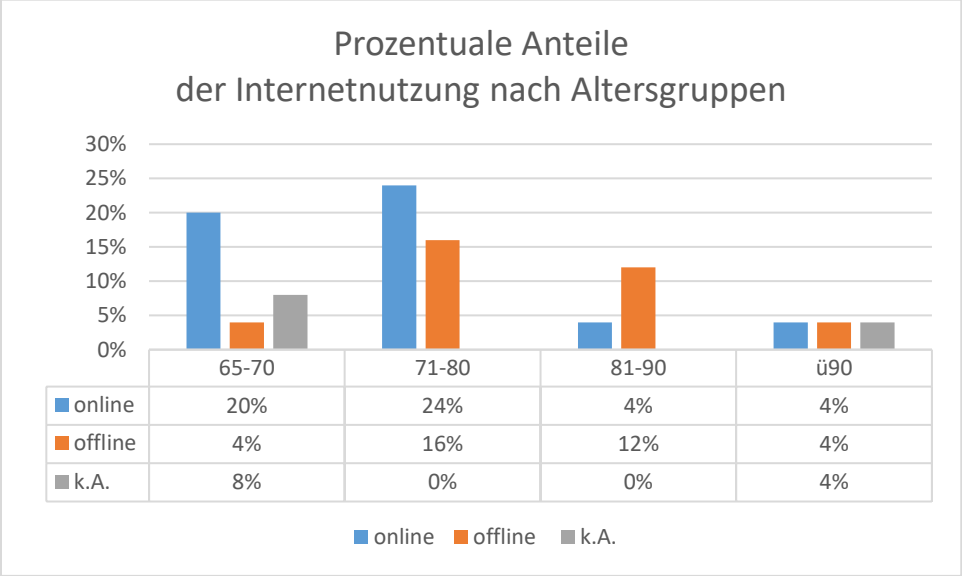


Abbildung 14b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Altersgruppen

Der Bildungsstand stellt einen Einflussfaktor in der Nutzung bzw. Nicht-Nutzung von Online-Informationsquellen dar:

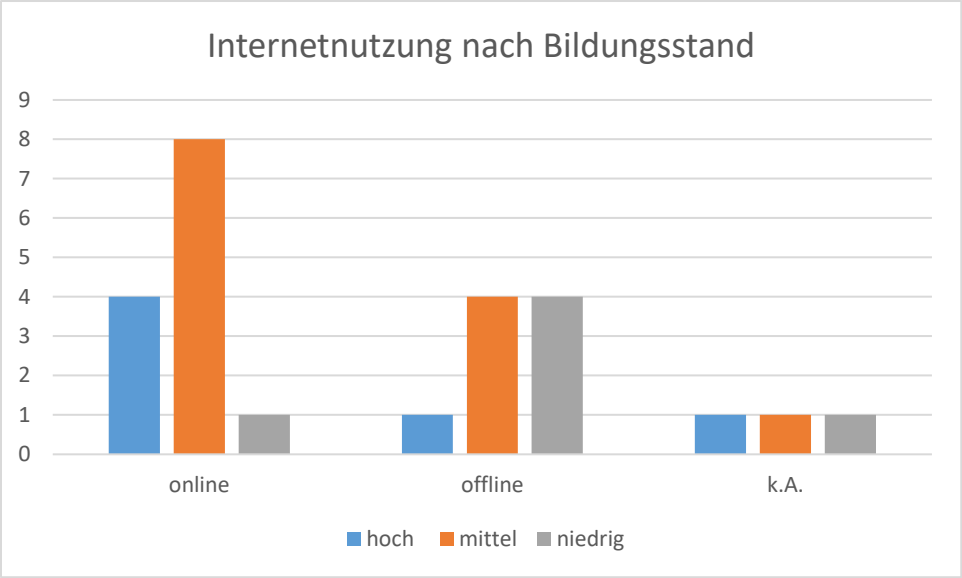
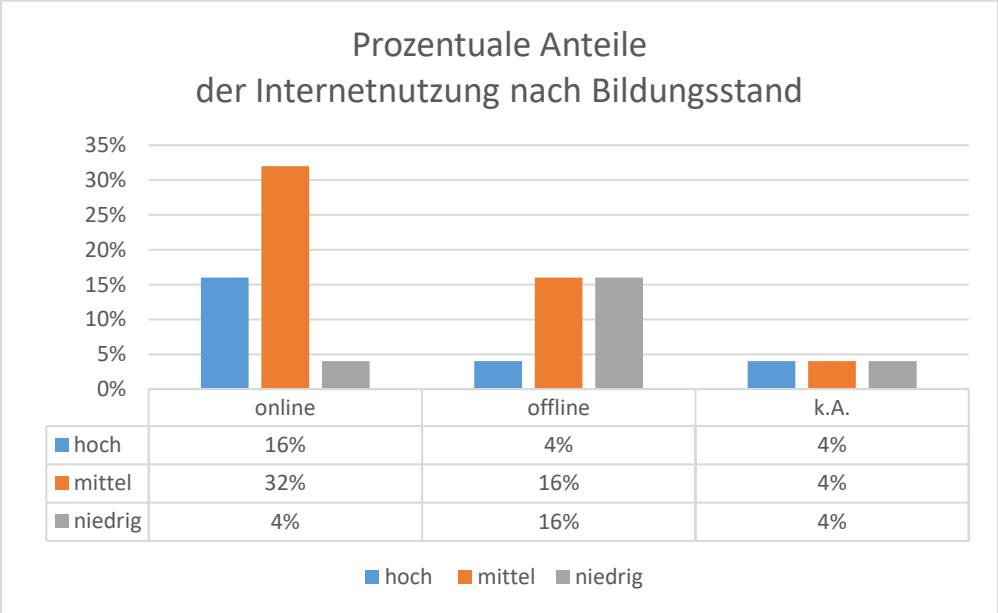


Abbildung 15a: Internetnutzung nach Bildungsstand

Der Blick auf die Verteilung nach Bildungsstand zeigt, dass die Gruppe der Befragten mit einem niedrigen Bildungsstand am häufigsten offline ist, während die höher Gebildeten überwiegend das Internet nutzen. In jeder Bildungsgruppe gab es eine Person, die keine genaue Angabe zur eigenen Internetnutzung bzw. Nicht-Nutzung machte. Die größte Gruppe der Befragten mit mittlerem Bildungsstand war doppelt so häufig online wie offline. Dies verdeutlicht auch der Blick auf die prozentuale Verteilung:



	online	offline	k.A.
hoch	16%	4%	4%
mittel	32%	16%	4%
niedrig	4%	16%	4%

Abbildung 15b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Bildungsstand

Weiterhin wurde der Einflussfaktor Geschlecht untersucht: Die Frauen sind sowohl in der Online- als auch in der Offline-Gruppe häufiger vertreten, was jedoch auf die höhere Teilnehmerinnenzahl zurückzuführen ist. Auffällig ist hier, dass im Verhältnis deutlich mehr Männer online als offline sind.

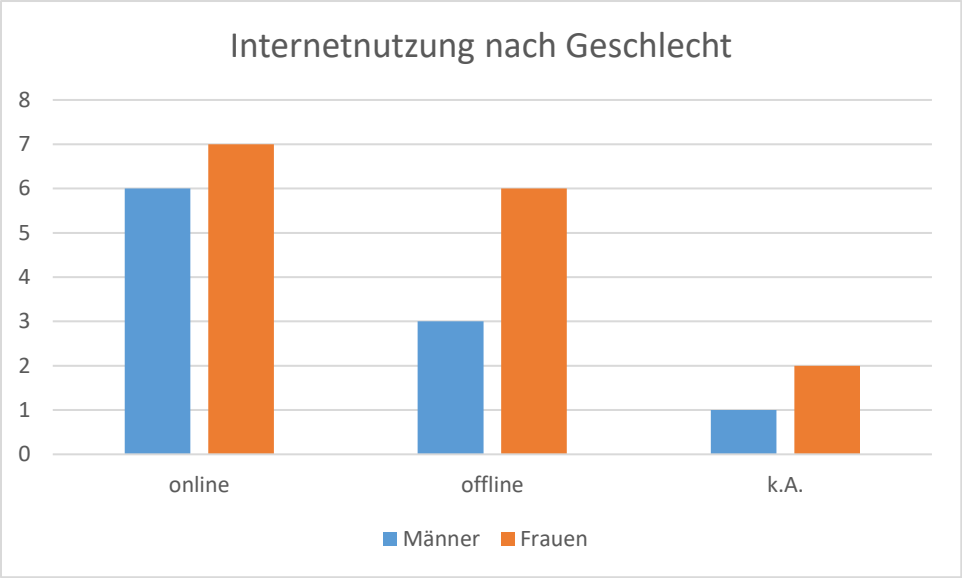


Abbildung 16a: Internetnutzung nach Geschlecht

Dies bestätigen auch die Prozentzahlen zu den Befragten: Während bei den Männern mit 24 Prozent doppelt so viele Personen online wie offline sind (12 Prozent), sind bei den Frauen nur geringfügig mehr online: 28 Prozent der Teilnehmerinnen nutzen das Internet, 24 Prozent von ihnen nicht. Acht Prozent der Frauen und vier Prozent der Männer machten keine Angabe zur konkreten Nutzung bzw. Nicht-Nutzung.

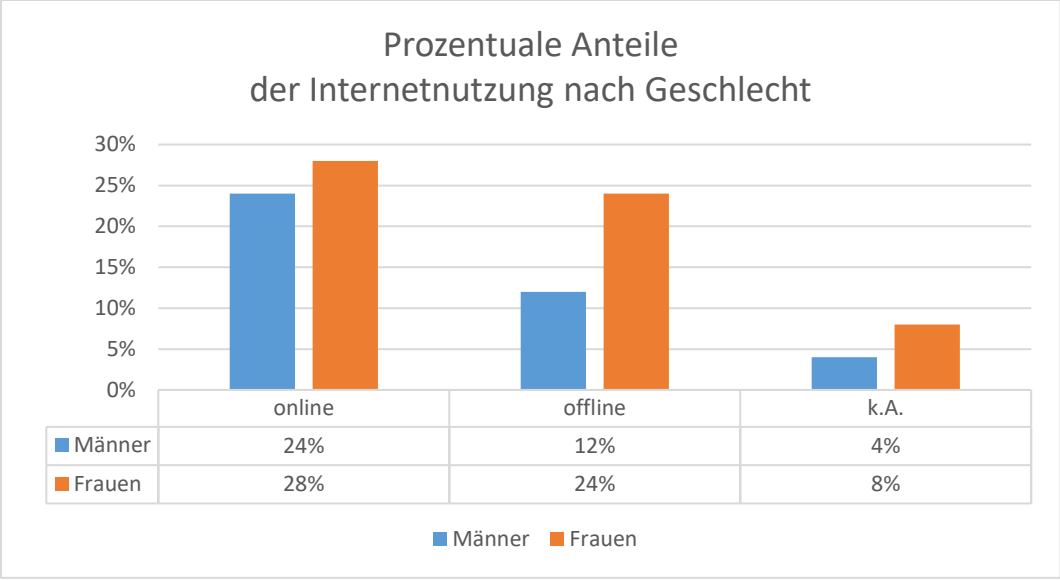


Abbildung 16b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Geschlecht

Von 13 Internetnutzer(inne)n geben nur vier an, dass das Internet als Informationsquelle (eher) vertrauenswürdig sei. Die anderen Befragten schätzen das Internet als Informationsquelle als weniger vertrauenswürdig ein oder geben explizit an, dass sie interpersonelle Quellen wie Ärzt(inn)e(n) oder Apotheker(innen) als vertrauenswürdiger einschätzen als das Internet. Zudem fällt es den Nutzenden schwer, die im Internet gefundenen Informationen zu beurteilen und damit als hilfreich für die eigene Situation einzuschätzen. Zwei der Internetnutzer(inn)en erklärten offen diese Unsicherheit gegenüber Quellen aus dem Internet („Also als verbindliche Information würd' ich das nicht annehmen" (I11); s. Transkript a, 69_m_Volksschule) sowie in der Nutzung („ich kann nur googeln" (I20)).

Neben der Expertise von Ärzt(inn)en und Apotheker(inne)n wird auch vereinzelt auf die langjährige Arzt-Patienten-Beziehung als Grund für das tiefe Vertrauen in den Hausarzt oder die Hausärztin verwiesen. Auch das Eingehen der medizinischen Expert(inn)en auf die persönlichen Gesundheitsprobleme der Befragten wird als positives Merkmal in der Arzt-Patienten-Beziehung benannt (z.B. I16). Insgesamt bestätigt die vorliegende Studie damit tendenziell das Ergebnis der Schaeffer-Studie (Schaeffer et al. 2021), dass mit Blick auf die Facetten der Gesundheitskompetenz (Sørensen et al. 2012) das Bewerten von Gesundheitsinformationen am schwersten fällt. Um es aus der Perspektive der Gesundheitskommunikation zu formulieren: Das Interpretieren bzw. Bewerten von Gesundheitsinformationen ist der Teil des Gesundheitsinformationverhaltens, der Rezipient(inn)en am schwersten fällt (vgl. Link/Baumann 2022). Auch die erste Facette der Gesundheitskompetenz (die Suche von Gesundheitsinformationen) bzw. aus dem Modell der Hildesheimer Treppe (Maaß/Rink 2019:24) heraus gesprochen, die erste Stufe im Gesamtverstehensprozess, das Auffinden, stößt bei der Mehrzahl der Befragten mit Blick auf online bereitgestellte Gesundheitsinformationen auf eine Medienbarriere (Kap. 7.4).

Die Internetnutzung bei Gesundheitsfragen wird meist mit weiteren Quellen kombiniert, bei akuten Problemen wird meist der Arzt oder die Ärztin des Vertrauens herangezogen. Es werden meist zusätzliche Aussagen zur Internetnutzung geliefert, wie etwa, dass dieses nur als Zusatzquelle diene oder, dass es immer darauf ankomme, auf welcher Seite man lande. Von zwei Befragten wird explizit die Gewinnorientierung medialer Quellen als Hinderungsgrund für die Nutzung dieser benannt, davon vertraut ein Befragter ebenfalls kaum Ärzt(inn)en, da auch diese nur profitorientiert seien.

Ein großes Problem stellt vor allem die Beurteilung der Seriosität von Internetquellen dar, wie ein 69-jähriger Befragter beschreibt:

> „Problem bei der ganzen Sache ist, dass man schwer- ja schwer filtern kann, weil äh die gleiche Frage wird unterschiedlich oft beantwortet. jetzt weiß man nie so genau wo ist jetzt der Wahrheitsgrad oder der wissenschaft- die wissenschaftliche Wahrheit am genausten dargestellt. //Mhm// das ist da ein bisschen ein Problem. ja aber bei Ratgeber oder bei Zeitungen sowieso nicht so. bei Ratgeber und bei Fachbüchern hat man das auch so=n bisschen. aber Internet wäre da jetzt- ist dafür ein Segen, dass man mal schnell da sich informieren kann. aber man muss natürlich aufpassen, dass man nicht alles für bare Münze nimmt, was da so steht, weil äh habe schon bei mir festgestellt, ist mir aufgefallen, muss man aufpassen, dass wenn man nachher nach zwei Stunden fertig ist mit allem da für das Thema, die Krankheit oder den Schmerz oder was auch immer. dann könnte man denken, tatsächlich krank ist. @(.)@ //Mhm// @(.)@ das ist so ein Eindruck meinerseits, dass man wirklich äh äh dann kränker ist als die ganze Sache wert ist, weil man kann dann alles haben im Prinzip. so ist es schon ein bisschen schwierig. man muss da schon ein bisschen filtern aber schonmal erste Anlaufstelle //Mhm// weil=s leicht zugänglich //Mhm// ganz klar“ (Transkript a, 69_m_Volksschule).

An Zeitschriften wird mehrfach die Apotheken Umschau als regelmäßige und eher vertrauenswürdige Quelle genannt. 12 Befragte nutzen das Fernsehen als Informationsquelle, hier wird häufig konkret von Gesundheitssendungen wie „Visite“ gesprochen. Neun Befragte nennen konkrete Ärzt(inn)e(n), wenn es um die Einholung von Gesundheitsinformationen geht. Hier ist festzustellen, dass das Vertrauen in den Hausarzt oder die Hausärztin sehr hoch ist. Zwei Befragte nennen Familienmitglieder als Informationsquelle, die durch ihren Beruf (Vater ist Arzt bzw. Tochter ist Krankenschwester) als vertrauenswürdige Quelle benannt werden. Drei Befragte führen weiterhin konkret Familienmitglieder wie die Ehefrau oder die Tochter an, die für sie Informationen aus dem Internet heraussuchen. Zwei Befragte halten Informationen von Bekannten für gefährlich oder sind ihnen gegenüber skeptisch. Hier wird abermals das hohe Vertrauen in Fachexpert(inn)en der Medizin deutlich. Sofern das Vertrauen in interpersonale Quellen als höher eingestuft wurde als in mediale Quellen oder nur eine Quelle (wie z.B. das Fernsehen) als (sehr) vertrauenswürdig benannt wurde, wurde in Bezug auf die Vertrauenswürdigkeit der Quellen eine Unsicherheit in der Bewertung der Quellen kodiert: So kann

man bei insgesamt 17 Befragten die Kategorie Unsicherheit bei medialen Quellen feststellen, von denen 4 Befragte explizit über ihre Unsicherheit sprechen. Von ihnen nutzt nur eine Befragte (78 Jahre, Lehre) das Internet als Informationsquelle und formuliert eine grundsätzliche Unsicherheit gegenüber Quellen aus dem Internet. Ebenso nennt eine 89-jährige Befragte (Volksschulabschluss, hauswirtschaftliche Lehre) eine grundsätzliche Unsicherheit in der Bewertung von Informationsquellen und bezeichnet Informationen aus dem Fernsehen und Zeitschriften als nur teilweise vertrauenswürdig. Die beiden weiteren Befragten sind aufgrund der Gewinnorientierung von Medien (92, promoviert) und der Angst vor Falschmeldungen (91, Abitur; „auf der Welt eine ganze Menge Lügen“) grundsätzlich verunsichert in der Bewertung medialer Quellen. Diese beiden vertrauen in dem einen Falle nur klassischen Medien (Radio und regionale Tageszeitung, 91-Jährige) sowie aufgrund der Ausbildung zur Ärztin Fachzeitschriften (Ärzteblatt, 92-Jährige).

Zugänglichkeit ist - auch in finanzieller Hinsicht - entscheidend, wenn es um die Präferenzen der Nutzer(innen) von Gesundheitsinformationen geht. So bevorzugt fast ein Viertel der Befragten kostenlose Printversionen von Gesundheitsinformationen (wie die Druckausgabe der Apotheken Umschau) gegenüber Online-Informationen und schätzen die Tatsache, dass es Ausgaben und Themenhefte gibt, die speziell auf ihre Bedürfnisse als Senior(inn)en oder auf bestimmte Erkrankungen wie Diabetes mellitus zugeschnitten sind. Um sich positiv abzugrenzen und die eigene (Alters-)Gruppe aufzuwerten, wählen Menschen Medienformate, in denen die eigene Altersgruppe (oder andere Gruppenformen, z.B. Anhänger(innen) einer bestimmten politischen Partei) positiv bewertet wird (Trepte et al. 2021:71; vgl. Trepte/Loy 2017). Dies scheint hier der Fall zu sein, wenn zugeschnittene Inhalte wie die Seniorenausgabe der Apothekenzeitschrift von der Zielgruppe als sehr positiv wahrgenommen werden, da diese die eigene Altersgruppe und die in dieser Lebensphase interessanten Belange wertschätzend adressiert und fokussiert.

Es wird mehrfach in Hinblick auf das Internet benannt, dass man die Quellen explizit überprüfen müsse bzw. „über mehrere Kanäle zum selben Thema“ (65-jährige Akademikerin) recherchieren müsse. Fünf Befragte verneinen, dass sie Zugang zum Internet oder zu einem internetfähigen Endgerät haben: Interessanterweise hatten diese Personen auch eine negative Einstellung zum Internet oder schätzten ihre eigene Nutzungskompetenz als schlecht ein, was die negativen Gefühle oder die Ablehnung des Mediums als Informationsquelle noch verstärkte. Von diesen Befragten wurde entweder aus der Richtung der Kompetenzen argumentiert (Kompetenzen nicht vorhanden, deshalb lohnt sich die Anschaffung z.B. eines Smartphones nicht, vgl. 68_m_Hauptschule), die den Zugang und auch die Medienpräferenzen beeinflussen, oder es wurde ausgehend vom Zugang argumentiert (Internet nicht vorhanden, da sie nicht damit umgehen kann, vgl. 91_w_Abitur). Dies lässt den Schluss zu, dass Zugang, Kompetenzen und Präferenzen insbesondere bei digitalen Medienquellen zusammenhängen und sich gegenseitig verstärken, was sich auf die Auswahl eines Mediums und damit auf die erste Stufe im Verstehensprozess (Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2024), das Auffinden von (Gesundheits-)Informationen auswirkt. Auf diesen Zusammenhang wird in der Synthese zur Mediennutzung in Kapitel 8 noch einmal eingegangen.

In Bezug auf das Internet und darin befindliche Gesundheitsinformationen lässt sich feststellen, dass sowohl das Auffinden von Online-Informationen für die Zielgruppe schwierig sein kann als auch das Einschätzen der Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit derselben. Vertrauen geht mit Akzeptanz einher (vgl. Link 2019:88). Da Akzeptanz „auf Subjektseite eine einstellungsmäßige Grundhaltung mit potenzieller Verhaltensdisposition“ (Lang 2017:21f.) ist, hängt von ihr ab, ob ein Text in einem bestimmten Medium, vorzüglich dem Internet, aufgefunden, wahrgenommen, verstanden, verknüpft und dann als Handlungsgrundlage genutzt wird.

Wie in der Analyse zur Textbewertung ausgeführt wird, kann es auf verschiedenen Stufen im Rezeptionsprozess zu Problemen beim Akzeptieren eines Textes kommen (s. Kap. 7.3; 7.4), so auch auf der ersten Stufe beim Auffinden von Informationen: Die Interviews verdeutlichen, dass es bei einer Vielzahl der Befragten gar nicht erst zum Auffinden der Texte gekommen wäre: Sie nutzen das Medium Internet nicht und wären so nicht einmal auf die erste Stufe der Hildesheimer Treppe gekommen. Die Medienbarriere kann in diesem Zusammenhang auf die Faktoren Bereitschaft i.S. v. Akzeptanz (vgl. Lucke 1995:103), Zugang und Kompetenz zurückgeführt werden (s. Kap. 8.1).

Die Auswertung der Daten zeigt, dass das Akzeptieren von Texten durch ihre Nutzer(innen) auf jeder Stufe im Modell von Maaß/Rink (2019:24) ansetzt und somit auf jeder Stufe im Rezeptionsprozess mitgedacht werden muss (s. Kap. 7.4). Die Akzeptanz auf Nutzer(innen)seite ist also eine fortwährend existierende Bedingung, um einen erfolgreichen Ablauf des Rezeptionsprozesses zu gewährleisten. Akzeptanz i.S. v. Bereitschaft, zum Beispiel dazu, überhaupt ein bestimmtes Medium zu nutzen, ist insbesondere für die Zielgruppe der vorliegenden Studie in Hinblick auf das Internet und darin angebotene Inhalte der erste Schritt, der das Auffinden von Online-Informationen ermöglicht.

Die vorliegenden Daten verdeutlichen, dass neben technischen und sozio-ökonomischen Voraussetzungen für die Ausstattung und den Zugang zu digitalen Medien insbesondere die Bereitschaft der Nutzenden ausschlaggebend dafür ist, ob das Medium Internet zu den gewählten Quellen zählt, aus denen sich die Zielgruppe Informationen sucht. Was das für den Umgang mit der Zielgruppe hinsichtlich der Bereitstellung von Online-Informationen bedeutet, wird in Kap. 8.1 dargelegt.

7.2 Verstehen und Verständlichkeit

Es sollen zunächst die Aussagen zur selbsteingeschätzten Verständlichkeit der Texte durch die Befragten betrachtet werden, bevor im Folgekapitel die im Fokus stehende Ebene des Akzeptierens der Texte ausgewertet wird.

Das Verstehen von Gesundheitsinformationen wurde anhand der Stimuli in den Interviews in Form der konkreten Gesundheitsinformationstexte in den drei Textstufen erfasst. Gleichwohl hier keine Verstehens- und Behaltensabfrage anhand von Performanztests durchgeführt wurde, kann durch die vierstufige Skala (sehr verständlich, verständlich, weniger verständlich, gar nicht verständlich) davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung der Befragten zumindest eine empfundene Selbstwirksamkeit und damit reelle Tendenz der Verständlichkeit der Texte für die Befragten anzeigt (s. Kap. 2.7; vgl. Diviani/Camerini (2014:445).

Welche der drei Varietäten von Standardsprache, Leichter Sprache Plus und Leichter Sprache fanden die Befragten verständlich oder verständlicher als die anderen Textversionen?

Einleitend soll hier eine Übersicht Aufschluss über die Verteilung der Altersgruppen und Geschlechter des Samples sowie die Textthemen geben.

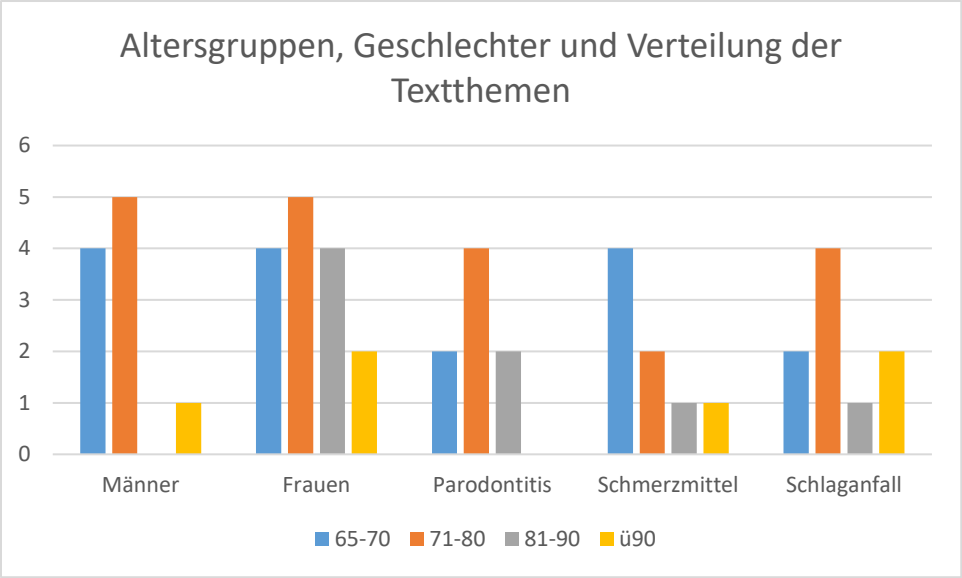


Abbildung 17: Altersgruppen, Geschlechter und Verteilung der Textthemen

Insgesamt war die Auslastung an Teilnehmenden in den jüngeren Altersgruppen bis 80 Jahre höher und bzgl. der Geschlechter ausgeglichen (jeweils vier Männer und Frauen zwischen 65 und 70 Jahren sowie jeweils fünf Männer und Frauen zwischen 71 und 80 Jahren). Nur ein Mann über 90 konnte gewonnen werden, weiterhin zwei hochaltrige Frauen über 90 Jahre. In der Gruppe der 81- bis 90-Jährigen konnten im Erhebungszeitraum nur Frauen gefunden werden, insgesamt 4. Somit stehen in der Befragung insgesamt 10 Männer 10 Frauen gegenüber.

Bei der Verteilung der Textthemen konnte eine mit Blick auf die ungerade Teilnehmendenzahl von 25 Personen eine größtmögliche Ausgewogenheit erzielt werden: So hatten jeweils 8 Befragte die Themen Parodontitis (in u.s. Tabelle blau markiert) und Schmerzmittel (grün), 9 Befragte lasen die Texte in den drei Varietäten zum Thema Schlaganfall (rot).

Befragte	Standardtext	Leichte Sprache Plus	Leichte Sprache
m-91	sehr verständlich	verständlich	sehr verständlich
w-91-Abi	sehr verständlich	noch verständlicher	sehr verständlich
w-92-prom	gut verständlich (sehr verständlich, da Medizinerin)	gut verständlich	gut verständlich
w-89-Volksschule-hauswirtschaftl. BS	sehr verständlich	sehr verständlich	verständlich
w-83-Volks-Lehre	verständlich	verständlich	verständlich
w-83-Abi-Diplomkauffrau	verständlich	verständlich	verständlich
w-83-Hauptschule-Hausfrau	kaum verständlich (als Laie)	verständlich (besser verständlich als Text 1)	verständlich

m-79-Volks-Meister	weniger verständlich	verständlich ("noch verständlicher")	sehr verständlich (noch verständlicher als der 2. Text)
w-78-Real-Lehre	gut verständlich (zwischen sehr und verständlich)	gut verständlich (im Prinzip wie 1)	sehr verständlich
w-78-Volksschule	sehr verständlich	verständlich (auf Nachfrage verständlicher als Text 1)	verständlich (auf Nachfrage "ist eigentlich sehr verständlich", "verständlicher für mich" c)
w-75-Haupt-Lehre	sehr verständlich	verständlich	sehr verständlich ("schon noch" verständlicher als 1+2)
m-75-Diplom	verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
m-73-Volks-Lehre	verständlich	verständlich	verständlich
m-72-Haupt	verständlich	verständlich	wenig verständlich (überraschend, aber "na das erklärt nicht so was- was so sind Kopfschmerzen und das")
w-71-Lehre	sehr verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
m-71-Hauptschule-Lehre	sehr verständlich	sehr verständlich	ganz leicht verständlich (verständlicher als a und b)
w-71-Lehre med Hin	(für sie) verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
m-69-Volksschule-Lehre Metall	weniger verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
w-69-Real-Lehre	weniger verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
m-68-Hauptschule	verständlich	verständlich	sehr verständlich
w-68-Abi-Lehre	verständlich	sehr verständlich	sehr verständlich
w-68-Hauptschule	verständlich	sehr verständlich	weniger verständlich (da alles nur Stichworte)
m-68-Fachabi-Lehre	sehr verständlich (da ich Leser bin)	verständlich	verständlich
w-65-Akademikerin	(gut) verständlich	verständlich (besser als 1)	sehr verständlich
m-65-Fachabi-Lehre	weniger verständlich	sehr verständlich	verständlich

Tabelle 2: Bewertung Verständlichkeit der drei Varietäten

Da durch den Leitfaden bereits die Kategorie der Verständlichkeit offenkundig war, zählt diese Kategorie zu den deduktiven des Codesystems. Es konnten Einschätzungen von „Sehr verständlich“, über „verständlich“ und „weniger verständlich“ bis zu „gar nicht verständlich“ gegeben werden. Diese Vierteilung ermöglichte es, die Proband(inn)en zu einer Tendenz zu bringen, ohne dass es die Möglichkeit einer unentschiedenen Zwischenstufe gab. Interessant ist hierbei, dass keine Person Gebrauch von der niedrigsten Stufe „gar nicht verständlich“ machte. Gründe hierfür könnten soziale Erwünschtheit oder die Angst davor sein, die Interviewenden als vermutete Autor(inn)en der Texte vor den Kopf zu stoßen (s. Kap. 6). Weitere Beobachtungen dazu sind, dass zum einen in manchen Fällen trotz der vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten mit genauem Wortlaut andere Formulierungen gefunden wurden („ganz leicht verständlich“, „kaum verständlich“), welche jedoch aufgrund des

nachfolgenden Austauschs in der Interviewsituation immer zugeordnet werden konnten. Zum anderen muss angemerkt werden, dass die selbsteingeschätzte Verständlichkeit keinerlei Aussage dazu beinhaltet, ob und was wirklich inhaltlich verstanden wurde. Eine Behaltensabfrage, wie dies andere Studien umsetzen (Schulz i. Vorb.), sollte hier nicht erfolgen. In der vorliegenden Studie werden die Aussagen der Proband(inn)en zur Verständlichkeit und dem Gefallen und der Angemessenheit der Texte (i.S.v. für die Zielgruppe *akzeptabel*) fokussiert, um Argumente zu textseitigen Störfaktoren oder die Akzeptanz erhöhende Merkmale zu erhalten.

7.2.1 Standardtext

Der Standardtext wurde zwar im Verständlichkeitsranking nur von 5 Befragten als weniger oder kaum verständlich eingestuft, jedoch ergaben sich durch die Vergleiche mit den anderen beiden Varietäten niedrigere Bewertungen desselben: So wurde z.B. gesagt, dass die verständlichkeitsoptimierten Texte „noch verständlicher“ seien als der Standardtext (s.o.). Zudem wurden häufig dieselben Probleme genannt, die der Standardtext an die Lesenden stellte: Angefangen mit der Wahrnehmbarkeit der kleinen Schrift über die komplexen Inhalte und die Fachsprache wurden verschiedene Merkmale von den Befragten angeführt, die die Verständlichkeit beeinträchtigten. Es ist anzunehmen, dass in einigen Fällen auch die soziale Erwünschtheit griff bzw. der Wunsch danach, sich nicht als eine Person zu offenbaren, die Probleme mit dem „normalen“ Text in *Standardsprache* hat (s. Kap. 7.3).

Es soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass die beiden Bereiche, die im Fragebogen und auch hier getrennt aufgeführt wurden, von den Befragten selbst häufig verbunden wurden: Die selbst eingeschätzte Verständlichkeit und das Gefallen der Texte i.S.v. nutzerseitigem Akzeptieren wurden mehrfach zusammen bewertet und damit verknüpft. Das bedeutet, dass eine hohe Verständlichkeit eines Textes für viele Nutzer(innen) auch erhöhte Akzeptabilität des Textes bedeutet: Sie akzeptieren den Text eher, wenn sie diesen als verständlich einschätzen (s. Kap. 7.3). Auch hierfür gibt es Ausnahmen: Einige Befragte benennen explizit von ihnen als schwierig oder weniger verständlich eingeschätzte Texte als Favoriten und damit als ihre am meisten akzeptierten Texte, obwohl die Verständlichkeit gering ist (s. Kap. 7.3.1). In diesen Fällen greift das Konzept der Distinktion, welches nachfolgend noch thematisiert wird (Kap. 8.2). Für die Mehrheit der Befragten jedoch gehen Verständlichkeit und Akzeptabilität eines Textes Hand in Hand.

7.2.2 Leichte-Sprache-Plus-Text

Mehr als zwei Drittel der Befragten (18) befinden den Text in Leichter Sprache Plus („Einfache Sprache“) als sehr verständlich, gut verständlich oder verständlicher bzw. „besser verständlich“ als den Standardtext. Weitere sieben Befragte finden ihn verständlich bzw. auch verständlich (I03, 06, 10, 15, 16, 21, 23). Dabei werden einerseits die Einfachheit und die vereinfachte Sprache genannt, die dazu beitragen, dass der Text „auf Anhieb“ (I08, Pos. 25) als sehr verständlich wahrgenommen wird: „[D]as ist sicherlich ‘n Text, der wichtig insofern sein kann oder gut ist, weil er sehr schnell und sehr klar und verständlich informiert“ (I14, Pos. 19). Derselbe Befragte, ein 75-jähriger Diplom-Theologe, weist jedoch darauf hin, dass dies unter anderem auch daran liege, dass im Text jedes Fremdwort vermieden würde (Pos. 18). Ein 69-jähriger Feinmechaniker vermutet den Grund für die erhöhte Verständlichkeit vor allem in der Reduktion der Inhalte im Vergleich zum Standardtext:

> „Das liegt dadran, dass hier deutlich weniger äh Dinge genannt werden, die mh drumherum sind. //Mhm// so wie hier ausschweifend ähm die ich gar nit, die mich gar nicht belasten, wenn ich den Text hab. //Mhm, mh// da weiß ich auch, was die Schmerzmittel sind, wie sie wirken und die Acetylsalicylsäure (gestockt ausgesprochen) ASS //Mhm// nennt sich das ja, das kennt man ja von den

> Kopfschmerztabletten ja sowieso. //Mhm// gut, äh das war jetzt wirklich nichts Neues aber, aber es ist leicht sofort alles klar“ (I08, Pos. 26).

Die wertende Wortwahl dazu verschränkt die Kategorie „Verständlichkeit“ mit der Akzeptabilität der Texte und wird im nächsten Abschnitt zur Auswertung der Kategorie „Akzeptanz(indikator)“ näher erläutert.

Auch eine 78-jährige Befragte lobt den Text als aufschlussreich und empfindet ihn als verständlicher als den Standardtext, „weil da genau also beschrieben wird, was es ist und so weiter und wo draus das entstehen kann und wie man das auch behandeln kann- was man dagegen machen kann, dass es nicht dementsprechend wird und so weiter“ (I16, Pos. 11-12). Somit verknüpft sie die Verständlichkeit des Textes mit der Handlungsorientierung, die für sie daraus resultiert. Für sie sei dieser Text leichter (Pos. 13).

Auch ein 65-jähriger Versicherungskaufmann und eine 91-Jährige mit Abitur, aber ohne Ausbildung, loben die Varietät und verbinden die Verständlichkeit der Texte vor allem mit den darin enthaltenen Erklärungen.

Lediglich drei Befragte befinden die Texte in dieser Varietät als trotzdem noch zu anspruchsvoll für Lai(inn)en: Eine 83-jährige Hausfrau gibt an, dass sie mit den Substanzen im Schmerzmitteltext nichts anfangen könne, „sowas kann man als äh (.) alter Mensch und als Laie gar net mehr so einordnen“ (I19, Pos. 40). Der Text gehe für sie immer noch „ins Fachliche hinein“ (Pos. 55). Auch der 75-jährige Diplom-Theologe merkt an, dass im Schlaganfalltext „Diabetes“ nicht mit Zuckerkrankheit übersetzt worden sei und damit unter Umständen nicht für alle Lesenden verständlich (I14, Pos. 34). Eine 92-jährige Medizinerin bemängelt ebenso, dass Fachbegriffe wie „Strokeunit“ nicht ausreichend erklärt und mögliche Behandlungen für ein Laienpublikum nicht hinlänglich ausgeführt wurden: „Ja, bei der Behandlung vielleicht die Erklärungen doch noch etwas ausführlicher. (2) vor allem so, was eine Strokeunit ist. (.) Das wissen Fachleute natürlich, aber ein Laie kann damit wenig anfangen“ (I25, Pos. 18). Im Gegensatz dazu lobt eine 71-jährige medizinische Fachangestellte denselben Text in der Varietät mit Blick auf die Fachbegriffe und die Verständlichkeit wie folgt: „[D]as ist einfach alles auf Deutsch erklärt“ (I09, Pos. 19). Somit wird deutlich, dass die Wahrnehmung der Verständlichkeit der Texte in Einfacher Sprache bzw. Leichter Sprache Plus individuell schwanken kann. Trotzdem lässt sich anhand der oben genannten Mehrheit, die den Text für sehr verständlich hält, feststellen, dass diese Varietät ohne Einschränkung als „verständlich“ eingestuft wurde. Keine der befragten Personen bezeichnete sie als „weniger“ oder „gar nicht verständlich“.

Der Subcode mit den meisten Nennungen unter der Kategorie „Verständlichkeit“ war „Übersichtlichkeit“: Die optimierte Wahrnehmbarkeit dieser Varietät wurde von vielen Befragten als positiv wahrgenommen und auch benannt. Der Text sei insgesamt kürzer gefasst und strukturierter, was ihn für einige Befragte auch verständlicher macht. Ein 79-jähriger Handwerksmeister gibt an, man könne die Inhalte – in seinem Fall die Schmerzmittel – besser auseinandersortieren, da sie übersichtlich aufgeführt und größer geschrieben seien (I18, Pos. 14). Eine 68-jährige Befragte fasst es wie folgt zusammen: „[W]:as ich sehr gut finde hier ä- ähm bei dem Text, das fällt sofort ins Auge und ist sehr übersichtlich //mhm// (1) deshalb find ich den Text gut (.) ä:hm, wenn man ganz schnell was wissen möchte“ (I05, Pos. 27). Hier wird die Übersichtlichkeit auch als förderlich für die schnelle Handlungsorientierung benannt. Dies unterstreichen auch die Aussagen einer 65-jährigen Befragten, eines 75-Jährigen und einer 83-Jährigen, die betonen, dass man sich in den Texten dieser Varietät schneller wiederfinden bzw. dass man sich sehr schnell informieren könne. Letztere Befragte fügt hinzu, der Text sage mehr aus (als der Standardtext) und sei eindeutiger, weshalb man die Inhalte auch schneller verstanden habe. Die 65-Jährige betont, dass der Text die Inhalte „super zusammengefasst“ (I02, Pos. 21) habe, sie habe nicht ganz so viel Vorwissen. Hier wird implizit also auch eine Verbindung

zur Verknüpfungsfähigkeit des Textes mit bereits vorhandenem Vorwissen geschlagen, das je nach Leser(in) unterschiedlich groß sein kann. Durch die Strukturierung und die Fragen, die im Text gestellt und auch beantwortet werden (Pos. 13), fand sie den Text in Leichter Sprache Plus besser für sich als den Standardtext. Auch zwei 68-Jährige mit verschiedenen Textthemen bezeichnen die Varietät als „besser zusammengefasst" (I04, Pos. 17) bzw. „so zusammengefasst", „fürs Überfliegen"; der Text sei dadurch „natürlich leichter, das kann man schneller abhaken" (I05, Pos. 24-25). Vier Befragte geben außerdem an, diese Textversion sei für Laien besser verständlich bzw. einfacher. Unter ihnen befindet sich auch die 92-jährige Medizinerin: „Wenn sich jemand, der von Medizin keine Ahnung hat, dafür interessiert, würde ich den Text b empfehlen" (I25, Pos. 20).

7.2.3 Leichte-Sprache-Text

Insgesamt bewerten 19 Befragte die Texte in *Leichter Sprache* als sehr [gut] verständlich bzw. „leichter verständlich" (I23), für Laien (gut) verständlich (I01, I25). Einige davon bezeichnen die Varietät im Vergleich mit den weniger optimierten Leichte-Sprache-Plus-Versionen als „verständlicher als die anderen beiden" (I15, Pos. 15) bzw. als „noch leichter" (I10) oder „noch verständlicher" (I18). Eine 78-jährige Befragte mit Volksschulabschluss bezeichnet den Leichte-Sprache-Text als „verständlicher für mich und so weiter (.) mit allem Drum und Dran" (I16, Pos. 20). Positive Bewertungen, die zur Verständlichkeit genannt wurden, waren zum Beispiel „einfach erklärt" (I09, Pos. 43), „total schön klar" (I02, Pos. 23) und „am schnellsten äh zu verstehen" (I08, Pos. 38). Hier sei es „eben 'ne einfache Sprache, die sofort auch verstanden werden kann" (I14, Pos. 44).

Lediglich sechs Befragte weichen von einem Besturteil der Verständlichkeit der leichten Texte ab: Die 83-jährige Hausfrau mit Hauptschulabschluss, die bereits bei den beiden anderen Varietäten bemängelte, dass die Informationen insbesondere für ältere Lai(inn)en nicht geeignet seien, beurteilt den Leichte-Sprache-Text nur als „verständlich", obwohl dieser ihr Favorit unter allen Texten ist: Es sei eigentlich in der Kürze, „wie des dargestellt ist (2), schon des alles enthalten, was man wissen (.) will" (I19, Pos. 41). Da sie grundsätzlich aber Informationen von ihrem Arzt bevorzugt, ist dieses Urteil von allen drei Texten das beste: „Das ist einfacher und verständlicher" (I19, Pos. 55). Insbesondere der kleingeschriebene Standardtext, den sie mit einem Beipackzettel assoziierte, ist für sie neben den beiden verständlichkeitsoptimierten Textversionen inakzeptabel und befördert sowohl eine Motivations- als auch eine Emotionsbarriere bei ihr:

> „[W]as dann oft auch mal irritierend ist, (wenn man) zu viel liest über=n Medikament, (.) da wird man @(.)@ verunsichert. //I: Aha. (.) ja // Ja, (1) °also° (.) wenn ich so gar net so viel über das Medikament weiß, ist mir das eigentlich lieber @Hauptsache@ es hilft mir, da vertrau ich meinem Arzt. […] Die zu langen (1) (Listen) do@(.)@" (I19, Pos. 49-50).

Somit ist der Leichte-Sprache-Text trotz der teilweise verhalten wirkenden Aussagen der Befragten deutlicher Sieger hinsichtlich der Verständlichkeit und der aus ihren Aussagen geschlossenen textimmanenten Akzeptabilität.

Die weiteren fünf Befragten, die noch vom Besturteil „sehr verständlich" abweichen, sind folgende: Der 68-jährige Kaufmann, der sich selbst als Vielleser bezeichnet, bewertet den Leichte-Sprache-Text als verständlich, aber „nicht ganz so informativ wie der erste ist, aber jedenfalls, wenn man weiß, dass es auf was anderes abzielt, verständlich, würde ich sagen" (I03, Pos. 27). Auch der 83-jährigen Diplomkauffrau ist der Text nicht vollständig genug (I20). Eine 68-Jährige und ein 72-Jähriger, die beide einen Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss haben, bemängeln die fehlenden Erklärungen und Inhalte, die den Text (Themen Parodontitis und Schmerzmittel) jeweils „wenig verständlich" machten (I04, I12): „[D]er ist weniger verständlich //ja?// weil ja nicht alles so ausführlich ist. ist alles nur Stichworte //mhm// das würde ich f- für zu wenig b- bei manchen Sachen (.) sehen" (I04, Pos. 28). Eine zu starke Reduktion der Inhalte kann also auch negative Auswirkungen auf die durch

die Lesenden empfundene Angemessenheit der Texte haben. Bereits 1981 hielten De Beaugrande und Dressler auf Texte bezogen fest, dass eine Informativität mittleren Grades der Standard sei, also sowohl eine zu hohe als auch eine zu geringe Informationsdichte bzw. -menge gewöhnlich nicht zur Erfüllung der Intention der Textproduzenten führten und den Erwartungsfluss und das Interesse der Leser(inn)en nicht aufrechterhielten (De Beaugrande/Dressler 1981:168). Dies lässt sich hier anhand der Aussagen der beiden eben genannten Befragten auch für die Nutzer(innen) feststellen: Beiden gefällt der stark reduzierte Leichte-Sprache-Text – der Text mit der geringsten Informativität – „weniger gut“ und sie wählen den inhaltlich etwas angereicherten Leichte-Sprache-Plus-Text jeweils als Favoriten unter allen drei Texten aus. Dies zeigt erneut die Verschränkung von Verständlichkeit und Akzeptabilität von Texten: Die Betreffenden bewerten das Missfallen bzw. Gefallen gegenüber den Textversionen hier in einer Reihe mit der Bewertung der Verständlichkeit der Texte. Der 73-jährige Kupferschmied weicht ebenfalls etwas von der deutlich positiven Beurteilung der Verständlichkeit der Leichte-Sprache-Texte der Mehrheit ab: Er bezeichnet den Text nur als für ihn selbst gut verständlich, weil er sich mit dem Thema (Parodontitis) schon ein bisschen auskenne (Transkript 73_m_Volksschule_Lehre). Für den inhaltlich reduzierten Text ist seiner Meinung nach Vorwissen nötig, das nicht jede Person hat. Somit ist für ihn diese Varietät entgegen der Intention durch die Optimierungen also weniger verständlich für Menschen mit wenig Vorwissen zum Thema.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass von den sechs Befragten, die bei der Beurteilung der Verständlichkeit der Leichte-Sprache-Texte von der sehr positiven Einschätzung der Mehrheit abwichen, drei Befragte das Thema Parodontitis lasen. Der Leichte-Sprache-Text dazu war insgesamt der kürzeste Text mit nicht einmal drei Seiten, auf denen zudem noch zwei Bilder zu finden waren. Somit lässt sich festhalten, dass die kürzesten Informationen auf knapp drei Seiten tendenziell eher als unzureichend empfunden wurden und die Informativität des reduziertesten Textes im Vergleich zu den anderen beiden Texten in Leichter Sprache, aber auch im Vergleich zu den anderen beiden Varietäten zu gering war. Dies unterstreicht auch die Aussage der 83-jährigen Diplomkauffrau, die auf die Frage nach der Verständlichkeit des Leichte-Sprache-Textes keine Verständlichkeitsstufe auswählt, sondern direkt antwortet: „Also äh (.) der war mir nich vollständig genuch“ (Transkript w_83_Abitur_Diplomkauffrau).

Im Folgenden wird ausgewertet, wie (in)akzeptabel die Befragten die verschiedenen Textversionen fanden und welche Argumente diesbezüglich genannt wurden.

7.3 Akzeptieren und Akzeptabilität

7.3.1 Standardtext

Der Text in Standardsprache zum Thema Parodontitis war knapp sechs Seiten lang und enthielt fünf Bilder, darunter eine Darstellung des Zahnhalteapparates sowie Fotos von einem Mann beim Zähneputzen und einer Frau im Behandlungsstuhl einer zahnärztlichen Praxis. Der Parodontitis-Text war der einzige standardsprachliche Text mit Bebilderung. Ob dies Auswirkung auf die Einschätzung desselben hatte, soll in den Ausführungen zum Akzeptieren ebenfalls betrachtet werden.

Für einen 65-jährigen Befragten stellt der Standardtext eine „Überladung von Informationen“ dar (I01, Pos. 4), obwohl dieser mit seinen knapp sechs Seiten deutlich kürzer ist als der 14-seitige Ausgangstext zum Thema Schlaganfall. Da es ihm zu viel Information im Text ist, bewertet der Versicherungskaufmann die standardsprachliche Version als „weniger gut“ (I01, Pos. 5) und insgesamt in Bezug auf das Verständnis als am schlechtesten von allen drei Texten (I01, Pos. 10). So veranlasst ihn die „Informationsflut“ (I01, Pos. 12) dazu, eine Motivationsbarriere zu benennen: „[D]a bist=e schon drin, da has=de schon gar keine Lust mehr zu lesen“ (I01, Pos. 10). Die Informationsdichte ist für

ihn also ausschlaggebend dafür, den Text als schlechtesten von den dreien zu beurteilen. Weiterhin gibt er an, dass die Stufe des Behaltens und Verknüpfens im Rezeptionsprozess ihm in diesem Text schwerfiele: „Ja weil die (.) das Ganze sich zu merken halt schwierig //mhm// also“ (I01, Pos. 13).

Ähnlich beurteilt eine 68-jährige Befragte mit Volksschulabschluss den standardsprachlichen Text: Er ist auch für sie am schlechtesten von den dreien, „weil mir das einfach zu viel war“ (I04, Pos. 14). Die ehemalige Verkäuferin, die ohnehin nicht gern liest, würde den Text nur privat lesen, wenn er nicht so lang wäre.

Noch deutlicher bewertet ein 71-Jähriger die Texte: Für ihn waren sowohl der Leichte-Sprache-Plus-Text als auch der Standardtext verständlich und gut geschrieben, jedoch assoziiert er für sich letzteren als „hochtrabend“:

> „ja, wenn ich jetzt die die Wahl hätte sag ich mal, manch einer möchte vielleicht ein bisschen n bisschen hochtrabender ((Z lacht)) äh äh informiert sein sag ich mal und da äh soll er n Text nehmen, der eben äh mehr Seiten hat und äh joa // hmm, also den ersten? // und vielleicht noch n bisschen mehr ins Detail eingeht […] ja, ja vielleicht öhm Leute die äh (3) die halt son bisschen was bisschen brauchen bisschen bisschen // hmm // bisschen ähm bisschen Volumen sag ich mal, bisschen // hmm // die meinen dann letzten Endes sie wären vielleicht besser informiert, ja // hmm, und- // und letzten Endes sind sie gar nicht besser informiert“ (I10, Pos. 8).

Für ihn ist Länge und Ausführlichkeit eines Textes also nicht mit besserer Information gleichzusetzen. Zudem fügt er pragmatisch hinzu, dass „das, was vorhanden ist“ eben gelesen würde, gleich, ob es sich dabei um einen zwei Seiten längeren Text handele oder einen kürzeren (I10, Pos. 17). Er vertraut darauf, dass die Texterstellenden sich etwas bei der Verfassung der Texte gedacht hätten (ebd.). Grundsätzlich kann anhand dieser und weiteren Aussagen davon ausgegangen werden, dass der Befragte potenziell eher weniger kritische Medienkompetenz auf rezipierte Inhalte anwendet und ein hohes Vertrauen in Fachpersonen aller Art hat, seien es Textersteller oder medizinische Fachleute. So antwortet er in Bezug auf das Vertrauen zu Ärzt(inn)en: „ich sag immer: „Macht mal.“ […] ich lass mich am besten vorher gar nicht so sehr informieren“ (I10, Pos. 84, 86).

Ein 73-Jähriger präferiert den Standardtext unter den drei Varietäten, den er als „intensiv beschrieben“ und „besser geschrieben“ bezeichnet (I13, Pos. 3-4). Er ordnet die sprachliche Gestaltung im Standardtext als für erwachsene Leser(innen) angemessen zu und assoziiert im Gegensatz dazu den Leichte-Sprache-Text mit Kindern als Zielgruppe (s. Kap. 7.3.3). Gleichwohl er damit ringt, die richtigen Worte für seine Einschätzung zu finden und auch die Fachbegriffe im Standardtext trotz Vorwissens zum Thema Parodontitis nicht wiedergeben könnte (I13, Pos. 7), würde er den Standardtext von allen drei Texten für sich auswählen und auch an seine Töchter weiterempfehlen (I13, Pos. 12, 19). Grundsätzlich sei für Erwachsene dieser Text besser (I13, Pos. 13),

> „weil das umschriebener wird, nech. //mhm// und es ist- ist will ich jetzt auch mal sagen so=n bisschen mahnender //ja// bisschen. //mahnender, ah ja, okay// ja //mhm// möchte ich jetzt sagen, nech // der Text A // das- dass die Leute mal so ein bisschen- die Leute so=n bisschen Angst macht, ne //mhm// Angst bewirkt auch manchmal so=n bisschen viel //ja// nech“ (I13, Pos. 14).

Für diesen Befragten ist der Standardtext klarer Favorit, während eine 75-Jährige die verständlichkeitsoptimierten Varietäten positiver bewertet als den Standardtext: Obwohl ihr die Abbildungen im Standardtext gefallen, sei ihr der Text insgesamt zu viel und zu kompliziert, weshalb sie ihn auch als am schlechtesten von den drei Texten findet (I15, pos. 8). Zudem lobt sie die größere Schrift in den verständlichkeitsoptimierten Texten, was auf eine Wahrnehmungsbarriere im Standardtext hinweist. Für die Befragt sind neben der eingeschränkten Wahrnehmbarkeit durch die zu

kleine Schrift also die Kriterien Textlänge sowie inhaltliche und sprachliche Komplexität ausschlaggebend dafür, dass sie den Standardtext negativ bewertet.

Eine 83-jährige Diplomkauffrau bemängelt ebenso die eingeschränkte Wahrnehmbarkeit des Standardtextes: Dieser umfangreichere Text sei aufgrund der kleineren Schrift schwieriger zu lesen als die anderen beiden, aber auch verständlich (I20, Pos. 4-5).

Eine 89-jährige Befragte beurteilt gesundheitsbezogene Informationstexte wie den gelesenen als wichtig, lesen müsste sie diesen „aber nit dauernd" (I22, Pos. 57). Dies zeigt, dass insbesondere bei nicht unterhaltenden Textsorten wie den hier betrachteten Gesundheitsinformationstexten ein besonderes Augenmerk auf die Gestaltung gelegt werden muss, um die bei vielen Leser(inne)n ohnehin geringe Lesemotivation zu steigern und dem Auftreten einer Motivationsbarriere vorzubeugen. Die 89-Jährige hat nach dem Volksschulabschluss eine hauswirtschaftliche Berufsschule besucht, aber keine Lehre abgeschlossen. Sie scheint zunächst keinen großen Unterschied zwischen den Textversionen zu sehen und bewertet Standardtext und Leichte-Sprache-Plus-Text gleichermaßen positiv: „Einfach die Art, wie sie erzählt worden ist. also für mich sehr verständlich, gut verständlich. //Mhm// der erste, wie der zweite" (I22, Pos. 12). Wenn sie sich allerdings zwischen diesen beiden Versionen entscheiden müsste, würde sie den Standardtext wählen, sowohl für sich selbst („im ersten ist so ziemlich alles drin" (I22, Pos. 6)) als auch für andere Leser(innen): „Bekannte oder Kinder oder oder ja. also Leute, da wo ich das Gefühl habe, die pflegen ihren Mund nicht richtig, ihre Zähne nicht richtig. //@(.)@// denen würde ich das empfehlen" (I22, Pos. 7). Damit würde sie als einzige Befragte den Standardtext an Kinder weiterempfehlen. Sie scheint jedoch ihre Beurteilung vor allem daran festzumachen, dass das Thema wichtig ist (I22, Pos. 55). Als der Leichte-Sprache-Text dazukommt, wählt sie jedoch diesen als Favoriten unter allen drei Varietäten aus (ausführlich Kap. 7.3.3).

Insgesamt stößt der Standardtext zur *Parodontitis* mit der mittleren Länge von knapp sechs Seiten und Bebilderung (reale Darstellungen in Form von Fotos sowie ein Schaubild zum Zahnhalteapparat) zwar hinsichtlich der mangelnden Wahrnehmbarkeit sowie der Komplexität und der Textlänge im Vergleich zu den kürzeren Versionen in Leichter und Einfacher Sprache auf Kritik, wird jedoch nicht zu scharf kritisiert und vereinzelt sogar als Favorit benannt.

Der Standardtext zum Thema *Schmerzmittel* war mit etwas über zwei Seiten der kürzeste standardsprachliche Text. Er enthielt keine Bilder und war im Gegensatz zu den anderen beiden Texten dieser Varietät nicht durch Zwischenüberschriften oder Bullet Points optisch strukturiert. Außer einigen Absätzen bestand dieser Text also aus einer Blockwüste an Informationen zu Schmerzmitteln.

Ein 69-jähriger Feinmechaniker benennt mehrere Hürden, die der Standardtext für ihn beinhaltet und die sich auf die theoretische Modellierung des Rezeptionsprozesses und die darin befindlichen potenziellen Barrieren übertragen lassen.

Zum einen wird die zu kleine Schrift als problematisch beschrieben: „[K]leine Schrift ist immer ein Problem. //Okay// ob jetzt mit Brille oder ohne" (I08, Pos. 10). Diese Aussage weist auf eine eingeschränkte Wahrnehmbarkeit des Textes hin, die bereits beim Standardtext zum Thema Parodontitis von den Befragten bemängelt wurde.

Zum anderen lässt die Aussage „diese vielen Fachbegriffe äh mh die irritieren eigentlich immer eher in einem Text, finde ich" (69_m_Volksschule, Transkript b) darauf schließen, dass für den Standardtext eine Fachsprachenbarriere vorliegt, z.B. bei dem Terminus „nicht-steroidale Antirheumatika", den er benennt. Zudem spricht er neben dem erschwerten Verstehen des Textes durch die Fachbegriffe das

erschwerte Behalten der Informationen als Laie an: „[D]ann geht=s recht wissenschaftlich weiter. dann die Rheu- Antirheumatika in erster Linie äh entfalten dann eine Blockade der ja äh das Fremdwort, das kann kein Mensch sprechen. //@(.)@// geschweige denn behalten //mhm// wenn=de nicht vom Fach bist von Apotheker her oder so“ (ebd.).

Auch in einer weiteren Aussage beschreibt er die eingeschränkte Verknüpfungsfähigkeit des Textes, die ihm das Verstehen erschwert: „[W]enn das zu: ins Detail geht, dann habe ich immer das Gefühl, ich muss da jetzt erstmal Hintergrundwissen haben. //Mhm// damit ich das überhaupt mal genauer einordnen kann, genauer verstehen kann“ (ebd.). Als medizinischer Laie empfindet er seinen Vorwissensbestand je nach Detailtiefe der rezipierten Informationen also als defizitär. Zu wenige Anknüpfungspunkte im Vorwissensbestand können dazu führen, dass die neuen Informationen in einem hoch fachlichen Text schließlich doch nicht verstanden und behalten werden können und eine Handlungsorientierung ausbleibt (Maaß 2024:235; vgl. Zarcadoolas et al. 2005:201).

Es folgt die Aussage, dass es eine besondere Auffassungsgabe oder eine besondere Schulung in Bezug auf Texte und deren Erschließung benötigt wird, um den Standardtext zu verstehen. Dieser sei nach seiner Auffassung nicht für Leute gemacht, die „normalsprachlich veranlagt“ seien wie er und nicht ständig mit Texten zu tun hätten (69_m_Volksschule, Transkript b). Für sie brauche es Texte, die man gleich verstehe. Er verknüpft mit der leichteren Verständlichkeit eines Textes auch direkt die Lesemotivation: „[D]a willste ja Texte haben, die äh die=de gleich verstehst, weil dann lieste auch weiter“ (ebd.). Zudem wird eine Motivationsbarriere bei ihm durch die fehlende Affinität bzw. das fehlende Interesse am Textthema befördert: „[A]lso für mich persönlich muss ich dir sagen, soll ich sagen, war ich auch schon immer bei anderen Themen“ (ebd.).

Weiterhin gibt er Hinweise darauf, dass in manchen Situationen Lesemotivation, Verstehen und ggfs. Emotionen in Zusammenhang stehen können und sich auf die Rezeption und deren (Miss-)Erfolg auswirken können: „[J]a und dann fängt es schon an und dann denkste, naja gut, dedede, da will ich mich jetzt gar nicht mit beschäftigen, weil da muss ich anfangen genauer nachzudenken, zu überlegen, das muss ich verstehen“ (ebd.).

Insgesamt beurteilt er den Standardtext jedoch als gut und geeignet, „wenn ich mich jetzt da äh genauer für das da interessiere, weil es dann sein muss oder weil ich das brauche“ (I08, Pos. 18). In diesem Fall würde er den Text auch ganz lesen, obwohl er ihn als anstrengend und „aufwendig zu lesen“ (I08, Pos. 16) bewertet, da darin „einiges drinsteht, was man jetzt nicht so unbedingt als erstes wissen muss“ (I08, Pos. 14).

Das Ausschweifende, das ihn in den leichteren Textversionen „gar nicht belaste[t]“ (I08, Pos. 26), die Überladung von für ihn nicht zwangsläufig relevanten Informationen ist für den Befragten hier ausschlaggebend dafür, dass er den Standardtext trotz bekundeten Vorwissens zu Schmerzmitteln nur in Ausnahmefällen lesen und als hilfreich für eine Handlungsorientierung erachten würde. Auffällig ist hier das Wording in der Bewertung des Standardtextes: Dieser wird von dem Befragten immer wieder mit negativen Begriffen assoziiert, so etwa „anstrengend“, „irritieren“ oder „belasten“. Seine Aussagen verdeutlichen, dass die Rezeption des Standardtextes für ihn mit Aufwand und Mühe, wenn nicht sogar unter Umständen mit Ärgernissen verbunden ist. Diesen Aufwand, den der Standardtext verursacht, verdeutlicht auch die Assoziation einer 65-jährigen Lehrerin, die angibt, sich beim Lesen des Textes „wie so ‘n Forscher“ (I02, Pos. 7) zu fühlen.

Auch ein 72-jähriger Befragter mit Volksschulabschluss, der ohne Lehre im handwerklichen Bereich gearbeitet hat und nach eigenen Angaben nie liest, beurteilt den Standardtext als am schlechtesten: Für ihn sind die Länge bzw. Dichte der Informationen sowie die zu kleine Schriftgröße Kritikpunkte am Text (I12, Pos. 6). Zudem sei daran „alles so komisch“ (I12, Pos. 7), was nicht weiter ausgeführt wird.

Es ist möglich, dass damit sowohl die Fachbegriffe und Komplexität als auch die formelle Aufmachung in Form einer „Blockwüste“ an Text in kleiner Schrift gemeint sein könnten.

Eine 69-jährige Befragte mit abgeschlossener Lehre würde den Leichte-Sprache-Plus-Text im Vergleich mit dem Standardtext vorziehen und weiterempfehlen, denn

> „da hab ich gar keine Geduld […] weil ich äh bin kein Mensch, der Gebrauchsanweisungen liest […] und äh ich such mir eigentlich wenn ich jetzt ähm ein:: Medikament habe oder was (.) dann guck ich für was wird es angewandt und wie wird es angewandt // mhm // und ähm (1) in welcher Menge“ (I07, Pos. 2-3).

Der Standardtext ist für sie weniger verständlich und stellt für sie insbesondere hinsichtlich der kleinen Schrift und der Textmenge eine Hürde dar:

> Damit kann ich nicht viel anfangen (1) also da hab ich einfach (.) ähm […] ja (3) also diesen mag ich gar nicht […] Das liegt aber (.) liegt aber wirklich daran, dass ich einfach, dass es mir einfach wahnsinnig zuwider ist, ähm (1) Aufzählungen zu lesen […] es ist sehr klein geschrieben und äh das ist einfach zu ähm (3) zu mühevoll irgendwie (I07, Pos. 9-12)

Der Text, der zwar kleine Absätze beinhaltet, besteht aus kleiner, dichter Schrift, die der Befragten zu *mühevoll* zum Lesen erscheint. Die Geduld, die sie mehrfach anspricht, die der Text ihr abverlangen würde, will sie nicht aufbringen. Für sie ist der Nutzen zu klein, während die Kosten, also die Anstrengung und Mühe, die sie ins Lesen investieren müsste, zu hoch sind. Lediglich im äußersten Notfall würde sie auf den Text zurückgreifen: „[S]o (und da hab ich keine Lust für)° […] Da muss man schon starke Schmerzen haben @(.)@//@(.)@// um zu sagen okay“ (I07, Pos. 13-14).

Hier hindert also eine Motivationsbarriere, gekoppelt mit einer Wahrnehmungsbarriere, den erfolgreichen Rezeptionsprozess des Standardtextes. Der Befragten wäre daher der verständlichere und „luftigere“ Einfache-Sprache-Text lieber:

> „Sagen wir mal so ich hab es sowieso immer viel viel lieber, wenn die Sachen größer geschrieben sind (.) und äh es irgendwie luftiger wirkt (.) weil hier das ist alles zu eng (.) das ist so: (es) es erschlägt einen //Hmm// ne‘ also man guckt es an und hat schon keine Lust mehr“ (I07, Pos. 18).

Erneut wird hier die Mühe angesprochen, die das Lesen des Standardtextes für die Befragte beinhaltet. Diese Varietät ist also für einige Befragte mit erheblichem Aufwand verbunden und kostet sie Ressource, sei es hinsichtlich der Wahrnehmung der kleinen Schrift oder der Textdichte ohne größere optische Gliederungen.

Auch für einen 79-jährigen Befragten mit Meistertitel ist der Standardtext hinsichtlich der Wahrnehmbarkeit und der Lesemotivation wenig ansprechend: Er bewertet den Text zwar als verständlich, assoziiert ihn jedoch mit einem Beipackzettel, in dem ebenfalls zu viele Informationen zu kleingedruckt zu finden sind: „Joa ist für mich verständlich. //Mhm// aber die langen Beipackzettel, die lese ich nicht mehr alle durch. //Ja// das ist äh ist mir zu viel //Mhm// ist viel Kleingedrucktes“ (I18, Pos. 4). Er bestätigt, den Text eher überflogen zu haben und bewertet ihn als mittelmäßig bis eher weniger gut (I18, Pos. 6-7). Insgesamt schätzt er den Standardtext als am schlechtesten von allen drei Texten ein, „weil es sehr klein geschrieben ist und man muss sich da große Mühe geben //Ja// das alles zu lesen, nech? und er ist zu lang auch dann der Text, nech. //Ja// es müsste mehr gebündelter sein //Ja// also- // So wie es dann in dem dritten Text- // Ja ja, mehr zusammengefasst“ (I18, Pos. 10). Die Mühe oder Anstrengung, die das Lesen des Textes erfordert, wird auch hier zur Barriere, den Text zu akzeptieren. Für den Befragten wäre er also die letzte Variante, zu der dieser greifen würde. Die leseunfreundliche Gestaltung des Textes mit der kleinen Schrift, wenig Weißfläche und optisch kaum erkennbaren Absätzen führt zur Ablehnung des Textes. Hier liegen in Kombination für den Befragten also eine Wahrnehmungs- und Motivationsbarriere vor.

Ebenso wie der gerade betrachtete Befragte assoziiert auch eine 83-jährige Hausfrau den Standardtext mit einem Beipackzettel, der aufgrund seiner Aufmachung, der Textlänge und der geringen Handlungsorientierung wenig hilfreich ist.

> „Das kommt mir so vor wie die:: (.) Beipackzettel […] die ganzen Texte über die Schmerzmittel (.) das ist so ähnlich wie bei die Beipackzetteln, endlose (.) (Dinge) und da muss man wirklich äh::m schaue, was was da eigentlich jetzt wichtig ist, alles andre (.) ähm (1) kommt einem Laien äh so als (1) ( ) wie so (1) ewige Litanei. […] Wer das eigentlich wissen will @(1)@ […] Dass man eigentlich immer nach der Stelle sucht, (.) wo man dann wirklich ähm (1) merkt, ja das passt jetzt zu mir, das hilft jetzt in meiner Situation vielleicht. //I: Mhm// aber da muss man (lern-) immer (lang) gucken, wo das steht, gell? //I: Mhm// bei denen Beipackzettel //I: Mhm// bei de (.) verschiedene Medikamente (.) ist ja ewig lang“ (I19, Pos. 3).

Die Lesemotivation ist für die Befragte bei solchen Texten gering:

> „[A]lso ich bin mit dene langen Texten lesen von dene Schmerzmittel das (.) das nervt mich @(.)@ //I: @Was nervt di dadran genau?@//Ach:: (.) die die die ganze wissenschaftliche: (.) ähm Sachen wo da drauf sind, die dir (2) °ähm° // C: [(Kaum) (.) haben wir kein Grundwissen“ (I19, Pos. 5-6).

Die inhaltliche Komplexität der medizinischen Fachinformationen ist für die Befragte sowie auch für deren Ehemann in ähnlichem Alter abschreckend. „Ja, die Zusammensetzung von Medikamenten und so, das versteht ja der Normal- (.) sterbliche (.) gar nit //I:Mhm//was die da alles aufführen müssen. […] aber für ((einatmen)) ähm (.) für=n Patienten zählt eigentlich nur das, was hilft“ (I19, Pos. 7). Die Befragte bemängelt die fehlende Handlungsorientierung, die sich nur durch für sie verständliche Informationsvermittlung ergeben kann. Der betrachtete Standardtext zu den Schmerzmitteln sei „[a]ls Laie kaum verständlich. […] Zum Beispiel, von der (Cyclooxygenase) gibt es zwei als:: (.) Unterformen (.) hm:: //I: °Mhm°// keine Ahnung was das ist […] Da ist unsere Schulweisheit schon längst am Ende. @(2)@“ (I19, Pos. 8). Dann betont sie noch einmal die fehlende Handlungsorientierung durch den Text in einer akuten Schmerzsituation und die mangelnde Verständlichkeit der komplexen Inhalte:

> „[E]s sollte (der)einfach ähm:: mehr (.) verständlich auf- auf nen kürzeren Nenner gebracht werde //I:Mhm// damit man dann auch weiß, (2) dass man vielleicht jetzt doch (.) das richtige Medikament hat für seine Schmerzen. //I: Ja// Und äh und die Wirkungsweise, (3) und (.) welche Nebenwirkungen, das da auch entstehen, das weiß auch kein Arzt im Voraus, wenn er einem ein Medikament verordnet. (1) die Nebenwirkungen das äh (.) die (.) die hat der Patient (.) er hats oder er hat keine“ (I19, Pos. 9)

Sie bewertet den Standardtext als weniger gut, weil er ihr zu langatmig und die Schrift für sie zu klein geschrieben sei (I19, Pos. 13, 15). „Da muss ich ja fast die Lupe nehme @(.)@“ (I19, Pos. 16). Neben der zuvor schon bemerkten inhaltlichen Komplexität stellt für die Befragte auch die fach*sprachliche* Komplexität ein Problem dar:

> „B: ich denk mir immer wer? Wer, gell? Wer das wissen will. […] Weil ich einfach mit dene, mit dene professionellen Begriffen nichts anfangen kann, da sind wir zu ungebildet und zu-
>
> das is mir schon klar, dass die das so bringen müssen, das ist mir schon klar. aber für=n Laien oder für unbedarfte alte Menschen ist das eigentlich keine Hilfe, das lange Ding da //Mhm, ja// also (.) ok von mir aus, also net für mich, ich bin an sich schon interessiert an meinem (unverständlich etwa 2 Sekunden).
>
> I: Mhm. Ja, das überschweigt, übersteigt so=ne Schwelle.
>
> B: [Ja //Ok// hab ich kein Interesse dran eigentlich. @(.)@ //Mhm// Weil ich einfach mit den Stoffen nichts anfangen kann //Mhm// und jetzt setz ich das Vertrauen in meinen Arzt, der mir das Medikament verordnet und mit dem kann man ja auch darüber reden“ (I19, Pos. 28-31).

Zu fachlich gehaltene Text wie der betrachtete Standardtext bringen die Befragte schnell an die Grenze des Verstehens der Inhalte und des fachsprachlichen Ausdrucks. Sie positioniert sich selbst im

Angesicht des Standardtextes als zu ungebildet. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Leser(innen), die den Text verstehen können, eine gewisse Bildung und/ oder ein bestimmtes fachliches Vorwissen aufweisen müssen. Hier liegt für die Befragte also eine Fach- und Fachsprachenbarriere vor. Es zeichnet sich ab, dass sie ein tiefes Vertrauen in medizinische Fachpersonen hat und sich gern auf deren Kenntnisse und Erfahrungen verlässt. In diesem Zusammenhang behindert eine weitere Barriere die 83-Jährige an der erfolgreichen Rezeption von beipackzettelähnlichen Texten wie dem standardsprachlichen Informationstext zu den Schmerzmitteln: Die Emotionsbarriere.

> „B: Das interessiert mich gar net alles (2) @(.)@
>
> I: (3) Und wenn jetzt so nen längeren Text hast, was vo- was ist das, was dich dann verunsichert?
>
> B: (2) Ach::: (2) weißt die ganze Zusammensetzung des Medikaments und und äh die Wirkungsweise und (.) äh:: was des dann (.) bewirkt und oh: des kann ich gar net allesschildern, was mich da stört […] wenn ich dann le:s, dass das dann (.) Leberschäden hervorrufen kann, zum Beispiel. //Mhm// oder ich denk dann (.) denk immer (1) ((ausatmen)) (2) das verunsichert mich.
>
> I: Mhm. (2) ok quasi wenn alle alle Eventualitäten aufzählt würden.
>
> B: Ja“ (I19, Pos. 19-23).

Die Befragte gibt an, dass es für sie irritierend sei, zu viel über ein Medikament zu lesen, da es einen verunsichere (ebd.): „Ja, (1) °also° (.) wenn ich so gar net so viel über das Medikament weiß, ist mir das eigentlich lieber @Hauptsache@ es hilft mir, da vertrau ich meinem Arzt“ (I19, Pos. 49). Hier steht die Verunsicherung angesichts zu komplexer Fachinformationen zusammen mit der Angst vor unerwünschten Gefühlen durch das Gelesene der erfolgreichen Rezeption entgegen.

> „B: Ja::, und äh äh (2) äh: dass da doch jede Nebenwirkung aufgeführt ist und äh: jede:: (2) diese und jene Beeinträchtigung und (2) ((schweres Ausatmen)) (2) das macht irgendwie Angst, //Mhm// vor dem Medikament //Mhm// also (2) da hab ich mir schon manchmal gedacht, da lass ich doch gleich die Finger davon, wenn das so viele Nebenwirkungen hat, oder?
>
> I: Das schreckt ab, oder?
>
> B: Ja. (2) also manchmal, wenn ich mich schon mal a weng hineingelesen hab, in die lange (Litanei) (wenn man da fertig ist), ich will=s gar nicht wissen. (I19, Pos. 25-27)

Durch bereits gemachte Erfahrungen mit ähnlichen Texten steht die Befragte diesen mit Vorsicht gegenüber. Die „negative Vorerwartung in Bezug auf Verständlichkeit und Lesevergnügen“ (Lang 2021:83), die Lang im Kontext von Behördenkommunikation feststellt, wird hier im Rahmen medizinischer Informationsvermittlung durch die starke Emotionalität der Leserin erweitert und hemmt das Akzeptieren besagter Texte. Es ist anzunehmen, dass aus den von ihr angeführten Gründen die Rezeption bereits zu Beginn des Prozesses, beim Suchen bzw. Auffinden der Informationen (s. Kröger/Keller 2023), gehemmt ist oder gänzlich scheitert und die Befragte anstelle eigener Informationssuche auf die für sie angepassten, ausgewählten Inhalte im Arzt-Patienten-Gespräch zurückgreift, welches sie anspricht. Hier liegt eine Emotionsbarriere vor, der bereits bei der Texterstellung von medizinischen Inhalten vorgebeugt werden muss, um Lesende wie die Befragte überhaupt zu erreichen.

Auch eine 91-jährige Befragte mit Abitur assoziiert den Standardtext mit einem Waschzettel, der nicht wirklich lesefreundlich ist:

> „[…] so viel klein Geschriebenes hat man ja auch dann immer auf diesen ( ) Waschzetteln, die man in den verschiedenen Medikamenten sowieso hat und manchmal hat man dann auch gar keine Lust mehr dieses viele Kleingedruckte zu lesen //mhm// und dann ist plötzlich doch was Wichtiges dabei, nich'?“ (I24, Pos. 12)

Zum einen greift hier eine Wahrnehmungsbarriere, da die deutlich zu kleine Schrift der Befragten beim Lesen des Textes große Mühe abverlangt und ohne Hilfsmittel (Lupe, I24, Pos. 5) fast nicht zu bewältigen ist. Zum anderen setzt eine Motivationsbarriere sowohl auf der Stufe des erschwerten Wahrnehmens als auch hinsichtlich des Akzeptierens des Textes an: Die Anstrengung, die das Lesen des Textes erforderte, hat sich nicht gelohnt, da die Befragte nichts Neues daraus mitnehmen konnte und der dichte Text es ihr erschwerte, für sie relevante Informationen herauszufiltern. Daher hat der standardsprachliche Text ihr auch nur

> „mittelmäßig gefallen //mhm// weil ich ihn auch nicht so gut lesen kann. der ist sehr klein gedruckt //mhm// und da sind viele Sachen, die also eigentlich schon von selbstverständlich sind. die braucht man nicht °noch aufzuschreiben° […] also es war nicht interessant für mich, weil eigentlich nichts wesentlich Neues da erfahren habe“ (I24, Pos. 3-4).

Insgesamt ist ihr der Text zu ausführlich und verlangt eine für sie als anstrengend empfundene Auswahl der angebotenen Informationen, die ihr nicht lohnend erscheint:

> „[I]ch meine, da steht dann eben vieles ganz ausführlich //mhm// was ich nicht so ausführlich wissen muss oder was ich schon mal wusste, aber jetzt dann nicht mehr, weil ich daran nicht mehr interessiert bin, weil mein Magen in Ordnung ist“ (I24, Pos. 5).

In einem optisch kaum gegliederten Text wie dem vorliegenden ist es dann umso schwerer, für sich relevante Informationen herauszufiltern.

Die geringe Lesemotivation beim Anblick des Standardtextes bestätigt sich auch bei einer 68-jährigen Befragten, die diesbezüglich gleich gezielte Nachfragen stellt: „Also ich muss nicht d:en Text behalten können, ne? […] Das, was mich jetzt weniger interessiert, das ka- (.) kann ich das überfliegen?“ (I05, Pos. 2-3). Sie findet den Text zwar interessant und würde dessen Informationen nachlesen, um etwas zu lernen (I05, Pos. 4), ist aber nicht motiviert, diesen vor Ort komplett durchzulesen. Die hohe Informationsdichte und die Länge des Textes schrecken die Befragte einerseits ab – er sei zu ausführlich (I05, Pos. 6) –, andererseits stört sie der Stil des Textes (I05, Pos. 5): „Ja: zum Beispiel: „aber diese Schmerzmittel sind nich gleich (.) jedes Schmerzmittel hat andere Inhaltsstoffe und jedes Medikament wirkt an:ders.“ //mhm// das is klar. //ja, ja// also das is für mich wie ne Wiederholung das könnte man //ja// präziser (.) knapper //ja ja// formulieren“ (I05, Pos. 8). Der Standardtext enthalte auch einige nicht unbedingt wichtige Informationen (I05, Pos. 12), erfordere aber auch Vorwissen, um verstanden werden zu können: „[W]enn man aber selber betroffen ist (.) und mehr darüber weiß, is (.) dieser Apothekenumschau (.) also is der Artikel (.) besser“ (I05, Pos. 9). Sie vermutet, dass der Text für sie gut zu erschließen ist, da sie medizinische Vorkenntnisse aus ihrer Ausbildung in der Altenpflege mitbringt: „[D]a kommt dann wahrscheinlich (.) dieses (.) medi- Altenpflege dazu“ (I05, Pos. 10). Der Standardtext sei auf jeden Fall verständlich (I05, Pos. 15), gleichzeitig fügt die Befragte jedoch hinzu: „[D]er wird verständlich, wenn man sich (.) äh (.) etwas reinkniet. //mhm// aber er is nich so auf den ersten (.) Blick so husch husch //mhm// (.) oder man nimmt nur halt das Wichtigste raus //ja// und vergisst dann die (.) äh Nebensachen“ (I05, Pos. 14). Zum einen erfordert das Verstehen des Textes ihrer Meinung nach also eine gewisse Anstrengung bzw. eine kognitive Leistung, zum anderen müssen die wichtigen Informationen aus dem Text in der Rezeptionssituation erst mühsam herausgefiltert werden, um darauf aufbauend eine Anschlusshandlung durchführen zu können. Hier werden also implizit eine Motivationsbarriere sowie – je nach Voraussetzung bei den Lesenden mit Blick auf Vorwissen und eine Kommunikationsbeeinträchtigung – eine Kognitionsbarriere und/ oder Fach(sprachen)barriere angesprochen, die der Standardtext birgt. Um Wissen zu erlangen, ist der Text geeignet, jedoch nicht dazu, die wichtigsten Informationen zum Thema bereitzustellen: „[…] hier müsst ich jetzt erstmal so

suchen […], wo das is“ (I05, Pos. 23). Eine (schnelle) Handlungsorientierung durch den Standardtext ist also nach Ansicht der 68-Jährigen nicht unbedingt gegeben.

Der Schmerzmitteltext in der standardsprachlichen Fassung scheint in besonderer Weise als leseunfreundlich aufzufallen, da mehrere Befragte deutlich die geringe Wahrnehmbarkeit durch die kleine Schrift und die dicht gedrängten Textblöcke kritisieren, die für diese Befragten auch eine Motivationsbarriere befördern und das Akzeptieren des Standardtextes herabsetzen. Die Beurteilung dieses Standardtextes eröffnete eine Reihe von Aussagen zu Aufwand, Mühe und Anstrengung, die der Text beim Lesen machte.

Der Standardtext zum Thema *Schlaganfall* war mit fast 14 Seiten der längste standardsprachliche Text. Er enthielt wie der Schmerzmitteltext keine Bilder, war aber im Gegensatz zu diesem wie der Parodontitis-Text durch Bullet Points und zudem noch durch deutlich hervortretende Zwischenüberschriften optisch strukturiert. Die unterschiedliche Gestaltung der Texte dieser Varietät wurde explizit für die Erhebungssituation ausgewählt bzw. angepasst, um zu ermöglichen, spezifische Aspekte wie die optische Gliederung, die Textlänge und Bebilderung untersuchen zu können bzw. Aussagen dazu zu erhalten (s. Kap. 6.2).

Eine 78-Jährige favorisiert unmissverständlich den Standardtext unter allen drei Varietäten, obwohl dieser „eigentlich zu langatmig […] und auch so teilweise mit so Wiederholungen“ (I17, Pos. 2) sei. Sie lehnt jedoch entschieden die verständlichkeitsoptimierten Texte ab (Kap. 7.3.2; 7.3.3).

Ein diplomierter 75-Jähriger gibt zwar an, dass in einer Notsituation einer der beiden kürzeren (verständlichkeitsoptimierten) Texte hilfreicher sei als der lange Standardtext, favorisiert diesen jedoch für sich selbst unter allen drei Texten: „Dann würde ich den sicher nehmen, //Mhm// weil ich da in Ruhe nochmal, äh mich ähm umfassend informieren kann“ (I14, Pos. 14). Die verständlichkeitsoptimierten Versionen sind zwar leichter zu verstehen, jedoch beurteilt der Befragte den Standardtext als ebenso verständlich, „für mich zumindest“ (I14, Pos. 8). Hier wird, anders als bei der Befragten davor, nicht aus der Perspektive der Unzulänglichkeiten der beiden verständlichkeitsoptimierten Texte argumentiert, sondern aus dem eigenen Selbstbild eines interessierten, motivierten und fähigen Lesers. Gleichwohl der Standardtext Konzentration beim Lesen erfordert und stellenweise durchaus „etwas zu kompliziert“ sei (ebd.), wird die Zugewandtheit des Befragten zu diesem Text deutlich. Er sieht sich selbst als interessiert und lesefreudig genug, den langen und komplexen Text erfolgreich zu rezipieren. Hier kommt also das Konzept der Distinktion zum Tragen, welches durch die Auswahl des für ihn „angemessenen“ Textes sein Selbstbild erhalten soll (s. Kap. 8.2).

Auch in den Aussagen eines 68-Jährigen spiegelt sich der Wunsch wider, das eigene Selbstbild als motivierter Vielleser aufrechtzuerhalten: Auch er betrachtet den Standardtext als am schwierigsten, dennoch – oder, im Sinne seines Selbstbildes, gerade deshalb – würde er diesen für sich persönlich von allen drei Texten auswählen.

> Ja eben, ich habe ja schon gesagt, der erste ist sehr detailliert. das ist für mich zu wissen, weil ich ein neugieriger Mensch bin. //Mhm// ich lese viel. //Mhm// und mich interessiert eigentlich alles. //Ja// drum interessiert mich das dann auch. auch das tiefere Wissen interessiert mich. //Ja// dass sich irgendwann dann wieder flach legt, ist mir ganz klar. und da ist wieder der zweite Text wichtiger. da ist das präg- das Wichtige, das Präg- das Präg- das Prägnante äh das Wichtige wird prägnant dargestellt. (I03, Pos. 12)

> am interessantesten ist natürlich Text eins, ist klar. //Mhm// Neugierde wieder. (I03, Pos. 19)

> der erste Text ist am schwierigsten zu lesen, weil der- der mit viel Detailinformationen, der ist umfangreich, der ist mit Sicherheit am schwierigsten zum Lesen. den würde ich nicht lesen, wenn=s schnell gehen muss. //Mhm// wenn ich nur wissen will, was muss ich machen, würde ich den mit Sicherheit nicht lesen. //Mhm// dann wäre wahrscheinlich der am besten (I03, Pos. 23)

Der Standardtext mit seinen fast 14 Seiten an detailreichen Ausführungen würde seinen „Wissensdurst befriedigen" (I03, 25). Gleichzeitig bemängelt er die fehlende Handlungsorientierung darin, die wiederum in den verständlichkeitsoptimierten Textversionen gegeben ist („was zu tun ist" (I03, Pos. 56); s. Kap. 7.3.2; 7.3.3). Er etablierte hier ein Selbstbild eines von der Norm abweichenden, übermotivierten Lesers, der sich auch der schwierigsten und ausführlichsten Texte annimmt: „[M]it dem ersten Text kann man es nicht vergleichen, weil das ist- der erste Text ist für jemanden, der wie schon gesagt, der Interesse hat, der äh mehr Informationen, mehr Detail will" (I03, Pos. 50). Da müsse man „Neugierde mitbringen und sich dafür interessieren" (I03, Pos. 48). Er selbst zählt zu denjenigen, die mehr Details lesen wollen, Neugierde mitbringen und sich dem schwierigen Text stellen, da sie intrinsisch motiviert sind. Der Standardtext sei zu ausführlich „für=n Normalo" (I03, Pos. 52), wodurch sich der Befragte von anderen Lesenden abheben möchte. Er gibt jedoch auch zu, dass es ausreichend wäre, den Standardtext einmal zu lesen, wohingegen er den Leichte-Sprache-Text „zehnmal lesen könnte" (I03, Pos. 32; Kap. 7.3.3).

Auch ein 91-jähriger Neurologe identifiziert sich als Zielleser des anspruchsvollen Standardtextes: „[F]ür m:ich is N- Nummer eins Favorit, für mich (.) bin ja nu=n Neurologe" (I23, Pos. 18-19). Für ihn sei der Text „sehr verständlich", sogar „für mich natürlich s- (.) äh: vielleicht verständlicher" (I23, Pos. 6-7). Medizinische Lai(inn)en ohne besonderes Fachinteresse oder Vorwissen täten sich seiner Ansicht nach jedoch schwer mit dem Text: „Aber die eins (.) ist für die Allgemeinbevölkerung zu viel //ja// da ist zu viel Information; //mhm (1) das °stimmt°// aber für mich nicht //@(.)@ ja// und für und für (.) Medizininteressierte auch nicht" (I23, Pos. 17).

Im Gegensatz zu dem zuvor betrachteten Befragten verfügt dieser über ein reiches medizinisches Vorwissen und hat somit eine andere Ausgangssituation bzgl. der Rezeption von fachlichen und fachsprachlichen Gesundheitsinformationen als ein Laienpublikum. Umso interessanter ist seine Bewertung des Standardtextes, der für ihn eine „Vorlesung für Medizinstudenten" (I23, Pos. 2) sei und an dessen Formulierung er noch etwas schleifen würde (I23, Pos. 5). Der Text wird also von einem Mediziner selbst als ungeeignet in der Vermittlung von fachlichen Inhalten an Lai(inn)en gehalten.

Die 92-jährige Fachkollegin des eben behandelten Befragten, eine ebenfalls promovierte Ärztin, beurteilt den Standardtext auch als zu fachlich und ungeeignet für ein Laienpublikum: „Für mich gut verständlich, natürlich. (.) //Und:// ich überlege eben bloß ein Laie, wei:ß ich nicht genau. ich glaube nicht, dass der das Durchhaltevermögen hat, das alles zu lesen" (I25, Pos. 3). Interessant ist hier die Formulierung dazu, dass es Durchhaltevermögen brauche, den Standardtext zu lesen, was wiederum Mühe und Aufwand bzgl. vorhandener Ressourcen bei der Rezeption impliziert (s.o.). Dies ist zum einen der Textlänge geschuldet, zum anderen aber auch der Komplexität der Inhalte: „Zu wissenschaftlich, also er ist ja eben wissenschaftlich. (3) der gehört in ein Ärzteblatt, aber nicht in die- in die äh Gesundheit- in die Umschau" (I25, Pos. 4). Schlecht sei der Standardtext ihrer Meinung nach bestimmt nicht, aber er sei zu ausführlich und habe zu viele Wiederholungen; „das liest man als Laie dann nicht. (2) dann meint man, das ist jetzt ne wissenschaftliche Abhandlung" (I25, Pos. 11). Der Standardtext sei also zu wissenschaftlich und insgesamt ungeeignet, um Lai(inn)en angemessen zu informieren. Sie selbst wüsste niemanden, an den sie den Standardtext weitergeben würde (ebd.).

Eine 71-jährige medizinische Fachangestellte brachte wie die beiden Mediziner(innen) Vorwissen mit: Für sie selbst sei der standardsprachliche Text zwar auch verständlich, aber sie habe eben medizinische Vorkenntnisse. Für einen Laien findet sie „ihn doch etwas verwirrend" (I09, Pos. 6), vor allem hinsichtlich der medizinischen Fachausdrücke und der Satzebene:

> „[D]as fing eigentlich schon auf der ersten Seite schon an. hier mit dem Satz zum Beispiel […] Der hier transistorischen oder ischämischen //ah ja// Attacke //mhm// dass es da zwei verschiedene gibt. eben einmal vom Gehirn ausgehend und wenn äh (.) Adern verstopft sind oder eben andersrum. das ist schon (.) weiß ich nicht, ob da alle was mit anfangen können //mhm// (2) ne hier mangelnde Durchblutung und es dann hier wieder beschrieben (.) aber (2) an manchen Ecken weiß ich nicht finde ich schon ein bisschen (2) verwirrend. Außerdem ist es viel" (I09, Pos. 7-9).

Die Textlänge des Standardtextes mit seinen 14 Seiten erscheint auch dieser Befragten schlichtweg zu lang. Für sie war der Einfache-Sprache-Text „für einen Laien natürlich besser verständlich" (I09, Pos. 15; Kap. 7.3.2), während beim Standardtext „zu viel Fachgeschichten drin" seien („ne hier was wissen die transitorischen ischämischen (Attacken) //ja// hm //ja ja// kann ja keiner was mit anfangen" (I09, Pos. 5)). Neben der Textlänge wird hier also auch die inhaltliche Komplexität und die Notwendigkeit, Vorwissensbestände zum Verstehen mitbringen zu müssen, bemängelt. Der Standardtext sei aussagekräftiger, aber

> „trotzdem finde ich den für jeden Laien oder grad auch älteren Menschen, wenn ich so an meine Mutter mit ihren zweiundneunzig Jahren denke, die jedes Blatt aus irgendwelchen Klatschzeitungen rausreißt wegen Arteriosklerose oder (Apoplex) oder was, egal was, ne […] äh da ist sowas [Leichte-Sprache-Plus-Text] natürlich viel einfacher zu lesen" (I09, Pos. 18).

Somit bewertet sie den Standardtext also für hochaltrige Menschen wie ihre Mutter mit über 90 Jahren als unangemessen, weil er nicht einfach genug zu lesen ist. Auf die Nachfrage, ob solche Texte in Zeitungen oder Zeitschriften zu Gesundheitsthemen verwirrend seien, weil sie nicht so richtig verständlich oder einfach verunsichernd seien, antwortet die Befragte: „Ich denke, die verunsichern ganz einfach. […] zumindest äh ja teilweise schon //mhm ja// gerade bei älteren Menschen und das sehe ich an dem Beispiel meiner Mutter. Mich verwirren die nicht unbedingt, aber (.) interessiert mich auch nicht" (ebd.).

Hier sind zweierlei Dinge zu erwähnen: Zum einen wird hier implizit eine Emotionsbarriere angesprochen, die bei der Rezeption gesundheitsbezogener Informationen auftauchen kann, wenn konkrete Informationen zu eigenen Beschwerden oder Problemen von Nahestehenden gesucht werden. Zum anderen steht bei dieser Aussage unterschwellig die Frage nach der Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformationen und verlässlichen Quellen im Raum, die vielen Menschen Probleme bereitet und die Verunsicherung größer werden lässt (s. 7.1). Die Befragte selbst gibt im Verlauf des Interviews zu, dass sie bei zu starker eigener Verunsicherung bzgl. relevanter Gesundheitsinformationen auch auf die aktive Vermeidung derselben setzt, um keine weiteren Angstgefühle zu schüren: „[D]ann informiere ich mich schon, aber dann denke ich doch mach das doch wieder aus hier, oder hör auf da rumzugooglen, das verunsichert dich nur noch mehr, ne" (I09, Pos. 41; Kap. 7.1).

Bereits bei den ersten beiden Texten (Standardsprache und Leichte Sprache Plus) wird von der Befragten stark unterschieden, wem sie welchen Text empfehlen würde:

> „Ich denke, das kommt auf=s Alter an //Mhm// und auch in gewissem Sinn auf die naja (.) Bildung //Mhm//, ne? Ist ein Mensch intelligent genug oder ist der eher so=n bisschen hm //Joa// lala, dann würde ich vielleicht eher das hingeben und sagen lies dir das mal durch (.) und ich glaube, das kommt einfach auf die Person an" (I09, Pos. 22).

Hier ist bereits ersichtlich, dass der Leichte-Sprache-Plus-Text sich nach Einschätzung der Befragten nicht an intelligente Menschen richten kann bzw. dass der Standardtext ein gewisses Maß an Intelligenz erfordert, um verstanden zu werden. Auf die Nachfrage, ob sie den ersten Text also eher Kolleg(inn)en empfehlen würde, die die gleiche Ausbildung wie sie absolviert haben, antwortet die Befragte interessanterweise erneut mit Bezug auf die Intelligenz der potenziellen Leser(innen): „Nicht unbedingt die gleiche Ausbildung, aber irgendwie ja 'ne gewisse Intelligenz da ist" (I09, Pos. 14). Der Faktor Intelligenz scheint für sie also ausschlaggebend dafür zu sein, ob sie eher den ersten oder zweiten Text weiterempfehlen würde. Die Unterscheidung wird nicht anhand des vorhandenen Vorwissens – etwa durch eine medizinische Ausbildung – getroffen. Für sie selbst würde sie allerdings den Standardtext wählen, wenn sie von ihrem Beruf ausginge (I09, Pos. 32). Hier scheinen ebenfalls Tendenzen aufzukommen, das eigene Selbstbild, das stark mit dem beruflichen Werdegang verbunden ist, aufrechtzuerhalten.

Die Befragte gibt jedoch ebenso an, dass sie sich die kürzeren Texte (Leichte Sprache und Leichte Sprache Plus) eher durchlesen würde als den fast 14-seitigen Standardtext, den sie als „halben Roman" bezeichnet (I09, Pos. 50-52). Damit reiht sie sich in die Aussagen mehrerer Befragter ein, die mit dem langen Standardtext einen (halben) Roman, eine Litanei o.ä. assoziieren, was die übermäßige Textlänge und die meist daran gekoppelte Unlust, den Text tatsächlich ganz zu lesen, beschreibt. Auch hier zeigt sich also erneut, dass eine übermäßige Textlänge und Dichte von Informationen eine Motivationsbarriere befördern können.

Eine 71-jährige ehemalige Verwaltungsangestellte würde trotz der positiven Bewertung des Leichte-Sprache-Textes (s. Kap. 7.3.3) aus allen drei Texten den Standardtext auswählen: „[D]ann würd ich den ersten nehmen // und welchen davon würdest du jemandem weiterempfehlen? //auch den ersten […] weil er sehr, sehr ausführlich beschrieben ist" (I11, Pos. 10).

Sie beharrt darauf, dass der Standardtext am besten von allen ist, sowohl für sie selbst als auch zur Weiterempfehlung an andere. Ausführlichkeit ist für sie das ausschlaggebende Kriterium und wirkt bei dieser Befragten im Gegensatz zu den meisten anderen dieser Gruppe nicht abschreckend, sondern geradezu als Auswahlkriterium. Die Teilnehmerin relativiert die Auswahl eines Textes also weder nach der Textlänge noch nach den Lesenden und setzt Ausführlichkeit mit der besten Information und dem größten Gefallen gleich.

Eine 83-jährige ehemalige Bürokauffrau befindet hingegen den Standardtext als am schlechtesten von allen drei Texten, wohingegen ihr die leichteste Version am besten gefallen hat I21, Pos. 29; Kap. 7.3.3).

In der Gruppe der Befragten, die die Schlaganfalltexte lasen, lassen sich folgende Punkte zur standardsprachlichen Varietät festhalten: Die Proband(inn)en, die den Standardtext als am besten empfinden, haben ein Selbstbild von sich, das sie entweder als Leser(innen) mit großem Vorwissen oder mit starkem Interesse und ausgedehnter Neugier zeigt, die sich gern ausführlich über ein Thema informieren. Sie lassen sich nicht von den Wiederholungen und der Textlänge des Standardtextes abschrecken, die wiederum für andere Befragte ausschlaggebend für dessen negative Bewertung sind. Die Assoziation des Standardtextes mit einem Roman oder „tausend Seiten" ist bereits in den anderen Themen aufgetaucht und verdeutlicht, wie abschreckend eine übermäßige Textlänge sein kann. Zudem resultiert für einige Befragte eine Motivationsbarriere daraus, die verhindert, dass diese den Standardtext überhaupt zu Ende lesen wollten.

Dementsprechend können zusammenfassend eine zu ausschweifende Textlänge, eine zu hohe Komplexität der Inhalte, zu viele Fachbegriffe bzw. komplexe Fachsprache, die Vorwissen erfordern, um die Inhalte zu verstehen, Störfaktoren sein, die die Rezeption beeinträchtigen und das Akzeptieren der Texte mindern. Ein neuer Aspekt, der sich durch die Betrachtung der Aussagen zu den Standardtexten ergab, ist der der *Anstrengung*: Mehrere Befragte äußerten sich in ähnlicher Weise dazu, dass die zuvor genannten Störfaktoren ihnen das Lesen des Textes zu anstrengend, mühevoll, irritierend etc. machte. Der erforderliche Aufwand, den die Befragten bei der Rezeption betreiben mussten, wurde in einer inneren Kosten-Nutzen-Rechnung der Befragten abgewogen und teilweise als zu hoch eingestuft (z.B. „Kann ich das überfliegen?“). Es ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Befragten in einer natürlichen Rezeptionssituation in diesen Fällen mit hoher Wahrscheinlichkeit den Rezeptionsprozess abgebrochen hätten. Der Faktor Anstrengung bzw. Aufwand für die Zielgruppe bei der Rezeption, aus welchen Gründen auch immer (zu kleine Schrift, Textlänge etc.) stellt hiermit eines der Ergebnisse der Analyse dar, die es für die Zielgruppe zu beachten gilt.

7.3.2 Leichte-Sprache-Plus-Text (Einfache Sprache)

Die Frage danach, welche Merkmale und Aspekte in den beiden verständlichkeitsoptimierten Varietäten (in)akzeptabel für die Zielgruppe sind, stand im Fokus der vorliegenden Studie. Daher wurden die Aussagen zu den beiden Varietäten, die sich auf das Akzeptieren der jeweiligen Texte bezogen, in einer Tabelle zusammengeführt und auf das Wesentliche reduziert (s. auch Kap. 7.3.3). In diesem Kapitel steht die Leichte Sprache Plus im Vordergrund:

Befragte Person	**Hauptaussage**	**Akzeptanzindikation**[33]
w-92-promoviert	[gut verständlich, aber] für einen Laien vielleicht=n bisschen zu kurz. da müssten mehr Erklärungen rein mit. (I25, Pos. 13) [privat lesen?] Nö, ich glaube nicht. @(.)@ (I25, Pos. 16)	Akzeptanz mit Einschränkungen (LS am besten, LS+ mittel)
w-91-Abitur	[am besten] den Text zwei (.) //mhm// der ist für mich eben auch ja interessanter gewesen und das ist breit gedruckt und das kann man direkt hinlegen in den Medizinschrank //mhm// und sagen, naja, nun guck mal nach, wie war denn das mit Ibuprofen //mhm// und wie ist das mit Diclofenac //mhm// und wie ist das mit mit Aspirin und Paracetamol //mhm super// und da steht das ja gut drauf, das ist ja gut erklärt und das sind auch keine überflüssigen Sachen eigentlich erklärt oder drauf geschrieben //mhm// sondern wirklich Sachen, die man so als, na, sagen wir als normaler Mensch braucht. (I24, Pos. 11)	Akzeptanz LS+ (am besten), starke Ablehnung LS

[33] Die Akzeptanzindikation wurde zu fünf Stufen verfeinert: Akzeptanz, Akzeptanz mit Einschränkungen (wenn bestimmte Mängel geäußert wurden), Ambivalenz (wenn nicht auszumachen war, ob die Texte akzeptiert wurden bzw. die Bewertung ausgewogen war), Ablehnung mit Einschränkungen (wenn ein Text z.B. für eine(n) Befragte(n) für sich selbst abgelehnt wurde, aber für andere Zielgruppen als angemessen empfunden wurde), und Ablehnung.

m-91-promoviert	ist mir zu lapidar […] hab ich sehr kurz überlesen nur //@(.)@// der war mir n bisschen dürftig (I23, Pos. 20-21) (Standardtext Favorit für ihn selbst)	Akzeptanz LS+ (mit Einschränkungen), zu dürftig (LS am besten, Standardtext Favorit für ihn als Med. (Distinktion))
w-89-Volksschule-hauswirtschaftl. BS	also ich habe keine Schwierigkeiten gehabt beim Verstehen. […] also für mich sehr verständlich, gut verständlich. //Mhm// der erste, wie der zweite. [in Bezug auf alle Texte:] im Großen und Ganzen würde ich das akzeptieren, so wie=s ist. […] entweder man nimmt des an und macht was oder man- man lehnt es einfach ab. ((Papier raschelt)) und da ist ja also ich- ich kann da nur Positives drüber sagen, ja (I22, Pos. 10, 12, 15) [wenig hinterfragend -> kritische Lesekompetenz?]	Ambivalenz (kaum Unterschiede zw. Standardtext und LS+ benannt, LS am besten bewertet)
w-83-Volksschule-Lehre	War auch gut. […] Das hat mir gefallen, jaja. [Der erste Text (Standardtext) mehr gefallen oder der zweite?] Das Zweite. (I21, Pos. 14-16) [am besten gefallen der dritte Text in LS mit den Bildern]	Akzeptanz (LS+ mittel, LS am besten)
w-83-Abitur-Diplomkauffrau	Ich finde, diesen Text b für normale Bürger am besten und verständlichsten, da kann man sich auch wirklich ähm also, ein Bild machen von dieser Erkrankung. Ich neige mehr zu b [von allen], weil man das besser lesen kann. Einmal wegen der äußeren Form und ich fand es auch verständlich und ich hatte den Eindruck, dass eigentlich alles Wichtige auch dabei berücksichtigt worden ist. (I20, Pos. 13-15) Dieser ist äh für einen normalen Menschen, der äh sich orientieren will, ist das ausreichend, diese etwas kürzere Form und es ist auch gut geschrieben. Man kann sich sehr schnell informieren und ich meine, dass das als 1.Hilfe der bessere Text ist. (I20, Pos. 11-12)	Akzeptanz LS+ (am besten), starke Ablehnung LS
w-83-Hauptschule-Hausfrau	Besser. [als der Standardtext] des ist kurz, das ist eindeutiger (.) dann kann man sich schneller wieder finde, (1) was ma: […] das hat man schneller äh (.) verstanden quasi. (I19, Pos. 32-33) Also der Text b, der sagt noch ein bissele mehr aus über Schmerzmittel (das selbe) (1) äh:: (1) die Inhaltsstoffe, also die Wirkstoffe wäre dort zum Teil (noch) (1) mit aufgeführt,	Akzeptanz (LS+ mittel, LS am besten)

	(2) was aber der Laie dann (.) trotzdem schon gar net mehr so versteht. (I19, Pos. 37) [LS am hilfreichsten von allen Texten]	
m-79-Volksschule-Meister	Ja der ist besser als der andere [Standardtext]. ja ja. //Mhm// ist auch besser dargestellt. ist größer geschrieben und alles sowas. //Ja// da gibt man sich nicht so die Mühe das Kleingedruckte so zu lesen. das ist ein bisschen verständlicher für mich, nech. […] weil das größer geschrieben ist und die sind hintereinander aufgeführt, da kann man das besser auseinander sortieren die- die vier Schmerzmittel, nech. […] von den beiden Texten [Standard- und LS+-Text], ja. Da dieses ist eben verständlicher // Der zweite Text. // Der zweite Text. (I18, Pos. 12-15) [LS am besten]	Akzeptanz (LS+ mittel, LS am besten)
w-78-Realschule-Lehre	der zweite und der dritte, die geben sich nichts. (I17, Pos. 54) da bin ich sehr zurückhaltend, wie sie merken. //mhm// da muss ich sagen, ob ich das gelesen hab oder peng. (.) das war mir n-zu wenig. (I17, Pos. 14) der zweite gibt mir zwar (3) schlagzeilenweise (1) Informationen, //mhm// aber das hilft mir im täglichen Leben nicht unbedingt weiter […] weil die Hintergründe sind eben in, in Text eins. (I17, Pos. 22) [Standardtext Favorit, LS stark abgelehnt]	Starke Ablehnung LS+ (und LS), Standardtext Favorit
w-78-Volksschule	b ist leichter [als der Standardtext] […] für mich jedenfalls (I16, Pos. 13) [LS noch verständlicher für sie]	Akzeptanz (LS+ mittel, LS am besten)
w-75-Hauptschule-Lehre	[am schlechtesten einschätzen?] Kompliziert. dann würde ich den //Der Erste// der Erste, wo so viel geschrieben ist. Das kann ich besser lesen, mit der großen Schrift. Ist vielleicht ein bisschen kürzer gehandhabt, aber auch verständlich. (I15, Pos. 7-10) [LS am besten]	Akzeptanz (LS+ mittel, LS am besten)
m-75-Diplom	als Erstinformation (2) hilfreicher als das- äh das andere [Standardtext] (I14, Pos. 16) für erste Information ist der natürlich besser //Mhm mhm// aber wenn man sich dann mit dem Thema ausführlicher wirklich noch einiges an Hintergrundinformationen und Information vor allem über Therapien und über verschiedene andere Dinge, ist das natürlich auch ein sehr interessanter Text [Standardtext] (I14, Pos. 21)	Ablehnung mit Einschränkungen, Standardtext für ihn Favorit (Distinktion), nur als schnelle Erstinformation

	[für ihn selbst Standardtext Favorit]: „ich bin ja eigentlich ein Mensch, der sich immer gerne umfassend informiert, dann würde ich den natürlich unter der Rücksicht würde ich den natürlich für am besten halten.“ (I14, Pos. 13).	
m-73-Volksschule-Lehre	der ist so=n bisschen äh puh ich würde mal sagen nicht ganz so intensiv, richtig umschrieben wird=s mehr. (I13, Pos. 22) Ja, dann würde ich den ersten nehmen, weil der intensiver geschrieben ist […] für Erwachsene ist vielleicht der erste besser. […] so für Erwachsene //Ja// so könnten die sich das äh //Mhm// dann wäre das besser. Weil das umschriebener wird, nech. //Mhm// Und es ist- ist, will ich jetzt auch mal sagen, so=n bisschen mahnender. (I13, Pos. 12-14) „dies kommt als erstes [Standardtext], dann das als zweites [LS+] und das möchte ich sagen, das ist so- praktisch nur so kurz beschrieben [LS]“ (I13, Pos. 48)	Ablehnung, Standardtext für erwachsene Leser(innen) [LS mit Kindern assoziiert - Ablehnung, LS+ noch akzeptabel „Mir würde der kleine [LS+-Text] auch reichen“ (I13, Pos. 23)] Standardtext Favorit
m-72-Hauptschule	das geht:. das ist schön groß //mhm// und nicht so lang [am besten Text b] „der sacht dir mehr drüber“ weiterempfehlen von allen dreien: „auch b“, „weil der mir auch gefällt“ (I12, Pos. 10-12) [Ablehnung gegenüber LS- und Standardtext, LS+ Favorit]	Akzeptanz LS+ (am besten), starke Ablehnung LS- und Standardtext
w-71-Lehre	-auch sehr verständlich […] weil es sehr dis- also sehr ähm (.) gut aufgeschlüsselt ist //mhm// und und äh die Fragen eigentlich die man sich selbst stellt hier eigentlich schon so äh im im Text vorh- vorkommen also //mhm// sehr gut geschrieben und sehr gut erklärt (I11, Pos. 16) -also am besten hat mir die Nummer 1 gefallen, weil die sehr, sehr ausführlich ist […] eigentlich sind sie alle drei gut, aber die- der erste Text ist also sehr ausführlich und gut beschrieben (I11, Pos. 8) -also schlecht sind se alle drei nicht // okay // aber wenn ich als ers- also wie gesagt der erste ist am ausführlichsten //mhm// ja und der dritte fff da gibt es auch neuig- Neues, was ich also auch noch nicht wusste, //mhm// aber sind alle drei gut (I11, Pos. 19); sehr gut [gefallen] (I11, Pos. 21)	Akzeptanz mit Einschränkungen (kein großer Unterschied zw. LS und LS+), Standardtext Favorit (Ausführlichkeit als Qualitätskriterium) [Sie beharrt darauf, dass der erste Text am besten ist, auch zum Weiterempfehlen. Ausführlich ist immer und für alle besser! Hier wird nicht relativiert, sondern verallgemeinert.]
m-71-Hauptschule-Lehre	Ja, also wenn ich an verschiedene Arbeitskollegen denke, also ich denk (3) die würden mit nem schwierigen Text gar nicht klarkommen // hmm // Ja, also mit ner	Akzeptanz mit Einschränkungen; Vorbehalte, LS+ jedoch akzeptabel für ihn, schließt sich mit ein (damit LS+

	großen Umschreibung würden die gar nicht klarkommen, wenn du denen dann sagst du das ist das und das und das und dann geben die sich zufrieden, also // hmm (2) okay // weil es gibt ja Leute, die haben jetzt nicht, ich ja auch, kann ich mich hinzutun, die haben halt nicht unbedingt den Bildungsstand, die sind die sind damit ganz und gar zufrieden // hmm // und die sind informiert (2) ich denk mal, dass das auch äh dass das auch achtzig Prozent der Leute bilden (I10, Pos. 25) das ist äh die Kurzfassung ((Z lacht)) aber ich würd sagen vom Lesen her ist es äh (.) ist beides sehr gut. [Standardtext und LS+] […] also ich konnt da jetzt wirklich keinen großen Unterschied erkennen. //jaja// weil‘s beides äh verständlich ist. (I10, Pos. 17, 19-20) also verständlich auch für (.) Leute die nit- äh // die nicht // die nicht °so auf der Höhe sind° (I10, Pos. 18) und ein anderer sagt hör mal zu, das sagt mir alles // ehm=hmm // und äh (.) das reicht mir, das hab ich innerhalb von fünf Minuten durchgelesen, dann bin ich gleich informiert // hmm // und dann die anderen Texte eher für Leute, die es kürzer mögen, oder-? A: joa. ja, eben eben. Leute, die äh eben vielleicht im Lesen gar nicht so bewandert sind // hmm // die noch nie n Buch gelesen haben, die einfach äh joa (2) das Ding in die Hand kriegen, die haben es mit den Zähnen eben zu tun ähm und dann ist das ne (.) ne gute Informationsquelle // ehm=hmm // Die würden das ehm gar nicht richtig verstehen, wenn sie acht Seiten lesen sollten, müssten, ich weiß ja nicht, ob es acht Seiten sind ((Z lacht)), wenn ich es in drei Seiten äh auch genauso gut habe, dann sind, dann ist das auch äh (.) weil die vermissen ja nichts (I10, Pos. 21-23)	für ihn am besten von allen Texten); starke Vorbehalte gegenüber LS („dass es der Dümmste kapiert“ (I10, Pos. 30)), für Standardtext braucht man gewissen Bildungsstand (den er nach eigener Aussage nicht hat)
w-71-Lehre (med. Hin.)	für einen Laien natürlich besser verständlich [als Standardtext] (I09, Pos. 15) welcher hat mir am besten gefallen? (4) also ich würde sagen der zweite […] der [Text 3, LS] ist auch gut, aber so von=ner Einfachheit	Akzeptanz LS+, starke Ablehnung LS („für ganz Dumme“), Standardtext würde sie „vom Beruf her“ auswählen (Distinktion), privat einen von

	halber und vom Verständnis allgemein (.) fand ich den schon recht gut, den zweiten. Schlecht ist eigentlich keiner davon. //Mhm, okay// die Texte sind all- wirklich alle drei gut. (I09, Pos. 23, 25, 27) [Name der Tochter] kriegte den zweiten @(.)@ […] ich denke, das ist altersabhängig und mit verständnis- ja wie ist das Verständnis //Mhm// des Menschen dazu. (I09, Pos. 34)	den beiden einfachen Texten (LS+ privat am besten, da akzeptable, nicht zu mühevolle Lösung für sie selbst)
m-69-Volksschule-Lehre Metall	Der war sehr verständlich. […] auf Anhieb. Das liegt da dran, dass hier deutlich weniger äh Dinge genannt werden, die mh drumherum sind. //Mhm// so wie hier ausschweifend ähm die ich gar nit, die mich gar nicht belasten, wenn ich den Text hab. (I08, Pos. 25-26) das hat ja auch seinen Zweck, dass der so geschrieben ist. […] mit dem, was er beansprucht. […] nämlich das Wesentliche und //Mhm// schnell informierten //Mhm// ist der auch gut. beide [Texte] haben ihre Berechtigung Ja, ich würde den hier zuerst nehmen […], weil für das Thema, was da ist, reicht der mir aus. // Mhm ja. (.) okay. ähm (2) wenn du einen von den beiden Texten weiterempfehlen würdest, ähm um sie über das Thema Scherzmittel zu informieren, welchen würdest du da auswählen und warum? // Den da für die erste Information. //Mhm, warum?// Wegen dem leicht Verständlichen und dem Wesentlichen, was da drinsteht. //Okay// (.) was meiner Meinung nach zuerst mal reicht. (I08, Pos. 27-30) [LS letztendlich Favorit]	Akzeptanz LS+ (mittel), LS noch besser (da noch schneller zu verstehen)
w-69-Realschule-Lehre	Sagen wir mal so, ich hab es sowieso immer viel, viel lieber, wenn die Sachen größer geschrieben sind (.) und äh es irgendwie luftiger wirkt (.) weil hier das ist alles zu eng (.) das ist so: (es) es erschlägt einen //Hmm// ne‘ also man guckt es an und hat schon keine Lust mehr [Den würdest du dem überladenen Text vorziehen?] auf jeden Fall (I07, Pos. 18-19) sagen wir mal so, ich glaub, für mich wär so ungefähr das hier so das Richtige //Ehm=hmm//ne‘ und dieses hier (.) wäre mir immer noch lieber als das (.) also viel lieber (I07, Pos. 20)	Akzeptanz LS+ (mittel), LS am besten, Standardtext mühevoll

m-68-Hauptschule	da ist alles kurz und schmerzlos drin. //Ja// Kurz, kurz formuliert (I06, Pos. 6) das was, was hier erst (unverständlich 2 Sekunden) hättest überlegen müssen, wie=s jetzt gemeint oder was meint der jetzt so damit, ne //Ok// Das hier, die Frage beantwortet, ist hier schon beantwortet //Ok// da brauchst du jetzt weniger nachzudenken. (Transkript m_68_HS)	Akzeptanz LS+ (angenehmer als Standardtext - mittel), LS am besten, Standardtext mühevoll (erfordert Nachdenken)
w-68-Abitur-Lehre	[Also wär dann für dich die Frage, in welcher Situation du den lesen würdest?] Ja, und wie viel Zeit ich zur Verfügung habe. //mhm// (.) wenn ich zum Beispiel in der Apotheke stehe (.) und würde die zwei sehen und ich habe jetzt Schmerzen irgendwo und hinter mir sind viele Leute, da is das natürlich toll, da guck ich schnell drauf (.) //mhm// äh ich habe das und das (.) also (.) kann ich das und das (.) aussuchen. (I05, Pos. 32-33) wenn´s mich nich so interessieren würde, //mhm// also bei einem anderen Thema //ja// (.) äh wär mir das l- lieber (.), weil d- (.) d- (.) das wär mir zu viel (I05, Pos. 34) [Hintergründe für sie im Standardtext] eigentlich zur (.) Vorinformation von Apotheker (I05, Pos. 39)	Akzeptanz mit Einschränkungen, Ablehnung gegenüber LS, LS+ akzeptabel als Schnellinformation, Standardtext mit Anstrengung/ Mühe verbunden: „der wird verständlich, wenn man sich (.) äh (.) etwas reinkniet“ (I05, Pos. 14)
w-68-Hauptschule	[am besten gefallen], (weil) de eigentlich alles da erfahren hast was de über Parodontitis erfahren müsstest //mhm// sag ich mal. es ist eigentlich ausführlich, es sind viele Sachen, die ich jetzt gelesen habe, was ich vorher nicht hatte (.) muss ich sagen, das andere war mir einfach zu viel Text @(.)@ (I04, Pos. 26) [LS+ Favorit, LS-Text zu wenig]	Akzeptanz LS+ (am besten), Ablehnung von LS (zu dürftig) und Standardtext (zu viel)
m-68-Fachabitur-Lehre	Also gefallen, wie beim anderen, dass der Text kurz und prägnant ist. //Mhm// was mir beim [LS-Text] besser gefällt, […] da sind, wie schon gesagt, die Grafiken drin. //Mhm// und wo ich auch seh, was muss man machen. prägt sich mehr ein meiner Meinung nach. die Informationen sind in dem […] natürlich nicht so detailliert, so informativ wie beim- beim ersten, gehen aber- das will aber nicht jeder lesen. da muss man Neugierde mitbringen und sich dafür interessieren. (I03, Pos. 48) wahrscheinlich ist der Text schneller zu lesen wie der [LS-Text]. //Mhm (.) okay// wenn man- wenn=s ganz schnell gehen soll. das ist beim Schlaganfall eigentlich wichtig.	Akzeptanz LS+ mit Einschränkungen, jedoch nur als schnellste Erstinformation von allen drei Texten (zu dürftig), LS noch besser mit Bebilderung und mehr Inhalten (5 Seiten vs. 3 Seiten) Standardtext außerhalb von Notsituation Favorit, Distinktion „interessierter Vielleser“

	//Mhm// wenn man das vorzieht und schnell schaut, zack zack zack. […] wenn konkret jetzt mir dir was passiert, würde ich den hier nehmen. (I03, Pos. 54-55) weil da habe ich die Zeit nicht Bildchen anzuschauen. //Mhm, okay// aber die Bildchen, die prägen sich bei mir ein. die würde ich vorher vorab, ist der natürlich gut, weil der sich einprägt. //Mhm// aber wenn ich konkret jetzt schnell wissen muss, was verflucht nochmal dann ist wichtig (3) an was ich=s erkenn und was ich tun muss. (I03, Pos. 56) die zwei sind sehr ähnlich. //Mhm// wobei der etwas umfangreicher ist [LS mit Bebilderung], aber schneller durchgelesen habe ich den hier [LS+]. (I03, Pos. 56) Also schlecht […] kann man gar keinen einschätzen, weil alle:: dieselben Informationen haben. am schwierigsten ist wahrscheinlich der erste Text. //Mhm// der wird ((räuspert sich)) für die meisten jetzt, mich würde der sogar am meisten interessieren, muss ich ganz ehrlich sagen. //Mhm// wobei die anderen zwei genauso wichtig, vor allem der zweite [LS] und der zum Schnellinformation [LS+]. (I03, Pos. 21)	
w-65-Akademikerin	Text A ist dann sehr, sehr anstrengend, weil es läuft wirklich ununterbrochen laufen die Infos durch (I02, Pos. 6) in dem zweiten Text in dem B-Text is es für mich einfacher aufzunehmen, weil es irgendwie besser strukturiert is […] beim Text B: springt mir das immer so richtig schon selbst hat das jemand schon strukturiert, da is es alles schön (.) da kann ich mich auch nur mit ganz kurzem: (.) Draufgucken sofort informieren. (.) deswegen is der für mich //okay// ä:h (.) es is sa- beides halt total dasselbe (.) aber ähm ja, leichter (.) aufzunehmen (I02, Pos. 9) Also, beides war so im Bereich verständlich, aber der B is besser. (.) für mich. (I02, Pos. 12) also der Text B hat mir besser gefallen; als A; //okay// und (.) er hat mir deswegen gut gefallen, weil (.) so Fragen, die ich so habe; äh (.) werden da beantwortet. und //( )// ich mag=s auch gerne n bisschen ausführlicher, (.) deswegen find ich das gut also (.) wie die Botenstoffe heißen, okay, das will nich jeder wissen, aber mich interessiert das. und (das)	Akzeptanz LS+ (am besten), [Ablehnung LS (zu vereinfachend für sie, ungewohntes Schriftbild), Standardtext zu viel für sie; LS+ Favorit]

	jetzt mal als Beispiel //ja// ne? oder das is COX-Enzyme was das is und so: und äh (.) wofür da-, welche Abkürzung das is. interessiert nich so viele Leute, //mhm// ähm aber (.) hm ich werd es mir nich merken, aber ich äh (.) les gern mal drüber. (I02, Pos. 13) [Distinktion]
	und es is bei mir halt (.) ich weiß, hab nich ganz so viel Vorwissen, find es im Text B aber super zusammengefasst für mich
	Also ich finde so=n Text gut, dass (.) äh wenn man sich darüber informieren möchte, (.) wenn (.) viele Leute kommen ja in (.) in die Not oder so, sich um Schmerzmittel zu kümmern, und, wenn die dann so: die umfassende Information bekommen, das is für mich schön, (.) ich weiß aber [Name 1] würde das verwirren (1) ähm //okay// der (.) will (.) lieber nur ä:h @(zwei Schmerzmittel hören)@ und äh ((Kugelschreiberklicken)) //mhm// mit dem andern das dann halt nich, (1) ähm da is (.) sind glaub ich die Menschen sehr unterschiedlich (4) oder er guckt nur auf die Hinweise, sagt: „okay, ich hab jetzt Zahnschmerzen guck ich nach und hier (.) unter Paracetamol zehts (.) ä:h, steh- äh steht Zahnschmerzen, (.) dann m:öcht ich=s nächste Mal Zahnschm- (.) hm, hm Paracetamol nehmen“ (I02, Pos. 21-22)
	
	also Vortrag halten nehm ich A, [Name 2] und [Name 1] informieren nehm ich C und mich selber informieren würd ich gerne B nehmen. (.) ich vermute mal (.) ich vermute das aber nur, dass es an dem Schriftbild liegt, dass es so voll=d die Sätze so (.) sind oder (.) wird nicht laufend noch irgendwas eingeschoben (I02, Pos. 35)
	
	also ich würde, wenn ich privat diese drei Texte lesen würde, würde ich doch immer noch (.) überwiegend ((Kugelschreiberklicken)) zu B greifen. (3) //aha:// überwiegend zu B. immer noch (.) wei:l äh (.) Text C is schon n bisschen rudimentär. (.) also ich //ja// ich hab=s schon gerne, wenn ich (.) noch ne Info mehr kriege. aber nich so viele wie in Text A. das is mir dann schon wieder zu viel. (I02, Pos. 27)	

m-65-Fachabitur-Lehre	Sehr verständlisch (würd ich sagen) ja.( ) also sehr gut, ja. (I01, Pos. 20)	Akzeptanz LS+ (am besten), [Ablehnung LS („laienhaft“, ungewohntes Schriftbild (stört

	der war gut. leischt zu verstehen oder so. //mhm// leicht verständlisch war des (I01, Pos. 22) Ja, die (.) der Erklärungen sin halt (.) sehr logisch sach=isch mal //mhm// (2) also ( ) is gut erläutert also (I01, Pos. 32)	sich an „Trennstrichen“ (Mediopunkt)), Standardtext „Informationsflut“, LS+ Favorit]

Tabelle 3: Hauptaussagen und Akzeptanzindikation Leichte Sprache Plus

Der Text in Leichter Sprache Plus, hier auch als Einfache Sprache in Abgrenzung zur Leichten Sprache bezeichnet, war knapp vier Seiten lang und enthielt keine Bebilderung. Dafür wurden hier thematisch gliedernde Fragen an den Textanfang gestellt, die als Zwischenüberschriften im Verlauf des Textes wieder aufgegriffen wurden und somit übersichtlich geordnete Abschnitte des Textes markierten. Wie auch in den Texten dieser Varietät zu den anderen beiden Themen wurde hier auf den Mediopunkt zur optischen Gliederung längerer und komplexer Wörter verzichtet und nur der Bindestrich dazu benutzt, vorausgesetzt, dieser entsprach der korrekten Orthografie. Verneinungen wurden in dieser Varietät fett gesetzt, jedoch bekam nicht jeder Satz eine eigene Zeile, wie dies im Leichte-Sprache-Text der Fall war. Somit näherte sich der Leichte-Sprache-Plus-Text in Bezug auf die Formatierung und die Wahrnehmbarkeit eher dem standardsprachlichen Text als der Version in Leichter Sprache, gleichwohl die Wahrnehmbarkeit durch die gliedernden Zwischenüberschriften und die Hervorhebungen optimiert war. Der Leichte-Sprache-Text fiel mit knapp drei Seiten am kürzesten aus und enthielt wie der standardsprachliche Text Bilder: Hier wurde neben der Darstellung des Zahnhalteapparates aus dem Ausgangstext in Standardsprache noch ein kindlich anmutendes Bild eines comic-ähnlichen Jungen beim Zähneputzen verwendet (s. Kap. 6.2). Bei diesem Bild handelt es sich um eine Duplikation (Bredel/Maaß 2016a:280). Die Information, dass man regelmäßig Zähneputzen sollte, um Parodontitis zu vermeiden oder vorzubeugen, wird durch das Bild verdoppelt (ebd.). Im Leichte-Sprache-Text wurden die Zwischenüberschriften, Verneinungen und inhaltlich wichtige Worte durch Fettdruck hervorgehoben. Zudem bekam jeder Satz eine neue Zeile. Die noch stärkere Reduktion der Inhalte als im Leichte-Sprache-Plus-Text sowie die gleichzeitige Verwendung von Bindestrich und Mediopunkt bei längeren und/ oder komplexen Komposita optimierte den Leichte-Sprache-Text zusätzlich in seiner Verständlichkeit.

Der Leichte-Sprache-Plus-Text zum Thema Parodontitis hat einem 65-jährigen Versicherungskaufmann von allen Textversionen am besten gefallen, da er „sehr verständlich“ (I01, Pos. 19) und die Erklärungen „sehr logisch“ (I01, Pos. 32) für ihn seien. Er hat an dem Text nichts Negatives anzumerken und würde ihn auch an „das Allgemeinvolk“ (I01, Pos. 27) weiterempfehlen. Insgesamt zeichnet sich ein deutliches Bild der Textbewertung ab: Der mittellange, vierseitige Leichte-Sprache-Plus-Text mit seinem dem Standardtext näheren Layout gefällt ihm sowohl besser als der zu dichte und lange Standardtext als auch besser als der im Schriftbild ungewohnte Leichte-Sprache-Text mit dem Mediopunkt, der ihn irritierte. Somit kann für diesen Befragten festgestellt werden, dass Leichte Sprache Plus als Lösung zwischen der maximal optimierten Leichten Sprache und der die Lesemotivation hemmenden Standardtextversion dient, die ihm gefällt und die er als angemessen erachtet. Die Verschränkung von Verständlichkeit und Akzeptabilität eines Textes bzw. von der selbsteingeschätzten Verständlichkeit durch die Befragten und daran anknüpfend dem Akzeptieren des Textes wird durch die Aussagen dieses Studienteilnehmers erneut offenbar.

Im Gegensatz zu dem schlecht beurteilten Standardtext findet auch eine 68-jährige Verkäuferin den Leichte-Sprache-Plus-Text „sehr verständlich“ (I04, Pos. 16) und würde ihn ebenfalls weiterempfehlen. Der vierseitige Text gefällt ihr von allen drei Texten am besten,

> „(weil) de eigentlich alles da erfahren hast was de über Parodontitis erfahren müsstest //mhm// sag ich mal. es ist eigentlich ausführlich, es sind viele Sachen, die ich jetzt gelesen habe, was ich vorher nicht hatte (.) muss ich sagen, das andere war mir einfach zu viel Text @(.)@“ (I04, Pos. 26).

Für einen 71-Jährigen waren sowohl der Leichte-Sprache-Plus-Text als auch der Standardtext verständlich und gut geschrieben, jedoch empfand er den Standardtext als „hochtrabend“ (s. Kap. 7.3.1).

Obwohl er die Qualität eines Informationstextes nicht an der Textlänge festmachen wollte, fügt er hinzu, dass der Leichte-Sprache-Plus-Text eine „Art Zusammenfassung“ (I10, Pos. 16) des Standardtextes und „verständlich auch für (.) Leute die nit- äh // die nicht // die nicht °so auf der Höhe sind°“ (I10, Pos. 18) sei. Er scheint folglich den optimierten Text eher mit Adressat(inn)en zu assoziieren, die in irgendeiner Weise dem Standardtext nicht gewachsen sind. Auf Nachfrage führt der Befragte aus, er meine

> „Leute, die äh eben vielleicht im Lesen gar nicht so bewandert sind // hmm // die noch nie n Buch gelesen haben, die einfach äh joa (2) das Ding in die Hand kriegen, die haben es mit den Zähnen eben zu tun ähm und dann ist das ne (.) ne gute Informationsquelle // ehm=hmm // Die würden das ehm gar nicht richtig verstehen, wenn sie acht Seiten lesen sollten, müssten, ich weiß ja nicht, ob es acht Seiten sind ((Z lacht)), wenn ich es in drei Seiten äh auch genauso gut habe, dann sind, dann ist das auch äh (.) weil die vermissen ja nichts // hmm okay. // die sind auch informiert. // wie, wie wie meinst du das, die vermissen nichts? // ne, ich sag mal weil die weil die, sie haben ja nicht die verschiedenen Informationen gekriegt, deswegen wir vom Arzt // hmm // oder wo auch immer her, die Sprechstunde aus // hmm // und dann lesen die das durch und das da sind die eigentlich informiert // hmm // also die brauchen da kein Schmäh noch, die brauchen da keine Beschreibungen noch bis zu, bis zu sonst was, ja // hmm // weil sie hier einen klaren Text haben, der für sie gut verständlich ist und // hmm // mit dem sie dann klarkommen“ (I10, Pos. 23).

Bei Leuten, die noch nie ein Buch gelesen hätten, denke er an verschiedene Arbeitskollegen,

> „die würden mit nem schwierigen Text gar nicht klarkommen // hmm // Ja, also mit ner großen Umschreibung würden die gar nicht klarkommen, wenn du denen dann sagst du das ist das und das und das und dann geben die sich zufrieden, also // hmm (2) okay // weil es gibt ja Leute, die haben jetzt nicht, ich ja auch, kann ich mich hinzutun, die haben halt nicht unbedingt den Bildungsstand, die sind die sind damit ganz und gar zufrieden // hmm // und die sind informiert (2) ich denk mal, dass das auch äh dass das auch achtzig Prozent der Leute bilden“ (I10, Pos. 25).

Somit zählt der Befragte sich selbst zu den Menschen, die sich mit einem nicht ganz umfassenden Text wie dem Leichte-Sprache-Plus-Text zufriedengeben würden und die das „Hochtrabende“ des Standardtextes nicht brauchen oder aufgrund ihres Bildungsstandes nicht in Gänze verstehen würden. Damit ist er einer der wenigen Befragten, die sich selbst in der Textbewertung nicht über andere Menschen erheben, sei es aufgrund medizinischen Vorwissens, des Bildungsstandes oder eines ausgewachsenen Interesses in Verbindung mit einer ausgeprägten Lesemotivation. Er hat kein Problem damit, sich selbst zu den eher „Genügsamen“ zu zählen, die sich mit weniger umfassenden Informationen zufriedengeben.

Ein 73-Jähriger beurteilt den Leichte-Sprache-Plus-Text, wie bereits andere Befragte zuvor, als Mittellösung: „[D]ieses ist besser würd ich jetzt sagen umschrieben [Standardtext]. //Ja// so dies mehr, das ist auch schon- dies kommt als erstes, dann das als zweites [LS+] und das möchte ich sagen, das ist so- praktisch nur so kurz beschrieben [LS]“ (I13, Pos. 48). Der Leichte-Sprache-Plus-Text ist für diesen Befragten also tatsächlich ein Kompromiss zwischen dem für ihn an Kinder und Jugendliche gerichteten Leichte-Sprache-Text (Kap. 7.3.3) und dem längeren Standardtext (Kap. 7.3.1): Der Leichte-Sprache-Plus-Text würde ihm auch reichen (I13, Pos. 23), ist jedoch nicht sein Favorit.

Eine 75-jährige Probandin hingegen favorisiert den Leichte-Sprache-Text (Kap. 7.3.3), lobt aber auch den Leichte-Sprache-Plus-Text: Ihn könne sie aufgrund der größeren Schrift besser lesen als den Standardtext und er sei „vielleicht ein bisschen kürzer gehandhabt, aber auch verständlich“ (I15, Pos. 10). Hier tritt der Leichte-Sprache-Plus-Text also etwas in den Hintergrund neben dem überschaubaren und verständlichen Leichte-Sprache-Text mit allen wichtigen Informationen, wird jedoch immer noch über den für sie langatmigen und komplizierten Standardtext gestellt.

Auch eine 78-Jährige mit Volksschulabschluss bevorzugt den Leichte-Sprache-Text unter allen drei Texten, befindet aber die Erklärungen im Leichte-Sprache-Plus-Text als gut (I16, Pos. 22). Im Vergleich zu dem Standardtext bewertet sie den Leichte-Sprache-Plus-Text als verständlicher und leichter, „für mich jedenfalls“ (I16, Pos. 13). Der Zusatz „für mich jedenfalls“ (I16, Pos. 13) in der positiven Bewertung des Leichte-Sprache-Plus-Textes lässt vermuten, dass die Befragte unter Umständen schon einmal die Erfahrung gemacht hat, dass für sie passende Informationen nicht zwangsläufig auch von anderen als angemessen empfunden werden. Somit erscheint ihr in der Gesamtbewertung trotz der Begeisterung für den Leichte-Sprache-Text (Kap. 7.3.3) der längere und umfassendere Standardtext für andere Lesende angemessener zu sein als ihr Favorit.

Eine 83-jährige Diplomkauffrau favorisiert den Leichte-Sprache-Plus-Text unter allen Texten: In diesem lobt sie, ebenso wie im Leichte-Sprache-Text, die gut lesbare Schrift: Er sei „insofern angenehmer, als er größer geschrieben war“ (I20, Pos. 8). Sowohl die optimierte Wahrnehmbarkeit als auch die Verständlichkeit haben ihr hierbei zugesagt (I20, Pos. 8, 10). Zudem hatte sie „den Eindruck, dass eigentlich alles Wichtige auch dabei berücksichtigt worden ist“ (I20, Pos. 15). Die im Vergleich zum Standardtext etwas reduzierte Textlänge fand sie hier passend, da der Text „auch gut geschrieben“ sei (I20, Pos. 11). So könne man sich sehr schnell informieren und den Text „als 1. Hilfe“ nutzen (I20, Pos. 12). Die Befragte sieht also im Leichte-Sprache-Plus-Text die schnellste und beste Möglichkeit zur Handlungsorientierung zu dem Thema Parodontitis. Diese Textversion sei „für einen normalen Menschen, der äh sich orientieren will“ (I20, Pos. 11) ausreichend. Insgesamt befindet sie den Leichte-Sprache-Plus-Text dann als am besten von den drei Versionen: Er sagt ihr sowohl in Bezug auf die optimierte Wahrnehmbarkeit, die beim längeren Standardtext durch die kleine Schrift fehlte, als auch in Bezug auf die Inhalte, sprachliche Gestaltung und Erklärungen zu, die ihr im Leichte-Sprache-Text zu dürftig erschienen (I20, Pos. 21). „Ich finde, diesen Text b für normale Bürger am besten und verständlichsten, da kann man sich auch wirklich ähm also, ein Bild machen von dieser Erkrankung“ (I20, Pos. 13). So scheint sich die Befragte zu der von ihr genannten Zielgruppe von „normalen Menschen“ bzw. „Bürgern“ zu zählen, die mit dem Leichte-Sprache-Plus-Text am besten und schnellsten informiert wären. Die Befragte betont an anderer Stelle auch die Relevanz der Textsorte für die Lesemotivation: So sei ein solcher gesundheitsbezogener Text eine Information, „[d]ass ich da nu hinterherlaufe, kann ich nicht sagen, aber ich weiß jetzt Bescheid“ (I20, Pos. 65).

Eine 89-jährige Hauswirtschafterin würde zunächst unter dem Standard- und dem Leichte-Sprache-Plus-Text den Standardtext auswählen, da darin alle Informationen enthalten seien (I22). Sie revidiert ihre Favoritenwahl jedoch noch einmal, als der Leichte-Sprache-Text hinzukommt (s. Kap. 7.3.3). Grundsätzlich fällt es dieser Befragten jedoch schwer, die Texte zu beurteilen: Ihre Aussagen zur Textbewertung fügen sich zu jenen ein, die sie nachfolgend zur Vertrauenswürdigkeit von medialen Informationsquellen zu Gesundheitsthemen macht: Sie sei kritisch, aber müsse „ja so manches glauben“ (I22, Pos. 49). Die Befragte hat ein großes Verständnis darüber, dass sie selbst Laiin ist und einen gewissen „Vertrauensvorschuss“ gegenüber Expert(inn)en geben muss. Genauso führt sie bzgl. der Texte an: „[I]m Großen und Ganzen würde ich das akzeptieren, so wie=s ist“ (I22, Pos. 13). Auf die Frage, welchen der Texte sie als am schlechtesten einschätzen würde, fügt sie hinzu: „Also ich sehe es so, entweder man nimmt des an und macht was oder man- man lehnt es einfach ab. Und da ist ja also ich- ich kann da nur Positives drüber sagen, ja“ (I22, Pos. 15). Somit scheint sie grundsätzlich eher

weniger kritisch an Texte oder Informationen aus verschiedenen Quellen heranzutreten und im Zweifel auf das bestenfalls darin enthaltene Expertenwissen zu setzen. Trotz ihrer anfänglichen Schwierigkeit, überhaupt Unterschiede zwischen den Texten auszumachen und sich deutlich für oder gegen eine Version auszusprechen, wählt sie am Ende den Leichte-Sprache-Text als Favoriten aus (Kap. 7.3.3).

Die Tendenz älterer Menschen zu positiv aufbereiteten Gesundheitsinformationen (Reinhardt 2021:45f.), die hier an einem Beispiel aufgezeigt wurde, können Ersteller von Gesundheitsinformationen für sich nutzen: So können über die Betonung von Vorteilen und positiven Aspekten eines bestimmten Gesundheitsverhaltens und eine zugewandte, positive Adressierung der Leser(innen) in Gesundheitsinformationstexten ältere Menschen nachhaltiger erreicht und deren Gesundheitsverhalten in die gewünschte Richtung eher angestoßen werden (ebd. 46).

Der 69-jährige Feinmechaniker hatte mehrere Kritikpunkte zum Standardtext geäußert (s. 7.3.1). Der Standardtext habe den Anspruch „noch etwas mehr zu- zu vermitteln an Wissen“ (I08, Pos. 21), während der Leichte-Sprache-Plus-Text „mehr das Wesentliche“ darstelle, was seiner Meinung nach im Prinzip reiche (I08, Pos. 22). Letzterer sei auf Anhieb sehr verständlich gewesen (I08, 25):

> Das liegt dadran, dass hier deutlich weniger äh Dinge genannt werden, die mh drumherum sind. //Mhm// so wie hier ausschweifend ähm die ich gar nit, die mich gar nicht belasten, wenn ich den Text hab. //Mhm, mh// da weiß ich auch was die Schmerzmittel sind, wie sie wirken und die Acetylsalicylsäure (gestockt ausgesprochen) ASS //Mhm// nennt sich das ja, das kennt man ja von den Kopfschmerztabletten ja sowieso. //Mhm// gut, äh das war jetzt wirklich nichts Neues aber, aber es ist leicht sofort alles klar. (I08, Pos. 26)

Seiner Ansicht nach hätten beide Texte, der Standardtext und der Leichte-Sprache-Plus-Text, ihre Berechtigung, er würde jedoch sowohl für sich selbst als auch für andere den leichteren Text von beiden auswählen, „[w]egen dem leicht Verständlichen und dem Wesentlichen, was da drinsteht. //Okay// (.) was meiner Meinung nach zuerst mal reicht“ (I08, Pos. 30). Interessanterweise bemängelt er die Schriftgröße auch in diesem Text, obwohl er zuvor im Standardtext die zu kleine Schrift als problematisch betrachtet hatte: „[S]o groß wie hier müsste es nit sein, aber gut“ (I08, Pos. 23). So scheint ihm die in der leichteren Textversion ausgewählte Schriftgröße wiederum zu groß und damit ggfs. zu stark abweichend zu gängigen Textformaten zu sein. Für diesen Befragten wäre also eine weitere Anpassung der Schriftgröße i.S. einer mittleren Größe zwischen der sehr kleinen Schrift im Standardtext und der deutlich größeren Schrift im Leichte-Sprache-Plus-Text durchzuführen, um den ansonsten positiv beurteilten verständlichkeitsoptimierten Text noch angemessener für ihn zu gestalten.

Im Vergleich zu dem „komisch[en]“ Standardtext, den ein 72-Jähriger mit Volksschulabschluss stark kritisierte, sei der Leichte-Sprache-Plus-Text „schön groß [geschrieben] //mhm// und nicht so lang“ (I12, Pos. 10). Faktisch ist der Standardtext mit seinen zweieinviertel Seiten deutlich kürzer als der Leichte-Sprache-Plus-Text über drei ganze Seiten, letzterer scheint jedoch aufgrund der größeren Schrift, der übersichtlicheren Strukturierung durch Absätze und Auflistungen und der daraus resultierenden größeren Weißfläche kürzer zu wirken. Insgesamt ist der wahrnehmbarkeits- und verständlichkeitsoptimierte Leichte-Sprache-Plus-Text, der in Bezug auf das Layout standardsprachlichen Texten nahekommt, für den Befragten der einzig akzeptable Text (vgl. Kap. 7.3.3): „[D]er sacht dir mehr drüber“ (I12, Pos. 11). Eine deutliche Strukturierung ist in diesem Text vorhanden, sodass die Informationen übersichtlich aufgelistet sind, ohne zusätzlich die im Leichte-Sprache-Text verwendeten weiteren Optimierungsmaßnahmen wie Mediopunkt und Einzelsatz-

Strukturierung in Anspruch zu nehmen. Somit entscheidet sich der insgesamt zurückhaltende Befragte klar für den Leichte-Sprache-Plus-Text, der ihm gefällt, „weil man das begreift“ (I12, Pos. 8).

Eine 65-jährige mit Hochschulabschluss favorisiert ebenfalls den Leichte-Sprache-Plus-Text: Der Leseanreiz ist für sie in diesem deutlich höher, was der äußeren Gestaltung, der Erweiterung der Inhalte und ihrer zuvor erläuterten Einschätzung geschuldet ist, dass sie sich selbst nicht als Adressatin des Leichte-Sprache-Textes identifiziert (Kap. 7.3.3). So lobt sie die Erklärung zu den Botenstoffen im Leichte-Sprache-Text anhand einer Verneinung, die den Schluss zulässt, dass man sehr wohl „für blöd erklärt“ werden könnte, lediglich eine solch reduzierte Erklärung zu bekommen:

> „[U]nd hier steht halt auch „dann entstehen viele Botenstoffe“. ähm das is klasse, aber is halt dann nich dieser Ausdruck da, den ich da vorhin schon erwähnt habe mit den CPX oder was auch immer das war //okay// was man im Grunde ja gar nich wissen möchte und da steht auch nix davon, dass der Zwölffingerdarm ä:h ä:h Sachen da kriegen kannst und so, muss man im Grunde auch nich wissen. (.) aber es is (.) schön, dass man sieht aha, es gibt Botenstoffe und auch wie die heißen. ich werd also nich für blöd erklärt, dass man mich (.) äh nich (.) aufklärt, sondern, es entstehen viele Botenstoffe, die (.) sind dazu da, um Schmerzen an das Gehirn weiterzuleiten, und die heißen so, find ich gut“ (I02, Pos. 26).

Die „zusätzlichen Infos“ (I02, Pos. 31-32) im Leichte-Sprache-Plus-Text sind neben den anderen genannten Punkten also ausschlaggebend dafür, dass sie diesen für sich selbst präferiert. Somit scheint sich in diesem Fallbeispiel die Annahme zu bestätigen, dass der zweite Text in Leichter Sprache Plus als Lösung für das Dilemma von geringerer Akzeptabilität des Leichte-Sprache-Textes und erschwerter Verständlichkeit des Standardtextes dienen kann:

> „[A]lso ich würde, wenn ich privat diese drei Texte lesen würde, würde ich doch immer noch (.) überwiegend zu B greifen. (3) //aha:// überwiegend zu B. immer noch (.) wei:l äh (.) Text C is schon n bisschen rudimentär. (.) also ich //ja// ich hab=s schon gerne, wenn ich (.) noch ne Info mehr kriege. aber nich so viele wie in Text A. das is mir dann schon wieder zu viel“ (I02, Pos. 27).

Während der Leichte-Sprache-Text für sie selbst als unangemessen eingestuft wird (Kap. 7.3.3), ist der Leichte-Sprache-Plus-Text mit seiner am Standardtext ausgerichteten Gestaltung und den gleichzeitigen „Annehmlichkeiten“ eines verständlichkeitsoptimierten Textes wie der überschaubaren Länge und der von der Befragten herausgestellten formellen und inhaltlichen Übersichtlichkeit der Informationen die bestmögliche Information.

Die Wahrnehmung des Leichte-Sprache-Plus-Textes als möglichen Kompromiss zwischen dem noch relativ fachlich gehaltenen Standardtext und dem stark vereinfachten Leichte-Sprache-Text teilt auch die 69-jährige Befragte mit abgeschlossener Lehre: „Ich hab eigentlich äh ich weiß nicht, ob ich richtig liege, das hier ist so das herkömmliche, ja? [1. Text] //Mhm// Das hier ist vielleicht so n bisschen n Mittelding? Kann das sein?“ (I07, Pos. 21). Sie präferiert diesen gegenüber dem Standardtext, für den sie „gar keine Geduld“ habe (I07, Pos. 2-3, Kap. 7.3.1).

Ein 79-Jähriger mit Meistertitel bemängelte die fehlende Wahrnehmbarkeit im Standardtext und die Informationsdichte ohne optische Strukturierung (Kap. 7.3.1). Dementsprechend bewertet er den Leichte-Sprache-Plus-Text als besser als den Standardtext: „Ja, der ist besser als der andere. ja ja. //Mhm// ist auch besser dargestellt. ist größer geschrieben und alles sowas. //Ja// da gibt man sich nicht so die Mühe das Kleingedruckte so zu lesen“ (I18, Pos. 12). Die optimierte Wahrnehmbarkeit durch größere Schrift und übersichtliche Strukturierung fördert die Lesemotivation und die Akzeptanz des Textes, aber auch dessen Verständlichkeit für den Befragten: „Naja, der ist irgendwie

verständlicher und weil das größer geschrieben ist und die sind hintereinander aufgeführt, da kann man das besser auseinander sortieren die- die vier Schmerzmittel, nech“ (I18, Pos. 14). Er favorisiert den Leichte-Sprache-Text (Kap. 7.3.3).

Eine 83-jährige Befragte empfindet den Leichte-Sprache-Plus-Text als für Laien besser verständlich (I19, Pos. 34). „Besser. (.) des ist kurz, das ist eindeutiger (.) dann kann man sich schneller wieder finde, (1) was ma: […] Das hat man schneller äh (.) verstanden quasi“ (I19, Pos. 32-33). Sie lobt vor allem die Kürze und Übersichtlichkeit der Informationen, die ihrer Meinung nach eine schnellere Handlungsorientierung ermöglichen:

> „Da kann man eher (.) das ist eher, schneller (2) findet man das, was man eigentlich wissen will (.) über Schmerzmittel. (1) zum Beispiel wie=s hilft oder wie: (1) was was da (1) was des im Körper dann auslöst, oder so. // I: Mhm // Dass es zum Beispiel Fieber senkt, (.) und die Entzündung (.) im Körper lindert oder hemmt“ (I19, Pos. 35).

Jedoch ist für sie insgesamt der inhaltlich noch weiter reduzierte Leichte-Sprache-Text hilfreicher als der in Leichter Sprache Plus (Kap. 7.3.3).

Der zu ausführliche und zu klein geschriebene Standardtext gefiel der 91-jährigen Befragten mit Abitur nur mittelmäßig. Den Leichte-Sprache-Plus-Text hingegen befindet die Befragte als sehr gut, weil er noch verständlicher sei als der Standardtext und „da erklären sie ja alles //mhm// und das will ich in diesem Falle aufheben, damit ich auch Schmerzmittel, welches hilft wann? //mhm// da steht das ja alles wunderbar drin, was man eigentlich wissen sollte“ (I24, Pos. 7). Diese Varietät erscheint der Befragten als derart hilfreich und handlungsorientierend, dass sie den Text sogar in ihrem Medizinschrank aufheben will (I24, Pos. 11). Im Gegensatz zum Standardtext erscheint ihr dieser Text als informativ und für konkrete Schmerzsituationen nützlich, ohne dass sie für sie nicht relevante Informationen aussieben muss:

> „Ja, der hat mir sehr gut gefallen //mhm// denn da steht alles drauf, was man eigentlich wissen sollte und was ich dann kürzlich eben auch nicht in meinem, in meinem Wissen parat habe //mhm// aber und dass man eben bei Zahnschmerzen, Regelschmerzen, Kopfschmerzen, was ich alles nicht mehr habe // ja // Paracetamol nehmen kann //mhm// und ja entsprechendes nicht, ja“ (I24, Pos. 8).

Das Zusammenspiel aus relevanten Informationen, die noch dazu übersichtlich strukturiert sind, und der gut lesbaren, größeren Schrift lässt die Befragte zu dem Schluss kommen, dass dieser Text auch privat für sie der richtige sei:

> „Naja, weil da auch dran steht, was ich also, nicht? dass ich gegen Rückenschmerzen dies und gegen Zahnschmerzen besser das oder besser nicht //mhm// oder so dann haben soll und also insofern //mhm// (2) war er für mich informativer, nich'? //mhm// weil ich da genau (.) breit gedruckt gesehen habe, ach, was ist Paracetamol, wogegen nimmt man das? wogegen nimmt man das andere? und besser dies und besser das und besser was anderes“ (I24, Pos. 10).

> „Text zwei (.) //mhm// der ist für mich eben auch ja interessanter gewesen und das ist breit gedruckt und das kann man direkt hinlegen in den Medizinschrank //mhm// und sagen, naja, nun guck mal nach, wie war denn das mit Ibuprofen //mhm// und wie ist das mit Diclofenac //mhm// und wie ist das mit, mit Aspirin und Paracetamol //mhm super// und da steht das ja gut drauf, das ist ja gut erklärt und das sind auch keine überflüssigen Sachen eigentlich erklärt oder drauf geschrieben //mhm// sondern wirklich Sachen, die man so als na sagen wir als normaler Mensch braucht“ (I24, Pos. 11).

Für sie als „normaler Mensch“ ist der optimierte Text in Leichter Sprache Plus angemessen und erfüllt ihre Informationsbedürfnisse. Mit Blick auf die gewünschte Handlungsorientierung nach Lesen des Textes ist dieser dem Standardtext ihrer Meinung nach deutlich überlegen, sowohl hinsichtlich der Wahrnehmbarkeit als auch der Verständlichkeit und Verknüpfungsfähigkeit. Sie schätzt an dem Text,

> „dass man da eben nachgucken kann, ob es jetzt das richtige Zeug gegen die richtigen Schmerzen eben passiert oder nicht //mhm// und das steht ja da drauf //mhm// und das ist auch klar erklärt und gut geschrieben und gut formuliert //mhm// sodass man und man braucht nicht mal eine Lupe, weil das jedenfalls bei Ihrem Ausdruck groß genug ist, dass ich mit der Brille klarkomme“ (I24, Pos. 12).

Dies führt insgesamt dazu, dass die Akzeptanz bei dieser Varietät für die Befragte am höchsten ist.

Die 68-jährige Befragte, bei der sich bereits beim Anblick des Standardtextes die schwindende Lesemotivation für denselben erschließen ließ (durch Nachfragen, ob sie etwas überfliegen könne), bewertet den Leichte-Sprache-Plus-Text hingegen so: „[W]:as ich sehr gut finde hier ä- ähm bei dem Text, das fällt sofort ins Auge und ist sehr übersichtlich //mhm// (1) deshalb find ich den Text gut (.) ä:hm, wenn man ganz schnell was wissen möchte“ (I05, Pos. 27). Der Text sei geeignet, „wenn ich etwas nur so (2) generell wissen möchte, //mhm// is der natürlich leichter. das kann man schneller abhaken“ (I05, Pos. 25). Neben dem Lob für die Übersichtlichkeit und die Reduktion der Inhalte des Textes äußert sie jedoch auch Kritik daran: „So als (.) ähm (8) hm (.) wie soll ich sagen hm (.) wie wenn man sich Stichpunkte macht (.) nur die Erklärung (.) hm (.) oder so (.) das ist dann n bisschen ((raschelndes Störgeräusch)) (4) z- zu, zu einfach gestrickt (.) so (@(.)@)“ (I05, Pos. 28-29). Somit ist die rasche Handlungsorientierung zwar positiv für sie, die Reduktion der Inhalte führt jedoch dazu, dass die Befragte den Text insgesamt als zu dürftig wahrnimmt.

Die Frage danach, welchen der beiden Texte sie weiterempfehlen würde, macht sie zum einen von der Rezeptionssituation, zum anderen von den Adressat(inn)en abhängig: Der Leichte-Sprache-Plus-Text sei „dieses ganz Praktische, wenn ich //mhm// (.) Schmerzen habe; //mhm// dann will ich wissen, was hilft. (.) dann is=es toll zu wissen, was aufm Markt is //mhm// und was für mich relevant is //mhm, ja// (2) und das is ja hier dann (.) sehr gut (.) zusammengefasst“ (I05, Pos. 36). Mit Blick auf die Adressat(inn)en würde sie „danach gehen, n- wie is der Typus //mhm// ähm (3) ähm gelangweilt bei dem (1) //@(.)@// oder wirklich tiefergehendes Interesse“ an einem längeren und dichteren Text wie dem Standardtext. Somit setzt sie beide Texte als für bestimmte Ziele der Lesenden geeignet: In einer akuten Beschwerdesituation ist die Handlungsorientierung durch einen kürzeren und inhaltlich reduzierten Text wie dem Leichte-Sprache-Plus-Text am hilfreichsten. Auf Basis dieses Textes könnte man im Anschluss auch handeln, indem man z.B. mit den wichtigsten Informationen zum Thema zum Apotheker geht (I05, Pos. 39). In einer reinen Informationssituation aus Interesse und Wissensdurst der Lesenden ist der Standardtext ihrer Meinung nach am geeignetsten (I05, Pos. 22, 38).

Eine 78-Jährige steht beiden verständlichkeitsoptimierten Textversionen ablehnend gegenüber (s. Kap. 7.3.3), und bewertet – neben der von ihr als überflüssig empfundenen Bebilderung (s.u.) – ebenfalls die Reduktion der Inhalte in beiden Texten als unzureichend:

> „[D]a bin ich sehr zurückhaltend, wie sie merken. //mhm// da muss ich sagen, ob ich das gelesen hab oder peng. (.) das war mir n- zu wenig“ (I17, Pos. 14).

> „[D]er zweite gibt mir zwar (3) schlagzeilenweise (1) Informationen, //mhm// aber ((Tippgeräusche)) das hilft mir im täglichen Leben nich unbedingt weiter […] weil die Hintergründe sind eben in, in Text eins“ (I17, Pos. 22).

> „[A]lso wenn ich nur Text zwei hab, //@(.)@// (würd) ich den schon (noch) für gut ein- (.) ordnen. Z: L Ja. (.) Sie dürfen, sie dürfen sehr gerne sagen, dass er weniger gut is. das is kein Problem also, das wollen

> wir ja wissen. @(.)@ B: └ ( ) @(.)@ //@(.)@// ich hab (nich) Angst, jemanden ( ) zu beleidigen oder so. //nee, nee (.) nee, nee// ( ) auch nich anders wirklich beurteilen zu können. ich kann das nur eben für meine sagen“ (I17, Pos. 23-25).

> „Es is eigentlich ((hustet)) [in Text 3, LS] nicht weniger drin als im zweiten Text, möchte ich mal (.) behaupten, //mhm// ohne es genau verglichen zu haben“ (I17, Pos. 35).

Nach der anfänglichen Zurückhaltung der Befragten aus Angst, die soziale Erwünschtheit bzw. ihr Gegenüber in der Interviewsituation als vermeintliche Autorin mit ihren Aussagen ggfs. zu beleidigen, wird ihre Ablehnung gegenüber den beiden Texten deutlich: „Das is wirklich (1). ich mein, der is nich, nich schlechter als die andern. //@(.)@// is aber auch nich besser als die andern. […] aber der zweite und der dritte, die geben sich nichts“ (I17, Pos. 54).

> „Wenn nichts anders drumrum is, auch. ((Tippgeräusche)) //@(.)@// @(.)@ //okay// weil ( ) mich einfach das Thema Schlaganfall interessiert. (.) //ja// und wenn ich nur einen Text habe, (1) //ja// dann les ich den. //mhm// ob ich danach denn zufrieden bin, //@(.)@// is ne andere Frage“ (I17, Pos. 56).

Die „Kurzfassung“ der verständlichkeitsoptimierten Textversionen erscheint ihr unzureichend und bedarf ihrer Einschätzung nach der Einholung weiterer Informationen, zum Beispiel über einen Link. Weiterempfehlen würde sie insbesondere den mit zweieinhalb Seiten am kürzesten gehaltenen Text in Einfacher Sprache (LS+) lediglich an eine Freundin von ihr, die sich „sowieso auskennt“ (I17, Pos. 29) und durch ihr Vorwissen die fehlenden Informationen ausgleichen könnte. Der beste Text ist für die Befragte der knapp 14-seitige Standardtext, „weil inhaltlich (.) kompletter“ (I17, Pos. 12). Es sei bloß die Frage, „gibt=s nach diesem, dieser, (.) sagen wir mal Kurzfassung, //mhm// Text zwei //mhm// gibt es da (.) Möglichkeiten, sich weiter, (.) über dasselbe Medium zu, zu informieren […] dass es eben vertiefende Informationen was weiß ich wo zu holen gibt“ (I17, Pos. 26-27).

Der 68-jährige Vielleser bewertet den Leichte-Sprache-Plus-Text in seiner Kürze positiv (I03, Pos. 21), der in entsprechenden Notsituationen nützlich sein könnte, „wenn=s ganz schnell gehen soll“ (I03, 54). Hier wird die extreme Textkürze, die zuvor von einer Befragten stark bemängelt wurde, also als begrüßenswert in einer entsprechend hektischen Notsituation eingeordnet. Die Textkürze und Reduktion der Inhalte führt demnach für den Befragten also zu einer erhöhten Handlungsorientierung. Dennoch entschied sich der Befragte aufgrund seiner Identifizierung als wissbegieriger Vielleser bei der Wahl aus allen drei Texten für den Standardtext (s. Kap. 7.3.1).

Der 91-jährige Neurologe empfindet den Leichte-Sprache-Plus-Text zum Thema Schlaganfall in seiner Kürze als „zu lapidar“ (I23, Pos. 20) und zieht den Leichte-Sprache-Text mit Bebilderung diesem vor (Kap. 7.3.3). Seine Kollegin, die 92-jährige Ärztin, bewertet den Leichte-Sprache-Plus-Text zwar als gut verständlich, bemängelt jedoch gleichzeitig, wie schon einige Befragte mit demselben Textthema zuvor, seine extreme Kürze. Er sei „für einen Laien vielleicht=n bisschen zu kurz, da müssten mehr Erklärungen rein mit“ (I25, Pos. 13).

> „[N]egativ? (.) würde ich sagen, ein bisschen zu knapp. […] Ja, bei der Behandlung vielleicht die Erklärungen doch noch etwas ausführlicher. (2) vor allem so, was eine Strokeunit ist. (.) das wissen Fachleute natürlich, aber ein Laie kann damit wenig anfangen. (12) Also der Anfang, den finde ich gut. wie man ihn erkennen kann und und erste Hilfe. (3) so Sachen. (5) naja. (2) aber bei der Behandlung vielleicht noch ein bisschen (.) genauer“ (I25, Pos. 17-18).

Die Befragte stört sich besonders an zwei Formulierungen im Abschnitt zur Stroke-Unit, die ihr banal vorkommen und die sie vielleicht nicht in dem Text erwartet hätte. Die verbal noch recht zurückhaltende Kritik an der sprachlichen Formulierung dieser Stelle wird durch paraverbale Elemente sehr deutlich:

> „Finde ich auch ein bisschen banal, wenn man da schreibt, diese Menschen kennen sich sehr gut aus (.) mit Schlaganfällen. @(2) (Okay)@ (2) genauso der Schlaganfall wird behandelt @(natürlich ist das der Fall)@ (2) also das würde ich ein bisschen anders (.) ausdrücken“ (I25, Pos. 19)

Das Lachen und ironische Empörung im Tonfall drücken eine geringe Wertschätzung gegenüber den genannten Formulierungen des Textes aus. Es ist anzunehmen, dass die Befragte, aber in ihren Augen ggf. auch andere Leser(innen), sich durch diese Art der Formulierung herabgesetzt fühlen könnten [„@okay@ […] natürlich ist das der Fall“]. Dann wäre die Empfehlung aus dem Normen-Handbuch zur Einfachen Sprache, die Lesenden ernst zu nehmen, sie mit Respekt zu behandeln und einen weder behütenden noch übergriffigen Sprachstil zu verwenden (DIN 8581-1:33), hier missglückt und führte genau dazu, dass sich die Leserin in diesem Fall nicht ernst genommen fühlte.

Der Leichte-Sprache-Plus-Text ist zudem, wie bereits thematisiert, mit drei Seiten und ohne Abbildungen noch kürzer als der dritte Text in Leichter Sprache und endet für die Befragte zu unvorhergesehen:

> „[D]a fehlt der Schluss. @(2)@ meine ich. @das hört mir zu abrupt auf@. […] wenn=s ein Artikel sein soll. […] sonst gefällt=s mir eigentlich ganz gut. es- es ist so=n Zwischending zwischen eins und zwei. (4) und die Zeichnungen sind gut dabei. Das prägt sich besser ein. (2) auch die Behandlung joa […] fehlt irgendwie die Zusammenfassung. […] irgendein- ein Fazit, geht einfach so in Leere“ (I25, Pos. 22).

Auch eine weitere Befragte hatte Vorwissen: Der Leichte-Sprache-Plus-Text wird von der medizinischen Fachangestellten, 71 Jahre, als einfacher als der Standardtext und sehr verständlich beschrieben. Der Leichte-Sprache-Plus-Text gefällt der Befragten „eigentlich wirklich richtig gut“, er sei sehr gut geschrieben (I09, Pos. 21). Besonders gut gefallen habe ihr, dass dort keine Fachbegriffe enthalten sind, „das ist einfach alles auf Deutsch erklärt. wenn wir=s jetzt ganz platt sagen wollen“ (I09, Pos. 19). Sie stellt damit schwer verständliche Fachbegriffe der medizinischen Fachsprache deutlich der allgemein verständlichen deutschen Sprache gegenüber. Neben dem Alter und der Bildung, die sie als ausschlaggebend dafür thematisierte, wem sie welchen Text empfehlen würde, nannte sie einen weiteren Aspekt: Die Befragte hatte stark zwischen der erforderlichen Intelligenz bei der Rezeption des verständlichkeitsoptimierten Textes in Leichter Sprache Plus und des Textes in Standardsprache unterschieden (I09, Pos. 22; Kap. 7.3.1). Im Gegensatz zu den beiden über neunzigjährigen Ärzt(inn)en ist der zweite Text in Leichter Sprache Plus auch ihr Favorit. Der habe ihr am besten gefallen, „so von=ner Einfachheit halber und vom Verständnis allgemein (.) fand ich den schon recht gut, den zweiten“ (I09, Pos. 25).

Die 71-jährige ehemalige Verwaltungsangestellte befindet zu Anfang alle drei Texte als handlungsorientierend: „[J]a, die sind sehr gut beschrieben //mhm// sodass man eigentlich durch- also auf- aufgrund dieser- dieses Schreibens genau weiß, wie du dich zu verhalten hast“ (I11, Pos. 2). Im weiteren Verlauf des Interviews lassen ihre Aussagen jedoch darauf schließen, dass insbesondere die beiden verständlichkeitsoptimierten Texte durch ihre wahrnehmbarkeitsfreundliche Strukturierung und die thematisch gliedernden Zwischenüberschriften, die häufig aus Fragesätzen bestehen, handlungsorientierend sind: „[A]lso sehr ähm (.) gut aufgeschlüsselt ist //mhm// und und äh die Fragen eigentlich, die man sich selbst stellt, hier eigentlich schon so äh im im Text vorh- vorkommen also //mhm// sehr gut geschrieben und sehr gut erklärt“ (I11, Pos. 16).

Wie bereits einige Befragte zuvor, bewertet die 83-jährige ehemalige Bürokauffrau den Leichte-Sprache-Plus-Text mittelmäßig zwischen dem am schlechtesten bewerteten Standardtext und dem Favoriten in Leichter Sprache (I21, Pos. 29; Kap. 7.3.3).

Insgesamt lässt sich in der Gruppe zum Thema Schlaganfall festhalten, dass die Meinungen über die Texte unterschiedlich sind. Einige Punkte zeichnen sich jedoch ab: Der Leichte-Sprache-Plus-Text schien den meisten Befragten mit seinen knapp zweieinhalb Seiten zu dürftig zu sein, wenngleich vereinzelt die sprachliche Gestaltung und die Übersichtlichkeit mit Bulletpoints und Zwischenüberschriften gelobt wurden. Die extreme Kürzung der Inhalte und die Fokussierung auf das Nötigste ließen für mehrere Befragte die Ungenügsamkeit des Textes hervortreten. Maaß/Rink (2020:43-46) beschreiben dies bei der Übersetzung in Leichte Sprache als Szenario B: Der Zieltext ist deutlich kürzer und somit gut zu verarbeiten, die ursprünglichen Inhalte sind jedoch stark reduziert (ebd. 45f.). Gerade im Vergleich mit dem fast sieben Mal längeren Ausgangstext in Standardsprache störten sich mehrere Befragte an der drastischen Reduktion der Inhalte und bemängelten diese. Es bleibt im Rahmen dieser Studie offen, ob die Kritik an Textkürze und Reduktion der Inhalte ebenso deutlich ausgefallen wäre, wenn der direkte Vergleich mit dem Standardtext nicht möglich gewesen wäre. Neben der überwiegenden Ablehnung stieß der Text in Einfacher Sprache vereinzelt auch auf positive Bewertungen, die insbesondere die stark reduzierte Lesezeit mit Blick auf eine schnelle Handlungsorientierung in einer Notsituation hervorhoben. Dies zeigt deutlich, dass nicht nur die motivationshemmende Überlänge eines Textes – wie zuvor zum Standardtext aufgeführt – problematisch für eine erfolgreiche Rezeption sein kann, sondern auch eine zu starke Verkürzung der Informationen: Erscheinen die Inhalte den Lesenden zu dürftig und somit nicht umfassend und handlungsorientierend genug, wird der Text ebenso wenig als angemessen empfunden wie ein zu langer Text. Durch eine zu starke Kürzung der Inhalte ist also auch in einem verständlichkeitsoptimierten Text wie dem hier präsentierten Leichte-Sprache-Plus-Text die Akzeptanz gefährdet bzw. nicht gegeben, wenngleich potenziell akzeptanzhemmende Faktoren wie der Mediopunkt und ein zu stark vom Standard abweichendes Layout nicht vorhanden sind, was die Akzeptanz für einige Leser(innen) eigentlich erhöht (s.o.). Textlänge, gleich in welche Richtung, ist folglich ein Textmerkmal, das sich stark auf die nutzerseitige Akzeptanz von Texten auswirkt.

7.3.3 Leichte-Sprache-Text

Nachfolgend soll die Überblickstabelle wie in Kap. 7.3.2 zunächst einen zusammenfassenden Eindruck der Aussagen zu der maximal optimierten Varietät geben, bevor diese dann detaillierter betrachtet werden:

Befragte Person	**Hauptaussage**	**Akzeptanzindikation**
w-92-promoviert	gefällt=s mir eigentlich ganz gut. es- es ist so=n Zwischending zwischen eins und zwei (I25, Pos. 22) [am besten gefallen] Weil der die Informationen bringt, die ein Laie über Schlaganfall braucht. (I25, Pos. 30)	Akzeptanz + Weiterempfehlung
w-91-Abitur	Nee, der hat mir nicht so gut gefallen. der war //mhm// also auch für mich nicht weiter informativ, nein (I24, Pos. 17) für mich überflüssig (I24, Pos. 21)	Ablehnung (stark)
m-91-promoviert	besser [als Text b] (I23, Pos. 43), würde den Text „an die Allgemeinheit geben […], dass die Allgemeinheit besser informiert wird“ (I23, Pos. 40) (Standardtext Favorit für ihn selbst)	Akzeptanz + Weiterempfehlung

w-89-Volksschule-hauswirtschaftl. BS	Ich find=s absolut in Ordnung. (I22, Pos. 18) Ja (.) also (.) man kann das schon lesen und zu Herzen nehmen, würde ich sagen. (I22, Pos. 19) das ist so (.) positiv geschrieben, dass man das wirklich empfehlen kann, lesen kann und empfehlen kann (I22, Pos. 24)	Akzeptanz
w-83-Volksschule-Lehre	[am besten gefallen] das war der Dritte (1) der Dritte war mit den Bildern (I21, Pos. 24-27) Der war gut geschrieben. (I21, Pos. 28-29)	Akzeptanz
w-83-Abitur-Diplomkauffrau	Ja, wenn ich keinen anderen habe, muss ich den ja lesen. (I20, Pos. 22) Am wenigsten informativ- also informativ sind die alle, aber das Wenigste bringt ja dieser letzte Text. (I20, Pos. 26)	Ablehnung (stark)
w-83-Hauptschule-Hausfrau	Ich sag mal gut. Ja, freilich. (3) kann man (gern privat lesen, weil ist ja net so lang). @(.)@ Das gefällt mir scho:n, weil es zeigt auch die Nebenwirkungen, dass die gefährlich sein könne, (.) und dass man auch die richtige Menge immer beachten (.) muss, soll, (3) und das man einfach äh (3) net (3) der Satz, (1) der gefällt mir gut. (I19, Pos. 43-45)	Akzeptanz
m-79-Volksschule-Meister	der wäre der beste, für mich ja, mhm (I18, Pos. 20) übersichtlicher und ‘ne bessere Aufteilung, ja ja (I18, Pos. 19)	Akzeptanz
w-78-Realschule-Lehre	Wenn ich die Wahl hab zwischen eins, zwei, drei, würd ich drei nicht (.) unbedingt (.) vorziehen. (I17, Pos. 58) Also das wär kein Text, muss ich gestehen, den ich äh (2) meinem Bekanntenkreis weitergeben würde //okay// als besondere Information. (I17, Pos. 61)	Ablehnung (stark)
w-78-Volksschule	Also dieses ist quasi auch also geht nach sehr gut hin (I16, Pos. 18) also verständlicher für mich und so weiter (.) mit allem Drum und Dran ((einatmen)) das ist eigentlich c (I16, Pos. 20)	Akzeptanz
w-75-Hauptschule-Lehre	[am besten gefallen] der Letzte jetzt. […] Weil es nicht so langatmig ist und man kann=s trotzdem alles verstehen.	Akzeptanz

	//Okay// das ist mir hier zu viel alles. //Mhm// das reicht, um zu verstehen. (I15, Pos. 27) Noch [verständlicher], dies ist ja richtig gut. Sofort kann man das gut übersehen. (I15, Pos. 16) Tja, gefallen haben mir alle drei da, aber dieser ist (.) ist dann okay in allem. (I15, Pos. 17)	
m-75-Diplom	Keine sprachliche Schönheit, „keine super Literatur“ (I14, Pos. 46) LS+-Text vom Lesen her etwas gefälliger, Sprache sehr abgehackt durch kurze Hauptsätze ohne Nebensätze. LS+ sei „etwas flüssiger zum Lesen. oder sagen wir mal, da würden vielleicht Menschen, die jetzt nicht gerade geistig beeinträchtigt sind, //Mhm// bei dem würde das wahrscheinlich doch etwas mehr (.) Lese(.)freude oder so //Mhm// ((atmet laut)) geben“ (I14, Pos. 49) Für ihn selbst Standardtext Favorit: „ich bin ja eigentlich ein Mensch, der sich immer gerne umfassend informiert, dann würde ich den natürlich unter der Rücksicht würde ich den natürlich für am besten halten. //Mhm// Aber wie gesagt, äh das ist- das hängt immer von den Umständen ab“ (I14, Pos. 13). „Also interessanter jetzt vom- vom Bildungsumfang her, um- um ist der natürlich dann“ (I14, Pos. 10).	Ablehnung mit Einschränkungen (für bestimmte Zielgruppe geeignet)
m-73-Volksschule-Lehre	da sind so so Anzeichen, die man vielleicht äh::m ähm so für Kinder vielleicht. so für Kinder vielleicht, //Mhm// was man nicht tun dürfte oder was man. //Mhm// möchte ich sagen so diese- ist das. das wird ja nur ganz kurz angeschnitten immer, ne. (I13, Pos. 25) „für Erwachsene ist vielleicht der erste [Standardtext] besser“ (I13, Pos. 13) „dies kommt als erstes [Standardtext], dann das als zweites [LS+] und das möchte ich sagen, das ist so- praktisch nur so kurz beschrieben [LS]“ (I13, Pos. 48)	Ablehnung
m-72-Hauptschule	Weniger gut (und wenig verständlich) „Na, das erklärt nicht so was- was so sind Kopfschmerzen und das“ (I12, Pos. 14) [weiterempfehlen?] wenn er ne unbedingt ham will (I12, Pos. 16)	Ablehnung (stark)

w-71-Lehre	also gefallen hat mir wie gesagt auch detaillierte Aufstellung was man b- im Notfall tun muss (I11, Pos. 23) also schlecht sind se alle drei nicht // okay // aber wenn ich als ers- also wie gesagt der erste ist am ausführlichsten //mhm// ja und der dritte fff da gibt es auch neuig- Neues, was ich also auch noch nicht wusste, //mhm// aber sind alle drei gut (I11, Pos. 19); sehr gut [gefallen] (I11, Pos. 21)	Akzeptanz
m-71-Hauptschule-Lehre	ne, der hat mir schon gefallen, das ist äh weil das alles leicht verständlich ist (I10, Pos. 41) es gibt ja Leute, die haben jetzt nicht, ich ja auch, kann ich mich hinzutun, die haben halt nicht unbedingt den Bildungsstand, die sind die sind damit [LS+-Text] ganz und gar zufrieden // hmm // und die sind informiert (2) ich denk mal, dass das auch äh dass das auch achtzig Prozent der Leute bilden (I10, Pos. 25) [hat gelacht] weil ich eben beim Zähne putzen und son Zeug. das ist äh- das ist dann äh wirklich auch, dass es der Dümmste kapiert (I10, Pos. 30) sollte man den Leuten eigentlich anbieten. //ja// dann brauchen sie net zu zu hochtrabend die ganze Geschichte da, aufzu(.)zäumen ge, sondern sie haben dann den Text vor sich, der eben das aussagt, was sie eben wissen wollen (.) müssen ((stockt etwas)) in drei oder fünf Seiten haben sie ihr Wissen und sie brauchen keine fünfzehn Seiten // ja // zu lesen oder sowas, ja; // ja. ehm und- // ich mein das wär schon gut für- äh (.) für meine Mutter zum Beispiel (I10, Pos. 36-37)	Akzeptanz mit Einschränkungen
w-71-Lehre (med. Hin.)	Für ganz Dumme oder was? (I09, Pos. 35) Das ist=n Text für=s Grundschulalter. (I09, Pos. 37) Ja, das ist wieder für eine gewisse Altersgruppe, würde ich sagen. (I09, Pos. 45) Den kann man gut lesen. //Mhm// muss man nicht viel bei nachdenken. (I09, Pos. 47)	Ablehnung mit Einschränkungen

	ich glaube, das liest man sich eher durch als so=n halben Roman. (I09, Pos. 50) Den würde ich [Name der Enkelin] schon zum Lesen geben. //Siehst=de// damit sie weiß wie sie reagieren muss //@(2)@// @wenn Oma mal was hat@ (I09, Pos. 57)	
m-69-Volksschule-Lehre	Perfekt. //Perfekt? wie?// also da war alles drin, was man wissen muss //Aha// wenn man sich damit nicht auskennt, mit den Schmerzmittel und äh (2) //Mhm// man ist gut informiert. man kann ganz leicht nochmal nachschlagen, wenn man was vergessen hat. (I08, Pos. 31) es ist lediglich, dass der letzte hier am schnellsten äh zu verstehen ist. //Mhm// äh: man direkt das weiß, was man gerade braucht. Aber inhaltlich haben die ihre Berechtigung. und sind alle drei gut. (I08, Pos. 38) Ja, für die Erstinformation auf jeden Fall. //Mhm// und die meisten werden damit zurechtkommen, weil das genau das beschreibt, was man nehmen soll. (I08, Pos. 41)	Akzeptanz
w-69-Realschule-Lehre	ich würde sogar den dritten (.) der würde mir sogar auch gut gefallen, weil der einfach klar und deutlich //Ehm=hmm//da braucht man überhaupt nicht mehr (darüber nachzudenken) (I07, Pos. 23) Ich find das sehr gut (I07, Pos. 24) Dass es einfach wirklich ganz klar und übersichtlich ist und wenn man wirklich mal ne Frage hätte […] sagen wir mal, das ist wirklich so, da hätt ich schon die Geduld mal zum Gucken, ja? (I07, Pos. 26) Es ist einfach sehr klar und sehr übersichtlich (I07, Pos. 27) das hier ist ganz einfach sagen wir mal, das ganz einfache (1) es gibt Dinge im Leben, wo man froh ist, wenn irgendwas einfach ist […] weil das andere (.) ich hab keine Lust auf irgendsolche und äh auf komplizierte irgendwelche Komplikationen also oder (.) das ist auch gut, aber (1) ähm (1) das hier, da brauchst du einfach nur gucken und dann hast du aber auch Bescheid (I07, Pos. 28)	Akzeptanz
m-68-Hauptschule	Gut, sehr gut. (I06, Pos. 9)	Akzeptanz

	ich habe den Eindruck äh, der ist noch etwas deutlicher, //Mhm// als der andere den ich da hatte, der also den würd ich jetzt als erster Stelle setzen //Ok// Der ist zwar auch jetzt etwas kurz formuliert alles, aber es ist irgendwie äh, noch reiner formuliert wie den anderen den ich vorher hatte (I06, Pos. 10) Man sieht genau, wie der da liegen muss, man sieht, wie […] die Bewegungen machen musst mit der Hand, in welche Abstände und so weiter […] also so Bilder, Abbildungen is schon=ne Erleichterung (I06, Pos. 13)	

w-68-Abitur-Lehre	„durch ASS gerinnt das Blut nämlich nicht mehr so gut.“ //@(.)@// (.) das is n bisschen (.) fast n bisschen unbeholfen. […] also (.) ich (.) f:ühl mich d:ann n:ich so als Erwachsene @(.)@ (so) gesprochen. [...] So wie eine Erklärung; wo man das schon alles weiß und man bekommt=s n- (.) //mhm// nochmal erklärt. […] als wenn das nich an mich gerichtet is, //a:h, okay// sondern ä:h ä:hm (.) mehr so (.) weiß ich was äh Kinder. So (I05, Pos. 43)
	Auch h- hier von der (.) äh Rechtschreibung, ne? (das) //ja// is für mich auch fremd. […] // du meinst den Punkt? […] // Also ja, ja ja: und da würd ich einfach Zahn //@(.)@// Gedankenstrich Regel Gedankenstrich Kopfschmerzen. (I05, Pos. 45)
	Ja: der Punkt (.) ja ich weiß auch, warum. (.) weil wenn der einmal auftaucht, dann denkt man, das wär irgendwas, da muss man radieren //@(.)@ okay, ja//. ich würde da n Gedankenstrich machen, (.) und dann Schmerzen groß. (I05, Pos. 49)
	einem Kind, //mhm// was darüber was wissen möchte, //mhm// (2) aber ich würd=s (.) zusammen (.) mit ihm: machen, so, //mhm, ah ja okay// (5) weil das hat dann wieder die Vorteile, hier is auch n bisschen so erklärt, //mhm// und n Kind braucht nich so viel w- also mit Enzymen (und) ( ) und so weiter, //achso// je nachdem, wie alt das Kind is, ne?
	//mhm// und da find ich=s dann einfach (.) für mich wär=s einfacher //ja// dem Kind das so zu erklären. (I05, Pos. 56-57)
		Ablehnung

	Oder ältere Leute, //mhm// (2) di:e, (2) da muss man aber auch wirklich gucken. also (.) äh:m, welche Bildung haben sie? wie sind sie ansprechbar, //mhm// ne? //mhm// welches Niveau liegt ihnen? //ja// ohne jetz (.) abfällig //ja// (.) sein zu wollen, //mhm// ne? und (.) daf- da kann ich=s mir gut vorstellen, dass das wunderbar is. (I05, Pos. 58) also für Kinder //mhm// oder für ältere Leute, //mhm// die so=n bisschen Richtung dement (1) gehen, oder einfach n:e einfache Schulbildung hatten, //mhm// oder (1) so. //ja// oder nich (.) f:- (.) so aufnahmefähig sind //mhm// (.) oder wollen //ja// (.) äh f- find ich den einfach sehr gut. //ja// und ich merke in manchen Situationen will ich auch nicht //mhm// mehr wissen. // was würdest du (.) am ehesten für dich aussuchen? // Also wenn ich in ner Notsituation bin (I05, Pos. 63) unter normalen Umständen [nicht] (I05, Pos. 63)	
w-68-Hauptschule	alles nur Stichworte //mhm// das würde ich f- für zu wenig b- bei manchen Sachen (.) sehen (I04, Pos. 28) also von Stichworten da ich ja jetzt die anderen schon gelesen habe ist es gut //mhm// aber ich- wie ebend weils nicht so ausführlich ist sind viele Sachen ebend nicht so verständlich wie auf den anderen (I04, Pos. 29) weniger gut (I04, Pos. 30) wenn man nicht große Texte liest, liest man das- sowas schon mal eher //ja// aber es ist so, wenn man die anderen Texte kennt, sieht man, dass es nicht ganz so ausführlich ist (I04, Pos. 34) wenn man sich gar nicht damit befasst, wenn man si- liest man sich das vielleicht eher mal durch, wenn der Text nicht so- so lang ist oder so sag ich mal //mhm// (2) denn das meiste steht ja schon drin, was damit zu tun hat. bei dem anderen ist es nur wesentlich ausführlicher (I04, Pos. 38) vielleicht, wenn er sich einfach nur informieren möchte und noch nicht so viel Interesse hat, würde der ((haut auf Tisch/Text)) erstmal // Text c //	Ablehnung

	Text c reichen //ja// und wenn er noch mehr wissen würde, könnte man ja sagen, ja, da gibts noch mehr Informationen (I04, Pos. 40)	
m-68-Fachabitur-Lehre	würde ich weiterempfehlen, weil ich weiß, dass äh: viele Leute das in der Tiefe gar nicht lesen wollen. durch die Neugierde wie bei mir, ich bin ein Vielleser, gebe ich ganz ehrlich zu, mich interessiert jedes Thema. //Mhm// (.) und deswegen:: ist der erste für mich interessant. (I03, Pos. 39) auf jeden Fall, den sollte jeder zumindest einmal gelesen haben. (I03, Pos. 38) [Bilder in LS-Text gelobt] der bleibt besser haften im Kopf […] der erste für die Information, zum Stillen meiner Neugierde, den muss ich ja nicht zehnmal lesen. //Mhm// ich sage mir, wenn ich den einmal, reicht=s. während ich den anderen zehnmal lesen könnte. (I03, Pos. 32) gefällt mir, weil er- weil er ansprechend optisch ist es die Zeichnungen und so weiter, einprägsamer. (I03, Pos. 41) Also gefallen, wie beim anderen, dass der Text kurz und prägnant ist. //Mhm// was mir beim [LS-Text] besser gefällt, […] da sind, wie schon gesagt, die Grafiken drin. //Mhm// und wo ich auch seh, was muss man machen. prägt sich mehr ein meiner Meinung nach. die Informationen sind in dem […] natürlich nicht so detailliert, so informativ wie beim- beim ersten, gehen aber- das will aber nicht jeder lesen. da muss man Neugierde mitbringen und sich dafür interessieren. (I03, Pos. 48)	Akzeptanz mit Einschränkungen; Weiterempfehlung für bestimmte Zielsituation
w-65-Akademikerin	also ich würde, wenn ich privat diese drei Texte lesen würde, würde ich doch immer noch (.) überwiegend ((Kugelschreiberklicken)) zu B greifen. (3) //aha:// überwiegend zu B. immer noch (.) wei:l äh (.) Text C is schon n bisschen rudimentär. (.) also ich //ja// ich hab=s schon gerne, wenn ich (.) noch ne Info mehr kriege. aber nich so viele wie in Text A. das is mir dann schon wieder zu viel. (I02, Pos. 27) Ja, also meiner Haushaltshilfe //ja (°das hattest du°) // der würd ich den Text C ( ) hm [Name 2] äh (.) hält sich, (.) kann nich	Ablehnung

	(.) sie behauptet, sie kann nich gut lesen, es is ihr zu anstrengend und sie versteht das alles nich (.) aber diesen Text würde sie lesen, weil wenn sie das Thema interessiert. ne? sie will was über Schmerzmittel erfahren, //okay// und dann is das auch so ihre Menge, und das an Infos, was sie aufnehmen kann. und die wäre (.) würde sich über so=n Text glaub ich richtig freuen. //okay// und ähm (.) ich würde das auch meinen Schulkindern empfehlen, wenn ich ä:h (.) pff jetzt nich in der Sie-Form, aber so n bisschen abgewandelt, is das so n bisschen in der Art, wie das auch für Schulkinder aufbereitet wird (I02, Pos. 29). also ähm ich empfinde den Text C schon als sehr (.) vereinfachend, und ich halte mich (.) fühle mich nicht so, dass ich das Vereinfachende brauche (.) ähm es is auch eher das Schriftbild, was ich so kenne, dass also Sätze so durchlaufen und dann kommt halt mal n Absatz, und kommen auch mal Spiegelstriche oder so (.) das is eigentlich so die gewohnte Art von Texten, wie ich sie so kenne. (2) und die C-Texte mach ich halt dienstlich (I02, Pos. 34) also Vortrag halten nehm ich A, [Name 2] und [Name 1] informieren nehm ich C und mich selber informieren würd ich gerne B nehmen. (.) ich vermute mal (.) ich vermute das aber nur, dass es an dem Schriftbild liegt, dass es so voll=d die Sätze so (.) sind oder (.) wird nicht laufend noch irgendwas eingeschoben (I02, Pos. 35) C fü:r die Allgemeinheit […] // Weil die Leute nich mehr viel lesen, […] es is schneller durchzulesen, es is ähm (.) wichtig ham, (.) die wichtigen Infos sind alle drin, in allen Texten, (1) Text C hat die wenigsten zusätzlichen Infos, aber (.) für meine Frage (.) „welches (.) hil- (.) Schmerzmittel hilft wann?“ ähm is vollständig (1) ausreichend. (I02, Pos. 36)	
m-65-Fachabitur-Lehre	das is **sehr laienhaft**, würd ich sagen. (I01, Pos. 39) […] Ja weil=s weil=s ziemlisch ein- //mhm// einfach erklärt is halt //ja// ne?	Ablehnung [LS+ Favorit]

	weil=s wa- weil einfache Erläuterungen (I01, Pos. 42-43) [nicht gefallen] na, dass die Worte immer getrennt sind. (aber das) is wahrscheinlich (aber) keine Absicht (I01, Pos. 49) keine neuen Informationen. Ja, ob die, ob die abweischen, ja, steckt praktisch praktisch //mhm// dasselbe wie in Text B //okay// also äh äh nur anders halt (.) erklärt. (I01, Pos. 55)	

Tabelle 4: Hauptaussagen und Akzeptanzindikation Leichte Sprache

Das Gefallen am Leichte-Sprache-Text des 65-jährigen Versicherungskaufmannes ist begrenzt: Er empfindet diesen gleich als „sehr laienhaft" (I01, Pos. 39) und reagiert zögerlich mit „joa" (I01, Pos. 46), als er gefragt wird, ob er diesen Text auch privat lesen würde. Gleichwohl diese Textversion verständlich sei und ihm die Erläuterungen darin gefielen, stößt ihn vor allem die ungewohnte optische Wortgliederung durch den Mediopunkt ab: Es gefällt ihm nicht, „dass die Worte immer getrennt sind. (aber das) is wahrscheinlich (aber) keine Absicht" (I01, Pos. 49). Zudem seien in der leichten Version keine neuen Informationen enthalten, sondern praktisch dasselbe wie im Leichte-Sprache-Plus-Text (Einfache Sprache) (I01, Pos. 55), welcher sein Favorit ist. Er geht nicht auf die Bebilderung im standardsprachlichen und leichten Text ein. Es kann daher an dieser Stelle nicht erschlossen werden, ob die Bilder in einem der beiden Texte eine Rolle für seine ablehnende Haltung ihnen gegenüber gespielt haben.

Interessanterweise gefällt der 68-jährigen Verkäuferin der knapp 3-seitige Leichte-Sprache-Text weniger gut, da er „weniger verständlich" sei:

> „[W]eil ja nicht alles so ausführlich ist. ist alles nur Stichworte //mhm// das würde ich f- für zu wenig b- bei manchen Sachen (.) sehen. also von Stichworten da ich ja jetzt die anderen schon gelesen habe, ist es gut //mhm// aber ich- wie ebend, weils nicht so ausführlich ist, sind viele Sachen ebend nicht so verständlich wie auf den anderen" (I04, Pos. 28-29).

Gleichwohl im Leichte-Sprache-Text Inhalte reduziert wurden, ist der Unterschied zwischen den Informationen aus eben diesem und dem Text in Leichter Sprache Plus nicht gravierend. Es ist anzunehmen, dass an dieser Stelle auch das stark optimierte Layout des Leichte-Sprache-Textes Einfluss auf dessen Wahrnehmung hat: Da jeder Satz auf einer neuen Zeile steht und z.B. bei der Auflistung der Ursachen nach den Stichworten höchstens zwei kurze Sätze folgen, hat der Text mehr Weißfläche und wirkt im Vergleich für die Befragte nicht ausführlich genug (I04, Pos. 34). Die Ausführungen der Stichworte im Einfache-Sprache-Text gehen in derselben Zeile wie das jeweilige Stichwort nahtlos weiter und es gibt teilweise auch mehrere kurze Sätze als Erläuterung, sodass bereits ohne zu lesen der Eindruck entsteht, es seien hier deutlich mehr Informationen enthalten. Die beiden Texte unterscheiden sich in ihrer Länge jedoch faktisch nur um eine Seite. Eine stark optimierte Wahrnehmbarkeit kann also auch dazu führen, dass ein Text von potenziellen Leser(inne)n als unangemessen empfunden wird, da die Stichworte und reduzierten Erläuterungen mit viel Weißfläche anstelle von Übersichtlichkeit einen scheinbaren Mangel an Informationen betonen können. Positiv merkt die Befragte jedoch an, dass der Leichte-Sprache-Text kürzer als der Standardtext ist, denn, „wenn man nicht große Texte liest, liest man das- sowas schonmal eher" (I04, Pos. 34). Er birgt im Vergleich zu dem Text in Standardsprache für sie folglich zumindest keine Motivationsbarriere, die durch die Textlänge bedingt ist. Zudem würde sie den Leichte-Sprache-Text im Gegensatz zum standardsprachlichen Text weiterempfehlen, wenn auch nur an jemanden, der „sich einfach nur informieren möchte und noch nicht so viel Interesse hat" (I04, Pos. 40).

Auf ähnliche Weise bewertet ein 71-Jähriger die Texte: Während die Assoziation des Hochtrabenden beim Standardtext aufkam, bewertet er ebenso stark den Leichte-Sprache-Text in Abstufung zu den beiden anderen Texten: „das ist dann äh wirklich auch, dass es der Dümmste kapiert“ (I10, Pos. 30). Der Text sei „jetzt natürlich noch leichter verständlich“ (I10, Pos. 26). Weiterhin antwortet er darauf, ob der Text für ihn persönlich zu leicht sei, mit:

> „nö nö. es ist auch auch vielleicht (.) dann net erniedrigend oder sowas // ja // man erkennt die ja an den Texten nit. es ist leicht verständlich geschrieben, // mhm // ge? muss ich sagen, ja. sollte man den Leuten eigentlich anbieten. //ja// dann brauchen sie net zu zu hochtrabend die ganze Geschichte da, aufzu(.)zäumen ge, sondern sie haben dann den Text vor sich, der eben das aussagt, was sie eben wissen wollen (.) müssen ((stockt etwas)) in drei oder fünf Seiten haben sie ihr Wissen und sie brauchen keine fünfzehn Seiten // ja // zu lesen oder sowas, ja; // ja. ehm und- // ich mein das wär schon gut für- äh (.) für meine Mutter zum Beispiel“ (I10, Pos. 36-37).

So assoziiert er den Text mit dem Wort „erniedrigend“, auch wenn er dies in einer Verneinung benutzt. Was genau er mit „man erkennt die ja an den Texten nit“ meint und ob die kindliche Bebilderung des zähneputzenden Jungen bei seiner Einschätzung und dem Schmunzeln über den Text eine Rolle spielte, bleibt offen. Er scheint aber auf die von ihm zuvor genannten Zielgruppen anzuspielen, die zu den Menschen mit geringerem Bildungsstand und ungeübten Leser(inne)n gehören, zu denen er sich auch zählt, oder zu den „Dümmste[n]“ (I10, Pos. 30). Neben älteren Menschen wie seiner Mutter ist der Text seiner Meinung nach also auch für die eben genannten Zielgruppen geeignet, welche er weiterführend als „Normalsterbliche“ assoziiert:

> „also ich würde sagen für den für den Normalsterblichen ist sowas, der sich eigentlich net groß mit sowas beschäftigen will, der der seine Informationen haben will auf schnellstem Wege // mhm // der äh ist mit dem Text echt gut bedient, weil das ist simpel, das drin, was du eben brauchst“ (I10, Pos. 41)

Für ihn ist die Textkürze und Einfachheit des Leichte-Sprache-Textes also positiv und mit einer schnellen Rezeption und Handlungsfähigkeit verknüpft. So würde er auch selbst zu dem leichten Text greifen, denn dann „brauch ich keine 18 Seiten zu lesen, wenn ich auf den fünf Seiten auch die Informationen hab, ne […], es ist äh (.) leicht verständlich geschrieben“ (I10, Pos. 40). Er empfindet den Text als ausreichend und fügt hinzu: „man kann ja alles umschreiben sag ich mal // ehm=hmm // und man kann dicke Bücher schreiben mit Tennisspielen // ehm=hmm // welchen hin, welchen her und sowas […], aber das ist jetzt da hat jemand eben äh ganz schnell gelesen hat und weiß was abgeht (I10, Pos. 43). Insgesamt wird sein Lob am Leichte-Sprache-Text jedoch immer wieder relativiert: So sei der Text für ältere Menschen geeignet, aber nicht nur (I10, Pos. 47). „man wird informiert was man braucht in dem Fall // hmm // und das ist wichtig. //okay. ehm // wenn das alles hergibt für einen, ist das in Ordnung“ (I10, Pos. 48). Hier kommt zum Vorschein, dass der eigentlich positiv wahrgenommene Text, der schnell zu lesen und handlungsorientierend ist, doch nur für Menschen gemeint sein kann, die sich mit der deutlich kürzeren Information zufriedengeben und diese nicht hinterfragen. Er würde den Text weiterempfehlen, scheint jedoch auch dann zu befürchten, dass dieser bei einigen Menschen auf Unzufriedenheit stoßen könnte:

> „den kannste jedem geben, also der ein oder andere wird sich vielleicht (.) noch n bisschen schwer tun und noch n bisschen ( ) ((Z lacht)) ja: also // hmm // ja, was man in drei Seiten zusammenfassen kann //hmm// kann man in acht Seiten oder umgekehrt und äh (.) ja. Da ist noch n bisschen mehr Volumen“ (I10, Pos. 50).

So empfindet der Befragte die verständlichkeitsoptimierten Texte für sich und andere Menschen geeignet und hilfreich, die nicht gern viel lesen und unter Umständen einen niedrigeren Bildungsstand haben. Gleichzeitig scheint ihm der Leichte-Sprache-Text für andere Rezipient(inn)en etwas zu weit zu gehen, was die Vereinfachung angeht – ohne dass hierbei konkret Bebilderung oder etwa der Mediopunkt zur Sprache kämen – und somit für anspruchsvollere Leser(innen) die Gefahr zu bergen,

nicht ausreichend zu sein oder sich nicht damit identifizieren zu können (jemand, der „hochtrabender informiert sein will“ I10, Pos. 8). Der Leichte-Sprache-Text wird für ihn persönlich als passender Informationstext ausgewählt und zeigt damit, wie auch Menschen, die sich grundsätzlich eher weniger informieren, erreicht werden können. So neigt der Befragte zu Vermeidungsverhalten, wenn es um gesundheitliche Informationen geht:

> „ich muss sagen diese gesundheitlichen Themen, diese diese Apothekenseiten, -zeitschriften und so das ganze Zeug ((Z lacht)) das ((A lacht) // ja? // das lass ich mir meist gar nicht mitgeben // Ja, ja // das les ich auch nicht, weil ich fühl mich da einfach krank // hmm // irgendwas machste da falsch // ehm=hmm // und dann dann // ehm=hmm // weil weil da wird ständig- da wirste mit mit Sachen wirst du da vollgeschüttet da, da ist was dabei, was du falsch machst“ (I10, Pos. 138).

Er habe „schon Vertrauen zu der Sache“ (I10, Pos. 129), da die Apothekenzeitschriften von Ärzten unterstützt würden (I10, Pos. 131), das Vermeidungsverhalten und das enorme Vertrauen in medizinisches Fachpersonal lassen ihn jedoch eher selten von selbst nach Gesundheitsinformationen suchen und diese rezipieren. Umso positiver fällt die Bewertung und Auswahl des Befragten des Leichte-Sprache-Textes auf, der ihn trotz seines sonstigen Vermeidungsverhaltens zum Lesen der Informationen animierte.

Im Gegensatz dazu ordnet ein weiterer Befragter mit 73 Jahren den Leichte-Sprache-Text ohne Umschweife als an Kinder adressiert ein:

> „das wäre jetzt so- so Kinder jetzt. weil die würden sich ja dann nicht dafür interessieren. oder werden jetzt auch schon wieder- mit den Gedanken weg, wenn man das so länger beschreiben würde. //Mhm// eher was für Jugendlich möchte ich sagen so. //Mhm// meine Meinung ist das. […] Ja ja und dass man kurz und sagt und drauf hinweist, was man machen muss und so. möchte ich sagen. […] wenn möchte man das denn vorlesen, muss man sagen, gucke mal hier, wenn du das nicht machst und so, ne. […] das wird auch kürzer hier angeschnitten jetzt“ (I13, Pos. 29).

Der Text erfordert eine kürzere Aufmerksamkeitsspanne der Lesenden, was der Befragte mit der Zielgruppe Heranwachsender assoziiert. Zudem scheint der Text Merkmale zu enthalten, die für ihn direkt auf diese Zielgruppe hinweisen: „da sind so so Anzeichen, die man vielleicht äh::m ähm so für Kinder vielleicht. so für Kinder vielleicht, //Mhm// was man nicht tun dürfte oder was man. //Mhm// möchte ich sagen so diese- ist das. das wird ja nur ganz kurz angeschnitten immer, ne“ (I13, Pos. 25). Die zugewandte Adressierung erscheint ihm trotz des Siezens stilistisch für Kinder und Jugendliche passend, ebenso die kurz gehaltenen Ausführungen einzelner Punkte zu themenbezogenen Verhaltensweisen, die im Text zu finden sind. Diese erwecken bei ihm den Eindruck, der Text wolle vorschreiben, „was man nicht tun dürfte“ (ebd.). So ordnet er den Text als für Kinder geschrieben ein, die man noch belehren und bevormunden kann. Somit scheint er den Sprachstil des Textes in irgendeiner Weise als unangemessen für Erwachsene zu bewerten, ein Aspekt, der in der DIN 8581-1 zur Einfachen Sprache im Deutschen explizit vermieden werden soll: Die Einfache Sprache solle gerade auf einen paternalistischen, behütenden oder übergriffigen Stil verzichten (ebd. 33) und kann diesbezüglich der Leichten Sprache in dem hier betrachteten Beispiel des Probanden gegenübergestellt werden. Seiner Meinung nach könne man Kindern den leichtesten Text gut „vorlesen und das denen so erläutern“ (I13, Pos. 43). Auch die Bebilderung im Leichte-Sprache-Text wird von ihm direkt als an Kinder gerichtet eingeordnet: „nö, das ist für die Kinder ideal. da sehen die das wie- wie das Zahnfleisch dann allmählich zurückgeht. //Ja ja// mhm. dann kann man das bildlich erklären“ (I13, Pos. 31). Da im Standardtext die gleiche Abbildung zum Zahnhalteapparat zu finden ist, könnten Lesende dies auch in letzterem sehen, aber der Kontext ist ein anderer: In dem leichten Text mit stark reduzierten sprachlichen Mitteln und einem zusätzlichen, kindlich anmutenden Bild eines Jungen, der Zähne putzt, scheint die Assoziation mit einem Text für Kinder für den Befragten naheliegend. Er verweist hier kategorisch an eine Zielgruppe, die nicht mündig ist.

Trotz dieser sehr klaren Einordnung seinerseits windet er sich, wenn es darum geht, den Text konkret auszuschließen:

> „[W]ürden Sie das auch Erwachsenen anbieten wollen? oder? den Text C? D: Ja: könnte man auch, aber das: sind so- das kommt immer auf den Erwachsenen auch jetzt drauf an. man kann das jetzt nicht unbedingt generell sagen. //Ja// dieser Typ oder was, nech. //Ja// manche würden das gar nicht lesen. //Ja// viele würden es wegschmeißen noch. //Ja// die würden das gar nicht lesen, ne.
>
> // Ja. warum würden die das nicht lesen? // Weil die das gar nicht interessiert, weil die sich gar nicht so um die Gesundheit kümmern. //Ach so, mhm// wie immer // Okay, also würden Sie- mhm? // Also die kümmern sich gar nicht. //Ja// welche die trinken ja auch Alkohol weiter, obwohl sie es nicht dürften. //Ja klar// oder sowas. oder dann auch mit der Ernährung so“ (I13, Pos. 37-39).

Seine Präferenz zum Standardtext wird jedoch an mehreren Stellen deutlich, an denen er diesen als „intensiv beschrieben“ und „besser geschrieben“ bezeichnet (I13, Pos. 3-4). Er scheint die sprachliche Gestaltung im Standardtext als für erwachsene Leser(innen) angemessen einzuordnen bzw. denkt bei dem Leichte-Sprache-Text nicht daran, dass dieser überhaupt an Erwachsene gerichtet sein könnte. Auf die Frage, ob er den Leichte-Sprache-Text auch privat gelesen hätte, reagiert er ausweichend: „Wenn ich ganz ehrlich bin, wenn ich jetzt so- ich hätte das jetzt kaum gelesen, weil ich mich ja jetzt gut auskenne“ (I13, Pos. 42). Auch in seinem Freundeskreis hätte er den Text eher nicht weiterempfohlen mit dem ausweichenden Hinweis, „meist lassen die sich heute auch gar nicht mehr so groß beeinflussen“ (I13, Pos. 45). Hätte der Arzt ihm den Text mitgegeben, hätte er auch diesen gelesen, jedoch ist die Präferenz des Befragten zum Standardtext klar (s. Kap. 7.3.1).

Demgegenüber beurteilt eine 75-Jährige den leichtesten Text am besten, „[w]eil es nicht so langatmig ist und man kann=s trotzdem alles verstehen“ (I15, Pos. 27). Während ihr die Abbildungen im Standardtext gefallen, sei ihr der Text insgesamt zu viel und zu kompliziert, weshalb sie ihn auch als am schlechtesten von den drei Texten bewertet (I15, pos. 8). Begeistert ist sie jedoch von dem Leichte-Sprache-Text, der auch kürzer gehalten und damit überschaubarer sei, „und da ist trotzdem ausreichend für das, was man wissen will“ (I15, Pos. 23). Dieser sei sogar noch verständlicher als die anderen beiden Texte und „richtig gut“, da man die Informationen darin sofort gut übersehen könne (I15, Pos. 16). Somit scheint sie das Zusammenspiel aus gekürzten Inhalten, Abbildungen und leicht verständlichen und übersichtlich strukturierten Informationen zu überzeugen: „Ja, alles hat mir gefallen, ist nichts einzuwenden“ (I15, Pos. 21). Da ihrer Meinung nach alles Wichtige trotz der überschaubaren Länge des Textes enthalten sei und man diesen gut verstehe, würde sie diesen auch anderen weiterempfehlen (I15, Pos. 24, 25). Letzterer ist hier deutlicher Favorit unter den drei präsentierten Texten.

Auch eine 78-Jährige mit Volksschulabschluss bewertet den Leichte-Sprache-Text als am besten, „also verständlicher für mich und so weiter (.) mit allem Drum und Dran ((einatmen)) das ist eigentlich c“ (I16, Pos. 20). Die Erklärungen im Leichte-Sprache-Plus-Text seien „auch ganz gut“ (I16, Pos. 22), erschienen ihr im Leichte-Sprache-Text jedoch „leichter, weil das kurzgefasst ist und alles auch (1) erklärt“ (I16, Pos. 22). Sie demonstriert eindrucksvoll, wie viel Inhalt sie sich aus dem Leichte-Sprache-Text behalten hat und zählt bis auf einen Punkt alle im Text aufgeführten Ursachen auf:

> „[D]ie Ursachen wie man äh wie das entsteht und so weiter kol- ((atmen)) mit äh: mit Belag und Zähneputzen und (.) alles genauso ist ist ja auch mit Besteck da irgendwie nicht von den anderen irgendwie nehmen nach Möglichkeit (.) //mhm// alles also // °ja° // und es ist auch (.) Veranlagung (1) //mhm// und dass ich auch viel geraucht habe und so °das° hängt auch damit zusammen“ (I16, Pos. 23-25).

Auch den letzten Punkt führt sie an anderer Stelle noch an: Dass Diabetes und rheumatische Erkrankungen Risikofaktoren für Parodontitis sein können, benennt sie als neue Information im Leichte-Sprache-Text, die in den anderen beiden ihrer Meinung nach nicht zu finden war:

> „[A]lso dieses (.) c weicht ab von den anderen (.) ein bisschen also (1) // Und // Diabetes und rheuma- rheumatische Erkrankungen und so weiter das kann man dadurch bekommen durch Parodontitis und (.) das ist auch so bei mir, ich hatte auch rheumatische Erkrankungen, hatte ich“ (I16, Pos. 134-135).

Diese Information wurde aber ebenso im Standard- als auch im Leichte-Sprache-Plus-Text genannt, dort jeweils jedoch unter dem Faktor „Stoffwechselerkrankungen“ als Ursache bzw. Risikofaktor für Parodontitis geführt. Gleichwohl in den beiden Texten auch Fettdruck und Bulletpoints zur besseren Übersicht der inhaltlichen Punkte genutzt wurden, ist die Information zu Diabetes und rheumatischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Parodontitis nur im Leichte-Sprache-Text bei der Befragten im Gedächtnis geblieben. Im leichten Text wurden diese beiden Erkrankungen explizit und konkret direkt aufgeführt und mit Bulletpoints und Fettdruck markiert, ohne über den Punkt „Stoffwechselerkrankungen“ zu leiten. So hat sich die 78-Jährige diese Ursache aus dem Leichte-Sprache-Text gemerkt und sie auch nur als in diesem enthalten angesehen. Gleichwohl nicht nach dem Behalten der Inhalte gefragt wurde, macht dies deutlich, dass die Wahl der Befragten, den zuletzt genannten Text als ihren Favoriten zu benennen, in Bezug auf die behaltenen Informationen und die Handlungsorientierung sinnvoll erscheint. Sie wäre mit dem Leichte-Sprache-Text vermutlich am besten zu einer Anschlusshandlung befähigt. Auch wenn sie grundsätzlich alle drei Texte weiterempfehlen würde, gibt sie an einer Stelle zu, dass sie entgegen ihrer Wahl für sich selbst den Standardtext an Bekannte weiterempfehlen würde, „weil das ein bisschen inhaltlich bisschen mehr ist und so weiter alles mit auch erklärt und so (3) bisschen“ (I16, Pos. 6). Da insbesondere der Leichte-Sprache-Text offensichtlich von der Aufmachung eines standardsprachlichen Textes abweicht, könnte die Befragte hier vermuten, dass andere Lesende die leichte Textversion nicht so begrüßen würden wie sie selbst (s. Kap. 7.3.1). Explizit spricht sie dies jedoch nicht an. Allein der Umstand, dass die Text-Wahl für die Weiterempfehlung von ihrem Favoritentext abweicht, gibt Aufschluss darüber, dass sie die Leichte-Sprache-Version als in irgendeiner Form nicht angemessen für andere (erwachsene) Lesende erachtet.

Die 83-jährige Diplomkauffrau hingegen bewertet des Leichte-Sprache-Text als zu dürftig: Obwohl dieser sich nur um eine Seite in der Textlänge von dem Leichte-Sprache-Plus-Text unterscheidet, scheint dies einen gewichtigen Unterschied in ihrer Wahrnehmung der Texte und deren Beurteilung darzustellen.

> „Der ist ja nicht umfangreich genug, um wirklich n Bild sich machen zu können, da finde ich den zweiten Text besser. […] Also wenn sich einer kurz informieren will und nur n Überblick haben will, dann halte ich diese 3. Geschichte für ausreichend, aber wenn man etwas mehr erfahren möchte, dann würde sagen, lieber auf diese 2. gehen“ (I20, Pos. 23-24).

Es sei eigentlich „alles drin auch, was passiert bei einer Paradontitis und so weiter, aber warum und wieso, das fehlt mir hier bei diesem“ (I20, Pos. 18). Ihre Ablehnung des Textes macht sie dann sehr deutlich: „Ja, wenn ich keinen anderen habe, muss ich den ja lesen“ (I20, Pos. 22). Sie fügt hinzu: „[D]as Wenigste bringt ja dieser letzte Text“ (I20, Pos. 26). Auch wenn sie sich den Text nicht aussuchen würde, lobt sie die Wahrnehmbarkeit der Schrift und die gesamte Gestaltung des Textes: „Gefallen hat mir erstmal die äußere Gestaltung, dass die Buchstaben groß genug sind, also wie bei dem zweiten, also das fand ich gut“ (I20, Pos. 19). Gleichwohl er ihr nicht vollständig genug sei (I20, Pos. 16), kann sie sich vorstellen, in welcher Rezeptionssituation dieser Text geeignet wäre: „Wenn einer immer in Eile ist @.@ und und schnell sich informieren will, dann soll er die nehmen. Aber wenn einer sich wirklich intensiv sich damit beschäftigen will, was da nu vorliegt, dann würde ich die anderen empfehlen“ (I20, Pos. 25).

Die 89-jährige Hauswirtschafterin favorisiert zunächst den Standardtext, wenn sie nur diesen und den Leichte-Sprache-Plus-Text zur Verfügung hätte, da in dem Standardtext alle Informationen enthalten seien. Als der dritte Text in Leichter Sprache dazukommt, kommt sie doch noch zu einer anderen

Beurteilung: Dieser habe „das Ganze nochmal zusammengefasst“ (I22, Pos. 16) und sei „absolut in Ordnung [und] verständlich“ (I22, Pos. 18). Weiterhin beantwortet sie die Frage, welcher der drei Texte der beste sei, um alle Informationen zu dem Thema zu bekommen, wie folgt: „Ja, was würde ich sagen. ich würde sagen, da reicht eigentlich der letzte. //Mhm// das ist so (.) positiv geschrieben, dass man das wirklich empfehlen kann, lesen kann und empfehlen kann, also so sehe ich das“ (I22, Pos. 24). Gleichwohl die Wortwahl „da reicht der letzte“ zunächst negativ anmutet, fällt ihre Wahl aus allen drei Texten auf den Leichte-Sprache-Text und ist damit ein positives Urteil zu diesem. Zusätzlich lobt sie die zugewandte Tonalität des Textes, die für sie im Vergleich mit den anderen Versionen besonders hervorsticht („so positiv geschrieben“). Dies passt zu der von Reinhardt (2021:45) beschriebenen Verknüpfung des Positivity Bias (Kennedy et al. 2004) mit der Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen: Demnach beschäftigten sich ältere Menschen kürzer mit negativen Gesundheitsinformationen, erinnerten diese weniger als positiv aufbereitete Informationen zu Gesundheitsthemen und zogen letztere den negativen Informationen vor (Reinhardt 2021:45). Die maximal verständlichkeitsoptimierte Version wurde hier also als positiver als die anderen beiden Textversionen wahrgenommen und dementsprechend ausgewählt.

Insgesamt wird der kürzeste Leichte-Sprache-Text mit seinen knapp drei Seiten zum Thema Parodontitis also unterschiedlich bewertet: Das Merkmal der Textlänge wird entweder sehr negativ oder sehr positiv wahrgenommen. Es scheint bei der sehr überschaubaren Seitenzahl also auffällig zu sein. Auch der Stil bzw. die Adressierung in dieser Varietät wird hier benannt und von einzelnen Befragten als unangemessen (z.B. „sehr laienhaft“, „für Kinder“) eingestuft.

Noch positiver als zum Leichte-Sprache-Plus-Text fällt das Urteil des 69-jährigen Feinmechanikers zum Leichte-Sprache-Text zum Thema Schmerzmitteln aus: Dieser sei „perfekt“, weil er alles beinhalte, „was man wissen muss //Aha// wenn man sich damit nicht auskennt, mit den Schmerzmittel und äh (2) //Mhm// man ist gut informiert. man kann ganz leicht nochmal nachschlagen, wenn man was vergessen hat. //Mhm// äh kurze Zeit später, wenn man sich das aufhebt“ (I08, Pos. 31). Somit zeichnet sich dieser noch stärker verständlichkeitsoptimierte Text dadurch aus, dass er in noch deutlicherer Weise das Wesentliche strukturiert darstellt, was für den Befragten der ausschlaggebende Punkt zu sein scheint. Der Leichte-Sprache-Text sei sehr gut und schnell verständlich, sogar „am schnellsten“ (I08, Pos. 38) verständlich von allen drei Texten und bietet damit eine sehr gute Handlungsorientierung: „[M]an kann auch direkt ein bestimmtes jetzt Paracetamol sich hier jetzt anschauen. und hat sofort das, was man wissen muss. […] Besser als einen Beipackzettel lesen“ (I08, Pos. 33, 35). Daher würde er den Text auch weiterempfehlen: „Ja, für die Erstinformation auf jeden Fall //Mhm// und die meisten werden damit zurechtkommen, weil das genau das beschreibt, was man nehmen soll“ (I08, Pos. 41). Für den Befragten ist Verständlichkeit ein gewichtiger Faktor bei der Auswahl von für ihn geeigneten Quellen und Informationen:

> „[D]as ist natürlich (merklich) denn wenn man da dann guck dann gibt=s da nämlich auch diese unterschiedliche äh:: Sprache. da sind dann auch Abhandlungen, die dann sehr schwierig zu verstehen sind, aber auch einfachere //Mhm// ja die es dann auch auf=n Punkt bringen, was man wissen will. das ist ähnlich wie hier, da muss man sich dann auch ein bisschen filtern. //Mhm// also so mache ich das meistens“ (I08, Pos. 54).

Um zügig über das Wesentliche informiert und anschließend auch handlungsfähig zu sein (I08, Pos. 41), würde er also zu verständlicheren Texten wie den beiden hier vorliegenden optimierten Versionen greifen.

Dem 72-Jährigen mit Volksschulabschluss gefällt interessanterweise der Leichte-Sprache-Text trotz Vorwissens zum Thema Schmerzmitteln (I12, Pos. 35) weniger gut als der mittel optimierte Text in Leichter Sprache Plus. Der leichteste Text erscheint ihm weniger verständlich: „[D]as erklärt nicht so was- was so sind Kopfschmerzen und das“ (I12, Pos. 14). Inhaltlich unterscheidet sich der Leichte-

Sprache-Text kaum merklich vom Leichte-Sprache-Plus-Text, die Länge ist mit etwas über drei Seiten sogar ausgiebiger als die des Leichte-Sprache-Plus-Textes. Trotzdem nimmt der Befragte den Leichte-Sprache-Text als unzureichend wahr. Dies kann dem Umstand geschuldet sein, dass darin jeder Satz in einer neuen Zeile steht und insgesamt durch die Strukturierung und die Mediopunkte noch mehr Weißfläche zu finden ist. Zur Bebilderung im Leichte-Sprache-Text nimmt der Befragte keine Stellung, jedoch äußert er deutlich seine Präferenz: Aus allen drei Texten würde er den Leichte-Sprache-Plus-Text auswählen, der ihm auch gefalle, während der Standardtext sowohl durch die eingeschränkte Wahrnehmbarkeit als auch durch die Textdichte – von ihm als Länge bezeichnet – als am schlechtesten bewertet wird. Seine Abneigung gegenüber dem Leichte-Sprache-Text wird jedoch auch deutlich, da dieser ihm in Bezug auf Erklärungen unzulänglich erscheint (I12, Pos. 14): Diesen würde er nur weiterempfehlen, „wenn [ein]er ne unbedingt ham will“ (I12, Pos. 16). Somit ist für diesen Befragten ausschließlich der Leichte-Sprache-Plus-Text akzeptabel (s. Kap. 7.3.2).

Eine 65-jährige Befragte mit Hochschulabschluss beurteilt den Leichte-Sprache-Text als nicht angemessen für sich selbst: „[F]ühle mich nicht so, dass ich das Vereinfachende brauche“ (I02, Pos.34). Hier findet eine Abgrenzung der befragten Person von dem betrachteten Text statt: Es wird herausgestellt, dass dieser „vereinfachend“ und nicht angemessen für die Person und ihre Informationsbedürfnisse ist. Sie fühlt sich nach eigenem Empfinden nicht als der Zielgruppe zugehörig, an die der Text sich richtet: nämlich Lesende, die das Vereinfachende benötigen und demnach mit fachlicheren Texten wie dem hiesigen Ausgangstext in Standardsprache überfordert sind. Obwohl die Aussage sich konkret auf die eigene Person bezieht, kann hier festgehalten werden, dass eine klare Abgrenzung von anderen Adressat(inn)en erfolgt. Diese anderen, an die sich der vereinfachte Text richtet, benötigen das Vereinfachende, ich aber nicht – hier findet das sog. *Othering* statt (zum Konzept des *Othering* s. Amirpur 2021).

Gleichwohl dies an dieser Stelle noch nicht explizit gesagt wird, macht die Aussage deutlich, dass die Person sich von denen, die zu dieser implizit genannten Gruppe der anderen zählen und in Bezug auf Texte Hilfestellung in Form von Verständlichkeitsoptimierung benötigen, distanzieren möchte. Noch deutlicher wird dies anhand folgender Aussage: „Also wenn sich jemand informiert, so was weiß ich, der hat jetzt Schmerzen, ähm also so jemand wie du und ich, wir lesen noch einen von den anderen Texten“ (I02, Pos. 36).

Während andere vereinfachende Texte brauchen und diese ihnen reichen, um sich zu informieren, würden die Befragte und ihr Gegenüber in ihrer Wahrnehmung also wie selbstverständlich noch zu einem der beiden ausführlicheren, dem Standard näheren Text greifen. Sie grenzt sich und ihr Gegenüber wiederum von den Rezipient(inn)en ab, die sich mit dem „Vereinfachenden“ begnügen bzw. den Leichte-Sprache-Text nutzen müssen, da sie nicht fähig sind, sich komplexere Texte zu erschließen. Weiterführend benennt die Befragte die dem Standard nähere Textgestaltung beim Einfache-Sprache-Text als ausschlaggebend dafür, dass dieser von ihr priorisiert wird:

> „[Ä]hm es is auch eher das Schriftbild, was ich so kenne, dass also Sätze so durchlaufen und dann kommt halt mal ‘n Absatz, und kommen auch mal Spiegelstriche oder so (.) das is eigentlich so die gewohnte Art von Texten, wie ich sie so kenne“ (I02, Pos. 34).

> „[A]ch, ich glaube durch die Punkte (.) is das ein Text in: (.) ich weiß nich wie das heißt, gibt=s n Ausdruck. (.) in Einfacher Sprache“ (I02, Pos. 24).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass die Gestaltung eines Textes relevant für die Akzeptanz durch die Rezipient(inn)en ist: Die Erwartung derselben darüber, wie ein „gewohnter“ Text – hier ein Gesundheitsinformationstext, auszusehen hat, bestimmt über dessen Bewertung. Die Befragte priorisiert den Schmerzmitteltext in Einfacher Sprache für sie selbst vor dem Leichte-Sprache-Text, da die Gestaltung von letzterem stark von den „gewohnten“ Texten abweicht. Der Leichte-Sprache-Text

offenbart auf den ersten Blick seine Optimierungen hinsichtlich der Wahrnehmbarkeit und Verständlichkeit und weist zudem noch ein kindlich anmutendes themenbezogenes Bild auf. Dieses wird zwar nicht negativ bewertet („Das find ich ganz (.) is süß."), jedoch ist der Gesamteindruck des Textes so abweichend von Standardtexten, dass er hier als nicht für die Befragte geeignet – „im Leseniveau [nicht] angemessen" (Lang 2021:83) eingestuft wird.

Sie würde den Leichte-Sprache-Text lediglich als Grundlage zur Erklärung des Themas Schmerzmittel für andere Menschen in ihrer Umgebung nutzen. Hier wird also zum einen der Einfache-Sprache-Text für sie selbst priorisiert und zum anderen eine klare Abgrenzung vom Leichte-Sprache-Text vorgenommen. Dieser wird jedoch als sehr angemessen für Menschen mit niedriger Lesemotivation – die anderen – bewertet. Weiterhin sieht sie Schulkinder als Zielgruppe des leichten Textes:

> „[I]ch würde das auch meinen Schulkindern empfehlen, wenn ich ä:h (.) pff jetz nich in der Sie-Form, aber so n bisschen abgewandelt, is das so n bisschen in der Art, wie das auch für Schulkinder aufbereitet wird, (1) kurze Sätze, (3) ((atmet laut aus)) Subjekt, Prädikat, Objekt mehr oder weniger. nich so viel Besonderes dazwischen" (I02, Pos. 29).

Die Reduktion der Inhalte sowie die sprachliche Vereinfachung auf Satz- und Textebene werden hier als gerade ausreichend für Schulkinder wahrgenommen, der Zusatz „nich so viel Besonderes dazwischen" lässt Raum für Interpretation: Ist hier nur die Verständlichkeitsoptimierung mit Blick auf kurze und wenig komplexe Sätze gemeint oder auch eine Bewertung der Qualität des Textes als Ganzes, der „nicht so viel Besonderes" – mit Blick auf den Leseanreiz – bietet, ob an interessanten Zusatzinformationen oder an stilistischem Feinschliff? Die Befragte betont zwar, dass der Text leichter zu lesen sei und alle wichtigen Informationen enthielte, jedoch wird durch die weiteren Aussagen deutlich, dass er im Vergleich hinter dem Einfache-Sprache-Text deutlich zurückfällt:

> „[D]er Text B hat n durchgängigen Text (.) äh über die Zeilen rüber, und hier (.) ä- in dem C is halt (.) jeder Satz hat eine eigne Reihe. //okay// das is natürlich leichter zu lesen, ne? (.) für mich (7) ((Uhrticken)) […] in: (.) Text B wenn ich den lese, dann is=es ja auch n bekanntes Thema schon, aber ich krieg noch zusätzliche Infos, die ich interessant finde, (.) deswegen würd ich den ähm priorisieren für mich (.) auch privat" (I02, Pos. 31-32).

Sehr positiv wurde die zugewandte Ansprache des Leichte-Sprache-Textes bewertet:

> „[A]lso viel mit Fragen; (.) so die ich dann auch, ne? äh die ich dann auch habe, zum Beispiel auch: „Sie haben eine Erkältung?" ja also gut, ich habe eine Erkältung, (.) ne? dann hab ich auch Gliederschmerzen? ja //mhm// und so, (.) das ähm (.) fühl ich mich sehr angesprochen. […] der hat mir gut gefallen. //okay// schon allein dadurch, dass ich mich angesprochen fühle, (.) ne? mit dem Sie, (.) wird man angesprochen" (I02, Pos. 26).

Die direkte Adressierung der Lesenden in Kombination mit Fragesätzen gefällt der Befragten gut und scheint die Lesemotivation zu befördern:

> „Sie haben eine Erkältung?" //mhm// oder „Sie haben Kopfschmerzen? dann möchten Sie vielleicht ein Schmerzmittel nehmen," also ich bin (.) hier richtig schön (.) angesprochen, sage oka:y, joa (4) und auch hier so: (.) immer wieder auf mich bezogen, ne […] „Sie sollten sich darüber informieren." und dann sag ich so für mich, stimmt, ja, jetzt will ich mich auch informieren, also (.) es is wirklich schön" (I02, Pos. 26).

Außerdem sei der Text in Leichter Sprache „schneller durchzulesen" (I02, Pos. 36). Diese positiv bewerteten Aspekte könnten hilfreich bei der Texterstellung von verständlichkeitsoptimierten - und je nach Adressatenschaft als angemessen empfundenen - Texten sein, wie solche in Einfacher Sprache oder Leichter Sprache Plus.

Der Leichte-Sprache-Text wird von der 69-jährigen Befragten mit abgeschlossener Lehre auf implizite Weise als nicht der Favoritenrolle würdig gesetzt, gleichwohl sie ihn tatsächlich selbst vorzieht:

> „[S]agen wir mal so (.) es ist, es- es wäre wenn ich das hier in der Schublade hätte //Ehm=hmm// und ich hätte jetzt sagen wir mal äh irgendwelche ( ) ich würde **sogar** den dritten (.) der würde mir **sogar** auch gut gefallen, weil der einfach klar und deutlich //Ehm=hmm//da braucht man überhaupt nicht mehr (darüber nachzudenken) (I07, Pos. 23, Hervorh. LK)

Sie ist sich bewusst, dass der Text „das ganz Einfache" widerspiegelt und erklärt sich:

> „[E]s gibt Dinge im Leben, wo man froh ist, wenn irgendwas einfach ist […] weil das andere (.) ich hab keine Lust auf irgendsolche und äh auf komplizierte irgendwelche Komplikationen also oder (.) das ist auch gut, aber (1) ähm (1) das hier, da brauchst du einfach nur gucken und dann hast du aber auch Bescheid" (I07, Pos. 28).

Für sie ist der sehr verständliche Text auf den ersten Blick („da brauchst du einfach nur gucken", ebd.) handlungsorientierend und beinhaltet im Gegensatz zum Standardtext keine Motivationsbarriere:

> „Ich find das sehr gut […] Dass es einfach wirklich ganz klar und übersichtlich ist und wenn man wirklich mal 'ne Frage hätte zum Beispiel, ich find das ganz interessant, das Paracetamol ist gut bei Zahnschmerzen, Regelschmerzen, Kopfschmerzen ja' und äh (.) das äh Ibufren äh (1) wart ma, was wars? äh ähm (1) Ibufren I-bo-fren I-bu-pro-fen Ibuprofen ist besonders gut bei rau- bei Rheuma, wenn ich jetzt also wieder mal Rheumaschmerzen hätte oder Mittelohr (.) sagen wir mal, das ist wirklich so, da hätt ich schon die Geduld mal zum Gucken, ja?" (I07, Pos. 24-26).

Bei dem Bild, das im Text zu den Schmerzmitteln verwendet wurde, handelt es sich um eine Exemplifikation (Bredel/Maaß 2016a:280), da hier das Bild ein Beispiel für die Informationen aus dem Text darstellt, nämlich Kopfschmerzen als eine Art von Schmerzen, gegen die man ein Schmerzmittel einnehmen kann. Auf Nachfrage hat die Befragte auch zur stark kindlich anmutenden Bebilderung einer weinenden, sich den Kopf haltenden Frau im Schmerzmitteltext in Leichter Sprache nur Positives zu sagen: „Das ist irgendwie° (2) ganz süß" (I07, Pos. 29). Insgesamt würde sie diesen Text aufgrund der Verständlichkeit und leserfreundlichen Strukturierung trotz der vorherigen Abschwächung ihrerseits („sogar den [Text]") auch gern weiterempfehlen: „Es ist einfach sehr klar und sehr übersichtlich" (I07, Pos. 27). Im Verlauf des Interviews gibt sie an, dass sie sich aufgrund von eigener Erkrankung im Alter nun häufiger mit Gesundheitsinformationen auseinandersetzen muss, dies jedoch nur ungern tut:

> I: „[…] du würdest nicht sagen, dass du oft dich damit beschäftigst, mit irgendwelchen Gesundheits – "
>
> B: „Nein, nein, gar nicht (.) also ich bin immer froh, wenn ich nichts davon höre und äh es war das Schöne an dem jü- Jungsein, man hatte da überhaupt kein (1) das spielte gar keine Rolle" (I07, Pos. 33-34).

Hier liegt die Hürde nicht am Lesen selbst, da sie nach eigenen Angaben zu Beginn des Interviews „wahnsinnig gerne Biografien, gute Romane, gute Autoren" (Transkript 69_w_Real_Lehre) lese. Vielmehr stellen die Gesundheitsinformationen an sich ein Problem dar, mit denen sich die Befragte nicht gern auseinandersetzt (s.o.), sowie zu dichte und kleingeschriebene Informationen, die nur mühsam zu lesen sind, wie dies im Standardtext der Fall war. Sowohl in solchen Fällen als auch bei Befragten, die nicht gern lesen, können die verständlichkeitsoptimierten Texte die Hürde zu den Inhalten reduzieren und den Zugang zur Informationsvermittlung erleichtern. In diesem Fall gab die Befragte in ihren Aussagen zwar Hinweise dazu, dass sie den Leichte-Sprache-Text als auffällig einfach wahrgenommen hat, dies jedoch nicht zu einer Ablehnung desselben führte. Sie kürte ihn zu ihrem Favoriten und lobte vor allem die - im Standardtext missglückten - Punkte der größeren Schrift, der

wahrnehmbarkeitsoptimierten Strukturierung der Inhalte mit viel Weißfläche und die klare und einfache Vermittlung der Inhalte, die Verständlichkeit des Textes.

Noch verständlicher und übersichtlicher als der Leichte-Sprache-Plus-Text ist für den 79-jährigen Befragten mit Meistertitel nur der Leichte-Sprache-Text: „Ja, der ist eigentlich noch verständlicher […] das ist einzeln nochmal aufgegliedert. jedes Medikament nochmal extra. //Mhm// und gegen was es helfen soll nech? //Ja// das steht da nochmal extra bei jedem. […] ja übersichtlicher und ne bessere Aufteilung ja ja“ (I18, Pos. 16, 19).

Die reduzierteren Inhalte und noch stärker optimierte Wahrnehmbarkeit des Leichte-Sprache-Textes erzeugen für den Befragten eine noch deutlichere Wahrnehmung desselben als lesefreundliche und strukturierte Information: „Warum ja, weil eben alles nochmal aufgegliedert ist, gegen was es helfen soll. äh jedes Medikament ist nochmal extra beschrieben. da sind ja Zahnschmerzen, Kopfschmerzen extra beschrieben. Stauchungen, Zerrungen, Prel- Rückenschmerzen ja alles ist nochmal extra beschrieben, ne“ (I18, Pos. 21). Gleichwohl auch im Einfache-Sprache-Text dieselben Stichpunkte stehen, wird der Leichte-Sprache-Text als noch übersichtlicher eingeordnet, „besser aufgeteilt und deutlicher erklärt alles nochmal jedes Mittel, nech“ (I18, Pos. 23). Darin wurde der im Einfache-Sprache-Text befindliche Textabsatz über den Stichpunkten weggelassen, die Schmerzmittel und weitere elementare Begriffe zusätzlich fett gesetzt und der Mediopunkt für die optische Gliederung längerer und komplexer Wörter verwendet, was insgesamt zu einer weiteren Entzerrung des Textes und mehr Weißfläche führt. Er gibt weiterhin an, auch neue Informationen durch den Leichte-Sprache-Text gewonnen zu haben: „[…] gegen was die alles helfen. das wusste ich nicht alles, ne. // Okay und das hast du jetzt zum Beispiel bei dem ersten Text jetzt nicht so mitgenommen? // Hier ist es deutlicher für mich“ (I18, Pos. 60).

Insgesamt bewertet er den Leichte-Sprache-Text als am besten, sowohl für sich selbst (I18, Pos. 20) als auch für Bekannte (I18, Pos. 23). Der Befragte leidet seit 35 Jahren unter Multipler Sklerose und muss sich notgedrungen immer wieder mit Gesundheitsinformationen auseinandersetzen. Er liest nach eigenen Angaben gern, wenn auch nicht sehr häufig. Seine Einschätzung der Texte steht entgegen der Vorannahme, dass der Leichte-Sprache-Text aufgrund seiner zu offensichtlichen Optimierung schlechter beurteilt wird als der Einfache-Sprache-Text: Bei diesem Befragten stieg das Gefallen der Texte und deren Akzeptanz zusammen mit dem Grad der Optimierung derselben. Je wahrnehmbarkeits- und verständlichkeitsoptimierter ein Text war, umso besser gefiel er dem Befragten. Somit hätte dieser tatsächlich auch von sich aus zum Leichte-Sprache-Text gegriffen.

Im Vergleich zum Standardtext sei der Leichte-Sprache-Plus-Text nach einer 83-jährigen Hausfrau besser (I19, Pos. 36). Jedoch ist für die Befragte der inhaltlich noch weiter reduzierte Leichte-Sprache-Text hilfreicher als der in Leichter Sprache Plus: Die darin enthaltenen Zusatzinfos, die im leichtesten Text gestrichen wurden, würden ihr nicht wirklich weiterhelfen.

> „[N]ein, weil ich mit (dene) Substanzen eigentlich auch nichts anfangen kann. //°Mhm°// zum Beispiel Botenstoffe (3) dass die (Prosta(.)glandine heißen) und (.) ja: was man vielleicht schon mal gehört (hatte) (2) sowas kann man als äh (.) alter Mensch und als Laie gar net mehr so einordnen. //Okay ja mhm// (für was die) im Körper funktionsmäßig (.) (gelten) oder helfen“ (I19, Pos. 40).

Die eindeutige Handlungsorientierung im kurzen bzw. vor allem inhaltlich luftigen und übersichtlichen Leichte-Sprache-Text mit verständlichkeitsoptimierter Sprache ist für die Befragte ausschlaggebend:

> „Es ist eigentlich in der Kürze, wei- wie des dargestellt ist (2) schon des alles enthalten, was man wissen (.) will //I: Mhm// (3) Ob=s jetzt mehr bei ner Grippe hilft oder (1) mehr bei Kopfschmerzen oder (.) also man kann des draus schon (3) sich (3) sich den Hinweis holen, wo es (.) richtig (.) passt“ (I19, Pos. 41).

> „Im Text ist halt wichtig, dass er das so aussagt äh:: was man (.) wissen will. über über ähm (.) über ein Medikament (.) dass er das aussagt, (1) wo es (.) w:: wo wo des einfach wo des eingesetzt wird. //I: Mhm// Entweder bei Rückenschmerzen oder sonst was, also. […] Ja:: er macht das in Kürze, (.) schon, (2) ja“ (I19, Pos. 42).

Der Text gefällt der Befragten gut und sie würde ihn auch privat lesen, „weil ist ja net so lang“ (I19, Pos. 44). Interessanterweise lobt sie die Hinweise in den verständlichkeitsoptimierten Texten zu den Nebenwirkungen bzw. möglichen Gefahren beim Einnehmen von Schmerzmitteln, während sie im Standardtext zuvor noch angemerkt hatte, dass ihr die Ausführung zu vieler Nebenwirkungen Angst mache und sie diese alle gar nicht lesen wolle (I19, Pos.10, 25).

> „[D]as gefällt mir scho:n, weil es zeigt auch die Nebenwirkungen, dass die gefährlich sein könne, (.) und dass man auch die richtige Menge immer beachten (.) muss, soll, (3) und das man einfach äh (3) net (3) der Satz, (1) der gefällt mir gut.
>
> I: Mhm. (2) das gehen sie verantwortungsvoll mit Schmerzmitteln um. (.) °mhm° (1) also
>
> B: dass so die Eigenverantwortung auch betont wird? °Ja //Mhm// schon° (1) man kann net ununterbrochen Schmerzmittel (nei klauben) das äh ist (2) der Körper gewöhnt sich und auch da schlägt das ja oft auch mal (2) ins Gegenteil um. //I: (3) Mhm// Ich hab zwar keine Erfahrung davon, aber ich glaub das“ (I19, Pos. 45-47).

Grund für diese unterschiedliche Wahrnehmung könnte die grundsätzliche Ablehnung des mit einem Beipackzettel assoziierten Standardtextes sein sowie die gleichzeitig sehr viel positivere Einschätzung der beiden verständlichkeitsoptimierten Texte im Vergleich. Der Leichte-Sprache-Text, der ihr am besten gefällt und am hilfreichsten erscheint („das, was man wissen will“ (I19, Pos. 42)), ist auch hinsichtlich der Tonalität gegenüber den Adressat(inn)en angepasst: Darin werden diese so konkret und direkt wie möglich adressiert und gleichzeitig mögliche Gefahren durch Formulierungen mit Modalverben entschärft („[…] können Hautausschläge entstehen“ im LS- und LS+-Text gegenüber „[…] besteht ein erhöhtes Risiko für Hautausschläge“ im Standardtext). Da die potenziellen Gefahren in Form von Nebenwirkungen in einem Text über Schmerzmittel für die Befragte sehr bedrohlich sind, ist der zuvor beschriebene Umgang damit ein bedeutender Faktor für die Akzeptanz eines Textes durch die Befragte. Dementsprechend fällt auch das Urteil der Probandin aus und sie empfindet den Leichte-Sprache-Text in seiner maximalen Optimierung auf verschiedenen Ebenen als am besten, da er „kurz und bündig“ (I19, Pos. 54) ist und die zuvor aufgeführten Barrieren wie Fach- und Fachsprachenbarriere, Motivations- und Emotionsbarriere zu umgehen weiß.

> „Das ist einfacher und verständlicher. // Der Text c [Leichte Sprache] // das ist schon=n bissle, geht schon wie mehr ins (.) ins Fachliche hinein. //Ja, der Text b. [Leichte Sprache Plus] Mhm// Und das andere [Text a, Standardsprache] ist […] Chemiker oder was, wa- war wissenschaftlich //@(.)@// ja“ (I19, Pos. 55).

Die Aufbereitung und Aufmachung im Leichte-Sprache-Text erscheinen ihr insgesamt am passendsten, um eindeutige Informationen für sich als Laiin und älterer Mensch aus dem Text zu ziehen: „Was (für welchen) Schmerzmittel äh: (.) typisch ist oder (3) ((ausatmen)) die Wirkungsweise, am eindeutigsten, am am gängigsten für einen ähm Laien und für alte Menschen wie uns“ (I19, Pos. 52).

Neben dem bereits beschriebenen tiefen Vertrauen in ihre Ärzte und Ärztinnen, die auch bevorzugte Informationsquelle für die Befragte sind, informiert sie sich auch über Gesundheitssendungen im Fernsehen und kostenlose Zeitschriften mit Gesundheitsinformationen aus der Apotheke. Informationen im Internet würden sie und ihren Ehemann jedoch nicht erreichen: „Wir machen ja nichts im Internet, weil erstens haben wir keins und zweitens verstehen wir es net @(.)@“ (I19, Pos. 68). Hier ist also weder ein Anschluss bzw. ein Gerät vorhanden noch verfügen die beiden über Nutzungskompetenzen, Online-Informationen überhaupt aufzufinden und auszuwählen. Der

akzeptabelste Text, der in Leichter Sprache, müsste dann also über einen Offline-Kanal für die Befragte auffindbar sein.

Der Leichte-Sprache-Text erzeugt bei der 91-Jährigen mit Abitur im Gegensatz zum Leichte-Sprache-Plus-Text ein Gefühl der Ablehnung, das sie verhalten äußert:

> „Ja, nee der hat mir nicht so gut gefallen. der war //mhm// also auch für mich nicht weiter informativ nein […] Naja, ich meine, ich ich habe ihn ganz schnell durchgelesen und das war gar keine Verständnisfrage //mhm// die war also //mhm// es war es es von Ihnen ich weiß nicht, ob Sie den Text geschrieben haben? //nee @(.)@// oder ( ) //nee, habe ich nicht geschrieben// haben Sie nicht geschrieben? // nee genau// nicht, also ich ja (2) ja und was sagen die anderen Leute dazu, die man fragt? //@(.)@// genau so wenig wie ich oder“ (I24, Pos. 17).

Das Missfallen am Text wird deutlich, jedoch gleich wieder etwas relativiert, um der Forscherin nicht zu nahe zu treten, die ggfs. die Autorin des vorliegenden Textes sein könnte. Die Rückversicherung, dass dem nicht so ist, ist dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit zuzuordnen (Hollstein/Ullrich 2003:40). Die eigene Meinung frei herauszusagen ist in Interviewsituationen für viele Befragte schwierig, die Angst haben, sie könnten konkret den oder die Interviewer(in) oder gesellschaftlich etablierte Haltungen zu bestimmten Themen verletzen.

Gleichwohl der Leichte-Sprache-Text inhaltlich nur geringfügig vom Leichte-Sprache-Plus-Text abweicht und lediglich die inhaltliche Komplexität an wenigen Stellen weiter reduziert wurde, empfindet die Befragte diesen jedoch als zu dürftig und mit Blick auf ihr Informationsbedürfnis nicht zufriedenstellend: „Ja, ich fand den int- (.) ja ich fand den sehr verständlich //mhm// aber es ist etwas, was also mich würde dann interessieren (.) wenn man darauf eingeht (.) warum das wirkt und das ist eigentlich nicht erklärt“ (I24, Pos. 14). Während die zuvor betrachtete 83-Jährige gerade die Reduzierung auf das Wesentliche im Leichte-Sprache-Text lobte, erscheinen die im Leichte-Sprache-Plus-Text enthaltenen wenigen Zusatzinfos, die im leichtesten Text gestrichen wurden, der 91-jährigen Befragten ausschlaggebend für ihre Textbewertung zu sein: „Ja, für mich überflüssig den Dritten“ (I24, Pos. 21). Bevor der Befragten erklärt wurde, dass der Text nicht von der Interviewerin selbst erstellt wurde und sie ihr mit einer schlechten Bewertung desselben nicht zu nahetreten kann, versucht die Befragte, ihre Einschätzung zu relativieren:

> „Naja, ich verstehe auch weder von Pharmakologie noch von //mhm// Chemie viel, aber meine darüber wird ja dann auch immer gesprochen. manchmal weiß man gar nicht, warum ein Schmerzmittel überhaupt wirkt und warum das jetzt ähm (Hüfte) //mhm// gerade auch beruhigt oder warum es gerade bei Zahnschmerzen nicht hilft //mhm// und das wäre natürlich interessant zu wissen, andererseits bringt es ja auch nichts, wenn man eigentlich von den Grundlagen der Pharmakologie //mhm// und der Chemie gar nichts versteht. (.) //mhm// das würde ja auch gar nichts bringen, wenn das hier erklärt wäre, nich'? //ja// und ist ja auch letzten Endes in- nicht interessant und ich meine, hier steht über Nebenwirkungen von Schmerzmitteln, das ist natürlich eine wichtige Sache“ (I24, Pos. 15).

Obwohl ihre Ablehnung und der Wunsch nach ausführlicheren Erklärungen zu den Wirkungen der Schmerzmittel deutlich wird, relativiert sie ihre Aussagen damit, dass diese Hintergrundinformationen ggfs. bei einer Laiin wie ihr wenig nützen würden. Auf die Nachfrage, ob die Informationen in dem Leichte-Sprache-Text nicht ausreichend für sie sind, reagiert sie ausweichend: „Ja, das kann man ja auch ( ) gar nicht erzählen //mhm mhm// eigentlich so ohne weiteres. //mhm// vor allem gibt es ja immer neue Erkenntnisse. früher dachte man manches ganz anderes wie heute nich’?“ (I24, Pos. 16). Neben der Reduktion der inhaltlichen Komplexität und der Hintergrundinformationen missfällt der Befragten ebenso die kindlich anmutende Bebilderung der Frau mit dem schmerzverzerrten Gesicht:

> „Och naja das war ein ziemliches doofes Bild (aber)- [...] Naja, wenn jemand Schmerzen hat //mhm// und sein Gesicht sozusagen schmerzverzerrt ähm dann auch noch dargestellt wird //@(.)@// dann (.)

> naja (es es es) interessiert es mich eigentlich nicht. […] Nein, nein //mhm// und ich bin auch gar nicht so auf, also ich bin auf Bildern sehr (von) mein Mann war Maler und ich bin sehr interessiert an Bildern und an Ausstellungen //mhm// aber ich bin nicht interessiert an irgendwelchen ähm Erklärungen eh also ich lese lieber einen Text, als dass ich eine Bildergeschichte mich da durchsuche“ (I24, Pos. 22).

Durch diese Aussage wird deutlich, dass die Befragte sich als erwachsene Leserin durch das Bild nicht angesprochen fühlt. Dass sie an dieser Stelle ihren Mann erwähnt, der Kunst geschaffen hat, und durch den sie Kenntnisse in diesem Bereich erworben hat, zeugt von ihrer Identifikation als kunstinteressierter Leserin, die sich nicht mit kindlicher Bebilderung abgeben möchte, sondern sich eher auf Ausstellungen mit „echten“ Kunstwerken sieht. Hier findet Distinktion statt: Die Befragte möchte sich deutlich von den Adressat(inn)en des Leichte-Sprache-Textes abheben und zählt sich eindeutig nicht zu diesen. Andere können vielleicht etwas mit diesem dürftigen und „doof“ (I24, Pos. 22) bebilderten Text anfangen, sie jedoch nicht. Sie habe das Bild nicht gebraucht an der Stelle und bekräftigt ihre Aussage noch einmal anhand eines Beispiels in einer anderen Textsorte:

> „[N]ein, nein //okay// und ich habe auch an so Bildergeschichten, sehe ich die in der Zeitung stehen, eh ich mich da durchwurschtele, was diese verschiedenen Gesichter oder die verschiedenen Menschen, die da dargestellt sind, erklären, da habe ich lieber einen kleinen Text gelesen //mhm// und habe dann auch sehr viel schneller die Information als durch Bildergeschichten“ (I24, Pos. 22).

Sie identifiziert sich als Leserin von Texten ohne für sie unpassende Bilder und als Kunstliebhaberin, für die der Leichte-Sprache-Text als unangemessen eingeschätzt wird.

Der Leichte-Sprache-Text erscheint der 68-Jährigen noch kompakter als der Leichte-Sprache-Plus-Text, „in dem Sinne ähm (2) wichtige Informationen (1) zusammen. (1) //mhm// (2) sehr äh (.) klar (.) gegliedert“ (I05, Pos. 40). Neben einem Lob für die schnelle Information zum Thema, die der Text bietet („ich finds gut zum ganz schnellen Überfliegen. //mhm mhm// dass man ganz schnell (.) n Eindruck hat //ja// (.) so“ (I05, Pos. 41)), wird jedoch zügig ihr Problem mit dem Stil des Textes deutlich:

> „Z: @(.)@ Ähm (.) du hast eben (.) gesagt (.) beim Schauen auf den Text: „ja ähm äh ja hm ((seufzt)), der Stil.“, ne? (@(also)@) ne? oder die Sätze //ja// (.) viel mehr (.) ähm (.) was stört dich daran?
>
> A: Auch W- Wiederholungen; //mhm mhm// (Scheibgeräusch) (9) und so: „durch ASS gerinnt das Blut nämlich nicht mehr so gut.“ //@(.)@// (.) das is n bisschen (.) fast n bisschen unbeholfen. […] hm, @(ja)@ also (.) ich (.) f:ühl mich d:ann n:ich so als Erwachsene @(.)@ (so) gesprochen. [...] So wie eine Erklärung; wo man das schon alles weiß und man bekommt=s n- (.) //mhm// nochmal erklärt. //mhm// (1) so // […] schwingt da so n bisschen Bevormundung mit, oder? // ne, Bevormundung nich. nein, das nich. aber als wenn das nich an mich gerichtet is, //a:h, okay// sondern ä:h ä:hm (.) mehr so (.) weiß ich was äh Kinder“ (I05, Pos. 42-43).

Die sprachliche Gestaltung des Leichte-Sprache-Textes, sein „unbeholfener“ Stil, wird von der Befragten anhand eines Beispiels kritisiert: Der genannte Erklärungssatz soll veranschaulichen, warum sie sich im ganzen Text nicht als erwachsene Adressatin angesprochen fühlt. Sie hat durch Formulierungen wie diese den Eindruck, als sei der Leichte-Sprache-Text nicht an erwachsene Leser(innen) und damit auch nicht an sie selbst gerichtet.

Neben dem Stil stört sich die Befragte an der optischen Gliederung längerer und komplexer Komposita durch den Mediopunkt:

> „Auch h- hier von der (.) äh Rechtschreibung, ne? (das) //ja// is für mich auch fremd. ich weiß, dass es gut is (.) für Leute (.), ne? // du meinst den Punkt? […] // Also ja, ja ja: und da würd ich einfach Zahn //@(.)@// Gedankenstrich Regel Gedankenstrich Kopfschmerzen.
>
> Z: Ah okay, d- also das heißt der Punkt (.) der stört dich schon, ne? beim (.) Lesen irgendwie.
>
> A: J:a, obwohl ich das bei manchen Sachen sehr gut finde. nur da hab ich immer Gedankenstrich und dann gro:ß. //mhm// Gedenk:café //mhm// zum Beispiel.[…] weil (.) da würde jeder (.) erstmal drüber

stolpern //ja: ja// (.) und beide Begriffe sind aber bekannt //ja// (.) und dann weiß man, (.) kann man damit was anfangen.

Z: Mhm, also die Worttrennung findest du gut, //ja// aber (.) du stolperst über den (.) Punkt dann doch, °(immer)°

A: Ja: der Punkt (.) ja ich weiß auch warum. (.) weil wenn der einmal auftaucht, dann denkt man, das wär irgendwas, da muss man radieren //@(.)@ okay, ja//. ich würde da n Gedankenstrich machen, (.) und dann Schmerzen groß.

Z: Okay (.) das heißt für dich im im (.) beim im Lesefluss is=es nich so angenehm […], also Gedankenstrich wär dir lieber?

A: °Wär mir lieber (.) ja: (.) ja:° […] aber ich: weiß nich, ob das dann auch (2) ähm (2) ja dann is (1) nee, irgendwie irgend- (.) nein, ich weiß es nich. //@(.)@// (1) wenn man das (.) das würd ich auch nich groß schreiben, bei Zahnschmerzen zum Beispiel, sondern klein lassen. //mhm// aber Punkt (.) oder oder so n Strich (.) oder //mhm// (.) ich weiß es nich, also //mhm// (.) ä::h (.) oder n Sternchen oder äh (.) oder so n großen Punkt. das is mir zu (.) zu klein. // Also irgendwas stört dich //ja// auf jeden Fall beim //ja// Lesen dann //ja genau// […] vielleicht auch bei solchen B:egriffen, die mir einfach zu sehr bekannt sind. //ja (.) ja// ne? wenn das sonst äh wenn das so (.) unglaublich zusammengesetzte Wörter sind, dann find ich das schon (toll)“ (I05, Pos. 45-51).

Ebenso wie ein 75-jähriger Befragter beim Schlaganfalltext in Leichter Sprache über die Worttrennung durch den Mediopunkt stolpert (s.u.), stört sich die Befragte an dieser Form der optischen Aufgliederung längerer Wörter. Diese Art der Worttrennung widerspricht der bekannten Schreibweise und stört dadurch ihren Lesefluss an den betreffenden Stellen. Grundsätzlich findet sie die optische Aufgliederung zum Erleichtern des Lesens der Worte zwar gut, die Umsetzung mit dem Mediopunkt widerstrebt ihr jedoch. So präferiert sie die Möglichkeit, längere und eher unbekannte Komposita zu trennen und dies bevorzugt mit dem ohnehin innerhalb der korrekten Orthografie genutzten und damit bekannten Bindestrich zu tun.

Somit stoßen Merkmale, die zu stark von der Gestaltung standardsprachlicher Texte abweichen, wie die von ihr benannten sprachlichen Formulierungen sowie der Mediopunkt, bei der Befragten auf Ablehnung. Zwar sei der Leichte-Sprache-Text sehr verständlich, aber nicht ihre erste Wahl (I05, Pos. 63).

Um ihre sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Texte zu untermauern, beantwortet die Befragte die Nachfrage, ob sie sich das Bild aus dem Leichte-Sprache-Text auch im Standardtext hätte vorstellen können, ähnlich ablehnend wie die zuvor genannte 91-jährige Befragte:

„Also dieses Bild //@(.)@// nicht in den ersten Text, ne? @(.)@ […] Das passt (nich) //@(.)@//zusammen vom Stil her. (.) überhaupt nich. […] Wegen der Comicfiguren. also für mich sind das (.) Comicfiguren, //ja// und der is (.) eher (.) sach:lich, nüch:tern //mhm// ähm (5) da würd ich eher n (.) F:oto nehmen. //ah okay// ne? //mhm// was Realistisches. […] ich weiß nich, ob=s zum Tef- Text passt, aber so ne Fieberkurve oder Statistik //ah ja @(.)@// ne? das gehört da rein“ (I05, Pos. 59-61).

Der sachlich-nüchterne Standardtext, der stark fachsprachlich gehalten ist, würde ein solches Bild ihrer Meinung und Erfahrung nach nie beinhalten. Hier bricht also der Leichte-Sprache-Text mit der Erwartungshaltung der Leserin gegenüber medizinischen Informationstexten, die überwiegend fachlich geprägte Bebilderung enthalten wie die von ihr genannten Statistiken.

So überrascht es nicht, dass die Befragte den Leichte-Sprache-Text in erster Linie an Kinder weiterempfehlen würde:

„[A]uf jeden Fall einem Kind, //mhm// was darüber was wissen möchte, //mhm// (2) aber ich würd=s (.) zusammen (.) mit ihm: machen, so, //mhm, ah ja okay// (5) weil das hat dann wieder die Vorteile,

> hier is auch n bisschen so erklärt, //mhm// und n Kind braucht nich so viel w- also mit Enzymen (und) und so weiter, //achso// je nachdem, wie alt das Kind is, ne? //mhm// und da find ich=s dann einfach (.) für mich wär=s einfacher //ja// dem Kind das so zu erklären“ (I05, Pos. 56-57).

Weiterhin benennt sie eine Zielgruppe, die in Abhängigkeit von ihrem Bildungsstand und ihrem Gesundheitszustand sehr gut durch den Text informiert werden könnten:

> „Oder ältere Leute, //mhm// (2) di:e, (2) da muss man aber auch wirklich gucken. also (.) äh:m, welche Bildung haben sie? wie sind sie ansprechbar, //mhm// ne? //mhm// welches Niveau liegt ihnen? //ja// ohne jetz (.) abfällig //ja// (.) sein zu wollen, //mhm// ne? und (.) daf- da kann ich=s mir gut vorstellen, dass das wunderbar is“ (I05, Pos. 58).
>
> „Wirklich. (.) ja. (.) weil ich finde wirklich also für Kinder //mhm// oder für ältere Leute, //mhm// die so=n bisschen Richtung dement (1) gehen, oder einfach n:e einfache Schulbildung hatten, //mhm// oder (1) so. //ja// oder nich (.) f:- (.) so aufnahmefähig sind //mhm// (.) oder wollen //ja// (.) äh f- find ich den einfach sehr gut“ (I05, Pos. 63).

Für sich selbst würde sie den Leichte-Sprache-Text nur im äußersten Notfall auswählen („wenn ich in ner Notsituation bin“ (I05, Pos. 63)). Obwohl dies ihre Ablehnung gegenüber dem Text verdeutlicht, zeigt ihre Aussage, dass dieser, trotz seiner von ihr benannten Mängel, schnell handlungsorientierend ist und damit von ihr als nützlich in einer akuten Notsituation empfunden wird: „[…] in manchen Situationen will ich auch nicht //mhm// mehr wissen“ (I05, Pos. 63).

Unter normalen Umständen könne sie sich aber nicht zwischen den beiden anderen Texten entscheiden, „weil das wirklich so, wenn ich mir was zum Drüberfliegen //mhm// (.) haben möchte, is (.) auf jeden Fall der [b, LS+] besser. //ja// (.) und wenn ich (.) zum Reingehen //mhm// (3) also intensiv will, //ja// (.) dann ist der Text [a, Standardtext] besser“ (I05, Pos. 63). Somit stößt der Leichte-Sprache-Text bei der 68-Jährigen wie schon bei ihrer 91-jährigen Vorgängerin auf Ablehnung.

Stärker noch als die anderen beiden Themen erfordert der Informationstext über Schlaganfall konkrete Handlungsorientierung für eine potenziell auftretende Notsituation. Dies wurde vom Großteil der Befragten mit diesem Textthema auch thematisiert. Besonders waren hierbei die anwendungsbezogenen Bilder zur stabilen Seitenlage und zur Herzdruckmassage, die im Notfall, ergänzend zu den Textinformationen, als Anleitung dienen sollten. Die Verwendung der Abbildung zur stabilen Seitenlage für Schlaganfall-Patient(inn)en ist eine Expansion: Die hier verwendete Abbildung enthält über den Text hinausgehende Informationen (vgl. Bredel/Maaß 2016a:280), nämlich wie die stabile Seitenlage bei Betroffenen aussieht und wie man eine Herzdruckmassage durchführt. Die schemenhaft gehaltenen Bilder waren nur im Leichte-Sprache-Text vorhanden und verfügten über keine weiteren Anweisungen, die das Vorgehen konkretisierten. Dies wurde auch von einigen Befragten bemängelt.

Eine 78-jährige Befragte empfand die Anforderungen für die Umsetzung einer Herzdruckmassage in einer Notsituation für Lai(inn)en zu gewagt:

> „[W]obei ich diese, diese Information, ich mein, man geht ja davon aus, denk ich mal, dass das von Laien gelesen wird. //mhm, ja// (2) ä:hm, (.) zum Beispiel hier d- bei der ersten Hilfe. (.) eigentlich sagt man ja immer, ich mein, ich, ((Tippgeräusche)) (.) ich beweg mich jetzt in meiner eigenen Altersgruppe. //mhm// m- muss ich sagen, ne? //mhm// ich würd mir nich zumuten, also ich würd mir grad noch zumuten, jemanden (.) vielleicht in die (1) Seitenlage (.) zu bewegen, weil ich das doch auch mal, (.) //ja// zumindest theoretisch gelernt hab. aber mich hinzusetzen und, und im richtigen Rhythmus und ne (.) äh Herzmassage anzufangen, //mhm// das denk ich, is n bisschen gewagt, in (.) in //ja// so nem Artikel, der sich einfach an Laien wendet“ (I17, Pos. 40).

Damit einhergehend äußerte sie eine starke Ablehnung gegenüber den verwendeten Bildern:

> I: °Mhm°. wie, wie ham Ihnen die Bilder zugesagt?
> B: └ Eigentlich hätt man sich die sparen können. (I17, Pos. 47-48)

> „Vor allen Dingen man geht ja davon aus, dass jemand, der das dann auch wirklich macht, //mhm// auch weiß, in welchem Rhythmus er das machen muss //@(.)@ ja. im besten Fall, ne? @(is)@ ja // ja, ich wollte schon ganz äh //mhm// (.) ganz präzise dann auch sein, ne? // Ja. Also die, die Bilder ähm (.) wären für Sie jetzt nich nötig gewesen? // Nee“ (I17, Pos. 50-53).

Dies verdeutlicht, dass gut gemeinte Veranschaulichungen über Bilder zur Ablehnung oder verminderter Akzeptanz von Texten führen können, wenn die Bebilderung von den Lesenden als nicht funktional oder angemessen innerhalb des Textes erachtet wird.

Dem eben beschriebenen Fallbeispiel stehen jedoch positive Bewertungen der Bilder im Schlaganfall-Text gegenüber: Diese wurden von verschiedenen Befragten wiederum als veranschaulichend oder als Erleichterung i.S. einer Unterstützung der textlichen Informationen beurteilt:

So bewertet ein 68-Jähriger die Bilder wie folgt:

> „[A]uch Grafiken und Zeichnungen und äh: untermalt. //Ja// (3) äh: // und ist? ja? // Ja, der gibt besser- der bleibt besser haften im Kopf […] man prägt sich ja Texte besser ein, wenn man das Bild- ein entsprechendes Bild dazu hat. Ich bin ja ohnehin einer, der sich visuell //Ja// Dinge merkt. //Ja// also ich muss das sehen und durch ein Bild, die Unterstützung klar. aber auch Texte, wenn ich sie les, ist es für mich viel besser als wenn ich sie nur hör. //Mhm, okay// wenn ich sie les, präge ich mir=se viel viel besser ein“ (I03, Pos. 34-35).

Gleichwohl er dies auch mit seiner persönlichen Präferenz der Informationsaufnahme begründet, wird der Text durch die Bebilderung hier als einprägsamer und insgesamt positiver aufgenommen als bei der zuvor genannten Befragten.

Auch ein 91-jähriger Mediziner begrüßt die Bebilderung im Text:

> „[A]lso toll fand ich (.) die Abbildung, (.) […] °In° (.) in zwei; (.) ich hätte mir in eins auch Abbildungen vom Gehirn, gewünscht […] und (.) und einen Infarkt dargestellt (.) […] den könnte man auch ins Zweite nehmen; Abbildungen […] die sagen viel mehr als das Schriftliche“ (I23, Pos. 38).

In dieser Hinsicht veranschaulicht der Leichte-Sprache-Text für den Fachmann die Informationen deutlich besser als der von ihm als Favorit bezeichnete Standardtext.

Sowohl der 91-jährige Neurologe, der mit einer weiteren Befragten sowohl einen der höchsten Bildungsabschlüsse als auch das meiste medizinische Fachwissen unter den Proband(inn)en teilt, als auch der Befragte mit dem niedrigsten Abschluss, einem Hauptschulabschluss ohne abgeschlossene Lehre, bewerten die Bilder im Text positiv. Letzterer betont – im Gegensatz zu der oben betrachteten Befragten – die konkrete Handlungsorientierung, die er daraus zieht: „Man sieht genau, wie der da liegen muss, man sieht wie […] die Bewegungen machen musst mit der Hand, in welche Abstände und so weiter […] also so Bilder, Abbildungen is schon=ne Erleichterung“ (I06, Pos. 13).

Er liest nach eigener Angabe nicht gerne, höchstens die Fernsehzeitung, aber Lesen habe ihn „nie groß interessiert“. (I06, Pos. 19) Auch andere Studien (z.B. Delp/Jones 1996) zeigen, dass insbesondere Menschen mit niedrigerem Bildungsstand und niedrigeren Lesekompetenzen wie der Befragte Texte mit Bildern besser verstehen und behalten als Texte ohne Bilder (vgl. Houts et al. 2006:187f.).

> „Für manche Menschen […] (wir haben) Führerschein gemacht (das ist dann auch nichts Neues) […] man wird älter, weil man da vergesslicher wird, aber (manchmal, wenn es solche Situationen gibt), man ist ja auch aufgeregt“ (I06, Pos. 13).

Auch wenn man für den Führerschein einen Erste-Hilfe-Kurs mitsamt der stabilen Seitenlage und der Herzdruckmassage bereits absolviert hat, ist es seiner Meinung nach in einer Notfallsituation hilfreich, ergänzend noch einmal eine Abbildung vor sich zu sehen, um in der Aufregung der Situation handlungsorientiert zu sein. Hier wird also eine Emotionsbarriere assoziiert, die durch eine Notfallsituation die Handlungsfähigkeit hemmen kann. Dieser kann durch einen pragmatischen Text inklusive schrittweiser Bebilderung wie in diesem Beispiel nach seiner Einschätzung entgegengewirkt werden.

Neben der unterschiedlich bewerteten Bebilderung im Leichte-Sprache-Text wurden auch die Textlänge mit der einhergehenden Reduktion der Inhalte in den verständlichkeitsoptimierten Texten sowie der Mediopunkt im Leichte-Sprache-Text unterschiedlich wahrgenommen.

Während die unzureichende Textlänge bzw. Informationsdichte im Einfache-Sprache-Text für die Befragte besonders störend ist, fällt ihr im Leichte-Sprache-Text der Mediopunkt sehr negativ auf:

> „Dass ich darüber stolperte, warum (immer) zwischen Schlag (.) und Anfall die Trennung is. ((Tippgeräusche)) //mhm// warum. ((hustet)) das wird ja auch noch (.) bisschen fortgeführt, auch noch mit (.) andern Worten, also ich denke is das bloß der äh (1) dass es auffällt? ode:r //mhm// hat das n tieferen Sinn?“ (I17, Pos. 31).

> „@(Ja, i- ich stolperte ( ))@ ich stolperte j:a. @(.)@.“ (I17, Pos. 33).

> „[D]as Schriftbild, das würd mich einfach stören. //mhm// ( ) Körper (.) Teil (.) oder so. //@(.)@// °das is° […] ich mein um mal aufzufallen (.) i- in nem (.) was weiß ich […] aber mich persönlich würd es eigentlich (.) stören“ (I17, Pos. 35).

> „Weil das würde (.) mir zum Beispiel vom, vom Optischen auch (langen) dann meinetwegen dieser Schlag (.) Anfall denn immer //ja// (.) durch diesen Punkt getrennt würde. //mhm// aber nich wenn die (.) die Seiten (.) Lage oder äh sowas getrennt wird. also das //mhm//, da würd ich immer denken: „och, da is n falscher Seitenumbruch“ //@(.)@// oder so irgendwas. oder Zeilenumbruch“ (I17, Pos. 36).

Die starke Ablehnung des Mediopunktes wertet für die Befragte sogar den zuvor negativ beurteilten Einfache-Sprache-Text auf:

> „Ja, also äh (2) d- ich empfinde es so. //mhm// es mag andere geben, die das (1) äh (.) toll finden. //@(.)@// aber ich äh mag=s überhaupt nich, komischerweise. ((Tippgeräusche)) //mhm// (.) weil (.) irgendwie is das so zerfleddert. //mhm, ja// also es is nich so schön kompakt. (2) da is das äh (.) Zweite hat meiner Ansicht nach die gleichen Informationen //°mhm°// aber kompakter einfach“ (I17, Pos. 63).

Insgesamt fällt dementsprechend auch ihre abschließende Einschätzung des Leichte-Sprache-Textes eindeutig negativ aus:

> „Wenn ich die Wahl hab zwischen eins, zwei, drei, würd ich drei nicht (.) unbedingt (.) vorziehen“ (I17, Pos. 58).

> „Also das wär kein Text, muss ich gestehen, den ich äh (2) meinem Bekanntenkreis weitergeben würde //okay// als besondere Information“ (I17, Pos. 61).

Gleichwohl der Leichte-Sprache-Text von ihr als sehr verständlich eingeordnet wurde und ihr Favorit, der Standardtext „eigentlich zu langatmig […] und auch so teilweise mit so Wiederholungen“ (I17, Pos. 2) sei, ist die Ablehnung der Befragten gegenüber den verständlichkeitsoptimierten Texten, insbesondere bzgl. der Leichten-Sprache-Version, offenkundig. Für sie ist eine hohe Verständlichkeit nicht ausschlaggebend für eine positive Wahrnehmung eines Textes. Die erhöhte Verständlichkeit der beiden optimierten Versionen konnte für die Befragte die störenden Merkmale nicht ausgleichen und somit auch die Akzeptanz der Texte nicht steigern.

Deutlich gemäßigter fällt die Beurteilung des 75-jährigen Befragten in der Schlaganfall-Gruppe der Proband(inn)en aus, der den Mediopunkt als Zweiter thematisiert: „Ist das bewusst hier so geschrieben, wenn die Punkte da zwischen Rettungsdienst sind? //Mhm, ja// Mhm“ (I14, Pos. 32).

> „[I]st das- zusammengesetzte Wörter auch mal so geschrieben werden, ist das habt ihr das immer gemacht in einfacher Sprache mit den Punkten? das hab ich nämlich zum ersten Mal gesehen. // @(.)@ (.) was ist an dem Punkt? also stört das? oder- oder was ist- sticht der ins Auge? // Ne aber unnormal (.) man wundert sich erstmal. //Mhm// aber andererseits //Mhm// ist es natürlich wenn es um einfache Sprache geht schon gleich, dass zusammengesetzte Wörter da nochmal äh nochmal deutlich gemacht werden auf diese Weise ne. // Mhm (3) aber beim Lesen hat=s- hat das gestört? n bisschen? ist man da drüber gestolpert? // Ja gut wenn man=s erst nicht gewöhnt ist äh stutzt man etwas aber- //Mhm// man kann sich dann ja denken dass das schon seinen Sinn hat dann, ne“ (I14, Pos. 37).

Der Diplomierte kennt zumindest das Konzept der Verständlichkeitsoptimierung und nimmt, gleichwohl er den Mediopunkt fälschlicherweise der Einfachen Sprache zuordnet, diesen als funktional innerhalb des Textes an. Auch die Textkürze bzw. die Reduktion der Inhalte in den beiden verständlichkeitsoptimierten Texten wird von diesem Befragten deutlich positiver eingeordnet als von der zuvor betrachteten Probandin:

> „Ist noch ‘ne Stufe einfacher als das, ne, also //mhm// auch nicht verkehrt. (4) alles nur Hauptsätze, ne“ (I14, Pos. 31).

> „[N]aja, das ist jetzt wirklich nochmal ‘ne Stufe einfacher […] aber das Wichtigste ist auch drin vom Inhalt her //mhm// das was jetzt ähm genau dasselbe wie hier auch. Das ist also für ‘ne Erstinformation (.) ist das natürlich auch sehr gut“ (I14, Pos. 35).

So wird die Textkürze des Leichte-Sprache-Textes als nützlich für eine Erstinformation bewertet. Auch der Einfache-Sprache-Text wird von diesem Befragten positiver eingeordnet. Die übersichtliche Strukturierung und Textkürze erlauben seiner Meinung nach eine schnelle Handlungsorientierung, was ihm bei diesem Thema als besonders relevant erscheint:

> „[W]eil das ist ja wohl noch schnell auch ähm zu überblicken und von daher ist der natürlich, wenn man so durch Zufall drauf stößt erstmal mal denk ich würde man den erstmal nehmen ne. Z: └ Mhm ist auch dann schnell gelesen und A: └ Schnell gelesen jaja“ (I14, Pos. 23-25).

> „[W]ürde dem immer den Vorzug geben, weil das ‘ne schnelle Information ist. //Mhm// wo es erstmal um die wichtigen Dinge geht, ähm wo man auch eben lebens- ähm lebensrettend sein können. //Mhm ja// Von daher ist das sicher erstmal vorrangig. (2) da kann man nicht lange fackeln, da muss man wichtigsten Dinge gleich erstmal wissen //Mhm// und das ist von daher schon auch ‘ne wichtige Sache“ (I14, Pos. 29)

Der diplomierte 75-Jährige verweist explizit auf die Zielsituation und die Adressat(inn)en der Texte, von denen deren Einsatz und Angemessenheit abhingen:

„[D]as ist jetzt schwer zu sagen also //@(.)@// ja es geht darum wo werden die Texte eingesetzt oder wofür sind die ne‘ das ist sicherlich n Text der wichtig insofern sein kann oder gut ist, weil er sehr schnell und sehr klar und verständlich informiert.

Ja, also wenn=s jetzt um ne Kampagne geht zum Beispiel um den gegen den Schlaganfall äh //Ja// vorzugehen was ja auch im Interesse der Volksgesundheit ist oder der allgemeinen Gesundheit ist sowas natürlich gut, weil das hier liest du es auch schnell durch //Ja// weil so=n Riesenteil und äh es ist deutlich und eben auch für Leute die einfachere Sprache gewöhnt sind und für die //Mhm// das schon n bisschen zu kompliziert wäre //Mhm// vielleicht. die kriegen aber das wichtigste hier auch mit ne. //Ja ja// und von daher war-.

Ist jetzt schwierig zu sagen, weil es kommt auf die Situation an ne. //Ja, ja klar// für erste Information ist der natürlich besser //Mhm mhm// aber wenn man sich dann mit dem Thema ausführlicher wirklich noch einiges an Hintergrundinformationen und Information vor allem über Therapien und über verschiedene andere Dinge ist das natürlich auch ein sehr interessanter Text [1]. //Mhm// aber da- kommt drauf an was man will damit ne“ (I14, Pos. 19-21)

Auch die von der 78-Jährigen abgelehnten Bilder im Leichte-Sprache-Text werden von diesem Befragten anders wahrgenommen:

„[…] sind ja auch die Bilder drin. //Genau// das find ich also auch sehr gut, dass das mal alles dargestellt ist. //Mhm// ne das hatte man hier auch machen können eigentlich.
// Mhm (.) also die Bildern war=n?// Ja sind schon //Haben// sind schon hilfreich find ich“ (I14, Pos. 36-37).

Diese positiven Bewertungen des Leichte-Sprache-Textes werden von dem Befragten jedoch ergänzt:

„Ich find den sehr gut, weil es- man muss ja sehen, welche Funktion der haben soll, nech. das ist ja nicht da geht=s ja nicht um sprachliche Schönheit in dem Sinne, sondern um: - wobei das ja auch (3) ist eben ne einfache Sprache, die sofort auch verstanden werden kann, darum geht=s ja das ist ja wichtig auf jeden Fall“ (I14, Pos. 44).

„[A]n sich findest du ihn nicht schön? (.) also den Text?
A: [Äh kommt drauf an unter welchen Kriterien (.) also (.) es ist sicher keine super Literatur ja? //@(.)@// aber das ist auch eigentlich nie das ist Fachliteratur //@(.)@// sowas. aber- aber es ist ein Funktions-Funktionstext. der seine Funktion auch, denke ich wirklich gut erfüllt ne“ (I14, Pos.45-46).

Von ihm wird die Funktion des Textes, schnell und verständlich Informationen zu vermitteln, deutlich gesehen. Im Verlauf des Interviews gibt er an, einmal in einer Lebenshilfe-Einrichtung gearbeitet zu haben. Dies und der Umstand, dass er bereits zumindest mit Einfacher Sprache in Kontakt gekommen ist, deutet darauf hin, dass seine Beurteilung der verständlichkeitsoptimierten Texte durch die gesammelten Erfahrungen mit Blick auf eine bestimmte Zielgruppe beeinflusst ist. Dies wird zudem in folgender Aussage deutlich:

„[W]enn ich an Behinderte denke, die vielleicht äh dann doch besser mit so einem Text noch zurechtkommen, als mit dem. //Mhm// also ne //Mhm mhm// vielleicht geistig behinderte Menschen, beeinträchtigt sagt man ja heute, wahrscheinlich eher mit so einem Text noch besser zurechtkommen als mit so einem“ (I14, Pos. 43).

Für ihn ist der Leichte-Sprache-Text eindeutig für die Zielgruppe Menschen mit Behinderung bestimmt. So fällt seine Gesamtbewertung des Textes zwar deutlich positiver aus als bei der zuvor betrachteten Probandin, jedoch scheint er sich selbst nicht als geeigneten Adressaten dafür zu sehen:

> „Also interessanter jetzt vom- vom Bildungsumfang her, um- um ist der natürlich dann. //Ja, okay// weil der ja auch inhaltliche ‘ne ganze Menge, die gar nicht mehr vorkommen in dem //Mhm ja// ja. […] also den mit Sicherheit, weil da sowas- gut kommt drauf in welcher Situation man gerade ist wenn man jetzt und sieht das zufällig dann, das sind ja zig Seiten dann würd man bestimmt sagen, ok kann ich jetzt nicht, muss ich dann später lesen, ne?
>
> Ja, also wenn, ich bin ja eigentlich ein Mensch, der sich immer gerne umfassend informiert, dann würde ich den natürlich unter der Rücksicht würde ich den natürlich für am besten halten. //Mhm// aber wie gesagt äh das ist- das hängt immer von den Umständen ab. wenn ich irgendwo ne Notsituation habe, dann ist sowas natürlich viel griffiger und auch hilfreicher ja als so=n Roman hier, nicht. Der natürlich an sich schon interessant ist, aber- (.)“ (I14, Pos. 10-13)

Er wählte den Standardtext als Favoriten aus und bediente damit sein Selbstbild als fähiger und interessierter Leser (s. Kap. 7.3.1).

Dem folgt auch ein 68-Jähriger, der sich explizit als wissbegierig und leseaffin betrachtet. Er würde den Leichte-Sprache-Text weiterempfehlen,

> „weil ich weiß, dass äh: viele Leute das in der Tiefe gar nicht lesen wollen. durch die Neugierde wie bei mir, ich bin ein Vielleser, gebe ich ganz ehrlich zu, mich interessiert jedes Thema. //Mhm// (.) und deswegen:: ist der erste für mich interessant“ (I03, Pos. 39).

Während im Standardtext die Handlungsorientierung fehlte, ist diese für ihn in den beiden verständlichkeitsoptimierten Textversionen gegeben: „[D]ie zwei sind sehr ähnlich. //Mhm// wobei der etwas umfangreicher ist, aber schneller durchgelesen habe ich den hier. //Mhm// und was zu tun ist steht in beiden“ (I03, Pos. 56).

Auch dieser Befragte empfindet die Versionen in Leichter Sprache und Einfacher Sprache als sehr ähnlich (I03, 54). Der Leichte-Sprache-Text gefällt ihm durch die enthaltenen Bilder gut, da diese für ihn einprägsamer sind als der Text ohne Bebilderung (I03, 34-35, 56). Insgesamt lobt er die Wahrnehmbarkeitsoptimierung des „optisch ansprechenden“ Textes (I03, Pos. 41) „mit Einrückungen, mit Grafiken und so weiter mit Sachen, die mir visuell in Sinn fallen“ (I03, Pos. 49).

Den Text sollte seiner Meinung nach jede Person einmal gelesen haben (I03, Pos. 38). Er würde sogar empfehlen, den Text in der Hosentasche bei sich zu tragen, um bei Bedarf adäquat reagieren zu können (I03, Pos. 45). Er selbst würde ihn sich in Auto legen (I03, Pos. 53).

Während der sehr kurz gehaltene Einfache-Sprache-Text dem 91-jährigen Neurologen „zu lapidar“ (I23, Pos. 20) erscheint, würde er den Leichte-Sprache-Text mitsamt der Bebilderung als Information für die Allgemeinheit weiterempfehlen.

> „[…] °wenn ich ( )° aber in andere hineindenke […] würd ich sagen ((einatmen)) äh (.) äh wär der [LS] (.) besser […] (wird=s dann) leichter verständlich […] und braucht weniger Zeit“ (I23, Pos. 37)
>
> „[Den] würd ich an die Allgemeinheit geben […] an die Allgemeinheit, dass die Allgemeinheit besser informiert wird (.) denn (.) äh::m leider kommen viele Patienten zu spät ins Krankenhaus auf die Stroke-Unit […] also das zur allgemeinen Aufklärung //okay// ist das (°wichtig°)“ (I23, Pos. 40).
>
> „[D]er reicht erstmal //okay (.) ja und ähm// für die Allgemeinbevölkerung“ (I23, Pos. 41).

Hier wird also die Verständlichkeit und die kürzere Lesezeit aufgrund der Textkürze und Reduktion der Inhalte gelobt. Zusätzlich zur Allgemeinbevölkerung assoziiert er den verständlichkeitsoptimierten Text jedoch noch mit bestimmten Zielgruppen: „Aber äh etwas schlichtere (.) Leute, die sollen die zwei lesen […] we- weniger (.) Informierte; […] schlichter in ihrer (.) Intelligenz“ (I23, Pos. 35).

Ob hier nun Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und/ oder mit einem niedrigeren Intelligenzquotienten gemeint sind, wird durch die Aussage nicht deutlich. Jedoch scheint der Befragte den zuvor gelobten Leichte-Sprache-Text mit irgendeiner Form der geistigen Einschränkung zu assoziieren. Zudem nennt er „weniger Informierte“ als Adressat(inn)en des Textes, womit weitere Deutungsmöglichkeiten aufkommen. So könnten damit weniger an Fachinformationen Interessierte, aufgrund von anderen Faktoren wie Zugang, Einkommen und Bildung eingeschränkt Informierte oder einfach Menschen mit wenig medizinischem Vorwissen gemeint sein. Deutlich wird jedoch durch die Aussage, dass der Leichte-Sprache-Text Assoziationen von in welcher Form auch immer unterlegenen Mitmenschen in dem Befragten hervorruft. Gleichzeitig würde er den Text jedoch auch der Allgemeinbevölkerung und auch seinen eigenen Kindern vorlegen (I23, Pos. 27-28). Sein Gefallen an dem kompakten Text scheint also nicht von seiner zusätzlichen Assoziation mit bestimmten Zielgruppen gemindert zu werden. Da er sich selbst aber gar nicht als Adressaten des leichten Textes sieht, fällt ihm die Beurteilung der Texte für andere potenzielle Lesergruppen auch nicht schwer.

Die 92-jährige Ärztin befand den Standardtext als zu wissenschaftlich für ein Laienpublikum (Kap. 7.3.1).

Interessanterweise ordnet die Befragte den dritten Text, also jenen in Leichter Sprache, als Mittelweg zwischen den ersten beiden Texten (Standard- und LS+-Text) ein. Dies könnte vor allem erneut mit der Länge der Texte zu tun haben: Während der erste Text mit 14 Seiten der längste ist, sind die beiden verständlichkeitsoptimierten Texte, wie bereits erwähnt, deutlich kürzer.

Insgesamt bewertet die Befragte den Text als gut verständlich, jedoch ist ihr das Ende des Textes mit dem Abschnitt „Wie wird ein Schlaganfall behandelt?“ und ohne einen abschließenden Abschnitt zu abrupt. Die Verständlichkeit macht sie vor allem auch an den kurzen Sätzen im Text fest; er bringe einfach die Informationen, „ohne viel Drumherum“ (I25, Pos. 24). Auf die Frage, ob ihr im dritten Text auch Informationen fehlen, wie dies im sehr kurzen zweiten Text (LS+) der Fall war, antwortet die Befragte: „eigentlich nicht. (5) der ist kurz und ziemlich präzise (.) in der Aussage. ich meine, dass es für nen Laien auch informativ genug ist“ (I25, Pos. 25). Daher würde sie den Leichte-Sprache-Text auch medizinischen Lai(inn)en zum Lesen empfehlen. Sie lobt daran besonders, „dass keine medizinischen Fachausdrücke drin sind“ (I25, Pos. 29): So stünden in manchen Artikeln medizinische Fachausdrücke, mit denen Lai(inn)en wenig anfangen könnten; „und dann liest er nicht weiter“ (I25, Pos. 29). Bis auf das fehlende Fazit im dritten Text hat ihr dieser am besten gefallen, weil er „die Informationen bringt, die ein Laie über Schlaganfall braucht“ (I25, Pos. 30).

Somit lässt sich festhalten, dass die beiden über neunzigjährigen Mediziner beide den Leichte-Sprache-Text am geeignetsten für medizinische Lai(inn)en hielten, während der Einfache-Sprache-Text als zu dürftig bewertet wurde. Besonders die Bebilderung, die beim Einprägen der Inhalte helfe, sowie die kurzen Sätze wurden im Leichte-Sprache-Text gelobt. Der Standardtext wurde von beiden Befragten als in seiner Fachlichkeit und Textlänge unangemessen für Lai(inn)en erachtet und mit fachlichen Veranstaltungen (Medizin-Vorlesung) oder Fachliteratur (Ärzteblatt) assoziiert. Hier sei erwähnt, dass vor dem Übersetzungsprojekt der Apotheken Umschau mit der Forschungsstelle Leichte Sprache der Universität Hildesheim einzig diese stark fachsprachlich geprägte Standardtextversion auf der Internetseite der Apotheken Umschau zu dem Thema zu finden war.

Der Hinweis, dass gleich „nochmal der gleiche Text praktisch in anders“ zum Lesen gegeben wird (dritter Text, Leichte Sprache), wird von der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten mit „Für ganz Dumme oder was?“ [und weiter mit „Gibt ja viele, die noch nicht mal die 112 wissen“] kommentiert (I09, Pos. 35-36). Ihre erste Reaktion zum Leichte-Sprache-Text lautet: „Das ist=n Text für=s Grundschulalter“ (I09, Pos. 37). Sie bewertet den Text zwar nachfolgend als verständlich und auch für sie selbst als lesbar und akzeptabel, gleichzeitig geht durch diese Aussage jedoch eine starke Wertung des Textes einher, die darauf abzielt, dass der vorliegende Text nicht für erwachsene Leser(innen) gemeint sein kann. Im Umkehrschluss ist für sie der lange Standardtext also exklusiv, weil er Menschen mit geringerer Intelligenz ausschließt, während der zweite und vor allem der dritte Text sowohl von Menschen mit einem „gewissen Maß an Intelligenz“ als auch von „ganz Dummen“ gelesen werden können.

Im Gegensatz zu der starken Reaktion beim Lesen des Leichte-Sprache-Textes stehen die Antworten, die dann zu den Textfragen folgen: Der Text sei sehr verständlich, da er einfach erklärt sei, aber er sei „wieder für eine gewisse Altersgruppe“ (I09, 45). Da man beim Lesen des Textes nicht viel nachdenken müsse, könne man diesen gut lesen (I09, Pos. 47). Auch hier bezieht sie also ihre Bewertung des Textes sehr stark auf kognitive Kapazitäten. Die Rezeption des Textes erfordert für sie nicht viel Verarbeitungsaufwand oder Energie. Auf die Frage, wie sie reagieren würde, wenn sie selbst beim Arzt/bei der Ärztin einen solchen Text als Informationsmaterial bekäme, antwortet sie überraschenderweise auch positiv:

> „Äh, ja fänd ich eigentlich schon gut //Mhm// weil es wirklich sehr verständlich ist (.) und (.) ich glaube, das liest man sich eher durch als so=n halben Roman. […] Ja //Mhm// das hier ist ja auch noch schön großgeschrieben. (2) Ich denke, das liest man sich äh eher durch als den hier aus der Apothekerzeitung. //Mhm// Diese tausend Seiten, ne“ (I09, Pos. 50, 52).

Auch für diese Befragte fördert also die Textlänge und die Dichte der Informationen im Standardtext eine Motivationsbarriere. Zudem gefällt der Befragten die größere Schrift in der Leichten-Sprache-Version, die Übersichtlichkeit der Inhalte und die bereits genannte Verständlichkeit (I09, Pos. 54).

Die Frage danach, ob die Informationen im dritten Text von denen des ersten Textes abweichen, verneint sie: Sie würden dort einfach anders erklärt, „nicht ganz so ausführlich“ (I09, Pos. 56). Trotz der zuvor genannten positiven Einschätzungen würde sie den dritten Text jedoch keiner erwachsenen Person, sondern ihrer zehnjährigen Enkelin weiterempfehlen: „[D]amit sie weiß wie sie reagieren muss //@(2)@// @wenn Oma mal was hat@“ (I09, Pos. 57).

Spannend ist auch die Aussage der Befragten bzgl. der Textauswahl hinsichtlich der Zielperson, die den jeweiligen Text z.B. beim Arzt/bei der Ärztin lesen würde: Die Befragte sagt, dass sie, wenn sie allgemein denke, einen der beiden einfacheren Texte auswählen würde (I09, Pos. 30). Wenn sie von ihrem Beruf ausginge, würde sie allerdings den Standardtext wählen (I09, Pos. 32). Sie kann sich in Bezug auf das Verständnis aufgrund ihrer Ausbildung und Intelligenz mit dem ersten Text persönlich identifizieren, lehnt die beiden vereinfachten Texte aber deshalb nicht ab. Gleichwohl trifft sie eine starke Unterscheidung zwischen den Texten, indem sie die verständlichkeitsoptimierten Versionen als „fürs Grundschulalter“, „für ganz Dumme“ etc. bezeichnet. Sie verortet die Texte immer in einem bestimmten Verwendungskontext – übersetzungswissenschaftlich gesprochen in einer bestimmten Zielsituation – und abstrahiert, dass der Text sich nicht unbedingt persönlich an sie richtet, sondern einem bestimmten Zweck dient und an die entsprechenden Zielleser(innen) angepasst sein sollte (I09, Pos. 34, 22).

Weiterempfehlen würde sie die Texte immer erst nach Abwägung, wie der/die Bekannte so ist und welches Verständnis die Person jeweils für die Texte hätte:

> „[F]ür meine 92-lährige Mutter würde ich wahrscheinlich den dritten nehmen. //Mhm// [Name der Tochter] kriegt den zweiten [...] ich denke, das ist altersabhängig und mit verständnis- ja wie ist das Verständnis //Mhm// des Menschen dazu. //Ja// du kannst das nicht so pauschalisieren und sagen jeder kriegt gleich den. //Ne, genau// ne? ist meine Meinung“ (I09, Pos. 34).

Sie fasst also kognitiv beanspruchte Menschen zusammen im Sinne von Menschen, die z.B. noch nicht fertig entwickelt sind, wie Kinder im Grundschulalter, solche, die altersmäßig abbauen (wie ihre alte Mutter, „das ist wieder so was für ein bestimmtes Alter“) oder denen ein gewisses Maß an Intelligenz oder Bildung fehlt. Das Textverstehen wird an die kognitiven Fähigkeiten sowie das Alter geknüpft und davon abhängig auch entschieden, welcher Text für welche(n) Leser(in) geeignet wäre. Dies erinnert an den 75-jährigen Diplomierten (s.o.), der die Textversionen ebenso je nach Leserschaft und Zielsituation weiterempfehlen würde.

Eine ehemalige Verwaltungsangestellte, 71 Jahre, bezeichnet zunächst alle drei Texte als handlungsorientierend, geht dann aber vor allem auf die deutlicher strukturierten, verständlichkeitsoptimierten Texte ein. Die Handlungsorientierung wird im Leichte-Sprache-Text einerseits sprachlich erreicht, andererseits durch die Bebilderung:

> „[S]ehr verständlich […] weil auch alles sehr gut und ausführlich beschrieben ist //mhm// was man tun muss; woran man es erkennt ist eigentlich sehr ausführlich hier beschrieben“
> (I11, Pos. 20).

> „[A]lso gefallen hat mir wie gesagt auch detaillierte Aufstellung, was man b- im Notfall tun muss“ (I11, Pos. 23).

> „[J]a also, zum Beispiel mit der Herzdruckmassage, das hätte ich jetzt nicht so gewusst //mhm// ne? //mhm// das ist schon mal neu // okay // für mich“ (I11, Pos. 25).

Eine 83-Jährige bewertet den Leichte-Sprache-Text als besten Text. Sie liest nach eigenen Angaben nicht gerne und macht lieber Kreuzworträtsel. Die ehemalige Bürokauffrau fand den Text „gut geschrieben“ (I21, Pos. 29) und schien auch die Bilder zu mögen. Obwohl sie alle drei Textversionen privat lesen würde, empfand sie den Standardtext als am schlechtesten von allen Texten. Sie informiert sich vor allem über Zeitschriften und das Fernsehen, welches sie auch für vertrauenswürdig hält. Internet hat die Befragte nicht, sodass ein nur online zur Verfügung gestellter Gesundheitsinformationstext wie jene in Leichter Sprache Plus auf der Webseite der Apotheken Umschau von ihr gar nicht hätte aufgefunden werden können.

Trotz einzelner starker Ablehnungen gegenüber einzelnen Formulierungen oder dem Mediopunkt war der Leichte-Sprache-Text in dieser Gruppe der akzeptabelste, was vor allem auch mit der als hilfreich empfundenen Bebilderung zusammenhing. Auch hier wurden Verständlichkeit und Übersichtlichkeit gelobt. Mit seinen knapp über vier Seiten war der Text für einige ein gelungenes „Zwischending“ zwischen dem zu kurzen Einfache-Sprache-Text und dem ausufernden Standardtext. Es muss jedoch angemerkt werden, dass unter denjenigen, die den Leichte-Sprache-Text als am besten einstuften, auch solche waren, die dies lediglich für andere so beurteilten, für sich selbst jedoch den Standardtext ausgewählt hätten. Zudem kamen immer wieder Assoziationen mit in irgendeiner Form beeinträchtigten oder „von der Norm abweichenden“ Zielgruppen auf wie Menschen mit schlichterer Intelligenz, weniger Informierte, ältere oder sehr junge Menschen. Die Verortung des Leichte-Sprache-Textes im Kontext von Beeinträchtigung wurde hier, trotz des Lobes, also deutlich. Insbesondere die Handlungsorientierung des Leichte-Sprache-Textes wurde mehrfach herausgestellt, da dieser in einer Notsituation übersichtlich und schnell Informationen liefert und zudem noch Bilder von konkreten

Hilfsmaßnahmen beinhaltet (Herz-Druck-Massage, stabile Seitenlage). Diese wurden jedoch auch von einer Probandin hinterfragt, da sie sich als Laiin nicht zutrauen würde, die schemenhaft gezeigten Handlungen durchzuführen. Es bleibt zu reflektieren, ob der Schlaganfall-Text als besonders handlungsorientierend bewertet wurde, weil es sich dabei um ein Thema handelt, das schnelle Reaktionen von Mitmenschen erfordert und im Leichte-Sprache-Text die genannten Handlungsanweisungen in Form von Bildern enthalten sind. Somit wäre der Text in diesem Fall eine Mischung aus Informations- und Interaktionstext (Rink 2020:125) und es könnte nicht ausgeschlossen werden, dass auch deswegen die Texte unterschiedlich bewertet wurden.

Sieben von 25 Befragten gaben an, schon einmal mit Leichter Sprache in Berührung gekommen zu sein:

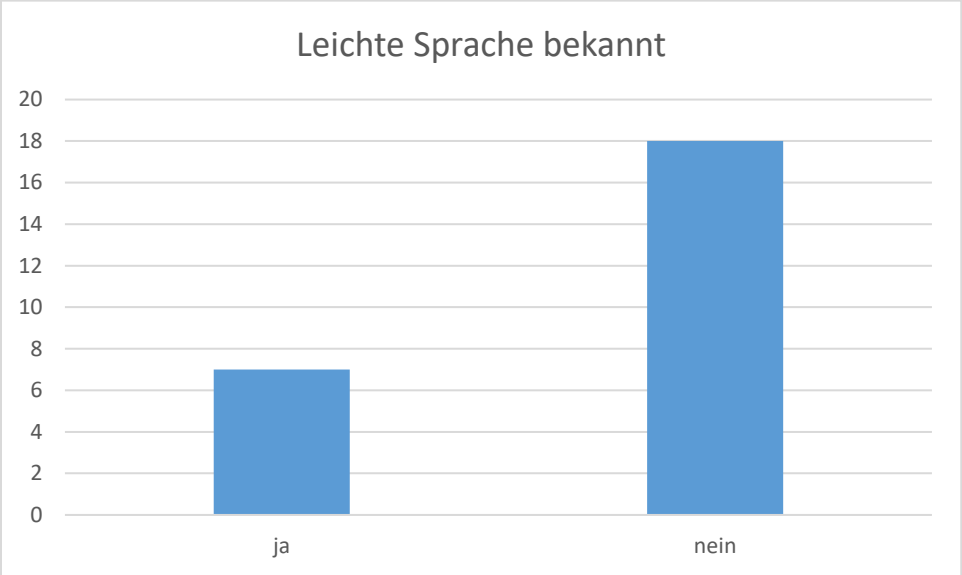


Abbildung 18: Bekanntheit Leichte Sprache

Der Großteil von ihnen hatte über Kinder oder Enkel davon gehört, die selbst in diesem Bereich studierten oder studiert hatten. Einzelne von den Befragten, denen die Leichte Sprache bekannt war, waren über Veranstaltungen (Kirchentag), den Beruf (Lehrerin) oder Medien (Radiobericht) darüber informiert worden. Diese Befragten verteilten sich in alle Altersgruppen der Teilnehmenden und hatten sowohl niedrige als auch höchste Bildungsabschlüsse. Lediglich hinsichtlich des Geschlechts gab es eine Tendenz unter den Befragten, die mit der Leichten Sprache vertraut waren: Nur eine Person der sieben Befragten dieser Gruppe war männlich. Da insgesamt aber auch mehr Frauen als Männer befragt wurden, kann keine weitere Aussage zu Geschlechtstendenzen in dieser Hinsicht getroffen werden.

7.3.4 Akzeptanzindikation zu den verständlichkeitsoptimierten Varietäten

Im Folgenden soll die Kategorie „Akzeptanz(indikator)“ mit besonderem Blick auf die hier fokussierten verständlichkeitsoptimierten Varietäten erläutert werden. Während die selbsteingeschätzte Verständlichkeit der Texte durch die Befragten überschaubare Subcodes enthält (Kap. 7.2), wird unter der Kategorie „Akzeptanzindikator“ deutlich, wie viel die Leser(innen) zu den maximal optimierten Texten zu sagen hatten. Es zeigt sich, dass sich die Texteigenschaft Akzeptabilität durch alle Kategorien zieht und einige, zuvor genannte, Kategorien nun erneut mit einer Wertung durch die Befragten im Sinne eines Akzeptanzindikators auftauchen.

7.3.4.1 Leichte Sprache Plus

Der Leichte-Sprache-Plus-Text wurde von der Mehrheit der Befragten positiv aufgenommen. So macht eine 65-jährige Akademikerin ihren Gefallen am Text an der Erfüllung ihrer Textsortenerwartungen

fest: „[E]s is‘ auch eher das Schriftbild, was ich so kenne, dass also Sätze so durchlaufen und dann kommt halt mal n Absatz und kommen auch mal Spiegelstriche oder so (.) das is‘ eigentlich so die gewohnte Art von Texten, wie ich sie so kenne“ (I02, Pos. 34). Insbesondere im Vergleich mit dem für sie sehr vereinfachenden Leichte-Sprache-Text entspricht diese Varietät eher ihren Lesegewohnheiten bzw. den Erwartungen an die Aufmachung eines Textes mit Gesundheitsinformationen: „[D]er Text B hat n durchgängigen Text (.) äh über die Zeilen rüber und […] ich krieg noch zusätzliche Infos, die ich interessant finde, (.) deswegen würd ich den ähm priorisieren für mich“ (I02, Pos. 31-32). Sowohl das Layout als auch die Informationsdichte sagen ihr im Leichte-Sprache-Plus-Text am meisten zu. Somit ist dieser zwischen dem „ziemlich anstrengend[en]“ (I02, Pos. 8) Standardtext und dem „bisschen rudimentär[en]“ (I02, Pos. 27) Leichte-Sprache-Text der klare Favorit. Auch eine 69-jährige Friseurin vermutet: „Das hier ist vielleicht so n bisschen n Mittelding? Kann das sein?“ (I07, Pos. 21) und gibt an, der Text in Leichter Sprache Plus sei für sie „hier so das Richtige“ (I07, Pos. 20). Auch einer 71-jährigen medizinischen Fachangestellten hat der Text am besten gefallen, ebenso wie einer 91-jährigen mit Abitur, die die Informationsauswahl und -menge gelungen findet: „[D]enn da steht alles drauf, was man eigentlich wissen sollte und was ich dann kürzlich eben auch nicht in meinem, in meinem Wissen parat habe“ (I24, Pos. 8). Ähnlich urteilt eine 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre, die den Text als sehr gut empfindet und dies vor allem an der Verständlichkeit der Inhalte und der Aufmachung durch die gliedernden Fragesätze festmacht, die in den jeweils folgenden Absätzen im Text dann beantwortet werden (I11, Pos. 16). Auch eine 89-Jährige mit Hauswirtschaftslehre und ein 68-Jähriger mit Hauptschulabschluss knüpfen ihre Bewertung der Texte an die Verständlichkeit derselben: Erstere findet den Leichte-Sprache-Plus-Text gut, da sie „keine Schwierigkeiten gehabt [habe] beim Verstehen“ (I22, Pos. 10). Für den 68-Jährigen ist diese Varietät ebenfalls der Sieger unter den drei Textversionen, da die Informationsmenge für ihn angemessen erscheint und die Inhalte für ihn verständlich sind: „[D]er hat mir besser gefallen, (weil er) verständlicher war“ (I04, Pos. 18) und „(weil) de eigentlich alles da erfahren hast, was de über Parodontitis erfahren müsstest“ (I04, Pos. 26). Ähnlich wie in bereits zuvor beschriebenen Bewertungen empfindet er den Favoriten besser als den Standardtext, der ihm „einfach zu viel war“ (I04, Pos. 14), und dem Leichte-Sprache-Text, der ihm zu wenige Informationen lieferte und damit auch weniger verständlich für ihn war (I04, Pos. 28). Auch eine 75-jährige mit abgeschlossener Lehre mit demselben Textthema beurteilt den Leichte-Sprache-Plus-Text als von der Informationsmenge angemessen und insgesamt als am besten von den drei Varietäten, „[w]eil es nicht so langatmig ist und man kann=s trotzdem alles verstehen. //Okay. // Das ist mir hier zu viel alles, //mhm// das reicht, um zu verstehen“ (I15, Pos. 27). „Es ist alles drin enthalten, was man wissen sollte“ (I15, Pos. 24), während im Leichte-Sprache-Text zu wenig Informationen für sie enthalten sind. Der Standardtext hingegen sei zu kompliziert und es sei so viel geschrieben (I15, Pos. 8). Der geringfügig längere Leichte-Sprache-Plus-Text (4 Seiten), der sich in seiner Aufmachung eher dem Standardtext annähert, ist damit dem Leichte-Sprache-Text mit knapp 3 Seiten und dem fast 6-seitigen Standardtext bei beiden Befragten überlegen. Die übersichtliche Aufbereitung, die standardsprachlich anmutet, sowie die gezielte Auswahl von Informationen führen zum gewünschten Ziel der erfolgreichen Rezeption der Informationen: „[E]s ist eigentlich ausführlich, es sind viele Sachen, die ich jetzt gelesen habe, was ich vorher nicht hatte“ (I04, Pos. 26). Somit stellt die Varietät Leichte Sprache Plus in den genannten Fällen tatsächlich eine Lösung zwischen als zu anstrengend oder zu viel empfundenen Standardtexten und als zu wenig oder zu offensichtlich vereinfachenden Leichte-Sprache-Texten dar.

Auch ein 72-Jähriger mit Volksschulabschluss beruft sich bei seiner Beurteilung der verschiedenen Varietäten auf die Verständlichkeit der Inhalte und die Auswahl der Informationen: Der Leichte-Sprache-Plus-Text gefällt ihm, weil er „nicht so lang“ sei und mehr über das Thema sage (I12, Pos. 10-11). Während der Standardtext ihm weniger gut gefällt, da darin „alles so komisch“ sei (I12, Pos.7), fällt er dasselbe Urteil „weniger gut“ für den Leichte-Sprache-Text, der ihm wenig verständlich

erscheint: „[D]as erklärt nicht so, was- was so sind Kopfschmerzen“ (I12, Pos. 14). Weiterhin benennt er die Schriftgröße als Kriterium für seine Bewertung: Neben der Textlänge stört ihn im Standardtext, dass dieser „so klein geschrieben ist“ (I12, Pos. 7). Neben der für ihn gelungenen Auswahl der Informationen zum Thema Schmerzmittel und der reduzierten Textlänge des Leichte-Sprache-Plus-Texts spricht ihn also vor allem auch die besser lesbare Schriftgröße an: „[D]as ist schön groß“ (I12, Pos. 10). Genauso benennt auch eine 83-jährige Diplomkauffrau die genannten Punkte: Die gut lesbare, „angenehmer[e]“ (I20, Pos.8) Schriftgröße, das optimierte Layout und die für sie gelungene Auswahl bzw. Menge an Informationen, die verständlich vermittelt werden, führen dazu, dass auch sie diese Varietät als Favoriten benennt: „Ich neige mehr zu b, weil man das besser lesen kann. […] Einmal wegen der äußeren Form und ich fand es auch verständlich und ich hatte den Eindruck, dass eigentlich alles Wichtige auch dabei berücksichtigt worden ist“ (I20, Pos. 14-15). Für einen 79-Jährigen mit Meistertitel sind die optimierte Schriftgröße, die reduzierte Textlänge und die übersichtliche Präsentation der verständlich aufbereiteten Informationen in beiden verständlichkeitsoptimierten Textversionen gelungen. Während der Standardtext ihm zu lang ist und ihm Mühe bereitet, „das Kleingedruckte so zu lesen“ (I18, Pos. 12), ist der Leichte-Sprache-Plus- Text für ihn „irgendwie verständlicher“ und dahingehend besser, „weil das größer geschrieben ist und die sind hintereinander aufgeführt, da kann man das besser auseinander sortieren die- die vier Schmerzmittel, nech“ (I18, Pos. 14). Bei diesem Befragten steigt jedoch mit der Wahrnehmbarkeits- und Verständlichkeitsoptimierung jeweils auch das Gefallen an den Texten: Der Leichte-Sprache-Plus-Text sagt ihm in den genannten Punkten sehr zu, fällt aber hinter dem maximal optimierten Leichte-Sprache-Text zurück: Dieser sei für ihn noch verständlicher, noch übersichtlicher und die Inhalte würden darin noch deutlicher erklärt (I18, Pos. 17, 19, 23). Auch einer 83-jährigen Bürokauffrau gefällt der Leichte-Sprache-Plus-Text gut (I21, Pos. 14), verliert jedoch gegen den maximal optimierten Favoriten in Leichter Sprache. Für eine 78-Jährige mit Volksschulabschluss rangiert der Leichte-Sprache-Plus-Text ebenso auf dem zweiten Platz nach dem Leichte-Sprache-Text, der insgesamt noch verständlicher für sie ist (I16, Pos. 20). Interessanterweise würde sie jedoch für Dritte eine andere Wahl treffen: Wenn sie einen der Texte an eine(n) Bekannte(n) weiterempfehlen müsste, würde sie den Standardtext nehmen. „[A]lso da würde ich dann °ach° a nehmen // a, okay (.) und warum? (.) // weil das ein bisschen inhaltlich bisschen mehr ist und so weiter alles mit auch erklärt und so (3) bisschen“ (I16, Pos. 5-6). Somit differenziert sie in ihrem Urteil über die Varietäten zwischen sich selbst, von der sie sagt, der Leichte-Sprache-Plus-Text sei aufschlussreich und „leichter […] für mich jedenfalls“ (I16, Pos. 13), und anderen, für die es inhaltlich ihrer Einschätzung nach etwas mehr sein darf oder sogar muss. Sie impliziert damit, dass ihre Wertschätzung für die Vorzüge ihres Favoriten in Leichter Sprache (kurzgefasst und erklärt) etwas ihr Eigenes ist, was sie von ihren Bekannten unterscheidet, die – im Vergleich zu ihr – mit dem Standardtext gut zurechtkommen oder unter Umständen sogar nur diesen annehmen würden. Ein 75-jähriger Diplom-Theologe würde den Leichte-Sprache-Text ebenso wenig an seinen Bekanntenkreis weiterempfehlen und begründet dies anhand einer Bewertung des Leichte-Sprache-Plus-Textes:

> „[I]ch denke mal, der ist etwas vom Lesen her etwas gefälliger so und ähm // Der Zweite? // Der zweite, ja. // Gefälliger? […] // Ja, die Sprache ist halt, weil äh das ist ja sehr abgehackt durch diese kurzen //Mhm// Hauptsätze, ne? Und die Hauptsätze sind zwar auch ohne Nebensätze in dem Sinne, aber auch etwas ähm (.) ja (.) wie soll ich sagen (.) etwas flüssiger zum Lesen. Oder sagen wir mal, da würden vielleicht Menschen, die jetzt nicht gerade geistig beeinträchtigt sind, //mhm// bei dem würde das wahrscheinlich doch etwas mehr (.) Lese(.)freude oder so //mhm// ((atmet laut)) geben“ (I14, Pos. 49).

Die Annahme, dass der Leichte-Sprache-Text für Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung nicht gefällig und flüssig genug zum Lesen sei und ihnen weniger Lesefreude bereiten würde als die beiden anderen Varietäten, macht deutlich, dass der Befragte die maximal optimierte Version eindeutig der Zielgruppe Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zuordnet. Der Leichte-Sprache-Plus-Text wird von ihm – wie theoretisch vermutet – hier tatsächlich als „gefälligere“ Variante i.S. einer

akzeptableren, angemesseneren Textversion für Leser(innen) ohne Kommunikationsbeeinträchtigung gesetzt. Die Einschätzung des 75-Jährigen reiht sich unter dem Subcode „gewohnte Art von Texten“ ein mit den oben beschriebenen Aussagen wie die der 69-Jährigen, die den Leichte-Sprache-Plus-Text als Mittelding zwischen Standard- und Leichte-Sprache-Text bewertete oder der 65-Jährigen, für die der Leichte-Sprache-Text inhaltlich und gestalterisch zu vereinfachend war: Um sich selbst zu „informieren, würd‘ ich gerne B nehmen. (.) ich vermute mal (.) ich vermute das aber nur, dass es an dem Schriftbild liegt, dass es so voll=d die Sätze so (.) sind oder (.) wird nicht laufend noch irgendwas eingeschoben“ (I02, Pos. 35). Für all die Befragten, die sich an der zu starken Vereinfachung der Leichten-Sprache-Texte stören und die der standardsprachlichen Aufmachung nähere Textversion in Leichter Sprache Plus präferieren, trifft tatsächlich zu: Sie schätzen die optimierte Wahrnehmbarkeit, insbesondere die übersichtliche Gliederung und die angenehm zu lesende Schriftgröße, sowie die optimierte Verständlichkeit der Informationen durch eine Reduktion der Inhalte und eingeschobene Erklärungen. D.h. optimierte Verständlichkeit ist gewünscht. Jedoch nur bis zu einem gewissen Grad: Liegen die Texte zu weit entfernt von ihren Lesegewohnheiten und Textsortenerwartungen und entsprechen auf den ersten Blick bereits erkennbar nicht mehr der „gewohnte[n] Art von Texten“ (I02, Pos. 34), wie sie sie kennen, sinkt die Akzeptanz der Texte: Diese werden entweder offen abgelehnt oder einfach nicht mehr präferiert. Aus den vorgestellten Daten ergibt sich für einen Großteil der Befragten eine hohe Akzeptanzindikation aus den getätigten Aussagen für die Texte in der Varietät Leichte Sprache Plus, insbesondere im Vergleich mit den oftmals als zu lang und anstrengend zu lesend empfundenen Standardtexten und den offensichtlich maximal optimierten und stark von standardsprachlichem Layout abweichenden Leichte-Sprache-Versionen.

Die einzige starke und explizite Ablehnung erfährt die Leichte Sprache Plus von einer 78-jährigen Hotelfachfrau: „[D]a bin ich sehr zurückhaltend, wie sie merken. //mhm// da muss ich sagen, ob ich das gelesen hab oder peng. (.) das war mir n- zu wenig“ (I17, Pos. 14). Sie empfindet den Text als weniger gut im Vergleich zum Standardtext, der auch ihr Favorit ist, und gibt an, dass ihr in der optimierten Version die Hintergründe fehlten: „[E]s is was drin, aber es is eben nich: (.) nichts, womit ich denn befriedigt nach Hause gehen würde“ (I17, Pos. 14). Der Text gebe ihr „zwar schlagzeilenweise Informationen, //mhm// aber das hilft mir im täglichen Leben nicht unbedingt weiter […], weil die Hintergründe sind eben in, in Text eins“ (I17, Pos. 22). Somit ist diese Version für sie auch wenig handlungsorientierend. Sie würde ihn höchstens einer Freundin weiterempfehlen, die bereits Vorwissen auf dem Gebiet hat. Ihr deutliches Urteil darüber, dass der Text für sie unbefriedigend und unzureichend ist, führt sie in folgender Aussage fort: „Tja. ((Tippgeräusche)) ( ) natürlich, es steht (1) äh es steht alles drin (.) //mhm// vom Aufbau her, was passiert und, und wie man=es erkennen kann und was man tun soll ((Tippgeräusche)) //mhm// (.) aber irgendwi:e (4) ja ein- (.) irgendwie bin ich zu anspruchsvoll, muss ich sagen“ (I17, Pos. 15). Damit grenzt sie sich unmissverständlich und explizit von dem Text in Leichter Sprache Plus ab und impliziert, dass dieser ihrem Anspruch an einen gelungenen Gesundheitsinformationstext nicht genügt, folglich anspruchslos ist. Lediglich der Leichte-Sprache-Text erfährt ein noch schärferes Urteil ihrerseits, da er nicht nur wie sein Vorgänger zu wenig Inhalt bzw. Hintergründe liefert, sondern ihr auch noch durch ein ungewöhnliches Schriftbild (Mediopunkt) negativ auffällt.

Eine 68-jährige Altenpflegerin stört sich am Stil des Leichte-Sprache-Plus-Textes: Sie bemängelt die Wiederholungen in der Satzstellung, lobt jedoch, wie bereits einige andere Befragte zuvor, die Übersichtlichkeit der Informationen sowie die Möglichkeit zur schnellen Handlungsorientierung durch den Text: „[W]:as ich sehr gut finde hier ä- ähm bei dem Text, das fällt sofort ins Auge und ist sehr übersichtlich //mhm// deshalb find ich den Text gut (.) ä:hm, wenn man ganz schnell was wissen möchte“ (I05, Pos. 27). Weitere vier Befragte loben jedoch den sprachlichen Stil der Leichte-Sprache-Plus-Version und befinden diese als (sehr) gut geschrieben bzw. „erzählt“ (I22, Pos. 12). Darunter sind

zwei 71-jährige Frauen mit abgeschlossener Lehre sowie eine 83-jährige Diplomkauffrau. Die 89-jährige Befragte mit Hauswirtschaftslehre befindet „die Art, wie [die Thematik] erzählt worden ist“ (I22, Pos. 12) als verständlich und gut, fügt jedoch hinzu, dass sie im Großen und Ganzen jede Textversion „akzeptieren [würde], so wie=s ist“ (I22, Pos. 13). Damit wählt sie als einzige Person in der gesamten Studie den Begriff der „Akzeptanz“ selbst und indiziert tatsächlich ihre Akzeptanz gegenüber jedem der drei Texte. Bei den weiteren Befragten wird Akzeptanz meist durch implizite Aussagen erkennbar und liegt somit im Ermessensbereich der Forscherin bei der Auswertung. Die Befragten sprechen über die Akzeptabilität der betrachteten Texte als der ihnen zugeschriebenen Texteigenschaft, die möglichst hoch sein sollte, um von Lesenden angenommen zu werden. Akzeptanz durch die Befragten kann nur entstehen, wenn die Texte von ihnen als akzeptabel, also angemessen, eingestuft werden. Die Messung von Akzeptanz bzw. Akzeptabilität kann hier folglich vor allem über die Auswertung und Interpretation der durch die Befragten getätigten Aussagen zu den Texten erfolgen. Hierbei sind vor allem auch wertende Ausdrücke und Adjektive von hoher Relevanz, die eine Einordnung der Aussagen bzgl. der Texte ermöglichen.

Das Schriftbild ist ebenfalls ein Subcode unter der Kategorie Akzeptanzindikator: Hier finden Wertungen der Texte anhand der Schriftgröße und -beschaffenheit statt, die diese als akzeptabler oder weniger akzeptabel einordnen lassen: Neben bereits genannten Wertungen durch den 72-Jährigen mit Volksschulabschluss („schön groß“, I12, Pos. 10) und die 83-jährige Diplomkauffrau („angenehmer“, I20, Pos. 8 und „ich neige zu b, weil man das besser lesen kann“ (I20, Pos.14)) sowie den 79-jährigen Meister, der seine positive Bewertung des Leichte-Sprache-Plus-Textes durch eine negative Bewertung des zu klein geschriebenen Standardtextes zum Ausdruck bringt („Ja, der ist besser als der andere. ja ja. //Mhm// ist auch besser dargestellt. ist größer geschrieben und alles sowas. //Ja// da gibt man sich nicht so die Mühe das Kleingedruckte so zu lesen“ (I18, Pos. 12)), gibt es noch weitere Urteile dazu:

> „[M]an braucht nicht mal eine Lupe, weil das jedenfalls bei Ihrem Ausdruck groß genug ist, dass ich mit der Brille klarkomme //ja// und ja und so viel klein Geschriebenes hat man ja auch dann immer auf diesen ( ) Waschzetteln, die man in den verschiedenen Medikamenten sowieso hat, und manchmal hat man dann auch gar keine Lust mehr dieses viele Kleingedruckte zu lesen //mhm// und dann ist plötzlich doch was Wichtiges dabei, nich'?“ (I24, Pos. 12)

Hier assoziiert die 91-Jährige zu klein geschriebene Texte mit gesundheitsbezogenen Informationen nicht nur mit Beipackzetteln, sondern beschreibt auch die bei ihr durch das mit Mühe verbundene Lesen zu kleiner Texte auftretende Motivationsbarriere, die die Rezeption entsprechender Inhalte zum Abbruch bringen kann. Die Formulierung „man braucht nicht mal eine Lupe“ lässt darauf schließen, dass die Befragte sehr häufig mit Texten konfrontiert ist, die zusätzlich zu ihrer Sehhilfe noch eine Lupe erfordern, um überhaupt von ihr wahrgenommen werden zu können. Dies sollte die Notwendigkeit unterstreichen, Informationen – gleich, ob es sich um gesundheitsbezogene Inhalte oder anderweitige handelt – vor allem auch in ihrer Wahrnehmbarkeit zu optimieren, um Menschen im erhöhten Lebensalter mit entsprechend stark oder minder ausgeprägten Sehbeeinträchtigungen die Rezeption auf dieser niedrigen Stufe überhaupt zu ermöglichen. Auch die 75-jährige mit abgeschlossener Lehre bestätigt, dass die Schriftgröße einen Unterschied macht: „Das kann ich besser lesen mit der großen Schrift“ (I15, Pos. 9).

Neben dem bereits angesprochenen Kriterium der Textlänge, welche nur vereinzelt als verkürzt (I14) oder unbefriedigend (I17) wahrgenommen und überwiegend positiv bewertet wurde, ist auch die Präzision der Inhalte in der Einschätzung der Texte relevant. So beurteilt ein 68-Jähriger mit abgeschlossener Lehre den Leichte-Sprache-Plus-Text insbesondere mit Blick auf eine akute Zielsituation („wenn’s schnell gehen muss“ (I03, Pos. 23)) wie folgt: „[D]a ist wieder der zweite Text wichtiger. da ist das präg- das Wichtige, das Präg- das Präg- das Prägnante äh das Wichtige wird prägnant dargestellt“ (I03, Pos. 12). Auch eine 83-jährige Hausfrau lobt die Kürze des Textes in

Kombination mit dessen Verständlichkeit (I19, Pos. 34) ebenso wie ein 91-jähriger Neurologe: Ihm gefällt, „dass er kurz ist @(.)@ //ja// dass er mit weniger Worten viel erklärt“ (I23, Pos. 26). Auch der 68-Jährige mit Hauptschulabschluss resümiert: „[D]a ist alles kurz und schmerzlos drin“ (I06, Pos. 6). Dass im Leichte-Sprache-Plus-Text im Vergleich zum Standardtext mit weniger Worten viel erklärt wird, betont auch ein 69-jähriger Feinmechaniker:

> „Das liegt dadran, dass hier deutlich weniger äh Dinge genannt werden, die mh drumherum sind. //Mhm// so wie hier ausschweifend ähm, die ich gar nit, die mich gar nicht belasten, wenn ich den Text hab. //Mhm, mh// Da weiß ich auch, was die Schmerzmittel sind, wie sie wirken und die Acetylsalicylsäure (gestockt ausgesprochen) ASS //Mhm// nennt sich das ja, das kennt man ja von den Kopfschmerztabletten ja sowieso. //Mhm// gut, äh das war jetzt wirklich nichts Neues aber, aber es ist leicht sofort alles klar. (I08, Pos. 26)

Er hebt die Reduktion der Inhalte auf das für ihn Wesentliche positiv hervor. Auch der 91-Jährigen gefällt, dass die Informationen im Text „klar erklärt und gut geschrieben und gut formuliert“ (I24, Pos. 12) sind. Dass der Text das Wesentliche oder die wichtigsten Informationen darstellt bzw. alles enthält, was man zu dem jeweiligen Thema wissen sollte, explizieren sieben Befragte. Gleichzeitig gibt es, wie auch schon genannt, sehr wohl Stimmen, die die Beschränkung auf das Wesentliche nicht zwangsläufig positiv einschätzen oder diese zumindest relativieren. So führt der 68-Jährige mit abgeschlossener Lehre weiter aus: Der Text enthalte zwar „die wichtigsten Informationen, aber mehr auch nicht“ (I03, Pos. 28). Er könne ihn nicht in der Tiefe informieren und sei oberflächlich gehalten (I03, Pos. 29). D.h. dass positiv eingeschätzte Merkmale von Texten nicht zwangsläufig ein Garant dafür sind, dass diese auch angenommen werden oder als akzeptabel gelten. Den beiden über 90-jährigen Medizinern ist der Schlaganfalltext in Leichter Sprache Plus mit seinen zweieinhalb Seiten deutlich zu dürftig: Für den 91-jährigen Neurologen sage der Text das Wesentliche zwar aus, er sei ihm aber zu lapidar und er habe ihn „sehr kurz überlesen nur //@(.)@// der war mir n bisschen dürftig“ (I23, Pos. 21). Auch die 92-jährige Ärztin bezeichnet den Text als „ein bisschen zu knapp“ (I25, Pos. 17): Obwohl ihre erste Reaktion auf den Text nach dem Schlaganfalltext in Standardsprache von 14 Seiten – dem längsten Text von allen vorgelegten Texten – lautet „zum Glück nicht so lang“ (I25, Pos. 12), befindet sie den Leichte-Sprache-Plus-Text als „für einen Laien vielleicht=n bisschen zu kurz, da müssten mehr Erklärungen rein mit“ (I25, Pos. 13). Damit lässt sich festhalten, dass der Schlaganfalltext in Leichter Sprache Plus mit der sehr reduzierten Textlänge von zweieinhalb Seiten, der damit auch der kürzeste dieser Varietät in der Studie war, tendenziell eher als etwas zu dürftig angesehen wurde. Aber auch der dreiseitige Schmerzmitteltext in Leichter Sprache Plus wurde von der 68-jährigen Altenpflegerin hinsichtlich der Inhalte und Erklärungen als unzureichend bewertet: „So als (.) ähm (8) hm (.) wie soll ich sagen hm (.) wie wenn man sich Stichpunkte macht (.) nur die Erklärung (.) hm (.) oder so (.) das ist dann n bisschen (4) z- zu, zu einfach gestrickt“ (I05, Pos. 28-29). Die Einschätzung darüber, ob eher eine ausschweifendere oder eine kürzere Textlänge akzeptabler ist oder ob wirklich das Wichtigste dargestellt wurde, hängt auch von den Eigenschaften der Lesenden ab: Solche, die sich gern ausführlich informieren, wissbegierig und neugierig sind sowie bereitwillig auch längere Texte lesen (können), werden mit höherer Wahrscheinlichkeit auch längere Texte positiver wahrnehmen als andere. So lenkt auch der 68-jährige selbsternannte Vielleser mit abgeschlossener Lehre ein, dass die Informationen im Leichte-Sprache-Plus-Text (und ebenfalls im Leichte-Sprache-Text) „natürlich nicht so detailliert, so informativ wie beim- beim ersten [sind], aber- das will aber nicht jeder lesen. Da muss man Neugierde mitbringen und sich dafür interessieren“ (I03, Pos. 48). Auch der Parodontitistext in Leichter Sprache Plus wird im Vergleich mit dem Standardtext von einem 73-jährigen Kupferschmied als „nicht ganz so intensiv“ und eher „umschrieben“ (I13, Pos. 22) bezeichnet.

Die gliedernden Zwischenüberschriften in Form von Fragesätzen wurden positiv aufgefasst und bereits im Abschnitt zur Verständlichkeitseinschätzung erwähnt: Sowohl die 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre mit dem Schlaganfalltext als auch die 65-jährige Akademikerin mit dem Schmerzmitteltext

benennen explizit die Fragesätze als hilfreich für die Textrezeption: „[D]ie Fragen eigentlich, die man sich selbst stellt, hier eigentlich schon so äh im im Text vorh- vorkommen also //mhm// sehr gut geschrieben und sehr gut erklärt“ (I11, Pos. 16). „[A]lso der Text B hat mir besser gefallen als A, //okay// und (.) er hat mir deswegen gut gefallen, weil (.) so Fragen, die ich so habe; äh (.) werden da beantwortet“ (I02, Pos. 13). Diese positiv eingeschätzte Tonalität der Texte deutet ebenfalls auf eine erhöhte Akzeptanz durch die betreffenden Befragten hin. Diese werden von den Fragesätzen angesprochen und bekommen – wie von einem Informationstext erwartet und gewünscht – Antworten und damit Wissen vermittelt, das sie vorher nicht hatten. Somit tragen die gliedernden Zwischenüberschriften hier explizit dazu bei, dass die Lesemotivation bei den beiden aufrechterhalten oder sogar gefördert wird, was sich wiederum positiv auf die Akzeptanz des gesamten Textes auswirkt. Die Tonalität des Textes wird in einem Fall jedoch explizit als negativ beurteilt: Hier geht es nicht um die Fragesätze, sondern um eine konkrete Formulierung im Text.

„Finde ich auch ein bisschen banal, wenn man da schreibt, diese Menschen kennen sich sehr gut aus (.) mit Schlaganfällen. @(2)(Okay)@ (2) genauso der Schlaganfall wird behandelt @(natürlich ist das der Fall)@ (2) also das würde ich ein bisschen anders (.) ausdrücken“ (I25, Pos. 19). Die Kombination aus dem Ausdruck „bisschen banal“ und dem Lachen der 92-jährigen Medizinerin verdeutlicht, dass sie den Text an dieser Stelle nicht ernst nehmen kann und er in ihren Augen zu banal für geübte, erwachsene Leser(innen) ist, die den Text wie sie an der Stelle kritisch hinterfragen könnten.

Die Frage danach, an wen die Proband(inn)en die Leichte-Sprache-Plus-Texte weiterempfehlen würden, wird breit beantwortet. Hinsichtlich der geeigneten Zielgruppe für diese Varietät werden die Faktoren Bildungsstand (I10, Pos. 25), Alter (I09, Pos. 18), kognitive Fähigkeiten (I14, Pos. 49) und Intelligenz (I09, Pos. 22) sowie fachliches Wissen bzw. Vorkenntnisse (I17, I 19) und Lesefähigkeiten (I10) genannt. Ausdrücke wie „für den normalen Menschen“ bzw. „normalen Bürger“ oder „für das Allgemeinvolk“ oder die „allgemeine Gesundheit“ fallen mehrfach. Für Lai(inn)en und ältere Menschen ist diese Varietät nach Ansicht der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten viel einfacher zu lesen (I09, Pos. 18), während die 83-jährige Hausfrau sie noch zu fachlich und damit gerade ungeeignet für diese Zielgruppen findet: „[S]owas kann man als äh (.) alter Mensch und als Laie gar net mehr so einordnen“ (I19, Pos. 40). Grundsätzlich beurteilen die beiden Mediziner die verständlichkeitsoptimierten Texte als deutlich laienfreundlicher als den Standardtext, bemängeln jedoch die Textkürze im speziellen Fall des Leichte-Sprache-Plus-Texts zum Thema Schlaganfall (s.o.). Somit kann lediglich festgehalten werden, dass die Varietät Leichte Sprache Plus insgesamt als lesefreundlicher für jede mögliche Zielgruppe beurteilt wird, jedoch die konkrete Ausarbeitung des Textes im Zusammenspiel mit leserbezogenen Merkmalen darüber entscheidet, als wie akzeptabel ein Text dann tatsächlich wahrgenommen wird. Die Akzeptabilität eines Textes hängt somit auch mit der für ihn assoziierten Zielgruppe zusammen, in die man sich entweder selbst hinzuzählt oder auch nicht (s. Ausführungen zu „Distinktion“).

Unter dem Code „Weiterempfehlung“ in der Kategorie „Akzeptanz(indikator)“ findet sich neben der Zielgruppe auch der Subcode „Zielsituation“: Hier wurden bestimmte Merkmale und Szenarien genannt, die für die Befragten relevant für eine Verwendung der gelesenen Texte waren. So steht vor allem die schnelle und praktische Handlungsorientierung durch den Leichte-Sprache-Plus-Text im Vordergrund, die fast ein Drittel der Befragten ansprechen (I03, I05, I08, I14, I16, I19, I24). So könne der Text gut im heimischen Medizinschränkchen liegen, wie die 91-Jährige mit Abitur erwähnt, um bei Bedarf schnell weiterzuhelfen (I24, Pos. 11), oder aber als Beipackzettel verwendet werden, wie der 69-jährige Feinmechaniker vorschlägt (I08, Pos. 24). „Da kann man eher (.) das ist eher, schneller (2) findet man das, was man eigentlich wissen will“ (I19, Pos. 35). Die prägnante und übersichtliche Darstellung der wichtigsten Informationen in dieser Varietät fördert also auch die positive Wahrnehmung der Texte und damit deren Akzeptabilität. Weiterhin wird der Faktor Zeit zur Sprache

gebracht: Für sieben Befragte ist einer der größten Vorteile der Texte in Leichter Sprache Plus, dass diese schneller zu lesen sind als die Standardtexte. Fünf davon nennen sogar explizit das Wort „schnell“ (I03, I05, I08, I14, I20), die anderen beiden sprechen von „nur mit ganz kurzem Draufgucken sofort informieren“ (I02, Pos. 9) und „das hab ich innerhalb von fünf Minuten durchgelesen, dann bin ich gleich informiert“ (I10, Pos. 21). Insbesondere in einer akuten Notsituation sei der Leichte-Sprache-Plus-Text zum Thema Schlaganfall hilfreich mit Blick auf eine schnelle Handlungsorientierung, wie der 68-jährige Kaufmann mehrfach betont: „[K]onkret, wenn was passiert ist für mich der zweite, der kurze Text, natürlich der wichtigere //mhm// den würde ich im Auto zum Beispiel (.) aufbewahren. […] Ja, genau, dass ich den schnell zur Hand habe“ (I03, Pos. 26). Er würde diesen sogar in der Hosentasche, im Handy abgespeichert oder anderweitig immer parat haben wollen (I03, Pos. 31, 45, 53). Auch die 83-jährige Diplomkauffrau bestätigt, dass die Informationen zu Parodontitis in dieser Varietät „als 1. Hilfe der bessere Text“ (I20, Pos. 12) seien. Der 75-jährige Diplom-Theologe betont, er würde dem Schlaganfalltext in Leichter Sprache plus „immer den Vorzug geben, weil das ‘ne schnelle Information ist //mhm// wo es erstmal um die wichtigen Dinge geht, ähm, wo man auch eben lebens- ähm lebensrettend sein können“ (I14, Pos. 29). Er würde den Text auch innerhalb einer Kampagne gegen Schlaganfall zur Informationsvermittlung einsetzen (I14, Pos. 20). Auch beim Schmerzmitteltext wird die Varietät mit Blick auf eine konkrete Zielsituation, die schnelles Handeln erfordert, gelobt: „[W]enn ich zum Beispiel in der Apotheke stehe (.) und würde die zwei sehen und ich habe jetzt Schmerzen irgendwo und hinter mir sind viele Leute, da ist das natürlich toll, da guck ich schnell drauf“ (I05, Pos. 33). Auch mit Blick darauf, dass es sich bei den Texten um Gesundheitsthemen in Form von Informationstexten handelt, wird hier argumentiert: „Ja, ich würde den hier zuerst nehmen und- den da würde ich zuerst nehmen. //Mhm ja// weil für das Thema, was da ist, reicht der mir aus“ (I08, Pos. 29). Der Leichte-Sprache-Plus-Text wird folglich als schnell zu lesender Text bewertet, der die Handlungsorientierung befördert und einen Wissensmehrwert für die Lesenden hat: „Ja, der hat mir sehr gut gefallen //mhm// denn da steht alles drauf, was man eigentlich wissen sollte und was ich dann kürzlich eben auch nicht in meinem, in meinem Wissen parat habe“ (I24, Pos. 8). Hier wird erneut deutlich, dass das Gefallen der Texte – hier von der Forscherin unter der Kategorie Akzeptanzindikator erfasst – eng mit den genannten Texteigenschaften wie Reduktion der Inhalte, Übersichtlichkeit (s. o. und den Subcode „Strukturierung“ unter „Akzeptanz(indikator)“) und Verständlichkeit der Inhalte zusammenhängt bzw. durch diese gefördert wird und von den Befragten mit konkreten Zielsituationen, aber auch bestimmten Zielgruppen in Verbindung gebracht wird. Somit lässt sich erneut feststellen, dass die Akzeptanz oder Inakzeptanz von Texten auf jeder Stufe im Rezeptionsprozess ansetzt und demnach in der Texterstellung auch mitbedacht werden muss. So wurde unter dem Subcode „Abgrenzung“ zur Weiterempfehlung der Leichten-Sprache-Plus-Texte die Aussage der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten getaggt, die den Text in dieser Varietät eindeutig einem Publikum mit weniger Intelligenz zuordnet: „Ist ein Mensch intelligent genug oder ist der eher so=n bisschen hm //Joa// lala, dann würde ich vielleicht eher das hingeben und sagen lies dir das mal durch (.) und ich glaube, das kommt einfach auf die Person an“ (I09, Pos. 22). Dies ist ein Beispiel für die Wahrnehmung geminderter Akzeptabilität eines verständlichkeitsoptimierten Textes mit Blick auf erwachsene Leser(innen) ohne kognitive Beeinträchtigung. Es soll angemerkt werden, dass der Leichte-Sprache-Plus-Text jedoch im Verlauf des Interviews von der Befragten noch als passend für ihre Tochter eingeschätzt wurde, während die Leichte-Sprache-Version für ihre deutlich ältere Mutter geeignet sei (I09, Pos. 34). Neben dem Alter und der Intelligenz sei auch Bildung ein relevanter Faktor dafür, wem sie welchen Text empfehlen würde (I09, Pos. 22, s.o.). Für sich selbst würde sie – von ihrem Beruf ausgehend – den Standardtext auswählen (I09, Pos. 32). Somit erfährt die Varietät Leichte Sprache Plus, bis auf das scharfe Urteil der 78-Jährigen mit abgeschlossener Lehre und die Einschätzung der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten zur geeigneten Zielleserschaft insgesamt wenig Ablehnung.

7.3.4.2 Leichte Sprache

Im Folgenden wird die Kategorie Akzeptanzindikator auch für die maximal verständlichkeitsoptimierte Varietät betrachtet, die *Leichte Sprache*. Hier wurden die Subcodes „Abgrenzung“ der eigenen Person sowie „Ablehnung“ der Texte für andere Personen(gruppen) getaggt, „Schriftbild“, „Ansprache“ und „Strukturierung“, „beschreibende Bewertung“ mit weiteren Subcodes, eine Kategorie, in der vor allem durch In-Vivo-Codes deutlich wird, ob die Befragten bestimmte Textmerkmale positiv oder negativ bewerten, „Weiterempfehlung“, worin die Einschätzung der Proband(inn)en hinsichtlich der nach ihnen geeigneten Zielgruppe weiter ausgeführt wird, sowie die Kategorien Text-, Satz- und Wortebene, in denen explizit Beurteilungen genannt werden, die sich auf diese Ebenen beziehen und ihnen eindeutig zugeordnet werden konnten. Die Verständlichkeit wurde in den optimierten Textversionen eindeutig höher bewertet als im Standardtext (Kap. 7.2).

Der 73-jährige Kupferschmied ordnet die Texte auf Anhieb sehr unterschiedlichen Adressatenkreisen zu: Der Leichte-Sprache-Text sei „für Kinder […] verständlicher, weil, wenn man denen so viel vorlesen würde, denn //ja// würden die glaube ich gar nicht mehr richtig zuhören vielleicht“ (I13, Pos. 34). Auf die Frage, ob man den Leichte-Sprache-Text auch Erwachsenen anbieten könne, antwortet er ausweichend, die Ablehnung des Textes wird jedoch auch implizit deutlich:

> „Ja: könnte man auch, aber das: sind so- das kommt immer auf den Erwachsenen auch jetzt drauf an. man kann das jetzt nicht unbedingt generell sagen, //ja// dieser Typ oder was, nech. //Ja// manche würden das gar nicht lesen. //Ja// viele würden es wegschmeißen noch. //Ja// die würden das gar nicht lesen, ne. // Ja. warum würden die das nicht lesen? // Weil die das gar nicht interessiert, weil die sich gar nicht so um die Gesundheit kümmern“ (I13, Pos. 37-39).

Grundsätzlich erscheint dem Befragten der Standardtext, sein Favorit, als einziger Text passend für ein mündiges Publikum: „[F]ür Erwachsene ist vielleicht der erste besser“ (Transkription_73_m_Volksschule_Lehre). Auch hier verschmelzen die Kategorien von Verständlichkeit und Akzeptabilität miteinander. Es lässt sich also erneut festhalten, dass die Akzeptanz durch Lesende bzw. die Akzeptabilität von Texten auf jeder Stufe des Rezeptionsprozesses eine Rolle spielen kann, so auch auf der der Verständlichkeit bzw. des Verstehens. Lediglich eine Befragte trennt ihr Urteil zur Verständlichkeit des Leichte-Sprache-Textes von ihrem Missfallen desselben: Die 78-jährige Hotelfachfrau, die bereits deutliche Worte für den für sie unzureichenden Leichte-Sprache-Plus-Text fand, bezeichnet den Leichte-Sprache-Text zwar als „eigentlich auch sehr verständlich“ (I17, Pos. 34), empfindet ihn jedoch insgesamt als inakzeptabel: Es sei „nicht weniger drin als im zweiten Text, möchte ich mal (.) behaupten, //mhm// ohne es genau verglichen zu haben //mhm// ((Tippgeräusche)) (5) aber wie gesagt, also der d- das Schriftbild, das würd mich einfach stören“ (I17, Pos. 35). Wenn sie keinen anderen Text hätte, würde sie auch den Leichte-Sprache-Text zum Thema Schlaganfall lesen, gibt jedoch zu bedenken: „[O]b ich danach denn zufrieden bin, //@(.)@// is ‘ne andere Frage“ (I17, Pos. 56). Auf die genauen Störfaktoren, die zu ihrem scharfen Urteil auch des zweiten verständlichkeitsoptimierten Textes führen, wird anhand der folgenden Subcodes noch eingegangen. Somit kann festgehalten werden, dass für viele Menschen Verständlichkeit und Akzeptabilität von Texten Hand in Hand zu gehen scheinen, dass Verständlichkeitsoptimierung jedoch – auch, wenn sie nur anteilig und weniger offenkundig Anwendung findet, wie im Leichte-Sprache-Plus-Text – nicht für alle Leser(innen) zum gewünschten Ergebnis von erhöhter Akzeptanz und damit zu einer erfolgreichen Rezeption führt. Bei dieser Befragten im Speziellen erfüllt sich also ***nicht*** die Annahme, dass eine weniger offenkundige Verständlichkeitsoptimierung und eine sich standardsprachlichen Texten annähernde Gestaltung wie im Leichte-Sprache-Plus-Text die Akzeptabilität von Texten erhöht. „Das is wirklich (1) ich mein, der is nich, nich schlechter als die andern. //@(.)@// is aber auch nich besser als die andern. […] aber der zweite und der dritte, die geben sich nichts“ (I17, Pos. 54). Jedoch kann anhand dieses Fallbeispiels die

Annahme belegt werden, dass bestimmte Merkmale in Leichte-Sprache-Texten – wie kindlich anmutende Bebilderung und der Mediopunkt zur Wortgliederung – zu einer erhöhten Ablehnung von Texten in dieser Varietät führen können. „Also das wär kein Text, muss ich gestehen, den ich äh (2) meinem Bekanntenkreis weitergeben würde //okay// als besondere Information“ (I17, Pos. 61). Auf die Abgrenzung der eigenen Person von den Leichte-Sprache-Texten sowie die Ablehnung der Texte für andere Personen wird im Folgenden unter der Kategorie „Akzeptanzindikator“ weiter eingegangen.

Insgesamt wurden die Texte in Leichter Sprache mit deutlicher Mehrheit als sehr verständlich wahrgenommen. Diese hohe Verständlichkeit wurde in den meisten Fällen auch als sehr positiv aufgefasst. Lediglich in Einzelfällen wurde bemängelt, dass die Reduktion der Inhalte und die zu starke Optimierung im Vergleich zu den anderen Texten bzw. insbesondere im Vergleich zu den Standardtexten dazu führte, dass die Leichte-Sprache-Texte als unzureichend oder weniger verständlich erschienen oder dass Vorwissen für die leichten Texte erforderlich war.

Unter dem Subcode „Abgrenzung“ wurden Aussagen getaggt, in denen die Befragten angaben, dass sie den Text nicht für sich auswählen würden oder sich durch den Text nicht angesprochen fühlten. So äußerte sich der 73-jährige Kupferschmied auf die Frage, ob er den Leichte-Sprache-Text auch privat gelesen hätte, wie folgt: „Wenn ich ganz ehrlich bin, wenn ich jetzt so- ich hätte das jetzt kaum gelesen, weil ich mich ja jetzt gut auskenne //ja// damit, nech. //Ja// aber das kommt immer, was man jetzt kriegt“ (I13, Pos. 42). Der Text ist merklich nicht seine erste Wahl, jedoch würde er ihn, sofern ein/e fachkundige/r Arzt/Ärztin ihn zum Lesen animieren würde, diesen auch lesen. Seine nicht gänzlich offen ausgesprochene Ablehnung des Textes lässt sich aus seinen Aussagen erschließen: Er begründet seine Wahl, dass er diesen Text „kaum gelesen“ hätte, damit, dass er aus eigener Erfahrung bereits Vorwissen zum Thema habe und ordnet den Text mehrfach als an Kinder - und damit nicht an ihn als Erwachsenen - gerichtet ein (s.o.). Auch die 68-jährige Altenpflegerin beschreibt den „unbeholfenen“ Stil als ausschlaggebend dafür, dass sie sich als erwachsene Leserin nicht angesprochen gefühlt hat:

> „[D]urch ASS gerinnt das Blut nämlich nicht mehr so gut.“ //@(.)@// (.) das is n bisschen (.) fast n bisschen unbeholfen. // Unbeholfen //ja// ja mhm. (2) ähm, was macht das mit dir, wenn du das liest? also f:indst du w- was ähm // Hm, (.) hm, @(ja)@ also (.) ich (.) f:ühl mich d:ann n:ich so als Erwachsene @(.)@ (so) gesprochen. [...] So wie eine Erklärung; wo man das schon alles weiß und man bekommt=s n- (.) //mhm// nochmal erklärt. //mhm// (1) so // […] schwingt da so n bisschen Bevormundung mit, oder? // ne, Bevormundung nich. nein, das nich. aber als wenn das nich an mich gerichtet is, //a:h, okay// sondern ä:h ä:hm (.) mehr so (.) weiß ich was äh Kinder“ (I05, Pos. 43).

Auch die oben beschriebene fehlende Informativität des Leichte-Sprache-Textes, die insbesondere im Vergleich mit den anderen beiden Varietäten auffällt, kann wie erwähnt zur Ablehnung der leichten Version führen (I04, I12). Diese Ablehnung des Textes äußert auch die 83-jährige Diplomkauffrau: „Ja, wenn ich keinen anderen habe, muss ich den ja lesen“ (I20, Pos. 22). Sie präferiert im Vergleich, ebenso wie die 68-Jährige und der 72-Jährige, den Leichte-Sprache-Plus-Text: „Der ist ja nicht umfangreich genug, um wirklich n Bild sich machen zu können, da finde ich den zweiten Text besser“ (I20, Pos. 23). Die Minderung der Akzeptanz des Leichte-Sprache-Textes, die hier indiziert wird, wird von diesen drei Befragten also an der zu geringen Informativität festgemacht (vgl. De Beaugrande/Dressler 1981:168). Informationsdichte und Textlänge können also sowohl in zu hohem als auch zu niedrigem Maß der Akzeptabilität von Texten abträglich sein. Auch die 78-jährige Hotelfachfrau, die sich explizit gegen beide verständlichkeitsoptimierten Versionen aussprach, würde wie die 83-jährige Diplomkauffrau den Leichte-Sprache-Text nur lesen, wenn es keinen anderen Text zu dem Thema gäbe. Der Leichte-Sprache-Text ist für sie der schlechteste von allen drei Texten und stößt insbesondere aufgrund einzelner Merkmale wie des Mediopunkts und der kindlich anmutenden Bebilderung bei der Befragten auf Ablehnung (s.u.). Auch eine 91-Jährige mit Abitur als höchstem Bildungsabschluss äußert ihre

Ablehnung gegenüber dem Leichte-Sprache-Text deutlich: „Naja, man liest ja sehr viel, was einem so Gedrucktes da so unter die Finger kommt //mhm// und ja und legt das dann an die Seite, das ist dann auch (ist ja) ganz gut, dass ich es mal gelesen habe, aber sonst interessiert es mich nicht. […] Ja, für mich überflüssig den Dritten“ (I24, Pos. 20-21).

Positiv aufgefallen ist beim Leichte-Sprache-Text aber die größere Schrift, die den Befragten das Lesen der Informationen erleichtert: Die 83-jährige Diplomkauffrau lobt diese ebenso wie eine 71-jährige medizinische Fachangestellte: „Gefallen hat mir erstmal die äußere Gestaltung, dass die Buchstaben groß genug sind, also wie bei dem zweiten, also das fand ich gut“ (I20, Pos. 19). „[D]as hier ist ja auch noch schön großgeschrieben. (2) Ich denke, das liest man sich äh eher durch als den hier aus der Apothekerzeitung. //Mhm// Diese tausend Seiten, ne“ (I09, Pos. 52). Die 71-Jährige nennt hier auch die Textkürze der Leichte-Sprache-Version als positives Merkmal neben der erhöhten Wahrnehmbarkeit durch die größere Schrift.

Die Ansprache bzw. Tonalität in den Leichte-Sprache-Texten wird von drei Befragten als positiv herausgestellt. Zwei von ihnen benutzen sogar explizit dieses Wort: Zum einen eine 89-Jährige mit hauswirtschaftlichem Berufsschulabschluss („[D]as ist so (.) positiv geschrieben, dass man das wirklich empfehlen kann, lesen kann und empfehlen kann. Also so sehe ich das“ (I22, Pos. 24).), zum anderen eine 65-jährige Akademikerin:

> „[D]ann äh diese vielen Frage; (.) Sätze; (.) ganz ganz viele Fragesätze, die hab ich jetz gar nich in Erinnerung, dass überhaupt (.) war glaub ich gar kein Fragesatz in dem (1) in den andern. (2) und (1) das empfinde ich momentan gerade als sehr **positiv** wie ich=s vorhin ja schon gesagt habe. //okay// man fühlt sich so angesprochen“ (I02, Pos. 28, Hervh. LK).

Die 65-Jährige schätzt die direkte Adressierung im Leichte-Sprache-Text, die vor allem in den Fragesätzen eine zugewandte Tonalität des Textes befördert: „Sie haben eine Erkältung?“ //mhm// oder „Sie haben Kopfschmerzen? dann möchten Sie vielleicht ein Schmerzmittel nehmen,“ also ich bin (.) hier richtig schön (.) angesprochen, sage oka:y, joa (4) und auch hier so: (.) immer wieder auf mich bezogen, ne“ (I02, Pos. 26).

Auch die 83-jährige Hausfrau mit Hauptschulabschluss, die zuvor über ihre Verunsicherung durch den Standardtext bezüglich der aufgeführten Nebenwirkungen von Schmerzmitteln gesprochen hat, fällt nun über den Leichte-Sprache-Text ein gänzlich anderes Urteil:

> B: [D]as gefällt mir scho:n, weil es zeigt auch die Nebenwirkungen, dass die gefährlich sein könne, (.) und dass man auch die richtige Menge immer beachten (.) muss, soll, (3) und das man einfach äh (3) net (3) der Satz, (1) der gefällt mir gut.
>
> I: Mhm. (2) das ‚gehen sie verantwortungsvoll mit Schmerzmitteln um‘ (.) °mhm° (1) also dass so die Eigenverantwortung auch betont wird?
>
> B: °Ja //Mhm// schon° (1) man kann net ununterbrochen Schmerzmittel (nei klauben) das äh ist (2) der Körper gewöhnt sich und auch da schlägt das ja oft auch mal (2) ins Gegenteil um. //I: (3) Mhm// Ich hab zwar keine Erfahrung davon, aber ich glaub das. (I19, Pos. 45-47)

Beim Standardtext, der ihr zu lang und unverständlich war, äußerte sie sich deutlich ablehnender und benannte die Aufführung verschiedener Nebenwirkungen von Schmerzmitteln als angsteinflößend:

> B: Das: muss i- will ich gar net wissen […] Das (für ein Laie) einfach (.) zu unverständlich. […] Ja::, und äh äh (2) äh: das da doch jede Nebenwirkung aufgeführt ist und äh: jede:: (2) diese und jene Beeinträchtigung und (2) ((schweres ausatmen)) (2) das macht irgendwie Angst, //Mhm// vor dem Medikament //Mhm// also (2) da hab ich mir schon manchmal gedacht, da lass ich doch gleich die Finger davon, wenn das so viele Nebenwirkungen hat, oder?
>
> I: Das schreckt ab, oder?

> B: Ja. (2) also manchmal, wenn ich mich schon mal a weng hineingelesen hab, in die lange (Litanei) (wenn man da fertig ist), ich will=s gar nicht wissen. (I19, Pos. 24-27)

Die Beschreibung von Nebenwirkungen, die beim Lesen negative Emotionen bei ihr wecken, erscheinen der Befragten im Standardtext als bedrohlich, befördern eine Abwehrhaltung gegenüber dem Text und mindern dessen Akzeptanz für die Befragte. Ein Abbruch des Rezeptionsprozesses ist bei einem solchen Text für sie nicht unwahrscheinlich, bedingt durch eine Emotionsbarriere auf Seiten der Leserin und – textseitig gesprochen – mangelnde Akzeptabilität des Textes. Der Standardtext sei „für=n Laien oder für unbedarfte alte Menschen [] eigentlich keine Hilfe, das lange Ding da" (I19, Pos. 29). Für die 83-Jährige ist die zugewandte Tonalität des Leichte-Sprache-Textes insbesondere in Bezug auf potenziell bedrohliche Informationen wie jene zu den Nebenwirkungen offenkundig besser gelungen als im Standardtext. Da gerade in Gesundheitsinformationen öfter potenziell bedrohliche Inhalte thematisiert werden (müssen), ist eine sensible Adressierung bestimmter Themen, die negative Gefühle bei den Lesenden auslösen können, von besonderer Relevanz. Insgesamt empfindet die 83-jährige Hausfrau den Leichte-Sprache-Text in seiner Kürze trotzdem informativ und am hilfreichsten von allen drei Texten.

Wie unterschiedlich die Wahrnehmung der Texte derselben Varietät sein kann, zeigt sich, wenn man die Aussagen der 65-jährigen Akademikerin mit der Einschätzung des 73-jährigen Kupferschmieds vergleicht.

> „[…] und hier steht halt auch „dann entstehen viele Botenstoffe". ähm das is klasse, aber is halt dann nich dieser Ausdruck da, den ich da vorhin schon erwähnt habe mit den CPX oder was auch immer das war //okay// was man im Grunde ja gar nich wissen möchte und da steht auch nix davon, dass der Zwölffingerdarm ä:h ä:h Sachen da kriegen kannst und so, muss man im Grunde auch nich wissen. (.) aber es is (.) schön, dass man sieht aha, es gibt Botenstoffe und auch wie die heißen. ich werd also nich für blöd erklärt, dass man mich (.) äh nich (.) aufklärt, sondern, es entstehen viele Botenstoffe, die (.) sind dazu da, um Schmerzen an das Gehirn weiterzuleiten, und die heißen so. find ich gut. (I02, Pos. 26)

Während die 65-Jährige die Reduktion der Inhalte und die zugewandte Adressierung im Leichte-Sprache-Text zum Thema Schmerzmittel positiv bewertet, ordnet der 73-Jährige den leichten Text zu Parodontitis aufgrund der sprachlichen Gestaltung als an Kinder oder Jugendliche gerichtet ein: „[D]a sind so so Anzeichen, die man vielleicht äh::m ähm so für Kinder vielleicht. so für Kinder vielleicht, //Mhm// was man nicht tun dürfte oder was man. //Mhm// möchte ich sagen so diese- ist das. das wird ja nur ganz kurz angeschnitten immer, ne" (I13, Pos. 25). „Was man nicht tun dürfte" deutet darauf hin, dass der Befragte den Stil des Leichte-Sprache-Textes womöglich als bevormundend und handlungsleitend empfindet, sodass dieser sich seiner Meinung nach nur an Leser(innen) richten kann, die nicht mündig sind und selbst noch keine eigene Entscheidungsgewalt oder bewusste Verhaltensstrategien in Hinblick auf alltägliche Dinge wie die Zahnpflege haben.

> Nee, das wäre jetzt so- so Kinder jetzt. weil die würden sich ja dann nicht dafür interessieren. oder werden jetzt auch schon wieder- mit den Gedanken weg, wenn man das so länger beschreiben würde. //Mhm// eher was für Jugendlich möchte ich sagen so. //Mhm// meine Meinung ist das. // Ja jaja ja. also das ist für Kinder oder Jugendliche würden Sie sagen. // Ja ja und dass man kurz und sagt und drauf hinweist, was man machen muss und so. möchte ich sagen. // Mhm und ähm wäre das auch was für diese Gruppe. ähm also für Kinder und Jugendliche? // Ja, also wenn sie älter sind, könnte man das auch schon machen, ne. //Mhm// das kommt immer auch auf das Alter jetzt auch an. wenn möchte man das denn vorlesen, muss man sagen, gucke mal hier, wenn du das nicht machst und so, ne" (I13, Pos. 29).

So könnte seiner Meinung nach der deutlich kürzere Leichte-Sprache-Text die kürzere Aufnahmefähigkeit von jüngeren Menschen bedienen und ihnen gleichzeitig Handlungsleitlinien vorgeben, die sie befolgen können. Hier werden die zugewandte Ansprache und direkte Adressierung bzw. die sprachliche Gestaltung insgesamt also auf andere Art gewertet: Für den 73-Jährigen steht außer Frage, dass dieser Text sich nicht an Erwachsene richtet.

Ein weiterer Subcode in der Kategorie „Akzeptanzindikator“ ist die **Strukturierung**: Die optimierte Wahrnehmbarkeit durch Absätze und Weißflächen sowie die für Leichte Sprache typische Anordnung jedes einzelnen Satzes auf einer neuen Zeile wird von mehreren Befragten positiv bewertet. Die 65-jährige Akademikerin lobt: „[I]n dem C is halt (.) jeder Satz hat eine eigne Reihe. //okay// das is natürlich leichter zu lesen, ne? (.) für mich“ (I02, Pos. 31). Die 68-jährige Altenpflegerin empfindet den Leichte-Sprache-Text zum Thema Schmerzmittel als „noch kompakter //mhm// ((Papierblättern)) (4) also ähm (.) kompakter in dem Sinne ähm (2) wichtige Informationen (1) zusammen. (1) //mhm// (2) sehr äh (.) klar (.) gegliedert“ (I05, Pos. 40). Der 69-jährige Feinmechaniker lobt die Übersichtlichkeit des Textes besonders mit Blick auf zukünftige Zielsituationen, in denen eine schnelle Handlungsorientierung gewünscht ist: „[M]an kann ganz leicht nochmal nachschlagen, wenn man was vergessen hat. //Mhm// äh kurze Zeit später, wenn man sich das aufhebt oder so einen Text hat“ (I08, Pos. 31), „[b]esser als einen Beipackzettel lesen“ (I08, Pos. 35). Aber auch der Leichte-Sprache-Text zum Thema Parodontitis wird gelobt: Dieser sei nach der Einschätzung einer 75-Jährigen mit abgeschlossener Lehre „richtig gut, sofort kann man das gut übersehen“ (I15, Pos. 16). Die übersichtliche Aufteilung der Informationen zusammen mit den Erklärungen im Leichte-Sprache-Text zu Schmerzmitteln ist für einen 79-Jährigen mit Meistertitel sogar ausschlaggebend dafür, dass dieser den Text als Favoriten unter allen drei Textversionen benennt: „Hier ist es deutlicher für mich“ (I18, Pos. 60).

> „[J]a, der wäre am besten. //Okay// von den drei Texten. //Mhm// mhm der wäre der beste, für mich ja, mhm. […] Warum ja, weil eben alles nochmal aufgegliedert ist, gegen was es helfen soll, äh jedes Medikament ist nochmal extra beschrieben. Da sind ja Zahnschmerzen, Kopfschmerzen extra beschrieben. Stauchungen, Zerrungen, Prel- Rückenschmerzen, ja, alles ist nochmal extra beschrieben, ne“ (I18, Pos. 20-21).
>
> „[B]esser aufgeteilt und deutlicher erklärt alles nochmal jedes Mittel, nech“ (I18, Pos. 23).

Auch der 68-jährige Vielleser lobt die übersichtliche Aufmachung des Leichte-Sprache-Textes zum Thema Schlaganfall durch Einrückungen und die enthaltenen Bilder zur stabilen Seitenlage sowie die für ihn gelungene Reduzierung auf die wesentlichen Inhalte für eine schnelle Handlungsorientierung: Der Text zeichne sich aus durch „Einrückungen, mit Grafiken und so weiter mit Sachen, die mir visuell in Sinn fallen“ (I03, Pos. 49) und diene, ebenso wie der Leichte-Sprache-Plus-Text, einer schnellen Handlungsorientierung in einer konkreten Notsituation: „[W]as zu tun ist, steht in beiden“ (I03, Pos. 56). Mit Blick auf eine konkrete Zielsituation können textseitige Eigenschaften wie eine übersichtliche Strukturierung oder eingerückte Erklärungen gewichtiger werden und somit auch die Akzeptabilität der betreffenden Texte steigern.

Die Übersichtlichkeit des Leichte-Sprache-Textes wird ebenfalls als zuträglich für einen unkomplizierten und einfachen Rezeptionsprozess gewertet:

> „[D]as hier ist ganz einfach, sagen wir mal das ganz einfache (1), es gibt Dinge im Leben, wo man froh ist, wenn irgendwas einfach ist […], weil das andere (.) ich hab keine Lust auf irgendsolche und äh auf komplizierte irgendwelche Komplikationen also oder (.) das ist auch gut, aber (1) ähm (1) das hier, da brauchst du einfach nur gucken und dann hast du aber auch Bescheid“ (I07, Pos. 28).

Die Aussagen der 69-jährigen Friseurin stützen damit weiter die bereits zum Standardtext beschriebenen Beobachtungen dazu, dass Texte, die in irgendeiner Weise als zu anstrengend zu lesen empfunden werden, aufgrund dieser (erwarteten oder tatsächlichen) Anstrengung nicht erfolgreich rezipiert werden bzw. die Rezeption abgebrochen wird. Gleichwohl der Leichte-Sprache-Plus-Text für sie der richtige Text von allen dreien sei, findet sie den Leichte-Sprache-Text auch sehr gut sowie „sehr klar und sehr übersichtlich“ (I07, Pos. 27). Somit wird hier erneut deutlich, dass auch das Textmerkmal

der Übersichtlichkeit oder optimierten Strukturierung der Inhalte sich sehr positiv – oder wie beim Standardtext auch negativ – auf die Bewertung der Texte und damit auf die empfundene Ausprägung der Akzeptabilität von Texten auswirken kann. Die empfundene Anstrengung, die ein Text bei der Rezeption (vermutlich oder tatsächlich) erfordert, spielt immer wieder eine Rolle für die Zielgruppe und entscheidet teilweise direkt über Erfolg oder Misserfolg des Rezeptionsprozesses (s. ausführlicher hierzu die Synthese). Aber erneut ist eine Reduktion der Informationen nicht automatisch gleichzusetzen mit einer erhöhten Akzeptanz bzw. Präferenz eines Textes: Die 65-jährige Akademikerin empfindet den reduzierten Text in Leichter Sprache zwar „leichter zu lesen, weil=s weniger Informationen" (I02, Pos. 30) seien, fügt jedoch hinzu, dass sie selbst, diesen nicht für sich auswählen würde, obwohl der Text alle wichtigen Informationen enthalte (ebd.):

> „Ja (.) also ähm ich empfinde den Text C schon als sehr (.) vereinfachend, und ich halte mich (.) fühle mich nicht so, dass ich das Vereinfachende brauche (.) ähm es is [im LS+-Text] auch eher das Schriftbild, was ich so kenne, dass also Sätze so durchlaufen und dann kommt halt mal n Absatz, und kommen auch mal Spiegelstriche oder so (.) das is eigentlich so die gewohnte Art von Texten, wie ich sie so kenne. (2) und die C-Texte [Leichte Sprache] mach ich halt dienstlich oder (.)" (I02, Pos. 34).

Wie bereits im Abschnitt zur Beschreibung der Kategorien zur Leichten Sprache Plus beschrieben, wählt diese Befragte den dem Standardsprachlichen näheren Text unter allen drei Texten als für sie selbst angemessen aus.

Neben dem „Vereinfachenden" gibt es weitere Beschreibungen der Leichte-Sprache-Texte, mit denen die Befragten diese bewerten. So benennt die 69-jährige Friseurin den leichten Text als „das ganz Einfache" (I07, Pos. 28), während der 75-jährige Diplom-Theologe die Varietät als „sicher keine super Literatur" (I14, Pos. 46) bezeichnet. Er fügt hinzu, es gehe „ja nicht um sprachliche Schönheit in dem Sinne, sondern um […] 'ne einfache Sprache, die sofort auch verstanden werden kann" (I14, Pos. 44). Bei ihm fließt die Bewertung der Funktion des Textes, möglichst verständlich zu informieren, in sein Gesamturteil ein: „[D]as ist Fachliteratur //@(.)@// sowas. aber- aber es ist ein Funktions-Funktionstext, der seine Funktion auch, denke ich, wirklich gut erfüllt, ne" (I14, Pos. 46).

Weitere positive Zuschreibungen sind „absolut in Ordnung" (I22, Pos. 18) und „ausreichend" (I15, Pos. 23). So beschreibt neben der 75-jährigen Laiin mit abgeschlossener Lehre auch der 91-jährige Neurologe die leichte Textversion als ausreichend: „[D]er reicht erstmal //okay (.) ja und ähm // für die Allgemeinbevölkerung" (I23, Pos. 41). Andere Befragte ordnen die Leichte-Sprache-Texte als „nicht umfangreich genug" (I20, Pos. 23), ein „bisschen rudimentär" (I02, Pos. 27), „sehr laienhaft" (I01, Pos. 39) oder gar „überflüssig" (I24, Pos. 21) ein. Ihnen stehen jene Befragte gegenüber, die die Reduktion der Inhalte, die Textkürze und die Optimierungen auf den Ebenen der Wahrnehmbarkeit und der Verständlichkeit positiv bewerten: So gibt die 71-jährige medizinische Fachangestellte an, man könne den Leichte-Sprache-Text gut lesen, „muss man nicht viel bei nachdenken" (I09, Pos. 47). Ein 71-Jähriger mit abgeschlossener Lehre fasst seine Einschätzung wie folgt zusammen: „[F]ür den Normalsterblichen ist sowas, der sich eigentlich net groß mit sowas beschäftigen will, der- der seine Informationen haben will auf schnellstem Wege // mhm // der äh ist mit dem Text echt gut bedient, weil das ist simpel, das drin, was du eben brauchst" (I10, Pos. 41). Auch die 68-jährige Altenpflegerin bestätigt: „[I]n manchen Situationen will ich auch nicht //mhm// mehr wissen" (I05, Pos. 63). Hier wird folglich erneut implizit das Thema Anstrengung bzw. aufzubringender (Energie-)Aufwand für die Rezeption der Gesundheitsinformationen adressiert: Es wird als positiv bewertet, wenn das Lesen wenig kognitiven Aufwand erfordert und die Lesenden schnell mit den gewünschten Informationen bedient, die sich nicht „groß mit sowas beschäftigen" (I10, Pos. 41) wollen.

Neben den bereits thematisierten Fällen, in denen die Leichte-Sprache-Versionen als unzulänglich bzgl. der Informativität bewertet wurden, gibt es zu allen drei Textthemen also vermehrt auch positive Beurteilungen zur Textkürze und der Beschränkung auf die wesentlichen Inhalte: Neben der 75-

Jährigen mit abgeschlossener Lehre („Es ist alles drin enthalten, was man wissen sollte“ (I15, Pos. 24)) führt auch der 71-Jährige zum Parodontitis-Text in Leichter Sprache aus,

> „sollte man den Leuten eigentlich anbieten. //ja// dann brauchen sie net zu zu hochtrabend die ganze Geschichte da, aufzu(.)zäumen ge, sondern sie haben dann den Text vor sich, der eben das aussagt, was sie eben wissen wollen (.) müssen ((stockt etwas)) in drei oder fünf Seiten haben sie ihr Wissen und sie brauchen keine fünfzehn Seiten // ja // zu lesen oder sowas, ja“ (I10, Pos. 36).

Damit setzt er den Standardtext als unnötig „hochtrabend“ und damit komplizierter in der Rezeption dem Leichte-Sprache-Text entgegen, der auf deutlich weniger Seiten genau die Informationen bereithält, die ebenso zu einer Anschlusshandlung befähigen.

Der Schmerzmitteltext in Leichter Sprache wird von der 83-jährigen Hausfrau mit Hauptschulabschluss, die sich grundsätzlich über die Komplexität der fachlichen Informationen für Lai(inn)en beschwert, positiv bewertet:

> „Es ist eigentlich in der Kürze, wei- wie des dargestellt ist (2) schon des alles enthalten, was man wissen (.) will // Mhm// (3) Ob=s jetzt mehr bei ner Grippe hilft oder (1) mehr bei Kopfschmerzen oder (.) also man kann des draus schon (3) sich (3) sich den Hinweis holen, wo es ( ) richtig (.) passt“ (I19, Pos. 41)

Sogar für sie scheint diese Textversion hilfreich mit Blick auf eine Handlungsorientierung im Anschluss der Rezeption zu sein. Auch im Schlaganfalltext in Leichter Sprache sind nach Ansicht der 92-jährigen Ärztin alle wesentlichen Informationen enthalten, weshalb sie ihn besonders medizinischen Lai(inn)en weiterempfehlen würde (I25, Pos.28). Ihr habe der Text so gefallen, „[w]eil der die Informationen bringt, die ein Laie über Schlaganfall braucht“ (I25, Pos. 30).

Eine weitere beschreibende Bewertung erfolgt durch den 71-Jährigen mit abgeschlossener Lehre: Während er beim Betrachten des Leichte-Sprache-Textes zunächst schmunzelnd äußert, dass dieser wohl so sei, „dass es der Dümmste kapiert“ (I10, Pos. 30)“, findet er nachfolgend neben den bereits genannten positiven Bewertungen eine auffällige Umschreibung für den leichten Text: Er spricht davon, dass es dann nicht „erniedrigend oder sowas“ (I10, Pos. 36) sei, den Text zu nutzen. Hier wird dem Text in Leichter Sprache also trotz der Negation ein moralisch stark aufgeladener, negativer Begriff zugeschrieben, sodass die Vermutung naheliegt, dass er mit seiner Äußerung seiner eigenen zunächst negativen Assoziation der Erniedrigung durch diesen so leichten Text entgegenwirken will.

Unter der Kategorie „Weiterempfehlung“ finden sich auch zu den Texten in Leichter Sprache sowohl der Subcode „Zielsituation“ als auch „Zielgruppe“ mit verschiedenen weiteren Subcodes.

Weiterhin sind unter dem Subcode „Ablehnung“ die wenigen ablehnenden Antworten auf die Frage, wem die Befragten den Leichte-Sprache-Text weiterempfehlen würden, verortet: So finden sich hier die bereits zuvor erläuterten Aussagen des 72-Jährigen mit Hauptschulabschluss („wenn er ihn unbedingt ham will“ (I12, Pos. 16)) und der 78-Jährigen mit abgeschlossener Lehre („Also das wär kein Text, muss ich gestehen, den ich äh (2) meinem Bekanntenkreis weitergeben würde //okay// als besondere Information.“ (I17, Pos. 61)), die beide ihre persönliche Ablehnung gegenüber dem Text in Leichter Sprache explizit machen.

Die Mehrheit der Befragten findet jedoch unter den Subcodes „Zielsituation“ und „Zielgruppe“ geeignete Personen oder Szenarien zur Weiterempfehlung der leichten Texte.

Bezüglich der Zielsituation werden die Begriffe der Erstinformation, der Notsituation und der zeitliche Rahmen des Lesens der leichten Texte genannt: So gibt der 69-jährige Feinmechaniker an, dass er den Text in Leichter Sprache zum Thema Schmerzmittel „für die Erstinformation auf jeden Fall“ weiterempfehlen würde, da „die meisten damit zurechtkommen [werden], weil das genau das beschreibt, was man nehmen soll“ (I08, Pos. 41). Auch der Schlaganfalltext in Leichter Sprache ist nach

Einschätzung des 75-jährigen Diplom-Theologen als erste Information zum Thema hilfreich: „[D]as ist also für ne Erstinformation (.) ist das natürlich auch sehr gut“ (I14, Pos. 35).

Der 68-jährige Vielleser benennt ebenfalls die Relevanz des anschaulichen und kurzen Leichte-Sprache-Textes zum Thema Schlaganfall für eine akute Notsituation: Er würde den Text auf jeden Fall weiterempfehlen („den sollte jeder gelesen haben“ (I03, Pos. 37)), da der Text aufzeige, „wie muss ich handeln, was- an was erkenne ich es so auf die Schnelle, wenn ich die Zeit- weil ich die Zeit da gar nicht dazu habe“ (I03, Pos. 31). Ähnlich beurteilt die 68-jährige Altenpflegerin den Leichte-Sprache-Text zum Thema Schmerzmittel: Gleichwohl er nicht ihre erste Wahl ist und sie zuerst an Kinder oder ältere Leute als geeignete Adressat(inn)en denkt, gibt sie an, dass sie den Text in akuten Situationen bevorzugen würde. „Also wenn ich in ner Notsituation bin, //mhm// den“ (I05, Pos. 63). Der 68-Jährige mit Hauptschulabschluss bringt die Aufregung und Emotionen zur Sprache, die in einer akuten Notsituation auftreten können, und gibt an, dass der Leichte-Sprache-Text mit den Abbildungen zur stabilen Seitenlage für ihn bezüglich einer konkreten Handlungsorientierung in einer solchen Situation sehr hilfreich sei:

> „Man sieht genau, wie der da liegen muss, man sieht, wie […] die Bewegungen machen musst mit der Hand, in welche Abstände und so weiter […] also so Bilder, Abbildungen is schon=ne Erleichterung //ja// ne. Für manche Menschen […] (wir haben) Führerschein gemacht (das ist dann auch nichts Neues) […] man wird älter, weil man da vergesslicher wird, aber (manchmal, wenn es solche Situationen gibt), man ist ja auch aufgeregt“ (I06, Pos. 13).

Er adressiert hiermit eine durch Emotionen auftretende Blockade, eine Emotionsbarriere, die durch einen aufbereiteten Text wie den vorliegenden Leichte-Sprache-Text gemindert werden kann.

Auch die 71-jährige medizinische Fachangestellte verknüpft den Text mit einer schnellen Handlungsorientierung in einer Notsituation, wobei sie ebenfalls an Kinder als Adressat(inn)en denkt: „Den würde ich [Name der Enkelin] schon zum Lesen geben. // Siehst=de // Damit sie weiß, wie sie reagieren muss, //@(2)@// @wenn Oma mal was hat@“ (I09, Pos. 57). Eine weitere, gleichaltrige Befragte, die 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre, spricht ebenso darüber, dass ihr im Text die detaillierte Aufstellung darüber gefallen habe, was man im Notfall tun müsse (I11, Pos. 23).

Weiterhin wird der überschaubare zeitliche Rahmen zum Lesen der Leichte-Sprache-Texte genannt: Fünf Befragte nennen explizit das Wort „schnell“ (I02, I03, I05, I10, I20), weitere Befragte umschreiben die Kürze der Zeit, die das Lesen des Textes beansprucht: „Und braucht weniger Zeit“ (I23, Pos. 37); „Kurz und bündig“ (I19, Pos. 54).

Beim Subcode „Zielgruppe“ werden verschiedene Personenkreise benannt, die nach Meinung der Befragten durch den Text adressiert werden oder adressiert werden müssten.

Der 68-jährige Vielleser geht bei seiner Einschätzung davon aus, dass andere Menschen womöglich nicht dieselbe Neugierde und dasselbe Interesse an verschiedenen Themen haben, die er mitbringt und die ihn immer wieder zum Standardtext tendieren lassen. Daher würde er den Leichte-Sprache-Text jenen weiterempfehlen, die „das in der Tiefe gar nicht lesen wollen, durch die Neugierde wie bei mir, ich bin ein Vielleser, gebe ich ganz ehrlich zu, mich interessiert jedes Thema. //Mhm// (.) und deswegen:: ist der erste für mich interessant“ (I03, Pos. 39). Ähnlich argumentiert auch die 68-Jährige mit Hauptschulabschluss, der der Leichte-Sprache-Text zu dürftig war. Er sei geeignet für eine Person, die sich „einfach nur informieren möchte und noch nicht so viel Interesse hat“ (I04, Pos. 40). Wenn die Person dann noch mehr wissen wollen würde, könne man auf weitere Informationen verweisen (I04, Pos. 40). Auch der 91-jährige Neurologe empfiehlt den Text in Leichter Sprache an „weniger (.) Informierte“ (I23, Pos. 35) bzw. an Menschen, die „schlichter in ihrer (.) Intelligenz“ (I23, Pos. 35) seien. Ebenso wie die Aussagen der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten („Für ganz Dumme, oder

was? (I09, Pos. 35)) als auch des 71-jährigen Installateurs („das ist dann äh wirklich auch, dass es der Dümmste kapiert“ (I10, Pos. 30)) verweisen die Worte des Neurologen also darauf, dass die Leichte Sprache hier als an Menschen mit mangelnder Intelligenz gerichtet empfunden wird. Obwohl die Reaktionen und Aussagen der drei Befragten hinsichtlich der geeigneten Adressatenschaft der Leichte-Sprache-Texte auf den Punkt der geminderten Intelligenz des Zielpublikums hinauslaufen, fällt das Gefallen der Texte unterschiedlich aus: Der 91-jährige Neurologe beurteilt den Leichte-Sprache-Text als besser als den Leichte-Sprache-Plus-Text (I23, Pos. 43) und würde diesen auch der Allgemeinbevölkerung „zur allgemeinen Aufklärung“ (I23, Pos. 40) weiterempfehlen, obwohl für ihn persönlich der Standardtext der Favorit unter allen drei Varietäten ist. Auch die 71-jährige medizinische Fachangestellte würde, ausgehend von ihrer beruflichen Bildung, den Standardtext eher für sich auswählen. Trotz dieser Tendenz und obwohl sie den Leichte-Sprache-Text sehr verständlich und gut findet, ordnet sie diesen sofort als „Text für=s Grundschulalter“ (I09, Pos. 37) ein, den sie ihrer zehnjährigen Enkelin geben würde. Gleichzeitig schließt sie nicht aus, den Leichte-Sprache-Text in einer Arztpraxis zu lesen, wenn sie „nicht (.) vom Beruf her“ (I09, Pos. 30) denken würde. Der 71-jährige Installateur schließt sich selbst trotz der Bemerkung, „dass es der Dümmste kapiert“ (I10, Pos. 30), in die Zielgruppe mit ein: „[E]s gibt ja Leute, die haben jetzt nicht, ich ja auch, kann ich mich hinzutun, die haben halt nicht unbedingt den Bildungsstand, die sind- die sind damit ganz und gar zufrieden // hmm // und die sind informiert“ (I10, Pos. 25). Damit ergänzt er den Punkt der mangelnden Intelligenz um den niedrigen Bildungsgrad, den die Adressat(inn)en des Leichte-Sprache-Textes ggfs. aufweisen. Der Text sei „also so ganz schnell und leicht verständlich“ (I10, Pos. 44), das habe schon Vorteile (I10, Pos. 46). Er fügt hinzu, dass der Text „für den Normalsterblichen“ (I10, Pos. 41) geeignet sei, „der sich eigentlich net groß mit sowas beschäftigen will, der der seine Informationen haben will auf schnellstem Wege“ (I10, Pos. 41). Somit sind die Informationen in Leichter Sprache seiner Meinung nach für Menschen hilfreich, die entweder nicht die Intelligenz oder den Bildungsstand dafür haben, sich in Texte wie den noch sehr fachlich gehaltenen Standardtext hineinzuarbeiten und die sich schnell und unkompliziert über das Wichtigste zu einem Thema informieren wollen, oder für ältere Menschen wie seine Mutter (I10, Pos. 37, 47). Seine erste Einschätzung, dass der Text wohl für den Dümmsten sei, wird also dahingehend wieder aufgeweicht, dass der Normalsterbliche, Menschen wie er, weitere Familienmitglieder (I01, Pos. 56) oder aber solche, die nicht mehr so aufnahmefähig sind, wie zum Beispiel seine hochaltrige Mutter, durchaus auf den Leichte-Sprache-Text zurückgreifen sollten und von ihm profitieren können. Der Aspekt des Alters wird auch von der 71-jährigen medizinischen Fachangestellten neben der Intelligenz aufgegriffen: Sie würde den leichtesten Text auch ihrer 92-jährigen Mutter weiterempfehlen, denn das Verstehen der Texte sei „altersabhängig und mit verständnis- ja, wie ist das Verständnis“ (I09, Pos. 34). Die 68-jährige Altenpflegerin bringt in ihrer Einschätzung zur geeigneten Adressatenschaft des Leichte-Sprache-Textes ebenfalls die Faktoren Alter, Bildung und Aufnahmefähigkeit bzw. kognitive Leistungsfähigkeit an:

> „Oder ältere Leute, //mhm// (2) di:e, (2) da muss man aber auch wirklich gucken. also (.) äh:m, welche Bildung haben sie? wie sind sie ansprechbar, //mhm// ne? //mhm// welches Niveau liegt ihnen? //ja// ohne jetz (.) abfällig //ja// (.) sein zu wollen, //mhm// ne? und (.) daf- da kann ich=s mir gut vorstellen, dass das wunderbar is“ (I05, Pos. 58)

> „[I]ch finde wirklich also für Kinder //mhm// oder für ältere Leute, //mhm// die so=n bisschen Richtung dement (1) gehen, oder einfach n:e einfache Schulbildung hatten, //mhm// oder (1) so. //ja// oder nich (.) f:- (.) so aufnahmefähig sind //mhm// (.) oder wollen //ja// (.) äh f- find ich den einfach sehr gut“ (I05, Pos. 63)

Auch sie schließt eine Nutzung des Leichte-Sprache-Textes für sich selbst in Notsituationen nicht aus, betont aber, dass er nicht ihre erste Wahl unter den drei Texten sei (I05, Pos. 63, s.o.). Neben Demenz bei älteren Menschen wird auch Behinderung mit dem Leichte-Sprache-Text assoziiert:

> „[W]enn ich an Behinderte denke, die vielleicht äh dann doch besser mit so einem Text noch zurechtkommen als mit dem. //Mhm// also ne //Mhm mhm// vielleicht geistig behinderte Menschen, beeinträchtigt sagt man ja heute, wahrscheinlich eher mit so einem Text noch besser zurechtkommen als mit so einem." (I14, Pos. 43)

Wie bereits erläutert, wurden bezüglich einer geminderten Aufnahmefähigkeit neben älteren oder beeinträchtigten Menschen auch Kinder als Zielgruppe benannt (I02, I05, I09): „Nee, das wäre jetzt so-so Kinder jetzt, weil die würden sich ja dann nicht dafür interessieren oder werden jetzt auch schon wieder- mit den Gedanken weg, wenn man das so länger beschreiben würde" (I13, Pos. 29). Aber auch erwachsene Menschen, die eine Leseschwäche haben, werden als Zielgruppe des Leichte-Sprache-Textes genannt: „Ja, also meiner Haushaltshilfe //ja (°das hattest du°) // der würd ich den Text C ( ) hm [Name 2] äh (.) hält sich, (.) kann nich (.) sie behauptet, sie kann nich gut lesen, es is ihr zu anstrengend und sie versteht das alles nich (.) aber diesen Text würde sie lesen, weil wenn sie das Thema interessiert" (I02, Pos. 29). Neben dem 91-jährigen Neurologen empfinden auch die 65-jährige Akademikerin (I02, Pos. 36) und der 71-jährige Installateur den leichten Text als passend für die Allgemeinheit: „[D]en kannste jedem geben" (I10, Pos. 50). Weitere vier Befragte sprechen davon, dass der Text an Lai(inn)en gerichtet sei (I01, Pos. 42; I19, Pos. 52; I17, Pos. 40), darunter auch die 92-jährige Ärztin, die den leichten Text für Lai(inn)en als am besten unter den drei Texten beurteilt (I25, Pos. 30). Lediglich die 78-Jährige mit abgeschlossener Lehre, die beide verständlichkeitsoptimierten Texte kritisiert (s.o.), übt auch dahingehend Kritik am Leichte-Sprache-Text („aber mich hinzusetzen und, und im richtigen Rhythmus und ne (.) äh Herzmassage anzufangen, //mhm// das denk ich, is n bisschen gewagt, in (.) in //ja// so nem Artikel, der sich einfach an Laien wendet" (I17, Pos. 40)).

Somit lässt sich insgesamt feststellen, dass die Leichte-Sprache-Texte vermehrt mit einem Mangel an Bildung, Intelligenz oder kognitiver Aufnahmefähigkeit assoziiert werden, was zu Nennungen entsprechender Personenkreise führte: Ältere, Kinder, Menschen mit Einschränkungen, Leseschwäche und geringem Bildungsstand. Gleichwohl werden aber auch Menschen mit weniger ausgeprägtem Interesse an den vorgelegten Gesundheitsthemen oder die nicht gern lesen sowie Lai(inn)en bzw. „Normalsterbliche" und die Allgemeinheit als Zielgruppen der leichten Texte erwähnt. Damit fällt auf, dass die Empfindung, die bereits bei den Leichte-Sprache-Plus-Texten genannt wurde, dass die verständlichkeitsoptimierten Versionen als für *normale Menschen*, also im Grunde für Lai(inn)en ohne große medizinische Vorkenntnisse, geeignet erschienen, insgesamt bei den verständlichkeitsoptimierten Versionen vorhält. Während der Standardtext jeweils noch sehr fachlich gehalten ist, stoßen die optimierten Versionen bei den meisten Befragten dahingehend auf positive Assoziationen, dass diese für ein breiteres Publikum auch ohne Vorwissen gemeint sind.

Unter den Kategorien Text-, Satz- und Wortebene wurden Aussagen getaggt, die man den genannten Ebenen eindeutig zuordnen konnte und die somit durch die deduktiv erstellten Kategorien aufzeigen sollten, was konkret auf den genannten Ebenen positiv oder negativ auffiel.

Die häufigste Nennung auf Textebene erhielt die Textkürze, die überwiegend positiv wahrgenommen wurde (I04, I05, I09, I14, I15, I16, I17, I19, I25), jedoch ebenso als zu kurz oder reduziert in den Inhalten eingeordnet wurde. So schätzt die 83-jährige Diplomkauffrau, wie bereits thematisiert, den Text in Leichter Sprache als nicht vollständig genug ein (I20, Pos. 16) und die 68-Jährige mit Hauptschulabschluss bemängelt, dass der Text ihr zu wenig hergebe, da er für sie nur aus Stichworten bestehe (I04, Pos. 28-30). Die 65-jährige Akademikerin lobt die Reduktion der Inhalte und die Textkürze, sieht den Text insgesamt daher aber als für ihre Schulkinder geeignet an. Sie benennt auf der Textebene auch einen essenziellen Unterschied im Layout zwischen Leichter Sprache und Leichter Sprache Plus: „[D]er Text B hat n durchgängigen Text (.) äh über die Zeilen rüber, und hier (.) ä- in dem C is halt (.) jeder Satz hat eine eigne Reihe. //okay// das is natürlich leichter zu lesen, ne?" (I02, Pos. 31) Der Text sei ihrer Meinung nach leichter zu lesen, „weil=s weniger Informationen sind" (I02, Pos.

30), gleichzeitig würde sie den Leichte-Sprache-Plus-Text aber für sich selbst vorziehen, da er eher dem gängigen Textlayout entspricht, welches sie gewohnt ist:

> „[I]ch empfinde den Text C schon als sehr (.) vereinfachend, und ich halte mich (.) fühle mich nicht so, dass ich das Vereinfachende brauche (.) ähm es is auch eher das Schriftbild, was ich so kenne, dass also Sätze so durchlaufen und dann kommt halt mal n Absatz, und kommen auch mal Spiegelstriche oder so (.) das is eigentlich so die gewohnte Art von Texten, wie ich sie so kenne. (2) und die C-Texte mach ich halt dienstlich“ (I02, Pos. 34).

Ebenso bewertet der 73-jährige Kupferschmied den leichten Text durch die Textkürze als an Kinder gerichtet, da diese nicht so eine hohe Aufmerksamkeitsspanne für längere Texte hätten (I13, Pos. 25, 29). Der 68-Jährige mit Hauptschulabschluss empfindet den Leichte-Sprache-Text wiederum als „noch etwas deutlicher“ (I06, Pos. 10) und reiner formuliert als den Leichte-Sprache-Plus-Text und auch die 92-jährige Medizinerin lobt die Reduktion der Inhalte als präzise: „[D]er ist kurz und ziemlich präzise (.) in der Aussage. Ich meine, dass es für nen Laien auch informativ genug ist“ (I25, Pos. 25). Auch die 71-jährige medizinische Fachangestellte hebt positiv hervor, dass der Text übersichtlich sei (I09, Pos. 54). Insgesamt fällt bei der Betrachtung der Aussagen zur Textkürze und den dazu angesprochenen Themen wie der Präzision und der Reduktion der Inhalte auf, dass der Leichte-Sprache-Text zum Thema Schlaganfall tendenziell besser bewertet wurde als die beiden Texte zu den anderen Themen. In diesem wurde auch mehrfach die grafische Darstellung der stabilen Seitenlage gelobt, die im Vergleich zu den sehr kindlich anmutenden Bildern in den anderen beiden Texten (Frau hält sich den Kopf mit schmerzverzerrtem Gesichtsausdruck und Junge putzt sich die Zähne, beides im Comicstil) bis auf eine Aussage nicht negativ auffiel (I17, Pos. 40; sie traute sich als Laiin nicht zu, Anschlusshandlungen aufgrund der gezeigten Darstellungen im Text durchzuführen, s.o.). Die Bewertung der Bebilderung wird nachfolgend näher erläutert.

Die Bebilderung ist eine weitere Kategorie auf Textebene, die vereinzelt starke Ablehnungshaltungen beförderte. So reagierte die 91-Jährige mit Abitur deutlich ablehnend auf das comichafte Bild der Frau mit schmerzverzerrtem Gesicht, die sich an den Kopf greift und das Thema Kopfschmerzen veranschaulichen sollte:

> „Och naja, das war ein ziemliches doofes Bild (aber)- [...] Naja, wenn jemand Schmerzen hat //mhm// und sein Gesicht sozusagen schmerzverzerrt ähm dann auch noch dargestellt wird //@(.)@// dann (.) naja (es es es) interessiert es mich eigentlich nicht. […] Nein, nein //mhm// und ich bin auch gar nicht so auf- also ich bin auf Bildern sehr (von) mein Mann war Maler und ich bin sehr interessiert an Bildern und an Ausstellungen //mhm// aber ich bin nicht interessiert an irgendwelchen ähm Erklärungen eh also ich lese lieber einen Text, als dass ich eine Bildergeschichte mich da durchsuche. (I24, Pos. 22)

Hier grenzt sich die Befragte deutlich von dem Bild und der kindlichen Note, die es transportiert, ab. Sie stellt sich als Kunstkennerin dar, die mit solch profanen Bildern, die den Inhalt des geschriebenen Textes im Grunde nur wiederholen, nichts anfangen kann. Implizit beschreibt sie hier, dass das genutzte Bild im Schmerzmitteltext unter ihrem Kunstkenner-Niveau ist. Damit distinguiert sie sich von Menschen, die solche Bilder nutzen oder brauchen, und zieht eine klare Grenze zu dem, was sie als vertretbar oder ansprechend in Texten empfindet. Kindlich anmutende Bebilderung befördert bei ihr eine starke Ablehnungshaltung, die in einer Motivationsbarriere und/oder Emotionsbarriere münden kann und die Akzeptanz der Befragten gegenüber dem vorliegenden Text deutlich mindert. Die 68-jährige Altenpflegerin mit demselben Textthema äußert sich ebenfalls zur Bebilderung:

> Also dieses Bild //@(.)@// nicht in den ersten Text, ne? @(.)@ […] Das passt (nich) //@(.)@//zusammen vom Stil her. (.) überhaupt nich.
>
> Wegen der Comicfiguren. Also für mich sind das (.) Comicfiguren //ja// und der is (.) eher (.) sach:lich, nüch:tern //mhm// ähm (5) da würd ich eher n (.) F:oto nehmen. //ah okay// ne? //mhm// was

> Realistisches. […] ich weiß nich, ob=s zum Tef- Text passt, aber so ne Fieberkurve oder Statistik //ah ja @(.)@// ne? das gehört da rein (I05, Pos. 59-61)

Das Textthema erfordert ihrer Meinung nach sachliche, nüchterne Bildinformationen wie statistische Schaubilder oder ähnliches. Gleichwohl die Ablehnung hier deutlich gemäßigter geäußert wird, wird die Bebilderung dennoch als unpassend für einen Gesundheitsinformationstext empfunden. Die Einschätzung der Befragten, dass der Text für Kinder oder für ältere Leute, „die so=n bisschen Richtung dement (1) gehen, oder einfach n:e einfache Schulbildung hatten" (I05, Pos. 63) geeignet sei, scheint sich zumindest anteilig, neben anderen Gesichtspunkten, auch durch die kindlich anmutende Bebilderung zu speisen.

Insgesamt halten sich die vereinzelten negativen Bewertungen der Bilder jedoch in Grenzen: Zwei Befragte mit dem Thema Schmerzmittel bezeichnen das Bild im Leichte-Sprache-Text als „ganz süß" (I02, Pos. 28; I07, Pos. 29). Neben dem bereits angesprochenen Lob zur Bebilderung im Schlaganfalltext durch den 68-Jährigen mit Hauptschulabschluss („also so Bilder, Abbildungen is schon=ne Erleichterung" (I06, Pos. 13), s.o.) heben auch weitere Befragte die Bilder zur stabilen Seitenlage darin positiv hervor: Der 68-jährige Vielleser mit abgeschlossener Lehre empfindet die Bilder als Unterstützung (I03, Pos. 35) und auch der 75-jährige Diplom-Theologe bezeichnet die Bebilderung als „hilfreich" (I14, Pos. 37). Der 68-jährige Vielleser betont sogar, dass die gelungene Bebilderung unter anderem ausschlaggeben dafür ist, dass ihm der Text gut bzw. besser als der Leichte-Sprache-Plus-Text gefalle: „[W]eil er ansprechend optisch ist es die Zeichnungen und so weiter, einprägsamer" (I03, Pos. 41). Somit kann auch die grafische Darstellung der Inhalte in einem Text zur Erhöhung oder Minderung (s.o.) der Akzeptanz durch die Lesenden beitragen und sollte bei der Texterstellung für erwachsene Adressat(inn)en stets mitbedacht werden. Auch der 91-jährige Mediziner und seine 92-jährige Kollegin loben die gelungene Bebilderung im Leichte-Sprache-Text zum Thema Schlaganfall: „[…] toll fand ich (.) die Abbildung, (.) […]; Abbildungen […], die sagen viel mehr als das Schriftliche" (I23, Pos. 38). „[U]nd die Zeichnungen sind gut dabei. Das prägt sich besser ein" (I25, Pos. 22). Somit lässt sich anhand der getaggten Aussagen zur Bebilderung feststellen, dass der zuvor geäußerte Verdacht, der Leichte-Sprache-Text zum Thema Schlaganfall würde insgesamt besser bewertet als die beiden Texte zu den anderen Themen, hier bestätigen. Wie schon zuvor erläutert, wurde bei diesem Thema auch der Leichte-Sprache-Plus-Text als zu dürftig empfunden, der insgesamt der kürzeste Text mit nur zweieinhalb Seiten war. Hier scheint für die meisten Befragten also zu wenig Informativität vorzuliegen, während der etwas über vier Seiten gehende Leichte-Sprache-Text zum Thema Schlaganfall – als insgesamt längster verständlichkeitsoptimierter Text – sowohl hinsichtlich der Informativität und Textlänge als auch hinsichtlich der Bebilderung überwiegend positiv eingeschätzt wurde.

Eine weitere Kategorie auf der Textebene sind die Erklärungen von Inhalten, die als einfach und deutlicher als in den anderen Textversionen eingeordnet wurden (I01, Pos. 43; I02, Pos. 26; I09, Pos. 43; I16, Pos. 22; I18, Pos. 23). Auch die 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre findet im Leichte-Sprache-Text „alles sehr gut und ausführlich beschrieben" (I11, Pos. 20). Einige Befragte ziehen diesbezüglich auch den direkten Vergleich zum Leichte-Sprache-Plus-Text, der dem Leichte-Sprache-Text ihrer Meinung nach stark ähnelt: „[J]a, steckt praktisch- praktisch //mhm// dasselbe wie in Text B //okay// also äh äh nur anders halt (.) erklärt" (I01, Pos. 55). Die Handlungsorientierung ist für den 68-jährigen Vielleser aber durch beide verständlichkeitsoptimierten Texte zum Thema Schlaganfall gegeben: „[D]ie zwei sind sehr ähnlich. //Mhm// wobei der etwas umfangreicher ist, aber schneller durchgelesen habe ich den hier. //Mhm// und was zu tun ist steht in beiden" (I03, Pos. 56). Ähnlich beurteilt es auch die 71-jährige medizinische Fachangestellte zum selben Thema: „Hm, ich glaube gar nicht, dass das so sehr davon abweicht. Es ist einfach anderes erklärt, //Mhm// nicht ganz so ausführlich (2) und es ist einfach einfach erklärt" (I09, Pos. 56). Lediglich die 83-jährige Diplomkauffrau und der 72-Jährige mit

Hauptschulabschluss beurteilen die Erklärungen als negativ: Sie äußert sich kritisch zum Parodontitis-Text in Leichter Sprache („Aber diese einzelnen Punkte werden nicht irgendwie erklärt, und das fehlt mir“ (I20, Pos. 21)), während er die Erläuterungen im Schmerzmitteltext bemängelt: „Na, das erklärt nicht so was- was so sind Kopfschmerzen und das“ (I12, Pos. 14). Beide Befragte stufen den Leichte-Sprache-Text auch insgesamt als am schlechtesten unter allen drei Texten ein. Die Thematik der unzureichenden Informativität eines Textes, die ebenfalls deutlich zu einer Akzeptanzminderung auf Nutzerseite führen kann, wurde bereits zuvor erläutert (s.o.).

Die Satzebene wird explizit nur von drei Befragten, alle drei Akademiker(innen), angesprochen: Vor allem der 75-jährige Diplom-Theologe äußert sich dazu, im Leichte-Sprache-Text seien „nur Hauptsätze“ (I14, Pos. 31) und es sei insgesamt „wirklich sehr möglichst kurzgehalten. Ein Gedanke im Hauptsatz und Punkt“ (I14, Pos. 41). Er benennt diesen Stil auch als ausschlaggebend dafür, dass er den Leichte-Sprache-Text nicht an seinen Bekanntenkreis weitergeben würde: „Ja, die Sprache ist halt, weil äh das ist ja sehr abgehackt durch diese kurzen //Mhm// Hauptsätze, ne?“ (I14, Pos. 49). Im Leichte-Sprache-Plus-Text seien zwar auch keine Nebensätze enthalten, aber dieser sei „etwas flüssiger zum Lesen, oder sagen wir mal, da würden vielleicht Menschen, die jetzt nicht gerade geistig beeinträchtigt sind. //Mhm// Bei dem würde das wahrscheinlich doch etwas mehr (.) Lese(.)freude oder so //Mhm// ((atmet laut)) geben“ (I14, Pos. 49). Auch die 65-jährige Lehrerin verknüpft den auf Hauptsätze reduzierten Stil auf eine bestimmte Zielgruppe:

> „[I]ch würde das auch meinen Schulkindern empfehlen, wenn ich ä:h (.) pff jetzt nicht in der Sie-Form, aber so n bisschen abgewandelt, ist das so n bisschen in der Art, wie das auch für Schulkinder aufbereitet wird, (1) kurze Sätze, (3) ((atmet laut aus)) Subjekt, Prädikat, Objekt mehr oder weniger. Nicht so viel Besonderes dazwischen. (I02, Pos. 29)

Lobend erwähnt die 92-jährige Ärztin die kurzen Sätze, die die Verständlichkeit des Textes befördern: „Der ist gut [verständlich]. […] Weil=s kurze Sätze sind. (5) ohne viel- viel Drumherum. (4) es bringt halt einfach die Informationen“ (I25, Pos. 24). Sie würde den Text medizinischen Laien und damit als einzige unter den drei genannten Befragten an erwachsene Leser(innen) empfehlen (I25, Pos. 28).

Dieselbe Befragte beurteilt auch die Vermeidung medizinischer Fachausdrücke auf der Wortebene positiv: „Ich find gut, dass keine medizinischen Fachausdrücke drin sind. […] Ja, in manchen äh Artikeln (.) stehen dann die medizinischen Fachausdrücke, mit denen kann ein Laie wenig anfangen und dann liest er nicht weiter“ (I25, Pos. 29). Die 92-jährige Medizinerin erkennt damit an, dass zu viele Fachausdrücke eine Motivationsbarriere beim Lesen eines Gesundheitsinformationstextes befördern können und der Rezeptionsprozess dadurch unter Umständen vorzeitig abgebrochen wird. Während die Fachbegriffe im Standardtext als hinderlich für das Verstehen hervorgehoben wurden (z.B. „Weil ich einfach mit dene, mit dene professionellen Begriffen nichts anfangen kann, da sind wir zu ungebildet“ (I19, Pos. 28), ausführlich zum Standardtext s.o.), fällt der 92-jährigen Ärztin im Leichte-Sprache-Text die Reduzierung der medizinischen Fachbegriffe insbesondere mit Blick auf ein Laienpublikum positiv auf.

Ein weiterer Subcode auf der Wortebene neben der Vermeidung medizinischer Fachausdrücke ist jener zum „Mediopunkt“. Dieser Subcode wurde ausgehend vom theoretischen Rahmen der Arbeit ebenfalls deduktiv erstellt, um alle Aussagen zu bündeln, die sich – wenngleich das Wort Mediopunkt von den Befragten nicht genannt wurde, da es der wissenschaftlichen Theorie zur Leichten Sprache entspringt – auf die optische Wortgliederung durch den Punkt auf halber Versalhöhe beziehen. Die Vorannahme hierzu bestand darin, dass sich die Mehrheit der Befragten daran stören würde und der Mediopunkt als optisches Trennmittel bei der Zielgruppe tendenziell die Akzeptanz der Leichte-Sprache-Texte mindert.

Tatsächlich äußern sich einige Befragte kritisch zum Mediopunkt. Für die 68-jährige Altenpflegerin ist er „fremd“ (I05, Pos. 45): „Ja: der Punkt (.) ja, ich weiß auch, warum (.) weil, wenn der einmal auftaucht, dann denkt man, das wär irgendwas, da muss man radieren“ (I05, Pos. 49). Sie würde längere Worte lieber mit einem Gedankenstrich optisch aufgliedern: „Was soll das?“ (I05, Pos. 54) […] „[D]a würd ich einfach Zahn //@(.)@// Gedankenstrich Regel Gedankenstrich Kopfschmerzen“ (I05, Pos. 45). Auch der 75-jährige Diplom-Theologe stört sich am Mediopunkt: Seine Aussagen dazu steigern sich von anfänglicher Unsicherheit zu zaghafter Ablehnung: „Ist das bewusst hier so geschrieben, wenn die Punkte da zwischen Rettungsdienst sind?“ (I14, Pos. 32) Der Punkt zur optischen Worttrennung sei „unnormal (.) man wundert sich erstmal“ (I14, Pos. 37) und „wenn man=s erst nicht gewöhnt ist äh, stutzt man etwas“ (I14, Pos. 37). Diese Aussagen passen auch zu seiner Einordnung, dass der Leichte-Sprache-Text vor allem für Menschen mit Beeinträchtigung geeignet sei, die diese eine Aufgliederung brauchen und dementsprechend auch nicht darüber stolpern würden wie er als geübter Leser von Standardtexten: „[A]ndererseits //Mhm// ist es natürlich, wenn es um einfache Sprache geht, schon gleich, dass zusammengesetzte Wörter da nochmal äh nochmal deutlich gemacht werden auf diese Weise […] man kann sich dann ja denken, dass das schon seinen Sinn hat dann, ne?“ (I14, Pos. 37). Die Beschreibung „unnormal“ zeigt die Abweichung vom standardsprachlichen Layout auf Wortebene, die hier deutlich wahrgenommen wird. Auch dem 65-jährigen Versicherungskaufmann ist die optische Trennhilfe im Leichte-Sprache-Text negativ aufgefallen: Auf die Frage danach, was ihm nicht gefallen habe, antwortet er: „[N]a, dass die Worte immer getrennt sind. (aber das) is wahrscheinlich (aber) keine Absicht. // Okay. //( )// die Trennsti- Striche da manchmal, ja? // Ja (.) weil des (.) ja. die Trennstriche, ja genau“ (I01, Pos. 49-51). Am stärksten fällt die Ablehnung der 78-jährigen Hotelfachfrau aus, die sich mehrfach und explizit zum Mediopunkt äußert: „[D]as Schriftbild, das würd mich einfach stören“ (I17, Pos. 35), da sie

> „darüber stolperte, warum (immer) zwischen Schlag (.) und Anfall die Trennung is. ((Tippgeräusche)) //mhm// warum. ((hustet)) das wird ja auch noch (.) bisschen fortgeführt, auch noch mit (.) anderen Worten, also ich denke, is das bloß der äh (1) dass es auffällt? ode:r //mhm// hat das n tieferen Sinn? (I17, Pos. 31)

Insgesamt scheint ihr die Nutzung des Mediopunktes zur optischen Aufgliederung längerer Wörter zu häufig zu sein:

> „Weil das würde (.) mir zum Beispiel vom, vom Optischen auch (langen) dann meinetwegen dieser Schlag (.) Anfall denn immer //ja// (.) durch diesen Punkt getrennt würde. //mhm// aber nich, wenn die (.) die Seiten (.) Lage oder äh sowas getrennt wird. also das //mhm//, da würd ich immer denken: „och, da is n falscher Seitenumbruch“ //@(.)@// oder so irgendwas, oder Zeilenumbruch“ (I17, Pos. 36).

Sie beschließt ihre Aussagen zum störenden Schriftbild wie folgt:

> „Ja, also äh (2) d- ich empfinde es so. //mhm// es mag andere geben, die das (1) äh (.) toll finden. //@(.)@// aber ich äh mag=s **überhaupt nich**, komischerweise. ((Tippgeräusche)) //mhm// (.) weil (.) irgendwie is das so **zerfleddert**. //mhm, ja// also es is **nich so schön kompakt**. (2) da is das äh (.) Zweite hat meiner Ansicht nach die gleichen Informationen //°mhm°// aber kompakter einfach“ (I17, Pos. 63, Hervorh. LK).

Somit hat sie mit verschiedenen Zuschreibungen deutlich gemacht, wie sehr sie das ungewohnte Schriftbild durch den Mediopunkt stört und vom flüssigen Lesen des Textes abhält („stolpern“; Kap. 7.3.3).

Insgesamt haben sich lediglich vier Befragte von 25 ablehnend zum Mediopunkt geäußert. Alle vier empfanden ihn mehr oder weniger stark störend beim Lesen und verbanden mit der Ablehnung Attribute wie „fremd“, „zerfleddert“ oder „unnormal“. Alle drei Textthemen waren unter den anhand des Mediopunktes kritisierten Leichte-Sprache-Texten vertreten. Für keinen der vier Befragten war der Leichte-Sprache-Text Favorit. Die Nutzung des Mediopunktes führt bei ihnen also nicht nur zur

Verwunderung oder zum Ärgernis beim Lesen, sondern befördert insgesamt eine Minderung der Akzeptanz gegenüber dem Leichte-Sprache-Text. Wie erwartet ist der Mediopunkt damit ein Merkmal dieser Texte, das sehr wohl (starke) Ablehnung ebendieser hervorrufen kann, weil es der von Standardtexten gewohnten Lesart widerspricht und für Menschen, die schon einmal mit Leichter Sprache in Berührung gekommen sind, mit Behinderung verknüpft ist (I14). Jedoch stören sich insgesamt nicht einmal ein Fünftel der Befragten an diesem typischen Leichte-Sprache-Merkmal. Die Nutzung des Mediopunktes kann also zu (starker) Ablehnung führen, ist im Rahmen der vorliegenden Erhebung jedoch nicht so problematisch wie angenommen für die Zielgruppe und damit überraschenderweise nur ein geringfügiger Störfaktor. Unter den beschriebenen Fällen der Ablehnenden des Mediopunktes – insgesamt machten sie lediglich 16 Prozent der Befragten aus – waren zudem keine hochaltrigen Personen (65, 68, 75, 78). Die Geschlechterverteilung unter ihnen ist ausgeglichen und die Bildungshintergründe weisen eine leichte Tendenz zur höheren Bildung auf: Von den vier Ablehnenden hatten drei eine abgeschlossene Lehre, der 75-Jährige ein abgeschlossenes Studium.

7.3.5 Einflussfaktoren

Ein potenzieller Einflussfaktor, der hier erhoben wurde, ist der *Bildungsgrad*: Im Folgenden sollen die Aussagen zu den Leichte-Sprache-Texten hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses erörtert und der Frage nachgegangen werden, ob dieser sich auf die Einschätzung der Texte ausgewirkt hat. Weiterhin sollen die Zugehörigkeiten zu einer bestimmten *Altersgruppe* oder zu einem bestimmten *Geschlecht* hinsichtlich der Ablehnung oder Annahme der leichten Texte näher betrachtet werden.

Insgesamt favorisierten nur sehr wenige Befragte den Standardtext: Unter ihnen war die bereits mehrfach erwähnte 78-Jährige mit abgeschlossener Lehre, die sowohl die Leichte Sprache als auch die Leichte Sprache Plus stark ablehnte (I17). Weiterhin benannten ein 75-jähriger Diplomtheologe (I14) und ein 73-jähriger Schmied (I13) den Standardtext als Favoriten, wobei ersterer die verständlichkeitsoptimierten Texte als für andere Zielgruppen (wie z.B. Menschen mit Beeinträchtigung) einordnete, während zweiterer den Leichte-Sprache-Plus-Text für sich selbst auch als akzeptabel empfand. Jedoch gab auch dieser an, dass der Standardtext für Erwachsene vielleicht der bessere sei (I13, Pos. 12-14). Auch eine 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre ordnete den Standardtext als Favoriten ein, da dieser sehr ausführlich sei (I11, Position 8). Gleichwohl sie die Strukturierung des Leichte-Sprache-Plus-Textes lobte und ihr alle drei Texte nach eigener Aussage gefielen, wählte sie den Standardtext anhand des Kriteriums der Ausführlichkeit, das für sie ausschlaggebend für einen guten Text war, als Favoriten aus. Ebenso hob die 68-Jährige mit Abitur und abgeschlossener Lehre die Hintergründe hervor, die sie nur im Standardtext finden könne, wobei sie zugab, dass man für den Text genug Zeit haben müsse (I05, Pos. 32-33). Auch der 68-Jährige mit Fachabitur und abgeschlossener Lehre, der vor allem den Leichte-Sprache-Text mit der Bebilderung lobte, befand den Standardtext außerhalb von einer Notsituation als Favoriten. Er sei ein interessierter Vielleser, der sich gerne ausgiebig informierte (I08). Bei diesen beiden Befragten kommt der Aspekt der Zielsituation zum Tragen, der eine nicht unerhebliche Rolle bei der Auswahl eines als akzeptabel empfundenen Textes durch die Befragten spielt.

Auch der 91-jährige Neurologe wählt für sich selbst den Standardtext als Favoriten aus (I23). Bei ihm und auch bei dem zuvor beschriebenen Fall des 68-jährigen Viellesers kommt das Konzept der Disktinktion zum Tragen: Der Neurologe definiert sich stark über seinen Beruf, der ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießt und durch den er sich sein Leben lang definiert hat. So betont er, dass er immer noch Fachartikel lese und grenzt sich damit deutlich von Menschen ab, die ggfs. keinen Zugriff auf die komplexen Fachinformationen im Standardtext, seinen persönlichen Favoriten, haben.

Ähnlich wie bei dem Beispiel eines promovierten Physikers in Maaß' (2020) Ausführungen macht auch der Neurologe durch seine Aussagen deutlich, dass er auf keinen Fall zu den auf die verständlicheren Texte Angewiesenen gehört:

> „By referring to the highest academic degree (the PhD) in a subject reputed to be difficult (physics), the author of these lines clarifies right away that he or she does not belong to one of the stigmatised groups. Moreover, he or she points out that he or she can leave the Easy Language text universe at any time and "do some research". To seek out Easy Language texts from a position of strength is possible without any risk of stigmatisation. Being dependent on Easy Language texts for all kinds of written information, instead, bears the risk of being stigmatised" (Maaß 2020:216).

Der 68-Jährige möchte ebenfalls das Selbstbild des interessierten und neugierigen Viellesers aufrechterhalten, lenkt jedoch ein, indem er die verständlichkeitsoptimierten Texte als sehr hilfreich und gut für Notsituationen einordnet.

Unter diesen sieben Befragten stehen nur der 75-jährige Diplomtheologe und die 78-Jährige mit abgeschlossener Lehre stark ablehnend gegenüber den verständlichkeitsoptimierten Texten bzw. ordnen diese als gänzlich ungeeignet für sich selbst ein. Der 91-jährige Neurologe würde zwar den Standardtext für sich selbst auswählen, ist aber begeistert von dem Leichte-Sprache-Text und ordnet diesen als sehr gut für die Allgemeinheit ein (I23, Pos. 40). Damit favorisiert nur eine absolute Minderheit unter den Befragten die standardsprachlichen Texte. Eine geringfügige Tendenz zu einem höheren Bildungsstand ist hier gegeben. Überwiegend handelt es sich um Befragte in ihren Siebzigern. Von den genannten sieben Befragten, die den Standardtext favorisierten, waren vier männlich und drei weiblich, sodass sich angesichts der Gesamtverteilung der Geschlechter in der Erhebung eine leichte Tendenz der Männer zum standardsprachlichen Text abzeichnet.

In der finalen Auswertung wurden zudem drei weitere Frauen zur Gruppe „Akzeptanz mit Einschränkungen" gezählt, da diese durch weitere Aussagen deutlich machten, dass der Standardtext für sie, wenngleich er auch nicht Favorit unter den drei Texten war, trotzdem akzeptabel war (siehe Kapitel 7.5).

Wie die Leichte-Sprache-Plus-Texte angenommen wurden, soll nun in der Übersicht mit Blick auf die Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsgrad ebenfalls resümiert werden:

Insgesamt befanden acht Befragte den Leichte-Sprache-Plus-Text als am besten unter den drei Varietäten. Darunter waren erneut alle Altersgruppen, beide Geschlechter und auch alle Textthemen zu finden: Hier ist jedoch anzumerken, dass von den acht Befragten nur eine Person den Schlaganfalltext hatte. Vier Personen befanden den Parodontitistext in der Varietät Leichte Sprache Plus als am besten, drei Personen den Schmerzmitteltext in dieser Varietät. Damit kann festgehalten werden, dass der Schlaganfalltext in Leichter Sprache am besten angenommen wurde (s.o.), während der Text in Leichter Sprache Plus mit dem Thema Schlaganfall am schlechtesten abschnitt. Der Parodontitistext in der Varietät Leichte Sprache Plus ist somit am akzeptabelsten unter den Befragten gewesen. In Bezug auf das Alter wurde hier festgestellt, dass 75 Prozent derjenigen, die den Leichte-Sprache-Plus-Text als am besten befanden, zwischen 65 und 72 Jahren alt waren. Somit war die Akzeptanz dieser Varietät bei den Befragten zwischen 65 und Anfang 70 am höchsten. Es ist anzumerken, dass unter diesen acht Befragten zwei Befragte ihre Einschätzung unter Vorbehalt aussprachen: Eine 71-Jährige mit abgeschlossener Lehre im medizinischen Bereich gab an, dass sie den Leichte-Sprache-Plus-Text zwar für sich privat am besten einschätze, jedoch „vom Beruf her" den Standardtext auswählen würde. Weiterhin gab ein 71-Jähriger mit abgeschlossener Lehre an, dass der Leichte-Sprache-Text am besten von allen Möglichkeiten sei, schwächte seine Einschätzung jedoch dadurch ab, dass er sich selbst gleichzeitig auch in die Gruppe der meisten Leute einordnete, die einen geringeren Bildungsstand hätten und damit gut mit so einem Text zurechtkämen. In Bezug auf den

Bildungsstand lässt sich unter den Befragten, die den Leichte-Sprache-Plus-Text als am besten befanden, keine Tendenz feststellen. Hier stehen zwei Akademikerinnen zwei Hauptschulabsolvent(inn)en gegenüber. Diese werden um drei Personen mit abgeschlossener Lehre und eine Person mit Abitur ergänzt. Auch in Bezug auf die Geschlechterverteilung lässt sich angesichts der Gesamtverteilung der Teilnehmenden von 15 Frauen und zehn Männern keine Tendenz zu einem Geschlecht ermitteln. Hier waren drei Männer und fünf Frauen unter den acht Befragten, die diese Varietät als am besten einordneten.

Lediglich eine Befragte, eine 78-Jährige mit abgeschlossener Lehre, lehnte den Leichte-Sprache-Plus-Text ebenso ab wie den Leichte-Sprache-Text (I17, Pos. 54). Alle anderen Proband(inn)en befanden die Texte in der Varietät Leichte Sprache Plus zumindest unter Vorbehalt als akzeptabel, z.B. in einer Notsituation als Erstinformation und schnelle Hilfe (I03, I05, I14), selbst, wenn sie den Standardtext als Favoriten benannten (ebd.). Mehrfach wird zu dieser Varietät hinzugefügt, dass die Texte „für normale Menschen“ oder Bürger(innen) geeignet seien. In sechs Fällen wurde die Leichte Sprache Plus favorisiert, während gleichzeitig die Leichte Sprache stark abgelehnt wurde (I24, I20, I12, I09, I04, I02), da die Texte als zu vereinfachend oder zu dürftig empfunden wurden. In diesen Fällen - hier knapp ein Viertel der Befragten (24 Prozent) - kann die Vorannahme bestätigt werden, dass Leichte Sprache Plus eine Lösung sein kann, wenn erhöhte Verständlichkeit und erhöhte Akzeptabilität erreicht werden sollen, aber eine maximale Optimierung nicht unbedingt nötig ist (wie hier bei den sekundären Adressat(inn)en).

Neben den oben beschriebenen Fällen, in denen die Leichte-Sprache-Plus-Texte als Favoriten benannt wurden, gab es weitere Einordnungen der Texte in dieser Varietät, in denen diese als gut, jedoch nicht als am besten eingeschätzt wurde. Neun Befragte stufen den Leichte-Sprache-Plus-Text als besser als den Standardtext ein. Somit war diese Varietät auf der mittleren Position unter den drei Texten verbucht (w 92 promoviert, w 83 Volksschule Lehre, w 83 Hauptschule Hausfrau, m 79 Volksschule Meister, w 78 Volksschule, w 75 Hauptschule Lehre, m 69 Volksschule Lehre, w 69 Realschule Lehre, m 68 Hauptschule). Dabei wurden der Leichten Sprache Plus im Vergleich zum Standardtext weniger Anstrengung und ein angenehmeres Lesen und Verarbeiten der Informationen zugeschrieben: So z.B. von dem 69-jährigen Befragten mit abgeschlossener Lehre, der den Leichte-Sprache-Plus-Text als nicht so ausschweifend und weniger belastend als den Standardtext einordnete (I08, Pos. 25-26). Weiterhin sprach eine 69-Jährige mit abgeschlossener Lehre davon, dass sie es lieber habe, wenn der Text luftiger wirke und einen nicht erschlage wie der Standardtext (I07, Pos. 18-19). Das Ergebnis, dass Anstrengung und Mühe beim Lesen eine große Hürde für die Zielgruppe darstellen, wird durch diese Aussagen belegt. Das heißt, dass auch, wenn der Text oder eine Varietät nicht als Favorit benannt wurde, die optimierte Version in Leichter Sprache Plus für diese Befragten immer noch besser war als der Standardtext, der einige Anstrengung in der Verarbeitung und beim Lesen bedeutete und somit eine Motivationsbarriere (und ggfs. zusätzlich eine Emotionsbarriere) barg. Ob die Lesenden bereit und in der Lage sind, eine solche Motivationsbarriere zu überwinden, ist die Frage, die der erfolgreichen Rezeption der Standardtexte dann im Wege steht.

Weitere drei Befragte benannten den Leichte-Sprache-Plus-Text als noch oder auch akzeptabel, gleichwohl dieser nicht favorisiert wurde (I13, I05, I03). Hier wurde vor allem darauf verwiesen, dass der Text in dieser Varietät für eine schnelle Erstinformation geeignet sei.

Bei all diesen mittleren Bewertungen, bei denen die Varietät der Leichten Sprache Plus nicht als Favorit benannt, aber noch akzeptiert oder wohlwollend (als besser als der Standardtext) akzeptiert wurde, waren die Textthemen relativ gleich verteilt. Das Thema, das in dieser Gruppe am wenigsten vertreten war, war Parodontitis, da dieses - wie schon zuvor genannt - in der Bewertung der Leichten Sprache Plus überwiegend als Favorit benannt wurde. Nur drei Endsechziger sprachen positiv davon, dass die

Leichte-Sprache-Plus-Texte besser als der Standardtext seien. Zwei 68-Jährige waren unter den drei Personen, die diese Varietät als ebenfalls oder noch akzeptabel einordneten. Tendenziell schätzten vor allem Befragte ab Mitte 70 (75 bis 83 Jahre) diese Varietät als mittel bzw. gut und damit als akzeptabel ein. Die 92-jährige Medizinerin schätzte den Text ebenfalls als gut ein, empfand ihn jedoch als ein bisschen zu kurz. Jedoch empfand sie diesen für Lai(inn)en gut verständlich im Vergleich zum Standardtext. Weiterhin nahm ein 73-Jähriger mit abgeschlossener Lehre den Leichte-Sprache-Plus-Text als akzeptabel an, gleichwohl er den Standardtext als Favoriten benannte. Somit lässt sich mit Blick auf das Alter der Befragten, die diese Varietät favorisierten, eine leichte Tendenz dahingehend erkennen, dass die Akzeptanz der Texte mit steigendem Alter leicht abnahm. In Bezug auf den Bildungsstand ist keine echte Tendenz erkennbar: Der Großteil der Befragten, die die Leichte Sprache Plus als akzeptabel, aber nicht als Favoriten einordneten, hatte eine abgeschlossene Lehre. Hier waren sowohl Personen mit höchstem oder höherem Bildungsabschluss wie ein Meistertitel oder eine Promotion vertreten (I25, I18) als auch solche mit lediglich einem Volksschul- oder Hauptschulabschluss (I06, I16, I19). Auch hier ist hinsichtlich der Geschlechterverteilung keine merkliche Tendenz festzustellen: Von den beschriebenen Fällen dieser mittleren Gruppierung waren sieben Personen weiblich, fünf Personen männlich. Dies ist, wie zuvor schon bei der Favoritengruppe beschrieben, hinsichtlich der Gesamtverteilung der Geschlechter in der Erhebung als relativ ausgeglichen anzusehen (zur Übersicht und Veranschaulichung der Ergebnisse s. Kap. 7.5).

Insgesamt äußerten fünf Befragte starke Ablehnung gegenüber den Leichte-Sprache-Texten, die sowohl in unterschiedlichen Altersgruppen waren als auch verschiedene Bildungshintergründe hatten: Letztere reichten von einem Hauptschulabschluss (I12) über Abitur (I24) und Lehre (I17, I01) bis zum Diplom (I20). Dabei bewegten sich die Befragten in allen Altersgruppen von 65 bis 91 Jahren (65, 72, 78, 83 und 91). Weitere sieben Befragte zeigten mittelstarke Ablehnungstendenzen in Form von Vorbehalten gegenüber den Texten in Leichter Sprache, die sich vor allem auf die Einschätzung vermuteter Zielgruppen bezogen: Die Texte seien für Kinder (im Grundschulalter) (I13, I09, I05, I02), geistig beeinträchtigte Menschen (I14) beziehungsweise „ganz Dumme“ (I09), ältere oder nicht mehr so aufnahmefähige Menschen (I09, I05), solche mit geringem Bildungsstand oder einfacher Schulbildung (I10, I05) sowie ungeübte Leser(innen) (I02). Lediglich eine Befragte lehnte den maximal optimierten Text nur wegen der starken Informationsreduktion ab (I04, Pos. 30), räumte aber noch ein, dass der Text als Erstinformation bei nicht allzu großem Interesse und „wenn man nicht große Texte liest“ (I04, Pos. 34) reichen würde (Pos. 40). Dementsprechend kann diese Befragte als nicht uneingeschränkt ablehnend eingeordnet werden. Sie hatte als einzige unter den mittelstarken Ablehner(inne)n lediglich einen Hauptschulabschluss, die anderen verfügten über eine abgeschlossene Lehre (I13, I10, I09, I05) sowie, in zwei Fällen, über einen Hochschulabschluss (I14, I02). Somit waren unter den 12 Genannten insgesamt drei Personen mit akademischem Abschluss (65, 75 und 83 Jahre), denen drei Befragte gegenüberstanden, die lediglich einen Schulabschluss hatten (68, 72 und 91 Jahre). Die restlichen sechs Befragten befanden sich sowohl in Bezug auf das Alter als auch in Bezug auf den Bildungsstand im Mittelfeld und entsprachen damit ebenfalls dem Großteil der Befragten insgesamt, die eine abgeschlossene Lehre nach dem Schulabschluss mitbrachten und sich in der Altersgruppe der 71- bis 80-Jährigen befanden. Die Textthemen Schlaganfall, Parodontitis und Schmerzmittel hatten dabei keinerlei Auswirkung auf die Einschätzung: Diese waren exakt gleich viel auf die Ablehnenden verteilt (jedes Thema war viermal vertreten). Eine Tendenz in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung der Leichte-Sprache-Texte mit Blick auf eine höhere oder geringere Bildung sowie auf eine bestimmte Altersgruppe konnte hier nicht festgestellt werden. Bezüglich der Geschlechterverteilung lag hier fast eine Gleichstellung vor: Von den 12 Befragten, die sich ablehnend gegenüber den leichtesten Texten äußerten, waren fünf Männer und sieben Frauen. Da insgesamt

etwas mehr Frauen an der Studie beteiligt waren (15 Frauen und 10 Männer, s.o.) und es sich um einen sehr geringfügigen Unterschied handelt, lässt sich auch in Bezug auf das Geschlecht keine Tendenz in dieser Gruppe erschließen.

Den Ablehnenden stehen 13 Befragte gegenüber, die die Leichte-Sprache-Versionen entweder ausdrücklich lobten („perfekt“, I08) oder die diese insgesamt positiv bewerteten: Sieben Befragte sprachen sich explizit anerkennend für die Texte aus und gaben an, dass sie diese auch für sich selbst als am besten einschätzten (I06, I07, I08, I15, I16, I18, I21). Von ihnen hatten zwei lediglich einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (68 und 78 Jahre), einer einen Meistertitel (79 Jahre). Die restlichen vier Befragten dieser expliziten Befürworter(innen) hatten eine abgeschlossene Lehre. Sechs weitere Befragte bewerteten die maximal optimierten Texte ebenfalls positiv, fanden jedoch gemäßigtere Wertschätzungen oder verwiesen in positiver Weise auf bestimmte Zielgruppen für die Texte: Die beiden Mediziner (92 und 91 Jahre) befanden die leichteste Textversion jeweils als beste Variante für ein Laienpublikum (I25, I23). Auch die vier weiteren Befragten fanden positive Worte für die leichtesten Texte, unter ihnen war nur eine Person mit einem Hauptschulabschluss als höchstem Bildungsabschluss (83 Jahre), die anderen verfügten über eine abgeschlossene Lehre (71 und 68 Jahre) bzw. über die etwas kürzere Ausbildung an einer hauswirtschaftlichen Berufsschule (89 Jahre). Somit standen sich in der Gruppe der Befürwortenden bildungstechnisch ebenfalls drei Personen mit höchstem bzw. höherem Bildungsabschluss (zwei Promovierte und ein Meister) und drei Personen mit niedrigem Bildungsabschluss (Haupt- bzw. Volksschulabschluss) gegenüber. Auch hier bildeten die sieben weiteren Befragten die größte Gruppe, die eine abgeschlossene Lehre und damit einen mittleren Bildungshintergrund hatten. Auch die Altersgruppenverteilung erstreckte sich wieder über alle untersuchten Gruppen: Zwischen 68 und 92 Jahren befürworteten die 13 Befragten die maximal optimierten Texte, sodass keine Tendenz in Bezug auf die Annahme der Leichte-Sprache-Texte mit Blick auf eine bestimmte Altersgruppe ermittelt werden konnte. Auch eine etwaige Auswirkung einer höheren oder geringeren Bildung konnte aufgrund der eben beschriebenen Verteilung der Bildungshintergründe nicht festgestellt werden. Die Geschlechterverteilung in der Gruppe der Befürwortenden zeigte sich wie folgt: Acht Frauen standen fünf Männern gegenüber, was Ähnlichkeit zur Gruppe der Ablehnenden aufweist. Durch die ungleiche Verteilung der beteiligten Proband(inn)en - 15 Frauen und 10 Männer - lässt sich auch hier keine echte Tendenz der Geschlechter hinsichtlich der Leichte-Sprache-Texte feststellen. Die Männer teilen sich sogar passgenau in der Hälfte in Befürworter und Ablehner auf, die Frauen ebenfalls fast. Bei ihnen ist eine Aufteilung genau in der Hälfte aufgrund der Teilnehmerzahl von 25 nicht möglich, mit sieben Ablehnerinnen zu acht Befürworterinnen der leichtesten Texte ist also eine sehr schwache Tendenz in Richtung der Akzeptanz der Leichte-Sprache-Texte festzustellen. Dies lässt sich ebenso insgesamt beobachten: Mit 13 Befürwortenden zu 12 Ablehnenden werden die Leichte-Sprache-Texte mit sehr geringem Vorsprung eher akzeptiert als abgelehnt, jedoch sind die beiden Gruppen eben fast ausgeglichen. Hinsichtlich der Textthemen ist eine leicht erhöhte Akzeptanz zum Schlaganfalltext festzustellen, der insgesamt sechs Mal in der Gruppe der Befürwortenden vertreten war und vier Fällen mit dem Schmerzmitteltext und drei Fällen mit dem Thema Parodontitis gegenüberstand. Somit wurde der längste Leichte-Sprache-Text mit knapp über vier Seiten und der vielfach gelobten, sehr anwendungsorientierenden Bebilderung (gezeichnete erwachsene Menschen bei der Herzdruckmassage und in stabiler Seitenlage) insgesamt am besten von allen Texten dieser Varietät von der Zielgruppe angenommen. Vereinzelt wurde dieser sogar von Ablehner(inne)n gelobt (I09, Pos. 47; I14, Transkription Z. 430f.).

7.4 Zentrale Kategorien für den Rezeptionsprozess im Hildesheimer Modell

Nachdem die Daten durch Fallzusammenfassungen komprimiert und nach den Varietäten aufgeteilt beschrieben wurden, wird im Folgenden dargelegt, wie die vorhandenen Kategorien sich den Stufen

der Hildesheimer Treppe zuordnen lassen bzw. welche Barrieren im Gesamtverstehensprozess anhand der Aussagen der Befragten identifiziert werden können.

Bereits auf der ersten Stufe des Auffindens von Informationen ergeben sich Hürden: Hier kann der Medienkanal eine Barriere darstellen, der das Auffinden der Inhalte und damit die Rezeption insgesamt verhindert (s. Kap. 3). Eine 83-Jährige antwortet auf Frage, „für wie vertrauenswürdig halten Sie Gesundheitsinformationen im Internet?“ B: Überhaupt nicht. (2) ich hab hier keins“ (w_83_Volksschule-Lehre). Sie hätte reine Online-Informationen folglich gar nicht erst aufgefunden. Ebenso teilt eine 91-Jährige mit: „Internet, das hab ich alles net.“ sowie „ich bin gar nicht computerfähig“ (91_w_Abitur). In diesen Fällen liegt also eine Medienbarriere vor, die im nicht vorhandenen Medienkanal und/oder in der fehlenden Kompetenz bei der Bedienung des Mediums hinsichtlich der Informationssuche begründet ist.

Ebenso stellte der kleiner gedruckte Standardtext jeweils eine Wahrnehmungsbarriere für einige Befragte dar (s. Kap. 7.6): Beispielhaft sei hier die Aussage einer 91-jährigen Befragten zu nennen, die über den Standardtext zu Schmerzmitteln sagt: „[D]a musste ich eben die Lupe mehr benutzen als beim zweiten Text [LS+], den kann ich so lesen.“ Hier lässt sich auch eine Auswirkung der Wahrnehmungsbarriere auf die Akzeptanz eines Textes erkennen: Dieser habe ihr „mittelmäßig gefallen, weil ich ihn auch nicht so gut lesen kann. Der ist sehr klein gedruckt.“ Daraus kann geschlossen werden, dass die Befragte den Text in einer natürlichen Lesesituation womöglich nicht weitergelesen hätte, da die Rezeption der klein gedruckten Schrift ihr missfiel und Anstrengung bereitete.

Was sich abzeichnet, ist, dass sich die induktive Kategorie *Anstrengung* als zentral erweist: Die Texte in Standardsprache werden von den Befragten zum Großteil als anstrengend oder mühevoll zu lesen beurteilt. Dabei setzt die empfundene Anstrengung auf verschiedenen Stufen an und wird entweder als Mühe, Aufwand oder eben als Anstrengung bezeichnet: Auf der Stufe der Wahrnehmbarkeit wird vor allem die zu kleine Schrift bemängelt, die das Lesen sehr anstrengend gestaltet. So muss z.B. eine Lupe zur Hilfe genommen werden oder es erfordert einfach zu viel Mühe, die Informationen zu entnehmen, sodass der Nutzen der Textrezeption nicht den Aufwand der erfolgreichen Wahrnehmung der Informationen aufwiegt. In diesen Fällen wäre die erfolgreiche Rezeption außerhalb einer Studiensituation also bereits auf der 2. Stufe, der Wahrnehmung durch die Lesenden, gescheitert. Die Lesemotivation schwindet direkt beim Anblick der kleinen Schrift und/oder des eng geschriebenen Textes, da das Entziffern der Informationen mit Blick auf die eigenen Ressourcen als zu aufwendig beurteilt wird. Die Aussage einer 69-jährigen Befragten veranschaulicht dies:

> „Sagen wir mal so, ich hab es sowieso immer viel viel lieber, wenn die Sachen größer geschrieben sind (.) und äh es irgendwie luftiger wirkt (.) weil hier das ist alles zu eng (.) das ist so: (es) es erschlägt einen //Hmm// ne‘ also man guckt es an und hat schon keine Lust mehr“ (I07, Pos. 18).

Auf der Stufe der Verständlichkeit wird ebenfalls Anstrengung benannt: Hier wird diese derart beschrieben, dass der Standardtext eine gewisse kognitive Leistung beim Lesen abverlangt. So bewertet eine 68-jährige Befragte diese Varietät wie folgt: „[D]er wird verständlich, wenn man sich (.) äh (.) etwas reinkniet. //mhm// aber er is nich so auf den ersten (.) Blick so husch husch //mhm// (.) oder man nimmt nur halt das Wichtigste raus //ja// und vergisst dann die (.) äh Nebensachen“ (I05, Pos. 14). Hier wird Lesenden eine Anstrengung auf der Verstehensebene abverlangt, die zudem noch das Aussieben relevanter Informationen aus dem Gesamttext beinhaltet. Weiterhin besteht die Anstrengung auf der Stufe des Verstehens durch die Befragten darin, dass die Informationen sowohl inhaltlich als auch sprachlich zu fachlich sind und als unangemessen für Lai(inn)en eingeordnet werden. Die Fachbegriffe und auch die Komplexität der Inhalte werden hier als hinderlich für das Verstehen beschrieben: Mehrfach wird von den Befragten – sowohl von Personen mit als auch ohne medizinische Vorkenntnisse – darauf hingewiesen, dass die Informationen Vorwissen zum Verstehen erfordern und

Lai(inn)en diesbezüglich vor Schwierigkeiten stellen. Auch die hohe Informationsdichte der Standardtexte wird als hinderlich für eine erfolgreiche Textrezeption benannt, so zum Beispiel von der jüngsten Befragten, einer 65-jährigen Akademikerin: „[D]er Text A ist dann sehr, sehr anstrengend, weil es läuft wirklich ununterbrochen- laufen die Infos durch. ähm bis=de irgendwie mit dieser, mit diesem Thema fertig bist. rums, hast du einen du:rchgehenden Text“ (I02, Pos. 6).

Neben der sprachlichen und inhaltlichen Komplexität und der Informationsdichte ist vor allem auch die Textlänge ausschlaggebend dafür, dass die Lesemotivation beim Anblick der Standardtexte rapide sinkt: In 16 Interviews wird die Kategorie Textlänge/Umfang angesprochen, bis auf zwei Fälle mit negativer Bewertung in Bezug auf den Aufwand und die längere Lesezeit, die der Text erfordert. So zeigt die Aussage einer 71-jährigen Befragten deutlich, dass die Textlänge von knapp 14 Seiten beim Standardtext für sie eine Motivationsbarriere barg. Sie fragte noch vor dem Lesen des Textes: „[M]uss ich nicht alles lesen, ne?“ (I11). Lediglich ein medizinischer Fachmann (Neurologe, I23) und eine Befragte, für die der Standardtext durch die Länge und Hintergründe inhaltlich kompletter wirkte (I17), äußerten sich positiv dazu. Gleichwohl schätzte der Neurologe den sehr fachlich gehaltenen Standardtext für Lai(inn)en aufgrund der Textlänge als zusätzlich schwer zu lesen ein. Auch die 78-Jährige, die den Standardtext als eigenen Favoriten einordnete, gab jedoch zu, dass dieser Text ihr Ressourcen abverlange: „Den ersten könnt ich mir vorstellen, ja. //okay, mhm// (2) deshalb dauert bei mir das Lesen auch so lang. //@(.)@// weil ich mich nicht konzentrieren kann“ (I17, Pos. 7). Sowohl die lange Lesezeit als auch die erforderliche Konzentration machen das Lesen des Standardtextes auf der Stufe des Verstehens mühevoll.

Die Kategorie „Assoziation“ veranschaulicht die genannten Kritikpunkte der Textlänge und der inhaltlichen und sprachlichen Komplexität: Ewige Litanei, Riesenteil, Romanband, Gebrauchsanweisung, Beipackzettel, Vorlesung für Medizinstudenten, wissenschaftliche Abhandlung, Vortrag, Forscher, hochtrabend sind Attribute und Bezeichnungen, mit denen die Standardtexte in Verbindung gebracht werden. Diese verweisen also auf eine geminderte Akzeptanz der Texte in dieser Varietät durch die Befragten und unterstreichen abermals die auf den verschiedenen Stufen aufgezeigte zentrale Kategorie der *Anstrengung* (Kap. 7.5).

Gleichwohl bei den Befragten keine kognitive Beeinträchtigung vorlag und sie größtenteils intellektuell in der Lage gewesen wären, die Standardversion der Gesundheitsinformationen zu verstehen, wurde auffällig oft auf die Anstrengung der Verstehensleistung bzw. des gesamten Leseprozesses hingewiesen. Die Textrezeption ist ein Kraftaufwand, bei dem abgewogen wird, ob dieser sich lohnt. Ist die Schrift schon zu klein und unleserlich, die Gestaltung des Textes zu eng und leseunfreundlich sowie die Textlänge in den Augen der Adressat(inn)en zu ausufernd, werden diese sich gegen das Lesen des Textes entscheiden. Das Akzeptabilitätsproblem, bedingt durch die so häufig kritisierte Textlänge sowie die eingeschränkte Wahrnehmbarkeit, insbesondere durch die kleine Schrift, setzt folglich noch vor der Verarbeitung auf der Verstehensebene an: Wird die Wahrnehmung als zu anstrengend und/ oder der zeitliche und kognitive Aufwand des Lesens durch die Textlänge als zu hoch eingeordnet, scheitert die Rezeption noch vor dem Verstehen. Dann ist nicht mehr von Bedeutung, ob und wie weit die Lesenden die Informationen verarbeiten können, sondern, ob sie bereit sind, überhaupt auf die nächste Stufe im Rezeptionsprozess zu kommen. Damit eröffnet sich folgende Erkenntnis: Bei der betrachteten Zielgruppe scheint es nicht mehr um eine Gesamtverstehensressource zu gehen (s. Kap. 3), sondern vielmehr um eine Gesamtressource an Energie und Aufwand, von der Textrezeption nur ein Teil ist. Lohnt sich der Aufwand nach Meinung der älteren Leser(innen) nicht, so ist die Rezeption gescheitert. Diese haushalten mit ihrer Energie und wählen gezielt aus, an welcher Stelle in ihrem Alltag sich das Lesen von Informationen noch lohnt.

> „[I]ch lese leider gar nicht viel, denn ich mache noch den Haushalt und das dauert in meinem hohen Alter sehr lange //mhm// und ich muss mich auch immer wieder hinlegen, denn es geht mir nicht, geht mir nicht […] hab jetzt auch Schwierigkeiten mit den Augen“ (Transkript w_91_Abitur).

Zu lange und zu klein geschriebene Texte sind für die meisten inakzeptabel; lediglich sehr interessierte Vielleser oder Fachleute würden sich den Standardtexten nach der Erkenntnis über die übermäßige Textlänge und die zu kleine Schrift noch annehmen. Die Akzeptanz der Texte sinkt also rapide mit dem Anstieg der empfundenen Anstrengung, die sie zum Lesen derselben aufbringen müssten.

In der Interviewsituation wurden die Texte trotz der inakzeptablen Länge und Schrift gelesen, was die Schwierigkeiten auf der nächsten Stufe im Rezeptionsprozess enthüllte: Wird über diese Punkte hinweggesehen und das Verstehen angegangen, so zeigt sich, dass dabei ebenfalls die Rezeption zum Halt kommen kann. So wurden die inhaltliche und sprachliche Komplexität der Informationen bemängelt, die insbesondere für Lai(inn)en die Rezeption erschweren. Hier konnten also Fach- und Fachsprachenbarrieren identifiziert werden. Interessanterweise wurden diese u.a. von dem 91-jährigen Mediziner, also einem absoluten Fachexperten benannt: Der Standardtext sei eine „Vorlesung für Medizinstudenten“, was sowohl auf fachliche Inhalte als auch auf Fachsprache verweist. Der Leichte-Sprache-Plus-Text sei daher seiner Meinung nach „für die Allgemeinheit besser“.

Oftmals wurde die Einschätzung geäußert, dass die Texte ein gewisses fachliches Vorwissen erforderten, über das nicht alle Leser(innen) verfügten und was man auch nicht ohne Weiteres voraussetzen könne. Hier wurde also auf die nächste Stufe im Rezeptionsprozess, die des Behaltens auf Rezipient(inn)enseite bzw. auf die Verknüpfungsfähigkeit der vorgelegten Texte verwiesen. Auch hier wurde deutlich, dass eine erfolgreiche Rezeption große Anstrengung in Form von kognitiver Leistung und Konzentration erfordert sowie das Aufbringen von Zeit zum Lesen der Texte. Neben einzelnen Fällen, in denen sich Befragte explizit von der Gruppe der Älteren mit schwindender Leistungsfähigkeit oder aber von negativ valorisierten Gruppen wie den Zielgruppen Leichter Sprache abgrenzen wollten, zeichnet sich hinsichtlich der Standardtexte Folgendes ab: Menschen im erhöhten Lebensalter verfügen nur noch über begrenzte Energieressourcen, mit denen sie ihren Alltag bewältigen müssen. Dabei stellen Handlungen, die besonders aufwendig für ihren Energiehaushalt sind, die Menschen vor die Abwägung, ob der vermutete Aufwand sich lohnt. Ist ein Text zu lang und die Schrift zu klein, sind dies schon einmal Punkte, an denen die Rezeption abgebrochen werden kann oder zumindest in Frage gestellt wird. Ist die Lesemotivation so hoch, dass diese Punkte hingenommen werden und die Rezeption weitergeführt wird, weil es sich zum Beispiel um ein akutes Problem handelt, können sich bei nicht optimierten Texten weitere Probleme, wie bereits aufgezeigt, ergeben: So können Fach- und Fachsprachenbarrieren den Prozess behindern oder aufhalten und den Eindruck erwecken, man sei hier als Laie oder Laiin nicht adressiert. Auch die Handlungsorientierung wird bei zu langen und komplexen Texten als unzureichend empfunden.

> „Es wurde herausgearbeitet, dass Texte erwartbar dann keine Motivationsbarriere für schwache Leserinnen und Leser darstellen, wenn sie Nützlichkeit signalisieren, sich an der Lebenswelt und dem Ich des Rezipienten orientieren und zugleich geringen Leseaufwand und die Wahrung des Selbstbildes in Aussicht stellen“ (Lang 2021:343).

Eine Motivationsbarriere kann also auf allen beschriebenen Ebenen auftreten und den Leseprozess der Nutzer(innen) unterbrechen (ausführlich zu Erhaltung des Selbstbildes und Distinktion Kap. 8.2). Die schleichenden Einbußen der Leistungsfähigkeit, die im Alter mehr oder weniger auftreten können, zeigen sich auch in dem Willen von älteren Adressat(inn)en, einen bestimmten Aufwand für Textrezeption zu betreiben. Dieser ist Teil ihrer Gesamtressourcen für den ohnehin anstrengenden Alltag und kann – je nach Individuum und Situation – nach dem Abwägen der eigenen „Kosten-Nutzen-Rechnung“ eher stark oder eher schwach ausgeprägt sein. Die Vulnerabilität der Zielgruppe bezieht sich also nicht auf die Ebene des Verstehens und der Gesamtverstehensressource, sondern auf die

Gesamtressourcen der Menschen im Alltag, für die sich die Rezeption eines von ihnen als komplex und anstrengend empfundenen Textes deutlich lohnen muss. Diese Problematik zeigte sich mit großem Abstand bei den vorgelegten Standardtexten, die bis auf wenige Einzelfälle von den Befragten zugunsten der optimierten und damit weniger anstrengenden Texte bemängelt oder abgelehnt wurden.

Neben der Überanstrengung durch einen zu langen und schwer wahrzunehmenden Text lässt sich ein weiterer Punkt feststellen, der für einige Befragte zur Barriere wird, die *Verunsicherung* durch die Inhalte. So geben einige Befragte an, dass sie teilweise lieber weniger zu bestimmten Themen wissen wollten, da die Informationen negative Gefühle auslösen könnten, die sie mit einem Rezeptionsabbruch umgehen könnten. Bei einer Befragten werden anhand des Schmerzmitteltexts in Standardsprache sowohl Verunsicherung als auch Angst durch zu viele Ausführungen über mögliche Nebenwirkungen der Schmerzmittel erzeugt, die sie außerhalb der Interviewsituation leicht zu einem Rezeptionsabbruch bewegen könnten (I19, Pos. 21, 25). Eine solche Emotionsbarriere mindert die Akzeptanz gesundheitsbezogener Texte und ist in der bisherigen Erfahrung mit diesen Texten begründet. Auch die 71-jährige medizinische Fachangestellte spricht ihre Verunsicherung offen an: In dem von ihr gelesenen Schlaganfalltext wird die Verunsicherung der Befragten durch die aufgeführten Risikofaktoren ausgelöst (I09, Pos. 39). Weiterhin gibt sie an, dass diese Verunsicherung bzw. die Angst vor Informationen, die negative Gefühle bei ihr auslösen könnten, sie mit Blick auf die eigene Gesundheitsinformationssuche beeinflussen bzw. diese hemmen (I09, Pos. 70).

Diese Tendenz zur aktiven Vermeidung potenziell angstauslösender oder verunsichernder Informationen wird von dem 68-jährigen Kaufmann am stärksten offenbar: Der selbsternannte Vielleser ist nach eigener Aussage vielseitig interessiert, scheut sich jedoch davor, bei Gesundheitsinformationen zu viele oder zu detaillierte Informationen zu rezipieren, die ihn unter Umständen verunsichern könnten (I03, Pos. 68). Der Befragte legt offen, dass Gesundheitsinformationen für ihn selbst und ohne konkreten Anlass aus seinem Umfeld eher negativ besetzt sind und von ihm gemieden werden. Die Unwissenheit zu bestimmten Gesundheitsthemen schützt ihn vor negativen Gefühlen wie Angst und Verunsicherung, die sonst womöglich erst eine Erkrankung auslösen könnten (I03, Pos. 72). Somit wendet der Befragte eine Strategie zur Dissonanzreduktion (Festinger 1957) an, um die erwartete kognitive Dissonanz, die durch die als bedrohlich empfundenen Informationen ausgelöst werden könnte, zu umgehen (Trepte et al. 2021:65, s. Kap. 4.1). Die aktive Entscheidung des 68-Jährigen, sich nicht mit „potenziell unerwünschten Informationen auseinanderzusetzen“ (Baumann 2022:3, Link 2022:4), macht ihn zum eindeutigen Fallbeispiel für den Rezeptionstypen des Vermeiders, den Link (2021) beschreibt: Dieser wolle durch sein Verhalten „den Erwerb verfügbarer, persönlich relevanter, aber potenziell unerwünschter Informationen zumindest zeitlich [] verzögern“ (Link 2021:11, Sweeny et al. 2010). Diese proaktive Strategie komme dann zum Einsatz, wenn Informationen „als emotional belastend wahrgenommen werden oder wenn deren Kenntnis eine unerwünschte Änderung von Einstellung oder Verhaltensweisen nahelegen würde“ (Link 2021:11).

Der Fall des 71-jährigen Installateurs zeigt auf, dass Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache auch bei vermeidenden Informationstypen positiv auf den Rezeptionsprozess wirken können: Der Leichte-Sprache-Text zum Thema Parodontitis animierte ihn zum Lesen und wurde von ihm als für ihn selbst passender Informationstext ausgewählt. In diesem Fall konnte also mit dem maximal optimierten Text eine Person erreicht werden, die sich grundsätzlich sehr wenig informiert und Gesundheitsinformationen eher meidet. Allerdings steht diesem Befragten der 68-jährige Vielleser gegenüber, der die beiden optimierten Texte zwar für Notsituationen lobte und auch den Leichte-Sprache-Text aufgrund der für ihn gelungenen bildlichen Darstellung zur stabilen Seitenlage bei Schlaganfallpatient(inn)en hervorhob. Jedoch war für ihn der Standardtext der Favorit, da er seine

Neugier befriedigte und der Befragte auch einen persönlichen Bezug zum Thema hatte, was ihm mit Blick auf seine Lesemotivation sehr wichtig war. Auch die beiden befragten Frauen, die ihre Vermeidungstendenzen bzgl. der Informationen über die durch sie verursachte Verunsicherung begründeten, stehen sich hier gegenüber: Die 83-jährige Hausfrau lobt sogar die Stelle zu den Nebenwirkungen im Leichte-Sprache-Text, den sie favorisiert, während sie zuvor die Ausführungen dazu im Standardtext deutlich negativ bewertete (I19, Pos. 21). Die 71-jährige medizinische Fachangestellte hingegen lenkt zwar immer wieder ein, dass alle Texte ihre Berechtigung hätten, macht aber an mehreren Stellen deutlich, dass sie mit den beiden verständlichkeitsoptimierten Versionen und allen voran mit dem Leichte-Sprache-Text einen niedrigeren Bildungsgrad, eine schwächere Aufnahmefähigkeit oder geringere Intelligenz verbindet (I09, Pos. 22, 35, 45; s.o.). Die beiden Gegenüberstellungen zeigen erneut die Heterogenität der Zielgruppe auf, bei der zahlreiche Einflussfaktoren wie das eigene Selbstbild, die Erwartung bzw. der Anspruch an Gesundheitsinformationstexte, das Interesse am Thema etc. Auswirkungen darauf haben können, ob diese einen Text als akzeptabel empfindet oder nicht.

Was lässt sich nun aus den Betrachtungen schließen? Insgesamt konnten die Stufen des Auffindens, des Wahrnehmens und der Akzeptanz als besonders relevant für die Zielgruppe herausgearbeitet werden (ferner auch die des Verstehens und des Behaltens): Die Zielgruppe kommt teilweise gar nicht zum Auffinden von Informationen, wenn sie nur online angeboten werden (Maaß 2020:263); es liegt eine Medienbarriere vor bzw. die Akzeptabilität des Mediums ist nicht gegeben durch den *Digital Divide*, andere Medienpräferenzen, eine Motivationsbarriere etc. Reine Online-Informationen für Menschen außerhalb der Gruppe der *Digital Natives* oder der digitalen „Enthusiasten“ (vgl. Doh 2020:38) sind mit Blick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe somit inakzeptabel. Wer von den älteren Rezipient(inn)en keinen Zugang (technisch oder in Bezug auf Kompetenzen) oder keine Affinität zu digitalen Kommunikationsangeboten hat, wird dadurch automatisch ausgeschlossen. Es kommt für diese Rezipient(inn)en gar nicht erst zum Auffinden der Informationen. Eine genaue Analyse der medienspezifischen Erreichbarkeit, Medienpräferenzen und Zugangsmöglichkeiten der Zielgruppe muss hier vor der Texterstellung bzw. Bereitstellung der Informationen erfolgen.

Texte müssen in ihrer *medialen Gegebenheitsweise* akzeptabel sein in Bezug auf Zugang, Nutzungspräferenz und -kompetenz, um aufgefunden zu werden (s.u.). Auch die *thematische* Akzeptabilität der Texte spielt eine Rolle dabei, ob es überhaupt zum Auffinden der Informationen kommt.

In Kapitel 3.2 (s. Abb. 7) wurde die Hildesheimer Treppe erläutert. Die dargestellten Barrieren nach Rink (2020) wurden exemplarisch platziert. Gerade die Motivations- und Emotionsbarriere können insbesondere im Kontext fachexterner Gesundheitsinformationen bereits auf der ersten Stufe beim Auffinden auftreten: Wie anhand des Datenmaterials gezeigt werden konnte, kann in diesem Kontext auch die Emotionsbarriere (Lang 2021:89f.), die in Angst oder Bedrohungsgefühlen begründet sein kann, die Rezeption hemmen und die aktive Vermeidung von Gesundheitsinformationen befördern (ausführlich dazu Link 2021). Die Motivationsbarriere kann sich für die betrachtete Zielgruppe sowohl zu Beginn des Rezeptionsprozesses zeigen, indem sie sich auf die mediale Beschaffenheit des angebotenen Textes bezieht (und geht dann Hand in Hand mit der Medienbarriere) als auch durch pragmatische Aspekte hinsichtlich der Rezeptionssituation begründet sein: Hier spielt der Aspekt der Anstrengung und Mühe eine Rolle für die Zielgruppe, die sich mit möglichst wenig Aufwand informieren möchte. So kann die Motivationsbarriere also bereits vor dem Auffinden (z.B. aufgrund fehlender Motivation zur Suche oder bezüglich eines Mediums), vor dem Wahrnehmen des Textes (etwa durch zu kleine, unleserliche Schrift), vor dem Verstehen und Behalten (bedingt durch komplexe

Fachsprache und -inhalte) oder erst auf der Stufe der Akzeptanz bzw. Akzeptabilität auftreten und die erfolgreiche Rezeption verhindern.

Auf der Stufe der Akzeptanz der Texte durch die Nutzer(innen) konnte anhand der untersuchten Daten eine nutzerseitige Reaktion aufgezeigt werden: Die Distinktion (ausführlich dazu Kap. 8.2) greift genau auf der Stufe des Akzeptierens der Texte und führt dazu, dass sich die Nutzenden von einem Text und dem damit ihrerseits assoziierten Zielpublikum abgrenzen wollen. Die Ablehnung der Texte als für sie selbst angemessen ist in diesen Fällen die Folge. Der Grund liegt darin, dass diese Leser(innen) sich nicht als der assoziierten Zielgruppe mit einer (Kommunikations-)Beeinträchtigung oder anderweitigen Unzulänglichkeiten wie z.B. zu hohem oder zu niedrigem Alter, das mit einer schwächeren kognitiven Leistung einhergeht, zugehörig empfinden wollen. Das eigene Selbstbild soll, insbesondere, wenn die Betreffenden ihr Leben lang einen hoch valorisierten Status innehatten, erhalten bleiben und die Bedrohung, fälschlicherweise einer der Zielgruppen zugeordnet zu werden, abgewendet werden. Somit wurden einerseits die noch stark wissenschaftlich gehaltenen Standardtexte als sehr verständlich und für sie angemessen eingestuft, obwohl dies angesichts der vielen Fachbegriffe und der inhaltlichen Komplexität nicht zwingend der Fall gewesen sein muss. Vielmehr kristallisiert sich bei einem Beharren der besten Verständlichkeit des Standardtextes heraus, dass sich die betreffenden Personen als fähig sehen oder präsentieren wollten, diesen anspruchsvolleren Text mit Leichtigkeit zu bewältigen und ihn als für sich selbst angemessen zu betrachten. Hier sind also Bildung und Intelligenz Zuschreibungen, die mit dem schwereren Text verknüpft wurden und die die Personen in ihrem Selbstbild verankert sehen. Diese Zuschreibungen müssen sich decken, wenn das eigene Selbstbild der Personen gewahrt werden soll. Andererseits wurden in diesen Fällen der Abgrenzung zu den leichteren Textversionen diese als zu leicht, eine gewisse Intelligenz oder Verstehensfähigkeit absprechend empfunden und daher abgelehnt. In diesen Fällen kommt es erst nach dem Auffinden, Wahrnehmen, Verstehen und Verknüpfen zur Ablehnung und damit zu einem Scheitern des Rezeptionsprozesses: Die Distinktion unterbricht diesen vorzeitig, nachdem die Rezipierenden den Text als für sich unangemessen und damit nicht handlungsorientierend beurteilt haben.

7.5 Ergebnisse

Diese Studie sollte die Frage beantworten, was bzw. welche Texteigenschaften Gesundheitsinformationstexte für Menschen im erhöhten Lebensalter akzeptabel oder inakzeptabel machen. Erst wenn bekannt ist, welche textseitigen Merkmale die Zielgruppe für (un)angemessen hält, können diese Erkenntnisse auch in der Texterstellungspraxis von optimierten Gesundheitsinformationen angewandt und die Rezeption der Informationen für die Leser(innen) verbessert werden. Die vorliegende Studie will einen ersten Schritt zur Erkenntnis über die Zielgruppe bei der Rezeption verständlichkeitsoptimierter Texte leisten.

Die Daten wurden zuvor immer weiter verfeinert und in der Auswertung reduziert, um die relevanten Ergebnisse herauszufiltern. Das iterative Vorgehen bei der Inhaltsanalyse brachte eine finale Kategorisierung von Akzeptanz mit und ohne Einschränkungen, Ambivalenz, Ablehnung mit Einschränkungen und uneingeschränkte Ablehnung der Texte, in die die Bewertungen nach den zuvor erfolgten deskriptiven Betrachtungen eingeordnet wurden. Somit konnte eine numerische Auswertung zur Akzeptanz der drei Varietäten erfolgen, bei der die Kategorisierung der Akzeptanz-Indikation im Vordergrund steht, während zuvor die Fälle und Aussagen inhaltlich detailliert betrachtet und ausgewertet wurden. Hierbei ist nicht ausschlaggebend, ob eine Varietät als Favorit benannt wurde, sondern ob sie durch die Aussagen der Befragten als (noch) akzeptabel (mit Einschränkungen) oder nicht akzeptabel eingeordnet werden konnte. Die Benennung eines Favoriten (Kapitel 7.3.5) ist dabei also nicht gleichzusetzen mit der Ablehnung der zwei anderen Varietäten. In vielen Fällen waren

mehrere Varietäten akzeptabel, wenngleich nur eine als Favorit eingestuft wurde. Wie bereits erläutert wurden die Äußerungen der Befragten bezüglich der Akzeptanz fünf Stufen zugeordnet: Akzeptanz, Akzeptanz mit Einschränkungen (wenn bestimmte Mängel geäußert wurden), Ambivalenz (wenn nicht auszumachen war, ob die Texte akzeptiert wurden bzw. die Bewertung ausgewogen war), Ablehnung mit Einschränkungen (wenn ein Text z.B. für eine(n) Befragte(n) für sich selbst abgelehnt wurde, aber für andere Zielgruppen als angemessen empfunden wurde), und Ablehnung.

Nachfolgend zeigen Übersichtsgrafiken die Ergebnisse dazu. Dabei werden sowohl die Altersgruppen, die Bildungsstände als auch das Geschlecht der Befragten zu ihrer Einschätzung der verschiedenen Texte einbezogen.

7.5.1 Standardsprache

Zunächst werden die Ergebnisse zur Standardsprache dargestellt.

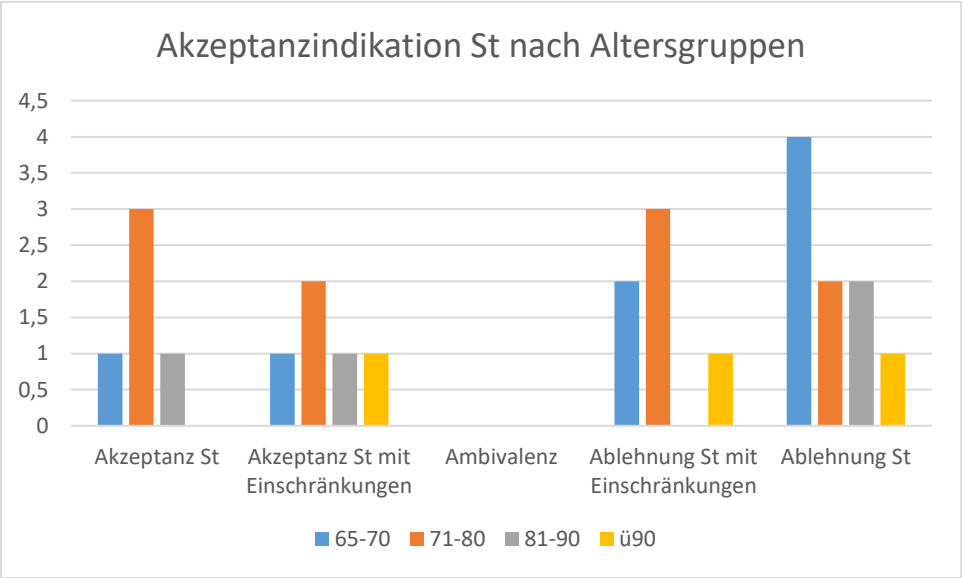
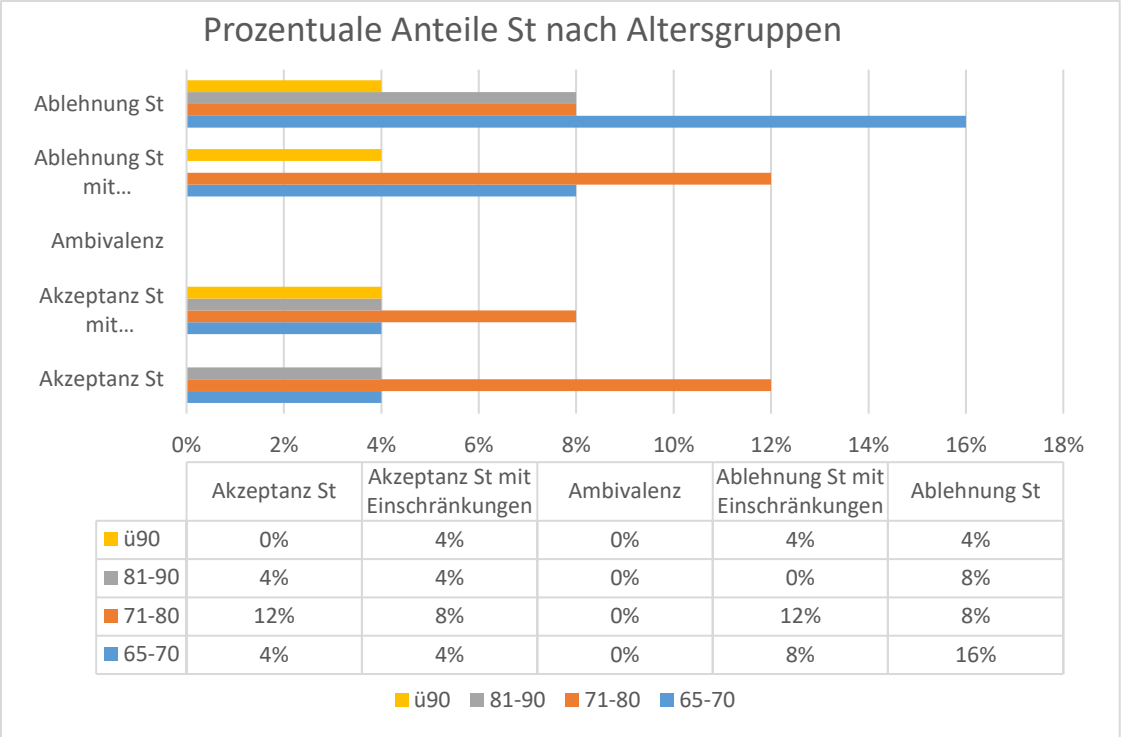


Abbildung 19a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Altersgruppen

Es zeigt sich hier, dass die Ablehnung mit insgesamt sechs Befragten in der Gruppe der Jüngsten am größten war. In der Folgegruppe der 71- bis 80-Jährigen halten sich Akzeptanz und Ablehnung die Waage. Die älteren Gruppen teilen sich auf Akzeptanz und Ablehnung auf, während in der Gruppe der Hochaltrigen von über 90 Jahren eine leichte Tendenz zur Ablehnung gegeben war.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um ein qualitatives Design mit entsprechend überschaubarer Probandenzahl handelt, werden die Anteile nachfolgend noch einmal prozentual dargestellt, um sie in Relation setzen zu können. Wie bereits im Methodik-Kapitel 6 ausgeführt, konnten nicht genau gleiche Anteile an Männern und Frauen (10 vs. 15) sowie an Bildungsständen und Altersgruppen für die Erhebung herangezogen werden. In der Gruppe der über 90-Jährigen waren zum Beispiel lediglich drei Personen vertreten.



	Akzeptanz St	Akzeptanz St mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung St mit Einschränkungen	Ablehnung St
ü90	0%	4%	0%	4%	4%
81-90	4%	4%	0%	0%	8%
71-80	12%	8%	0%	12%	8%
65-70	4%	4%	0%	8%	16%

Abbildung 19b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Altersgruppen

Die Prozentzahlen verdeutlichen das bereits Gesehene: Mit 24 Prozent in den beiden Ablehnungskategorien lehnte die jüngste Altersgruppe den Standardtext am meisten ab. Bei den beiden mittleren Altersgruppen sind die Werte jeweils ausbalanciert: Die 71- bis 80-Jährigen akzeptieren und lehnen ab mit jeweils 20 Prozent, wobei die jeweils positivere Kategorie, also Akzeptanz ohne Einschränkungen und Ablehnung mit Einschränkungen, etwas besser ausfällt: Hier stehen jeweils 12 Prozent acht Prozent gegenüber. Damit zeigt sich eine sehr leichte Tendenz zur Akzeptanz bei detaillierter Betrachtung, welche aber anhand der Zahlen insgesamt nicht relevant wird. Die beiden Pole von Ablehnung und Akzeptanz halten sich mit je 20 Prozent die Waage. Bei den 81- bis 90-Jährigen sind es acht Prozent an beiden Polen mit einer leichten Tendenz zur Ablehnung, da hier die Ablehnung ohne Einschränkungen acht Prozent beträgt, während die Akzeptanz und die Akzeptanz mit Einschränkungen jeweils vier Prozent verzeichnet. Die über 90-Jährigen verteilen sich auf die Kategorien Akzeptanz mit Einschränkungen, Ablehnung mit Einschränkungen und Ablehnung ohne Einschränkungen zu gleichen Teilen, sodass insgesamt in dieser Gruppe eine Tendenz zur Ablehnung sichtbar wird: Zwei von drei Personen dieser Altersgruppe lehnen den Text dieser Varietät ab. Mit 36 Prozent Ablehnung ohne Einschränkung und 24 Prozent Ablehnung mit Einschränkungen ist sie insgesamt am wenigsten akzeptabel unter den drei Varietäten.

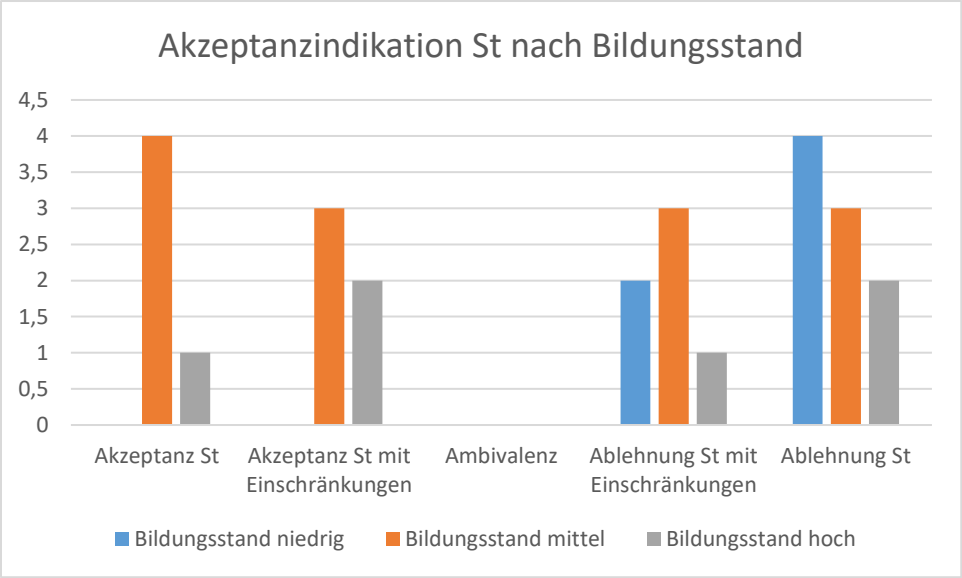
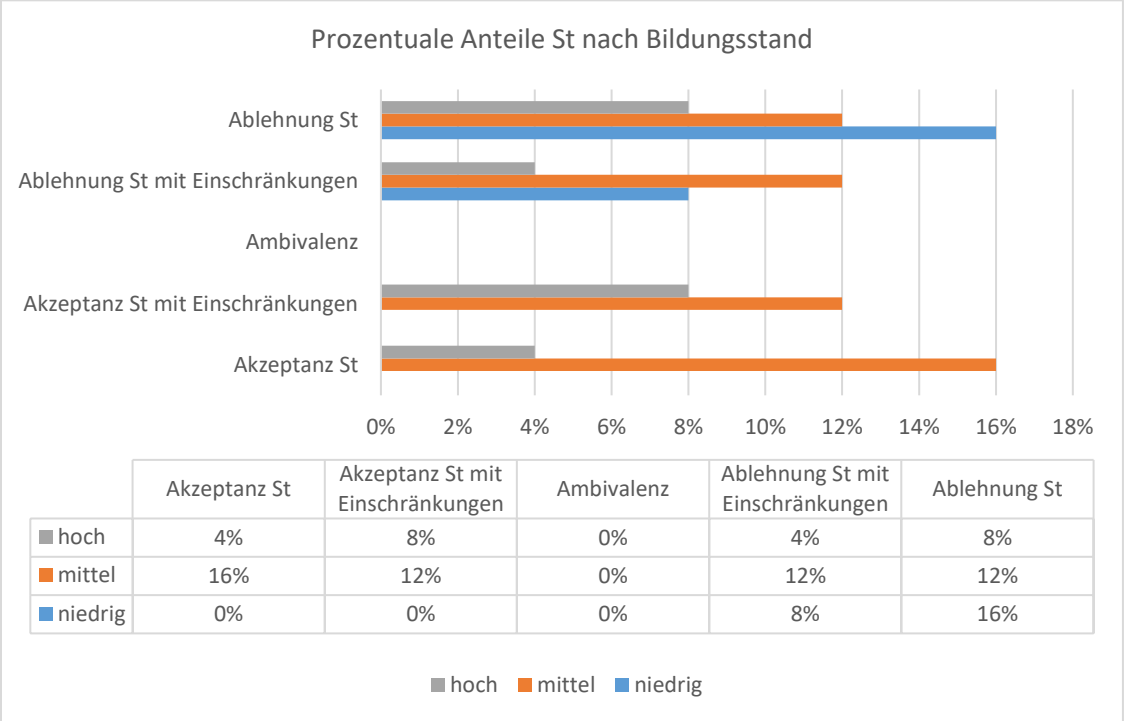


Abbildung 20a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Bildungsstand

Auffällig ist hier, dass Befragte mit niedrigem Bildungsstand den Standardtext jeweils ablehnten bzw. mit Einschränkungen ablehnten. Die größte Gruppe mit mittlerem Bildungsstand ist sowohl in den Akzeptanz- als auch in den Ablehnungsgruppierungen zu finden; hierbei ist eine sehr leichte Tendenz zur Akzeptanz feststellbar. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass mit Gesundheitsinformationstexten bestimmte Textsortenerwartungen verbunden werden, die der Standardtext dann erfüllt (z.B. angemessene Grafiken, s. w_68_Lehre). Weiterhin spielt hier das Selbstbild der Lesenden eine Rolle (s.u.). Interessanterweise gibt es eine sehr leichte Tendenz unter den Hochgebildeten in Richtung Ablehnung. Diese ist jedoch, wie schon die sehr leichte Tendenz unter den Befragten mit mittlerem Bildungsstand zur Akzeptanz, nicht so auffallend wie die Gruppe der Ablehnenden mit niedrigem Bildungsgrad und wird mit Blick auf die detaillierte Verteilung deutlich:



	Akzeptanz St	Akzeptanz St mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung St mit Einschränkungen	Ablehnung St
hoch	4%	8%	0%	4%	8%
mittel	16%	12%	0%	12%	12%
niedrig	0%	0%	0%	8%	16%

Abbildung 20b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Bildungsstand

Die Hochgebildeten sind in der jeweils negativeren Kategorie, Akzeptanz mit Einschränkungen und Ablehnung ohne Einschränkungen, mit acht Prozent vertreten, während die jeweils positivere Kategorie der Akzeptanz und der Ablehnung mit Einschränkungen vier Prozent dieser Bildungsgruppe enthält. Die Befragten mit mittlerem Bildungsstand, die die größte Gruppe darstellen, akzeptierten den Standardtext lediglich um vier Prozent mehr, als sie ihn ablehnten. Wie bereits thematisiert, kann auch anhand der prozentualen Anteile deutlich festgestellt werden, dass die Teilnehmenden mit niedrigem Bildungsstand sich in den beiden ablehnenden Kategorien wiederfinden: Hier ist diese Gruppe mit 24 Prozent insgesamt vertreten.

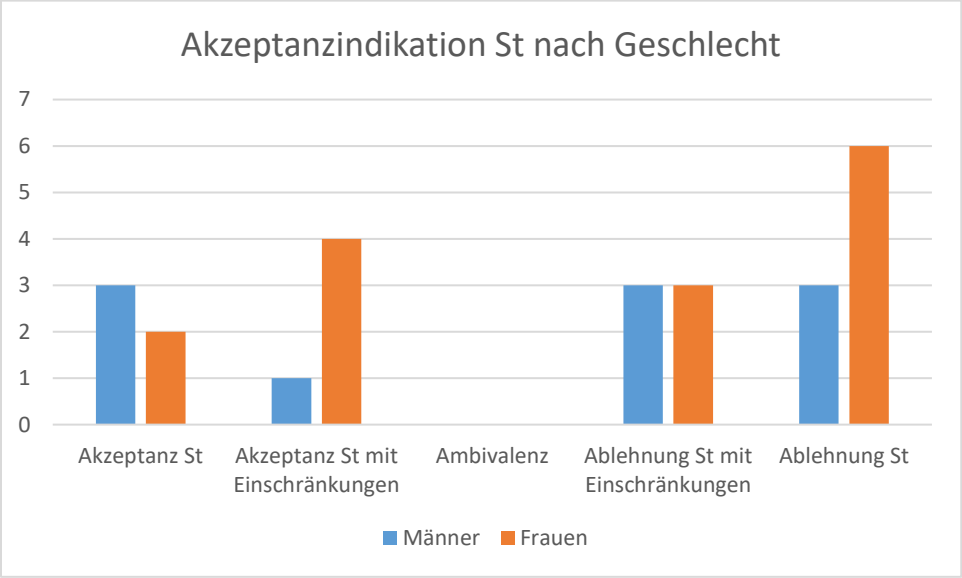
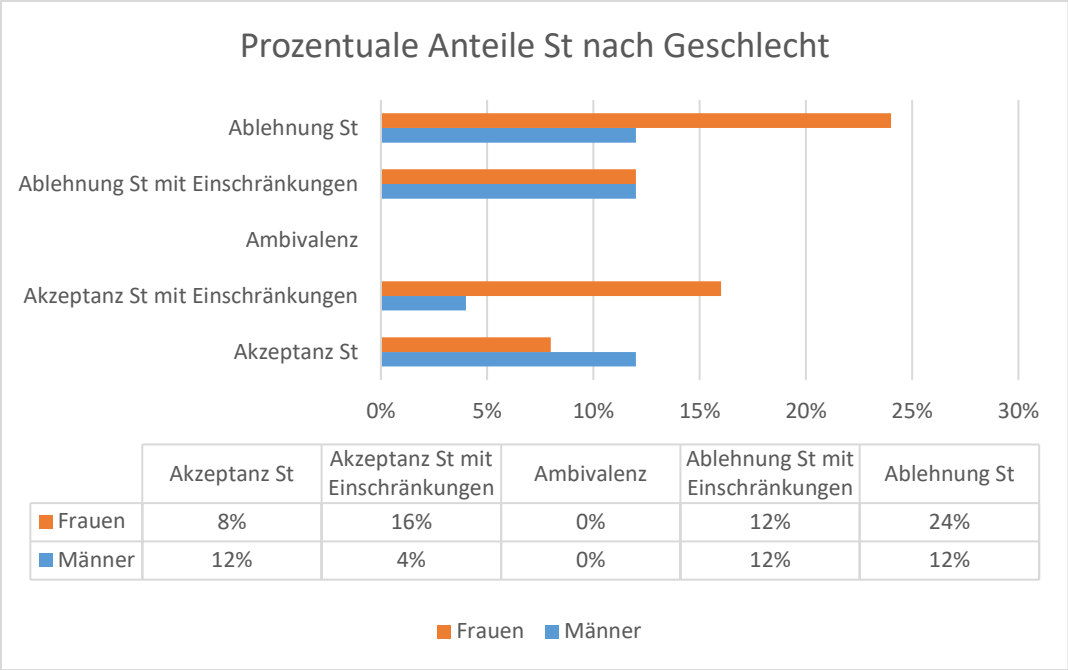


Abbildung 21a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Geschlecht

Die Frauen sind deutlich öfter in der Gruppe der Ablehnung zu finden; während bei der Ablehnung mit Einschränkungen gleich viele männliche und weibliche Befragte vorhanden sind, lehnten doppelt so viele Frauen wie Männer die Standardtexte ab. Auch bei der Akzeptanz mit Einschränkungen ist nur ein Mann neben vier Frauen zu finden, wohingegen in der Akzeptanzgruppe ohne Einschränkungen der Männeranteil überwiegt. Es ist anzumerken, dass die höhere Quote bei den Frauen vor allem auch dem Umstand geschuldet ist, dass insgesamt deutlich mehr Frauen an der Studie teilnahmen. Es kann festgehalten werden, dass die Ablehnung der Texte in Standardsprache sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen gegenüber der Akzeptanz vorherrscht.



	Akzeptanz St	Akzeptanz St mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung St mit Einschränkungen	Ablehnung St
Frauen	8%	16%	0%	12%	24%
Männer	12%	4%	0%	12%	12%

Abbildung 21b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Geschlecht

Auch der Blick auf die prozentuale Verteilung unter den Geschlechtern zeigt, dass die größere Gruppe der Frauen unter allen Befragten mit 36 Prozent deutlich mehr Ablehnung für die Standardtexte hatte als Akzeptanz, die 24 Prozent beinhaltet. Unter den Frauen ist die jeweils negativere Kategorie, Akzeptanz mit Einschränkungen und Ablehnung ohne Einschränkungen, jeweils um das Doppelte häufiger vertreten als die positivere Kategorie desselben Pols. Bei den Männern stehen 16 Prozent der beiden Akzeptanzkategorien 24 Prozent der beiden Ablehnungskategorien gegenüber. Insgesamt bestätigt sich hier also noch einmal das Ergebnis, dass die Ablehnung unter den Befragten unabhängig vom Geschlecht deutlich höher war als die Akzeptanz der Standardtexte.

7.5.2 Leichte Sprache Plus

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur *Leichten Sprache Plus* zusammengefasst dargestellt.

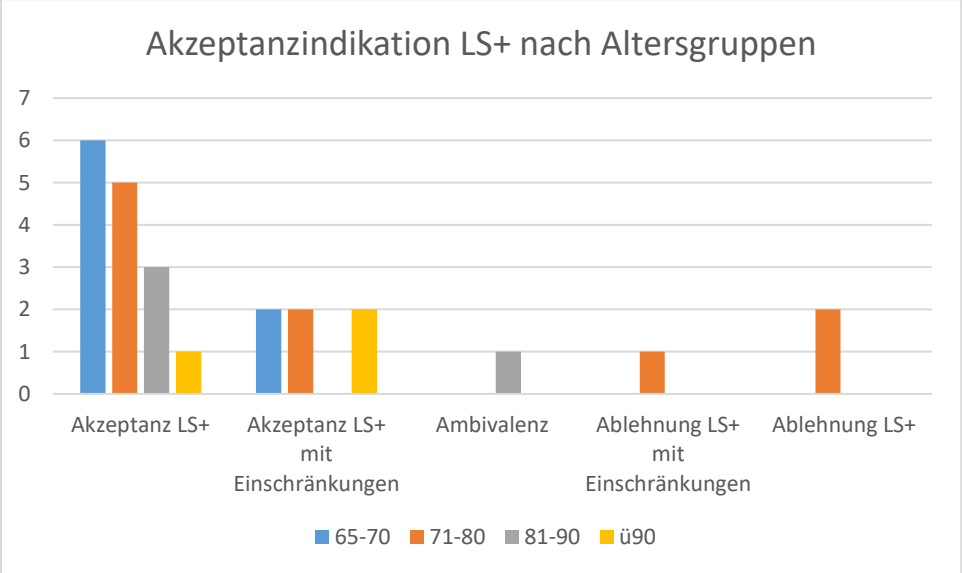
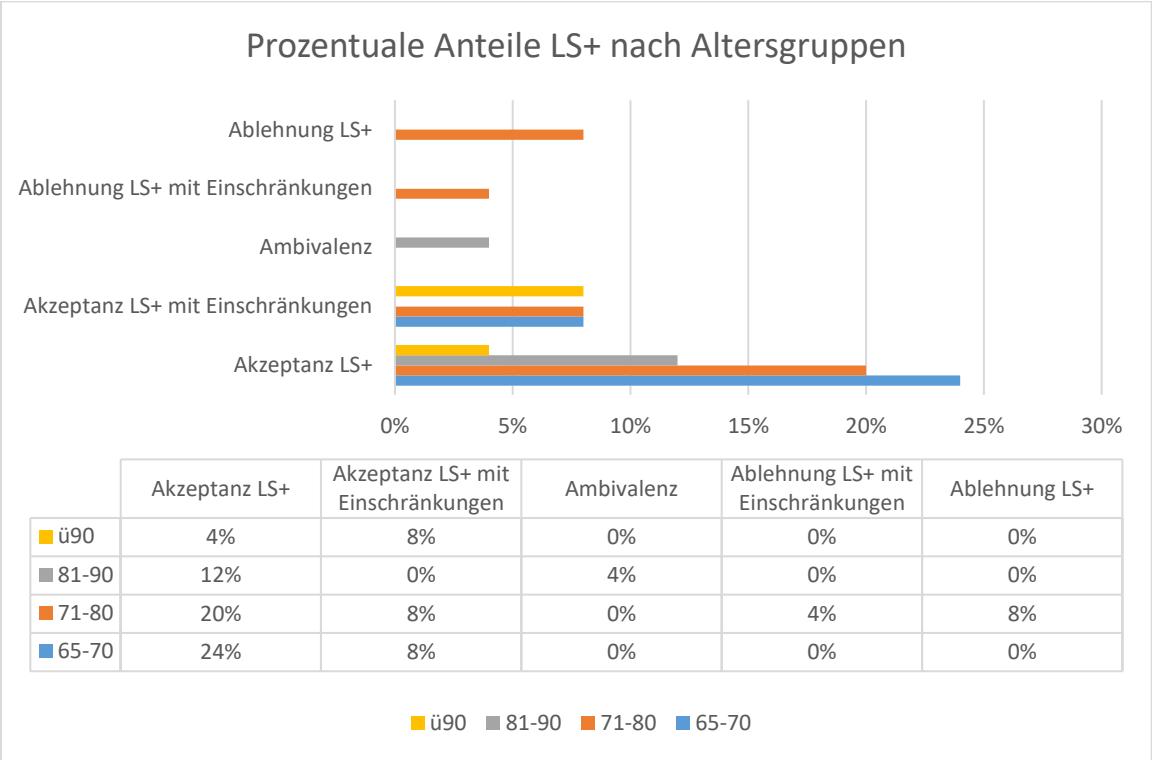


Abbildung 22a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Altersgruppen

Auffällig ist eine sehr hohe Akzeptanz der Varietät. Nur vereinzelt wurden die Texte in Leichter Sprache Plus abgelehnt oder eine ambivalente Haltung dazu abgegeben. Auch hier soll ein Blick auf die prozentuale Verteilung unter den Befragten erfolgen:



	Akzeptanz LS+	Akzeptanz LS+ mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS+ mit Einschränkungen	Ablehnung LS+
ü90	4%	8%	0%	0%	0%
81-90	12%	0%	4%	0%	0%
71-80	20%	8%	0%	4%	8%
65-70	24%	8%	0%	0%	0%

Abbildung 22b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Altersgruppen

Mit 60 Prozent Akzeptanz ohne Einschränkungen durch alle Altersgruppen hinweg ist dies die akzeptabelste unter den drei Varietäten. Betrachtet man die beiden positiven Kategorien der Akzeptanz mit und ohne Einschränkungen zusammen, waren die Texte dieser Varietät sogar für 84 Prozent der Befragten akzeptabel, während nur acht Prozent sie ablehnten und weitere vier Prozent sie mit Einschränkungen ablehnten. Hier gab es weiterhin eine Position, die sich weder für noch gegen die Varietät aussprach.

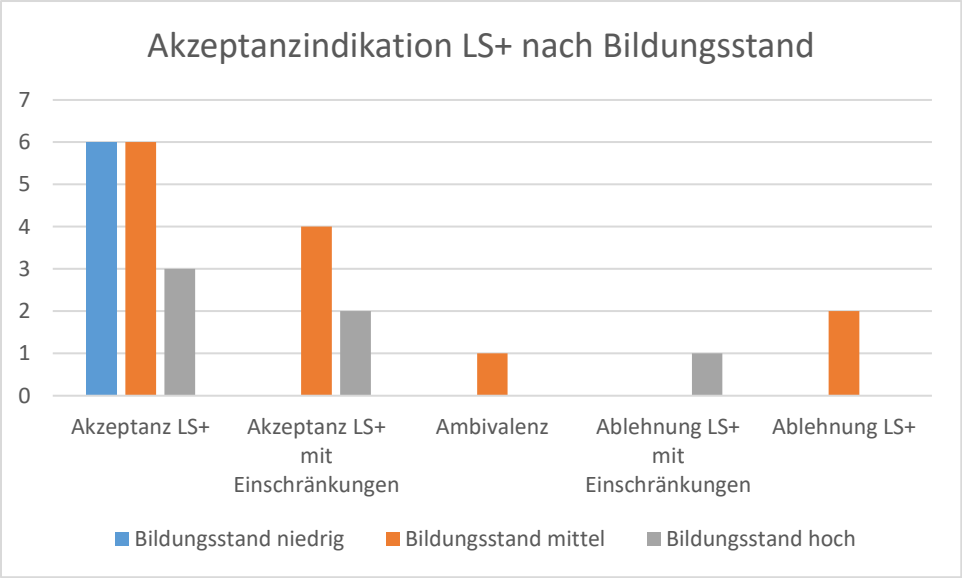
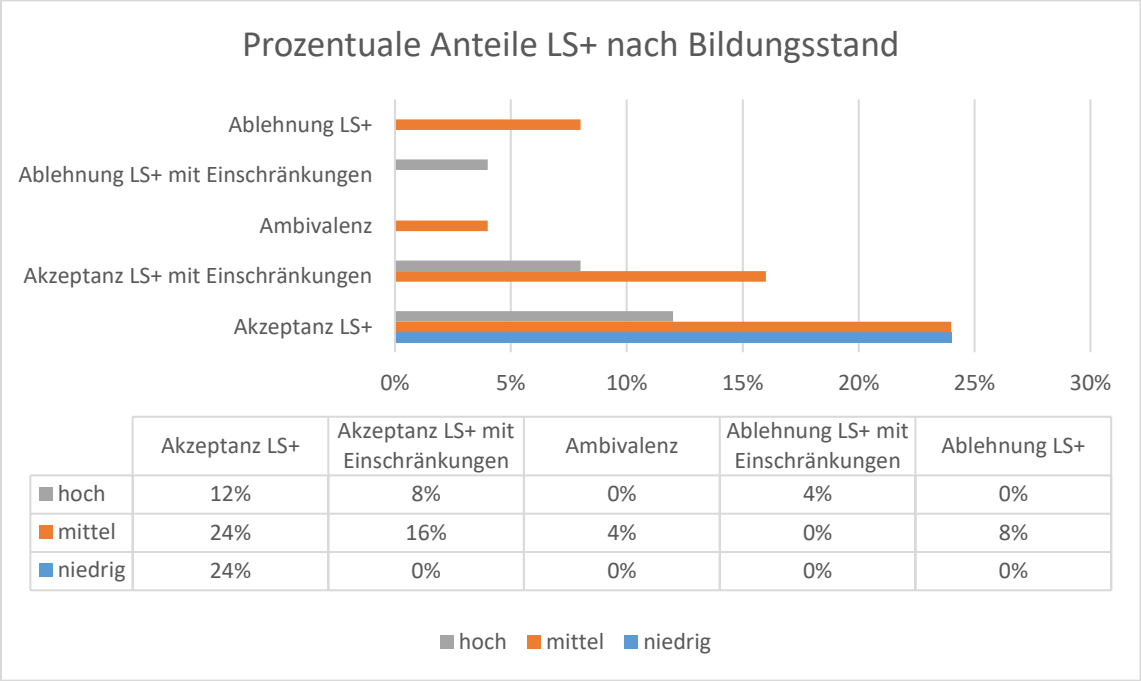


Abbildung 23a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Bildungsstand

Sowohl bei Befragten mit hohem als auch mit niedrigem Bildungsstand war die Akzeptanz hoch.



	Akzeptanz LS+	Akzeptanz LS+ mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS+ mit Einschränkungen	Ablehnung LS+
hoch	12%	8%	0%	4%	0%
mittel	24%	16%	4%	0%	8%
niedrig	24%	0%	0%	0%	0%

Abbildung 23b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Bildungsstand

Dies zeigt sich auch in der prozentualen Verteilung: Sowohl Befragte mit niedrigem als auch mit mittlerem Bildungsstand befanden die Texte dieser Varietät mit jeweils 24 Prozent ohne Einschränkung akzeptabel, unter den höher Gebildeten waren es 12 Prozent. Die Teilnehmenden mit niedriger Bildung finden sich damit in keiner anderen Kategorie wieder. Unter den Hochgebildeten gab es nur vier Prozent, die sie mit Einschränkungen ablehnte, sowie acht Prozent, die sie mit Einschränkungen akzeptierte. Damit überwiegen die Akzeptanzkategorien mit insgesamt 20 Prozent deutlich gegenüber den Ablehnungskategorien mit vier Prozent. Auch die Befragten mit mittlerem Bildungshintergrund konnten eindeutig zugeordnet werden: Hier stehen 40 Prozent dieser Gruppe in den beiden Akzeptanzkategorien acht Prozent in der Ablehnung ohne Einschränkung und vier Prozent in der Kategorie der Ambivalenz gegenüber.

Nachfolgend soll die Geschlechterverteilung unter den Befragten betrachtet werden.

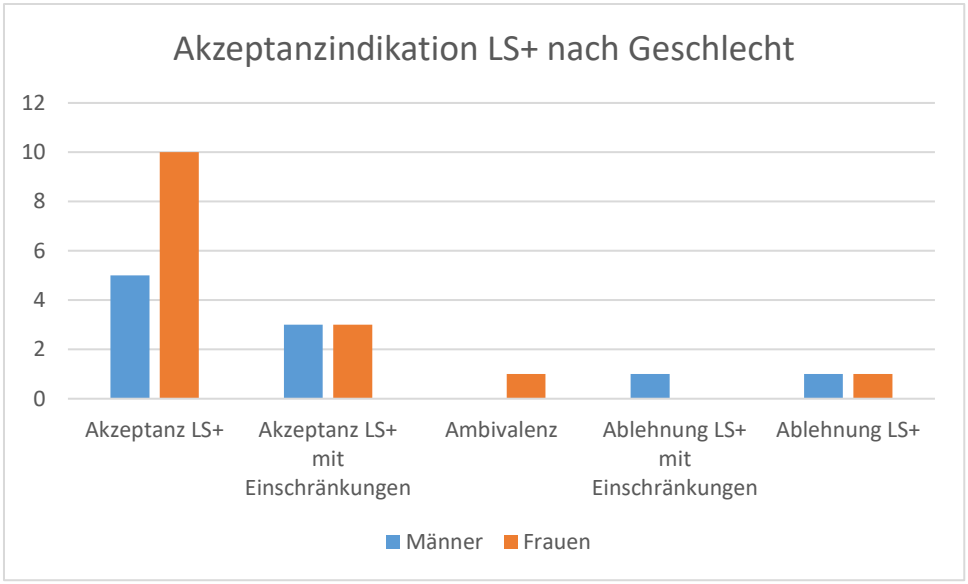
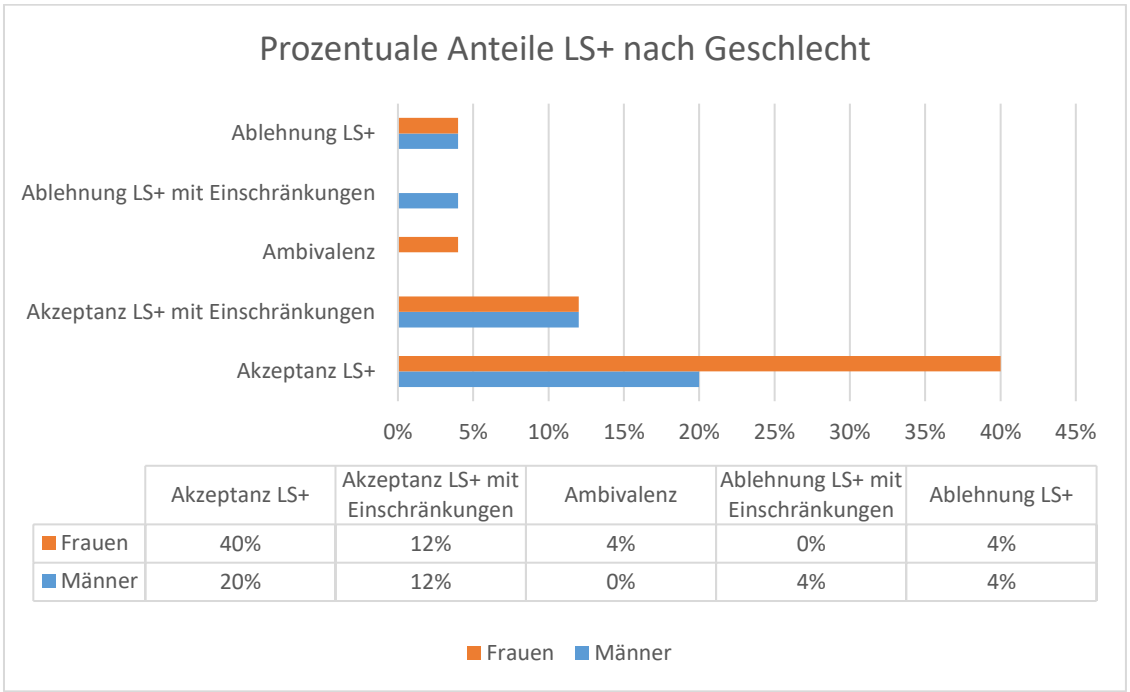


Abbildung 24a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Geschlecht

Auch die Geschlechtszugehörigkeit der Befragten war hinsichtlich der Einschätzung der Varietät der Leichten Sprache Plus ausgeglichen. Lediglich die etwas höhere Beteiligung insgesamt von Frauen an der Studie führte dazu, dass in der Gruppe der Akzeptierenden mehr Frauen als Männer waren.



	Akzeptanz LS+	Akzeptanz LS+ mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS+ mit Einschränkungen	Ablehnung LS+
Frauen	40%	12%	4%	0%	4%
Männer	20%	12%	0%	4%	4%

Abbildung 24b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Geschlecht

Während die Kategorien Akzeptanz mit Einschränkungen mit jeweils 12 Prozent und Ablehnung ohne Einschränkungen mit jeweils vier Prozent sich die Waage halten, verteilen sich die Männer mit vier Prozent noch auf die Kategorie Ablehnung mit Einschränkungen und die Frauen mit vier Prozent auf die Kategorie Ambivalenz. In der Kategorie der Akzeptanz ohne Einschränkungen stehen sich 40

Prozent der Frauen 20 Prozent der Männer gegenüber. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass insgesamt mehr Frauen (60 Prozent der Befragten) als Männer teilnahmen.

7.5.3 Leichte Sprache

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur *Leichten Sprache* dargestellt.

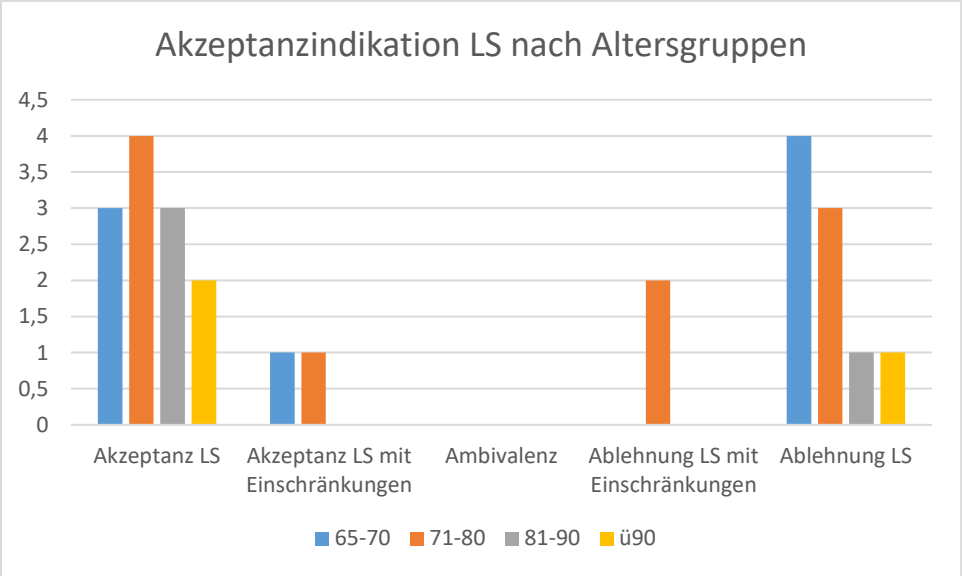
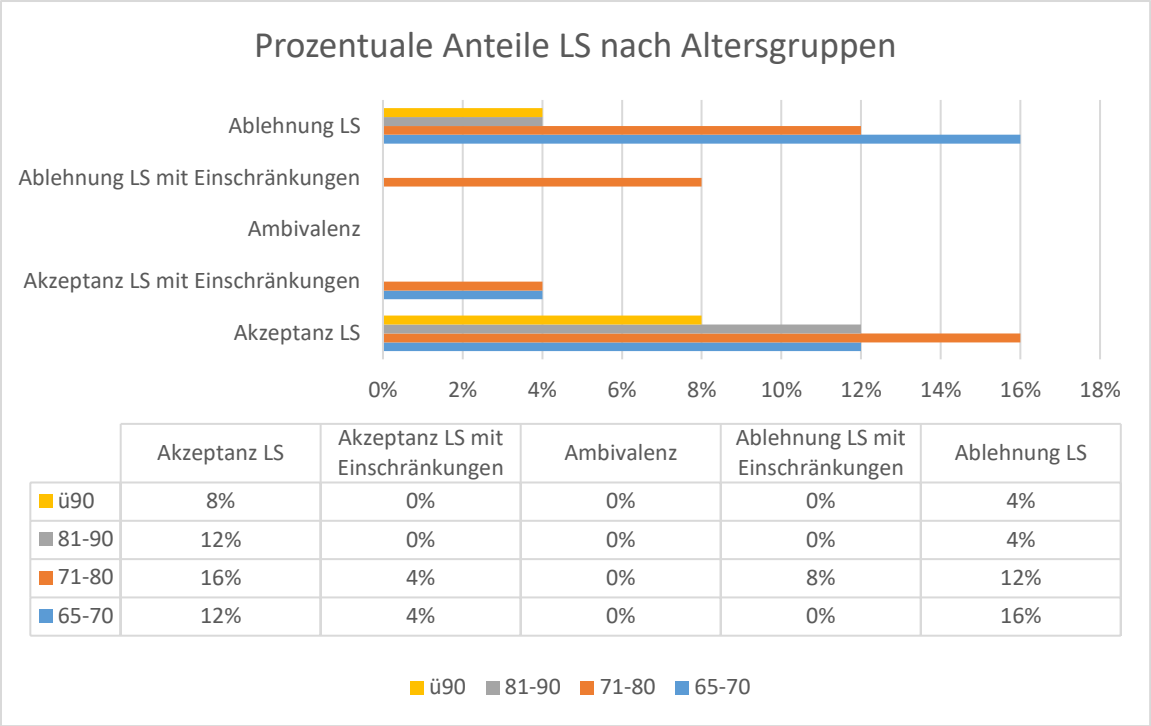


Abbildung 25a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Altersgruppen

Bei der Leichten Sprache zeigt sich eine Bewertung zu den Extremen: Die Befragten aller Altersgruppen befanden die maximal optimierten Texte als akzeptabel oder lehnten sie stark ab. Eine Mittelposition bzw. abgeschwächte Beurteilungen ins Positive oder Negative waren wenig bis gar nicht vertreten. Somit ergibt sich in der Grafik eine U-Form der Balken (s.o.). Insgesamt erfuhr die Varietät der Leichten Sprache eine deutlich höhere Ablehnung als die Leichte Sprache Plus. Jedoch war auch die Akzeptanz unter den Befragten hoch. Die jüngste Altersgruppe der Menschen bis 70 Jahre lehnte die Leichte Sprache am meisten ab, während die Akzeptanz dieser Gruppe jedoch fast ebenso hoch war. Zudem akzeptierten die 71- bis 80-Jährigen die Leichte-Sprache-Texte am häufigsten, sodass das Verhältnis zwischen der größten Gruppe der Ablehnenden aus der jüngsten Altersgruppe und das der größten Gruppe der Akzeptierenden aus der zweitjüngsten Altersgruppe ausgewogen war.

Auch hier soll der Blick auf die prozentualen Anteile erfolgen:



	Akzeptanz LS	Akzeptanz LS mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS mit Einschränkungen	Ablehnung LS
ü90	8%	0%	0%	0%	4%
81-90	12%	0%	0%	0%	4%
71-80	16%	4%	0%	8%	12%
65-70	12%	4%	0%	0%	16%

Abbildung 25b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Altersgruppen

Wie die tatsächlichen Zahlen bereits zeigten, zeichnet sich hier die Bewertung hin zu den beiden äußeren Polen ab: Während keine Person ambivalent zu der Varietät Leichte Sprache stand, fanden sich in den gemäßigteren Kategorien der Akzeptanz mit Einschränkungen und der Ablehnung mit Einschränkungen jeweils nur acht Prozent der Befragten. Dabei waren ganze acht Prozent der 71- bis 80-Jährigen in der Kategorie Ablehnung mit Einschränkungen, während sich vier Prozent dieser Gruppe in der Kategorie Akzeptanz mit Einschränkungen befanden. Die weiteren vier Prozent unter den Befragten, die die leichtesten Texte mit Einschränkungen akzeptierten, waren zwischen 65 und 70 Jahre alt. Die äußersten Kategorien teilten sich wie folgt auf: Insgesamt bewerteten 48 Prozent der Teilnehmenden durch alle Altersgruppen hinweg die Texte in Leichter Sprache als uneingeschränkt akzeptabel, während 36 Prozent diese ohne Einschränkungen ablehnten. Dabei waren in den beiden ältesten Altersgruppen keine Mittelpositionen zu finden. Beide Gruppen lehnten die leichtesten Texte mit jeweils nur vier Prozent uneingeschränkt ab, während die uneingeschränkte Akzeptanz bei beiden überwog: Die 81- bis 90-Jährigen sind mit 12 Prozent, die kleinste Gruppe der über 90-Jährigen mit acht Prozent in der uneingeschränkten Akzeptanzkategorie zu finden. Bei den beiden jüngeren Altersgruppen teilen sich die restlichen Befragten, die nicht zu den wenigen gehören, die sich in den gemäßigteren Akzeptanz- bzw. Ablehnungskategorien befinden, wie folgt auf: Die größte Gruppe der Teilnehmenden, die 71- bis 80-Jährigen, akzeptierten die Leichte-Sprache-Texte mit 16 Prozent, die jüngste Gruppe der 65- bis 70-Jährigen mit 12 Prozent. Die uneingeschränkte Ablehnung war bei diesen beiden Altersgruppen einmal vertauscht: Hier waren es die Jüngsten, die mit 16 Prozent ablehnten, während es bei der zweitjüngsten Altersgruppe 12 Prozent waren.

Nachfolgend wird die Bewertung der Leichten Sprache anhand des Bildungsstandes der Befragten betrachtet:

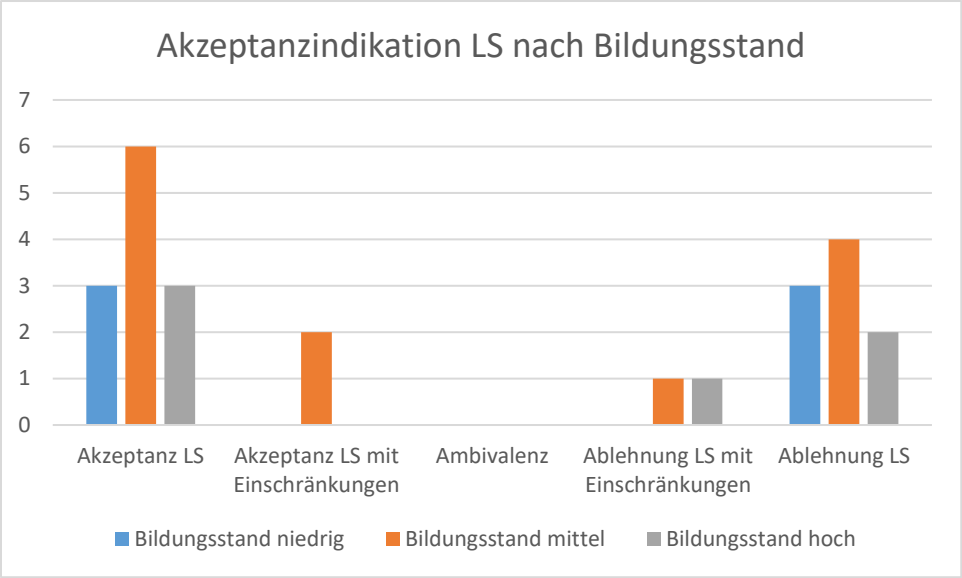
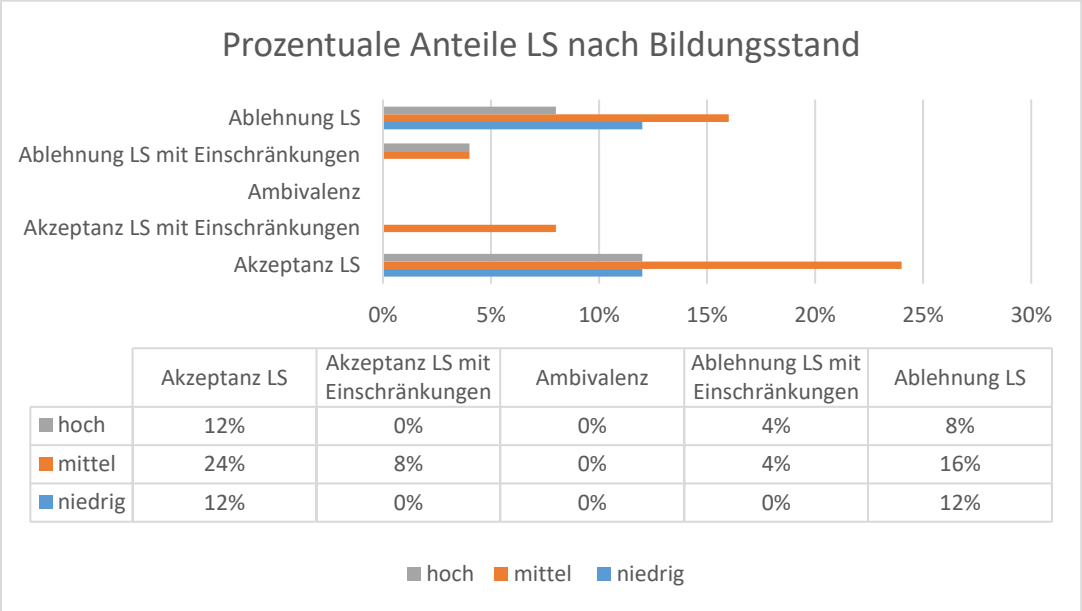


Abbildung 26a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Bildungsstand

Die Bewertung der Befragten nach deren Bildungsstand zeigt, dass sich die höchsten Abschlüsse der Teilnehmenden nicht in die eine oder andere Richtung deuten lassen: Ablehnung und Akzeptanz der leichten Texte halten sich ungefähr gleich. Lediglich die Gruppe der Befragten mit mittlerem Bildungsabschluss weist eine leicht erhöhte Präsenz in den Kategorien „Akzeptanz“ und „Akzeptanz mit Einschränkungen“ auf, was jedoch auch auf den Umstand zurückzuführen ist, dass insgesamt auch die Gruppe der mittleren Bildungsabschlüsse am größten unter den Befragten war.



	Akzeptanz LS	Akzeptanz LS mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS mit Einschränkungen	Ablehnung LS
hoch	12%	0%	0%	4%	8%
mittel	24%	8%	0%	4%	16%
niedrig	12%	0%	0%	0%	12%

Abbildung 26b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Bildungsstand

Die Prozentverteilung unter den Befragten nach deren Bildungsstand verdeutlicht das eben Gesehene: In der Gruppe der Teilnehmenden mit niedrigerem Bildungsstand verteilen sich jeweils 12 Prozent der Personen auf die uneingeschränkte Akzeptanz und die uneingeschränkte Ablehnung. Ebenso akzeptierten 12 Prozent der Hochgebildeten die leichtesten Texte uneingeschränkt. Die 12 Prozent dieser Gruppe, die dieser Varietät ablehnend gegenüberstand, teilten sich in acht Prozent uneingeschränkte und vier Prozent Ablehnung mit Einschränkungen auf. Bei der größten Gruppe, die Befragten mit einem mittleren Bildungsstand, stehen sich 24 Prozent uneingeschränkt Akzeptierende

und 16 Prozent uneingeschränkt Ablehnende gegenüber. Dies ist die einzige Gruppe, in der beide gemäßigtere Kategorien ebenfalls belegt sind; so finden sich acht Prozent bei der Akzeptanz mit Einschränkungen und vier Prozent bei der Ablehnung mit Einschränkungen wieder. Die leichte Tendenz in der Bewertung der Befragten hin zur Akzeptanz dieser Varietät wird in dieser Gruppe der mittleren Bildungsabschlüsse erkennbar.

Abschließend wird die Einschätzung der Teilnehmenden mit Blick auf die Geschlechterverteilung betrachtet:

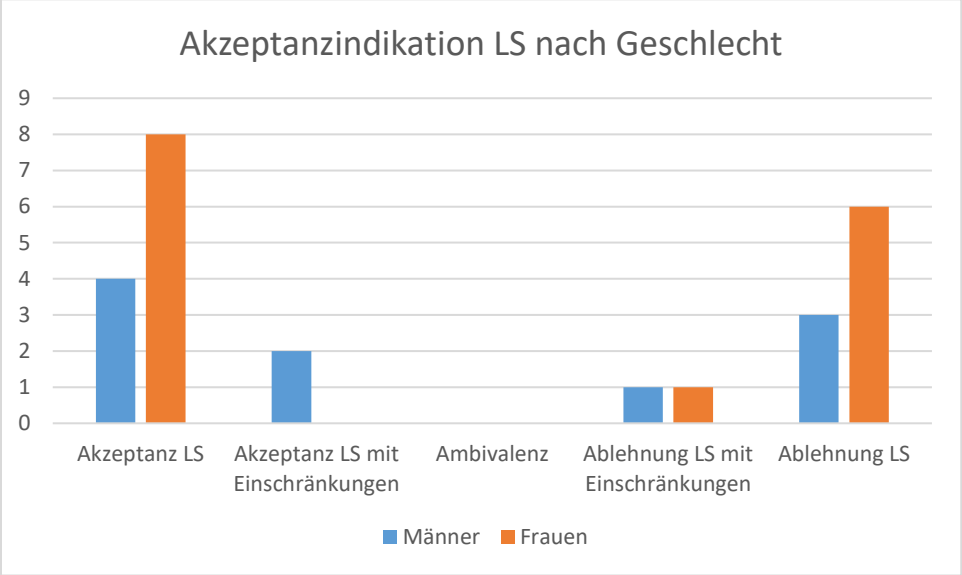
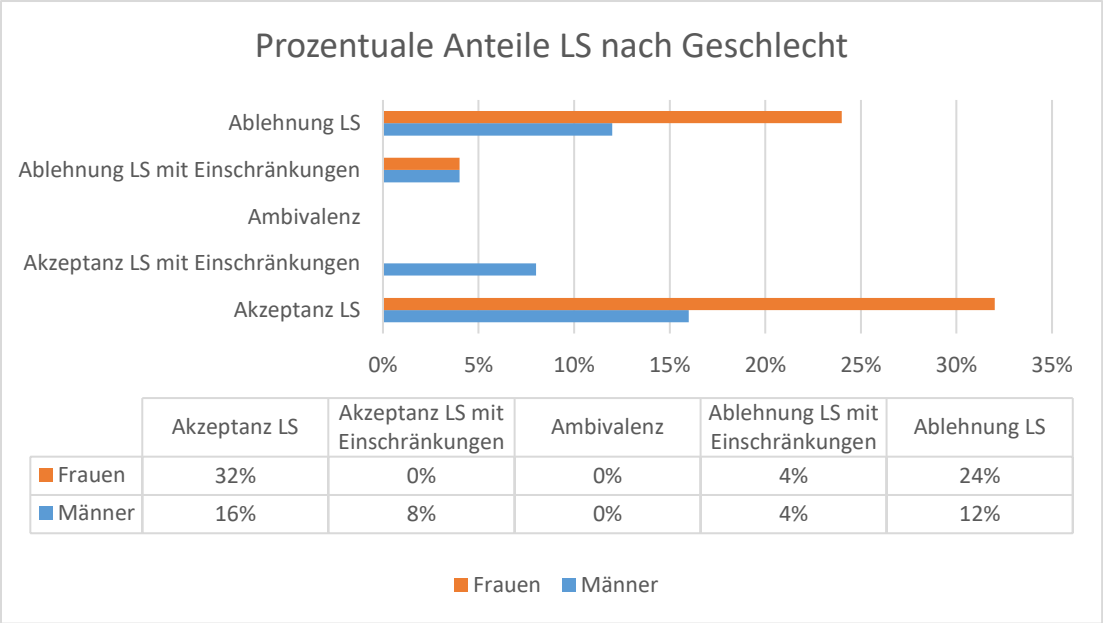


Abbildung 27a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Geschlecht

Auch bei der Einschätzung der Texte in Leichter Sprache lässt sich hinsichtlich des Geschlechts keine deutliche Tendenz feststellen: Wie schon beim Bildungsstand und den Altersgruppen zeigt sich wieder die Verteilung auf die äußersten Pole zur Akzeptanz und Ablehnung mit kaum Mittelpositionen. Durch die höhere Teilnehmerinnen-Zahl sind die Frauen dementsprechend häufiger in den jeweiligen äußeren Gruppen vertreten; jeweils die doppelte Anzahl an Frauen ist in den Gruppen „Akzeptanz“ und „Ablehnung“ zu finden. Lediglich in der Gruppe „Akzeptanz mit Einschränkungen“ ist keine Frau vertreten.



	Akzeptanz LS	Akzeptanz LS mit Einschränkungen	Ambivalenz	Ablehnung LS mit Einschränkungen	Ablehnung LS
Frauen	32%	0%	0%	4%	24%
Männer	16%	8%	0%	4%	12%

Abbildung 27b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Geschlecht

Auch der Blick auf die prozentualen Anteile nach Geschlecht zeigt die Verteilung auf die äußersten Kategorien der Akzeptanz und der Ablehnung: Hier stehen 32 Prozent der akzeptierenden Frauen 16 Prozent der akzeptierenden Männer gegenüber. Bei der uneingeschränkten Ablehnung finden sich ebenfalls doppelt so viele Frauen, 24 Prozent, wie Männer (12 Prozent) wieder. Die Ablehnung mit Einschränkungen enthält gleich viele Männer wie Frauen, nur vier Prozent. Während die uneingeschränkte Akzeptanz unter den Frauen mit 32 Prozent sehr hoch war, finden sich in der gemäßigteren Kategorie der Akzeptanz mit Einschränkungen keine Frauen, jedoch acht Prozent der Männer. Wie bereits thematisiert wurde, waren deutlich mehr Frauen als Männer an der Studie beteiligt, sodass eine deutliche Tendenz aufgrund des Geschlechts hier nicht festgestellt werden kann. Eindrücklich ist vor allem die zuvor bereits beschriebene Formation hin zu den äußeren Polen in der Bewertung der Leichten Sprache, die erkennen lässt, dass diese Varietät starke Reaktionen in die eine oder die andere Richtung veranlasst. Gemäßigtere Positionen waren hier die Ausnahme. Insgesamt wurden die Leichte-Sprache-Texte aber etwas positiver als negativ bewertet (s.u.).

7.5.4 Zusammenfassung zu den Varietäten

Es lässt sich also festhalten, dass die Leichte Sprache starke Reaktionen in die Extreme hervorgerufen hat: Die Befragten befanden die Texte in dieser Varietät entweder besonders gut oder besonders schlecht. Insgesamt wurde diese Varietät hin zu den äußersten Polen bewertet (U-Formation), wobei eine Tendenz zur Akzeptanz erkennbar wurde (s.o.). Dementsprechend zeichnet sich bei der Leichten Sprache ein anderes Bild in der Einschätzung durch die Befragten ab, als dies bei den anderen beiden Varietäten der Fall war: Während die Leichte Sprache Plus durch die linksbündige, sehr positive Bewertung und hohe Akzeptanz auffiel, waren die Meinungen zur Standardsprache stärker verteilt und es ließ sich eine deutliche Tendenz zur Ablehnung feststellen.

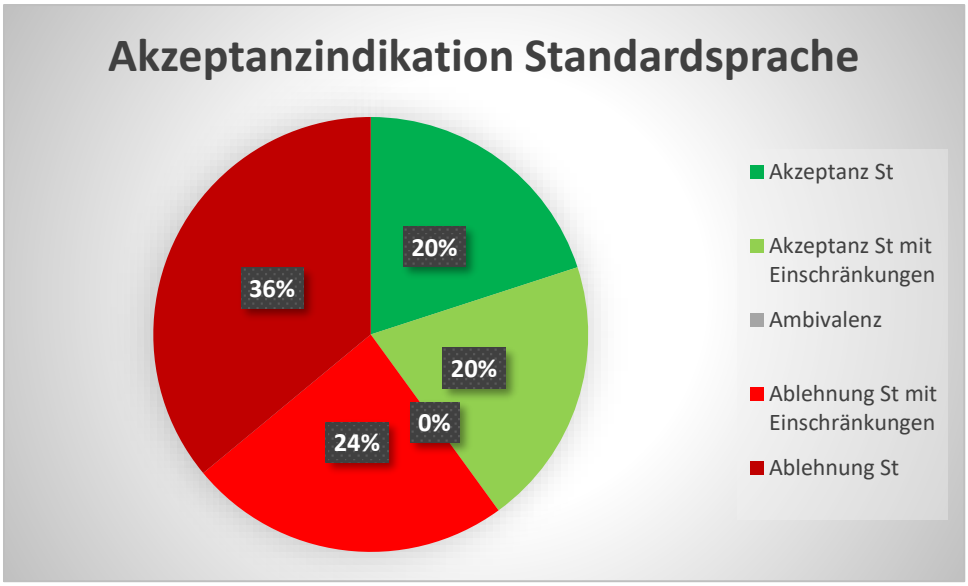


Abbildung 28: Akzeptanzindikation Standardsprache

Mit 60 Prozent in den beiden ablehnenden Kategorien ist die Standardsprache die am wenigsten akzeptable unter den drei Varietäten. Hier fiel auf, dass Befragte mit niedrigem Bildungsstand den Standardtext jeweils (mit Einschränkungen) ablehnten. Die Akzeptanz mit und ohne Einschränkungen der weiteren Befragten wurde immer wieder mit Referenzen auf das Selbstbild der entsprechenden Personen begründet, durch den Beruf, die eigene Intelligenz oder Verstehensfähigkeit sowie das Leseverhalten und bestimmte Charaktereigenschaften wie Neugier. Auf den Zusammenhang des Selbstbildes und dessen Aufrechterhaltung mit der Auswahl des sehr fachlich gehaltenen Standardtextes wird nachfolgend noch einmal eingegangen (Kap. 8.1).

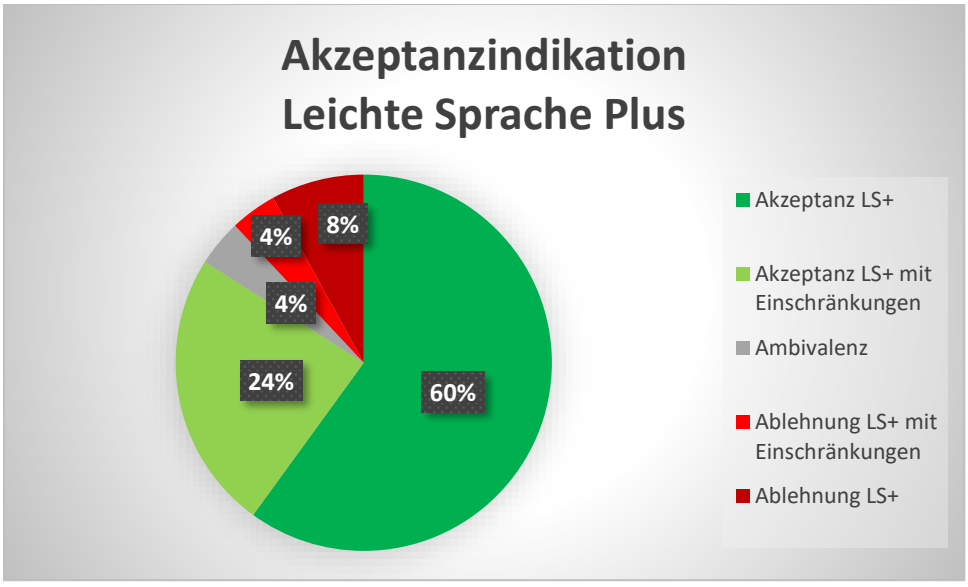


Abbildung 29: Akzeptanzindikation Leichte Sprache Plus

Mit insgesamt 84 Prozent Akzeptanz unter den Befragten wurde die Varietät der Leichten Sprache Plus von einem Großteil der Teilnehmenden als angemessen erachtet. Unter den Befragten mit niedrigerem Bildungsstand (6 Personen, 24 %) lehnte keine Person die Texte in Leichter Sprache Plus ab.

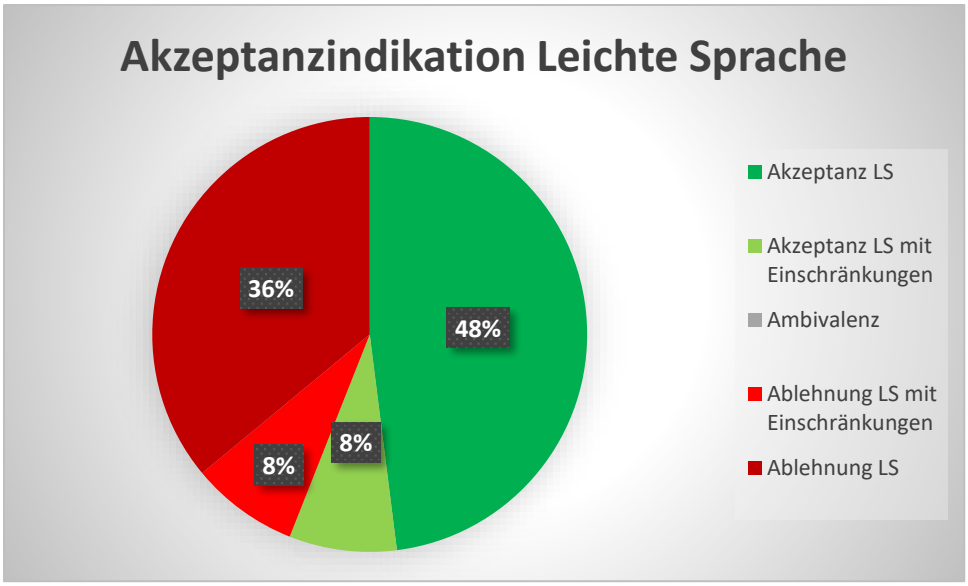


Abbildung 30: Akzeptanzindikation Leichte Sprache

Bei der Leichten Sprache war die uneingeschränkte Akzeptanz bei weniger als der Hälfte der Befragten vorhanden, zusammen mit den Akzeptierenden mit Einschränkungen lag sie jedoch bei 56 Prozent. Deutlich hervor tritt aber die im Vergleich zur Leichten Sprache Plus erhöhte Ablehnung von 36 Prozent bzw. mit Einschränkungen von insgesamt 44 Prozent der Befragten.

Somit kann festgestellt werden, dass, gleichwohl die Leichte Sprache von ungefähr der Hälfte der Proband(inn)en akzeptiert wurde, diese im Vergleich zur Leichten Sprache Plus eindeutig weniger akzeptabel für die Zielgruppe war. Die erwartete Ablehnung der Leichten Sprache trat damit in geringerem Maße auf als vor der Erhebung angenommen, gleichzeitig zeigen die Daten jedoch, dass die Leichte Sprache Plus für einen erheblich höheren Anteil der Befragten als angemessen für sich bewertet wurde.

Nachfolgend sollen die Aspekte der Anstrengung und der Abgrenzung, die sich im Laufe der Datenauswertung als relevant herausgestellt haben, erläutert werden.

7.5.5 Informativität und Aufwand: Anstrengung als dominierendes Kriterium in der Rezeption

De Beaugrande/Dressler (1981:135, Hervh. der Autoren) beschreiben bereits in der frühen Textlinguistik die Akzeptabilität und Akzeptanz und stellen fest, dass Textrezipient(inn)en „eine Textstrecke als kohäsiven, kohärenten, gebrauchsfähigen Text AKZEPTIEREN [müssen]“. Gleichwohl die Akzeptabilität eines Textes einen gewissen Toleranzbereich für kleinere Störungen beinhalte, müsse der Zusammenhang durch Problemlösen wiederhergestellt werden (ebd.), wenn der Text weiterhin akzeptabel sein soll. Im Folgenden wird zusammengetragen, welche Ergebnisse die vorliegende Studie zur Beantwortung dieser Frage erlangen konnte.

Die Aussagen mehrerer Befragter verweisen darauf, dass Lesemotivation, Verstehen und Emotionen in Zusammenhang stehen und sich auf die Rezeption und deren (Miss-)Erfolg auswirken können. Dabei werden vor allem folgende Aspekte als für die Rezeption hinderlich benannt: *Anstrengung* bzw. *Mühe* beim Lesen eines Textes durch erschwerte Wahrnehmbarkeit (Schriftgröße, Layout), Verständlichkeit (Fachsprache, Komplexität der Inhalte) und geminderte Akzeptabilität (Textlänge und Informativität sowie alle zuvor genannten hinderlichen Aspekte) sowie *Verunsicherung* durch die Inhalte.

So beschreibt der 69-jährige Feinmechaniker seine Demotivation gegenüber dem Standardtext wie folgt: „[J]a und dann fängt es schon an und dann denkste, naja gut, dedede, da will ich mich jetzt gar nicht mit beschäftigen, weil da muss ich anfangen genauer nachzudenken, zu überlegen, das muss ich verstehen“ (Transkript b, 69_m_Volksschule). Die Überladung von für ihn nicht zwangsläufig relevanten Informationen ist für den Befragten ausschlaggebend dafür, dass er den Standardtext trotz bekundeten Vorwissens zu Schmerzmitteln nur in Ausnahmefällen lesen und als hilfreich für eine Handlungsorientierung erachten würde. Auch andere Befragte bekunden ihre Überanstrengung durch den Text, der hohe Konzentration und Ausdauer beim Lesen erfordert und daher negative Gefühle und Abbruchgedanken bei der Rezeption befördert. So spricht die 83-jährige Hausfrau davon, dass der Standardtext sie nerve:

> „[…] also ich bin mit dene langen Texten lesen von dene Schmerzmittel das (.) das nervt mich @(.)@ //I: @Was nervt di dadran genau?@//Ach:: (.) die die die ganze wissenschaftliche: (.) ähm Sachen wo da drauf sind, die dir (2) °ähm° // C: [(Kaum) (.) haben wir kein Grundwissen“ (I19, Pos. 5-6).

Die Textlänge, gepaart mit komplexen Fachinhalten in Fachsprache, ist für die Befragte inakzeptabel und führt zu einer Ablehnung des Textes.

Die 69-jährige Friseurin betont, dass sie für Texte wie den Standardtext „gar keine Geduld“ (I07, Pos. 2) habe und dass sie ihn als „erstickend“ empfinde (Transkription 69_w_Real_Lehre): „[…] das ist alles zu eng (.) das ist so: (es) es erschlägt einen //Hmm// ne‘ also man guckt es an und hat schon keine Lust mehr“ (I07, Pos. 18). Insbesondere die Mühe, die das Lesen der kleinen Schrift bereitet (Wahrnehmungsbarriere), sowie die unstrukturierte Textmenge befördern eine Motivationsbarriere bei der Befragten und führen zu einem vorzeitigen Abbruch des Rezeptionsprozesses. Sie resümiert ihre Einschätzung wie folgt:

> „[…] also diesen mag ich gar nicht […] Das liegt aber (.) liegt aber wirklich daran, dass ich einfach, dass es mir einfach wahnsinnig zuwider ist, ähm (1) Aufzählungen zu lesen […] es ist sehr klein geschrieben und äh das ist einfach zu ähm (3) zu mühevoll irgendwie (I07, Pos. 9-12)

Die *Anstrengung*, die das Lesen des Textes erfordert, wird also für die 69-jährige Friseurin ebenfalls zur Barriere, den Text zu akzeptieren. Somit befindet sie auch den Leichte-Sprache-Text als sehr gut, „weil da braucht man sich gar keine Mühe mehr geben und ehm ich denke auch gerade äh mit der äh Medizin ist es so ähm (1) je übersichtlicher es für die Leute ist, je besser“ (Transkription 69_w_Real_Lehre).

Der 79-jährige Befragte mit Meistertitel bewertete den Standardtext ebenfalls als am schlechtesten von allen drei Texten und benannte die Mühe, die der Text beim Lesen machte, als negativ:

> „[…] weil es sehr klein geschrieben ist und man muss sich da große Mühe geben //Ja// das alles zu lesen, nech? und er ist zu lang auch dann der Text, nech. //Ja// es müsste mehr gebündelter sein //Ja// also- // So wie es dann in dem dritten Text- // Ja ja, mehr zusammengefasst“ (I18, Pos. 10).

Die erschwerte Wahrnehmbarkeit durch die kleinere Schrift sowie die Textlänge und die Komplexität, die ihn insgesamt an einen Beipackzettel denken lassen, mindern die Lesemotivation des Befragten und damit die Akzeptanz des Textes.

Aber auch, wenn die Anstrengung nicht direkt benannt wird, lassen sich Beschreibungen wie „fremd“ (I05, Pos. 45), „zerfleddert“ (I17, Pos. 63) oder „dass ich darüber stolperte“ (I17, Pos. 31) sowie „unnormal (.) man wundert sich erstmal“ (I14, Pos. 37) eindeutig als vom gewohnten Lesen abweichend und somit ebenfalls als mit einer gewissen Anstrengung beim Rezipieren der Informationen verbunden einordnen. Alle gerade aufgeführten Aussagen wurden bezüglich des Mediopunktes in den Leichte-Sprache-Texten getroffen, welcher, wie bereits erläutert, nur von einzelnen Befragten überhaupt angesprochen, dann aber explizit und überwiegend stark kritisiert wurde.

Die Zuschreibungen zu einer gewissen Anstrengung oder einem Aufwand beim Lesen der Einfache-Sprache-Texte sind jedoch deutlich gemäßigter und weniger. Wenngleich vereinzelt Kritikpunkte bzgl. des Stils und der Reduktion der Inhalte benannt werden („dürftig“ (I23, Pos. 21), nicht so informativ wie der erste (I03, Pos. 27), „bisschen banal“ (I25, Pos. 19)), fallen die Bewertungen überwiegend positiv aus: Die große Schrift erleichtert die Wahrnehmung der Informationen und reduziert somit die Anstrengung, die kleine Schrift aus dem Standardtext zu entziffern und ggfs. sogar eine weitere Sehhilfe nutzen zu müssen (z.B. Lupe (I24, Pos. 05)), das Layout ermöglicht zusammen mit der Reduzierung der Inhalte bzw. der Textkürze eine schnellere und unaufwändigere Rezeption als beim Standardtext.

Gleichwohl also der *Aufwand*, den das Rezipieren eines Textes erzeugt, für die Mehrheit der Befragten möglichst niedrig sein muss, darf weiterhin jedoch der Gehalt der Informationen nicht zu gering ausfallen. Die Informativität der Texte muss den Befragten angemessen erscheinen, damit sie einen Text positiv bewerten und diesen auch akzeptieren.

So sprechen einige Befragte explizit die dürftige *Informativität* der beiden verständlichkeitsoptimierten Texte an, bei denen ihnen die Inhalte zu stark reduziert wurden und die damit den Eindruck bei ihnen erweckten, sie würden nicht ausreichend informiert. Um es in Grice‘ Maximen auszudrücken: Die Relevanz und Quantität der Informationen erschien den Befragten unzureichend (Grice 1975:45ff.; De Beaugrande/Dressler 1981:124f.).

Unter den die Informativität Bemängelnden finden sich sowohl die 83-jährige Diplomkauffrau, der - wie zuvor erläutert - der Text in Leichter Sprache nicht vollständig genug war (I20, Pos. 16), als auch ein 72-Jähriger und eine 68-Jährige mit Hauptschulabschluss. Letztere bemängelte dabei die Darstellungsweise der Informationen in Stichpunkten (I04, Pos. 28-30), die bei ihr den Eindruck erweckten, es würden relevante Inhalte nicht (ausreichend) ausgeführt. Der 72-Jährige empfand die Reduktion der Inhalte als hinderlich für das Verständnis (I12, Pos. 14, s.o.), was sein Urteil über den Leichte-Sprache-Text direkt beeinflusste und seine Akzeptanz ihm gegenüber minderte.

Eine zu ausladende Textmenge wird mit großem Abstand als überwiegend negativ eingeschätzt und führt dazu, dass die Adressat(inn)en den Rezeptionsprozess vorzeitig abbrechen, den Text nur überfliegen oder gar nicht erst beginnen, zu lesen. Gleichzeitig werden durch eine zu ausschweifende Textlänge negative Gefühle evoziert, so zum Beispiel Genervtheit oder Verärgerung gegenüber dem Text. Die Anstrengung und Mühe, die dem vorausgehen, führen dazu, dass die Befragten eine innere Kosten-Nutzen-Abrechnung vornehmen: Lohnt es sich wirklich, den Energieaufwand zu betreiben, den Text zu lesen? Wird er mir die Informationen liefern, die mir konkret weiterhelfen oder muss ich, neben dem Aufwand des Lesens der kleinen Schrift und der komplexen Inhalte, noch den Aufwand betreiben, für mich relevante Inhalte herauszufiltern (vgl. I19 sowie I08, Pos. 54; I24, Pos. 12)? Hier lassen sich erneut die ursprünglich auf informationale Konversationen bezogenen Maximen von Paul Grice heranziehen: Auch durch einen zu ausführlichen und langen Text werden die Maximen der Relevanz und der Quantität sowie der Teil der Maxime der Art und Weise „Be brief (avoid unneccessary prolixity)“ verletzt (Grice 1975:46, De Beaugrande/Dressler 1981:124f., 128), was – wie hier anhand der Aussagen zu den Standardtexten eindeutig gezeigt werden konnte – ebenfalls zur Ablehnung eines Textes führen kann.

7.5.6 Abgrenzung

Alle Aussagen, mit denen sich die Befragten von einem Text distanzieren und abgrenzen wollen, sei es über die Benennung einer vermeintlich schwächeren oder (kognitiv) unterlegenen Zielgruppe wie

Kinder, ältere oder beeinträchtigte Menschen oder über die deutliche Abwertung eines Textes („für ganz Dumme“, I09, Pos. 35), betreffen die Maxime der *Art und Weise*: Grice bezieht sich auf Konversationen und fordert in dieser Maxime Klarheit, Eindeutigkeit, Kürze und Ordnung in den Sprechakten (s.o.). In Bezug auf die hier betrachteten Texte ist jedoch vor allem ein Ausdruck in seiner allgemeinen Definition dieser Maxime relevant: „I expect a partner […] to execute his performance with *reasonable* dispatch“ (Grice 1975:47, Hervorh. LK). Die Angemessenheit bzw. Akzeptabilität von Aussagen wird hier bereits adressiert. Dieser Punkt wird auch von den Befragten in der vorliegenden Studie aufgegriffen und auf verschiedene Art beschrieben.

Ein Text wird als nicht angemessen für sich selbst, (kognitiv) gleichgestellte Mitmenschen oder Menschen mit als wertvoll eingestuften Attributen (Bildung, Intelligenz, Lesefähigkeit) bewertet, wenn dieser dem Anspruch an einen qualitativ wertigen Text nicht genügt. Dies kann auf das abweichende Layout bezogen sein, der mit einer bestimmten Zielgruppe assoziiert wird („wenn ich an Behinderte denke, die vielleicht äh dann doch besser mit so einem Text noch zurechtkommen“ (I14, Pos. 43)), auf die Reduktion der Inhalte und damit die unzureichende Informativität („zu einfach gestrickt“ (I05, Pos. 29), „ist mir zu lapidar“ (I23, Pos. 20)), gepaart mit weiteren Mängeln, die den Text von gängigen, als angemessen empfundenen Texten unterscheiden (z.B. der Mediopunkt, „unnormal (.) man wundert sich erstmal“ (I14, Pos. 37)). Um es in Grice‘ (1975) Worten auszudrücken: Wenn ein Text für die Leser(inn)en den indirekten Sprechakt beinhaltet, also impliziert, sie seien nicht intelligent oder (aufnahme-)fähig genug bzw. gar nicht als erwachsene, fähige Leser(innen) adressiert, so wird der betreffende Text von ihnen nicht als angemessen erachtet werden. Grice bezog seine Ausführungen auf Konversationsimplikaturen, die sich jedoch leicht auf schriftliche Texte übertragen lassen: Dabei geht es um das „Wissen, das man vermittelt, wenn man etwas anders „meint, durchblicken läßt [sic!], zu verstehen gibt“ als man „sagt“ (Grice 1975:43)“ (De Beaugrande/Dressler 1981:128).

Zehn Befragte assoziieren die Leichte-Sprache-Texte mit gesellschaftlich als eher negativ eingestuften Attributen wie geringem Bildungsstand (I05, I02), reduzierter Aufnahmefähigkeit (I05, I09, I02, I13), Alter (I05, I09, I10, I19) oder Demenz (I05), geminderter Intelligenz (I09, I10, I23) oder (kognitiver) Beeinträchtigung (I14, I23), Leseschwäche (I02), weniger Interesse an anspruchsvollen Texten (I03, I04) oder mit der in Bezug auf Lesefertigkeiten und Verstehensfähigkeit als unfertig empfundenen Zielgruppe von Kindern (I13, I09, I05, I02).

Einige Befragte grenzen sich deutlich von den vermeintlich schwächeren Gruppen ab (I09, I02, I14), andere Vereinzelte zählen sich dazu (z.B. gibt I10 an, er zähle sich zu denjenigen hinzu, die einen geringeren Bildungsstand haben (Pos. 25)). Worauf ist die *Abgrenzung* von anderen Menschen oder Gruppen zurückzuführen? Was wollen die Betreffenden damit hervorheben? Besonders deutlich wird die Abgrenzung bei dem Fall des 68-Jährigen mit abgeschlossener Lehre, der sich selbst als Vielleser bezeichnet und mehrfach darauf hinweist, dass er vielseitig interessiert und sehr geübt im Lesen sei. Er bringe viel Vorwissen mit (I03, Pos. 7) und bezeichnet sich als neugierig und am „tiefere[n] Wissen“ (I03, Pos. 12) interessiert. Sein favorisierter Text ist der Standardtext, der seiner Meinung nach auch am schwierigsten zu lesen sei (I03, Pos. 23). Weiterempfehlen würde er jedoch den Leichte-Sprache-Text,

> „weil ich weiß, dass äh: viele Leute das in der Tiefe gar nicht lesen wollen. durch die Neugierde wie bei mir, ich bin ein Vielleser, gebe ich ganz ehrlich zu, mich interessiert jedes Thema. //Mhm// (.) und deswegen:: ist der erste für mich interessant. […] aber […] ich weiß, dass viele Leut ähm:: das Umfangreiche gar nit wollen. //Mhm// sondern kurz und prägnant“ (I03, Pos. 39-40).

Gleichwohl er andere, weniger geübte Lesende nicht offenkundig herabsetzen will, machen die Aussagen doch deutlich, dass er sich von ihnen abgrenzt: Er inszeniert sich als Adressaten des Standardtextes, der die verständlichkeitsoptimierten Versionen lobt, aber diese nur unter bestimmten

situativen Voraussetzungen überhaupt selbst nutzen würde. Wenn er frei wählen könnte und genug Zeit zur Verfügung hätte, würde seine Wahl aufgrund seiner genannten Eigenschaften (vielseitig interessiert, geübter Leser, neugierig, wissensdurstig), die allgemein als positiv oder erstrebenswert eingestuft werden, auf den Standardtext fallen. Dieser sei „zu ausführlich […] für=n Normalo“ (I03, Pos. 52), habe ihm persönlich jedoch sehr gut gefallen, da er auch den Anspruch hat, sich „zu bilden [und] […] selber auch hier ein bisschen tiefer Bescheid zu wissen“ (I03, Pos. 11). Bei diesem Beispiel handelt es sich um das Phänomen der *Distinktion*, bei dem sich Menschen aufgrund ihrer (vermeintlichen) Überlegenheit auf ökonomischer, kultureller oder geistiger Ebene von anderen abheben wollen (Bourdieu 1985:20ff., Dazert 2017:54f., 57, s. ausführlich dazu Kap. 8.2 zur theoretischen Verdichtung). Dieser Abgrenzungsmechanismus dient vor allem dem Schutz des Selbstbildes: „Eine Differenzierung von bzw. zu anderen Menschen ist notwendig, um zu erkennen, wer man ist, wer man sein oder eben nicht sein möchte und zu welchen Menschen man gehört bzw. gehören möchte oder eben nicht“ (Dazert 2017:51). Positive Zuschreibungen zu einem Text – wie in diesem Fall zum gelobten Standardtext – passen dann deutlich besser zu den positiven Zuschreibungen der eigenen Person, wenn man diese weiterhin aufrechterhalten oder vor sich selbst und anderen bestätigen möchte. Somit zeigt das genannte Fallbeispiel eindrücklich, dass auch die Akzeptanz von Texten stark davon abhängen kann, ob bestimmte Assoziationen in diesem Zusammenhang zum Selbstbild der Leser(innen) passen oder diesem widersprechen. Bei letzterer Situation steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Texte, die das Selbstbild in Frage stellen, abgelehnt werden, da diese beispielsweise mit einer bestimmten, vermeintlich schwächeren Zielgruppe wie Menschen mit Beeinträchtigungen oder auch Kindern, die noch nicht auf dem Zenit ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit sind, assoziiert werden.

Bei den Einfache-Sprache-Texten assoziieren deutlich weniger Befragte negative Zuschreibungen mit dem Text wie Leseschwäche (I10, I02), unzureichende Intelligenz (I09) oder geringer Bildungsstand (I10), reduzierte Aufnahmefähigkeit oder erhöhtes Lebensalter (I09). Gleichwohl die Texte auch vereinzelt kritisiert und als unzureichend, „zu lapidar“ (I23, Pos. 20) oder „banal“ (I25, Pos. 19) eingeordnet werden, ist der überwiegende Konsens, dass es sich bei den Texten dieser Varietät um Texte für „normale Bürger“ (I20, Pos. 13), „normale Menschen“ (I24, Pos. 11), für Lai(inn)en handelt, die durchaus als angemessen für Fachfremde mit geringen Vorkenntnissen zu den Themen empfunden werden. Zudem punkten die Einfache-Sprache-Texte - wie zuvor bereits erläutert - überwiegend durch die Balance aus Wahrnehmbarkeits- und Verständlichkeitsoptimierung auf der einen Seite und das dem Standardtext nähere Layout auf der anderen Seite (sowie je nach Text die geringere Reduktion von Inhalten und das Auslassen kindlicher Bebilderung). Wie die 91-jährige Hausfrau mit Abitur für den Einfache-Sprache-Text zum Thema Schmerzmittel resümiert: „[D]a steht das ja gut drauf, das ist ja gut erklärt und das sind auch keine überflüssigen Sachen“ (I24, Pos. 11).

Somit ergänzen sich die textseitigen Maximen der Relevanz, der Quantität und der Art und Weise mit den hier nutzerseitig genannten Kriterien für einen angemessenen und damit akzeptablen Text. Die Inhalte und Textlänge dürfen nicht zu stark reduziert, aber auch nicht zu ausufernd sein, die Informationen müssen relevant in Bezug auf das Thema und die Fragen sein, die sich die Lesenden diesbezüglich stellen und die der Text bestenfalls beantworten soll (s. I02). Die Qualität des Textes – aus der Perspektive der Barrierefreien Kommunikation gesprochen, die Akzeptabilität des Textes – muss den Nutzenden angemessen erscheinen, was sich auf verschiedene Merkmale wie Layout inklusive Bebilderung, Stil, Informationsdichte, Ansprache und Erklärungen sowie optische Wortgliederung beziehen kann.

Nachfolgend wird noch das Konzept der Distinktion (Kap. 8.2) erläutert, dessen Relevanz sich durch die analysierten Daten ergab.

7.5.7 Zusammenfassung

Die Texte in Leichter Sprache wurden von über der Hälfte der Befragten nicht nur akzeptiert, sondern von den Akzeptierenden auch gleich als beste Textversion ausgewählt, gleichwohl teilweise negative Assoziationen mit den Texten oder mit bestimmten Formulierungen in den Texten aufkamen. Die Leichte Sprache Plus wurde hingegen nur etwa von einem Drittel der Befragten als Favorit unter den drei Varietäten benannt, gleichwohl die Akzeptanz dieser Varietät insgesamt am höchsten war (Kap. 7.5.2) und auch immer wieder die Nähe der beiden Varietäten Leichte Sprache und Leichte Sprache Plus erwähnt wurde: So lassen sich insgesamt sogar die Aussagen von 24 Befragten einer Akzeptanz der Leichte-Sprache-Plus-Texte zuordnen, gleichwohl darunter auch ein Großteil ist (18 Befragte), der diese vor allem mit Blick auf den Standardtext als besser einordnete, als auch solche, die die Leichte Sprache Plus *noch akzeptabel* fanden, für sich selbst aber eher zum Standardtext tendierten. Letztere, mit dem Standardtext als Favoriten, waren jedoch nur einige wenige (s.o.). Die Annahme, dass die Leichte Sprache Plus von der Mehrheit der Befragten als akzeptabler Mittelweg zwischen den drei Varietäten eingeordnet werden würde, kann hier folglich bestätigt werden. Es konnte eine erhöhte Akzeptanz für die Varietät Leichte Sprache Plus durch die Befragten festgestellt werden, gleichwohl dies nicht immer bedeutete, dass die zugehörigen Texte der Varietät die Favoriten waren oder besonders positiv eingeschätzt wurden. In letzteren Fällen waren die Texte, wie bereits thematisiert, noch akzeptabel – ein wichtiger Aspekt für Texterstellende, die ein möglichst breites Publikum informieren und ansprechen wollen. In einzelnen Fällen wurden hier die Leichte Sprache sowie die Standardsprache stark abgelehnt, sodass dann tatsächlich die Leichte Sprache Plus als einzig akzeptable Textversion angenommen wurde (I12, I01). In solchen Fällen sollte eine (nicht maximal) verständlichkeitsoptimierte Textversion wie die in Leichter Sprache Plus möglichst verfügbar sein, sodass auch diese Adressat(inn)en erreicht und informiert werden können.

Insgesamt jedoch scheinen weniger die Variablen Alter und Geschlecht eine Rolle zu spielen. Der Bildungsstand wirkte sich leicht auf die Auswahl der Textfavoriten aus (Kap. 7.5.1). Als weitaus wichtiger erwiesen sich jedoch andere, nämlich textspezifische Merkmale, an denen die Befragten ihre Aussagen festmachten: So sind Textlänge und Informativität sowie Strukturierung der Inhalte relevante Kriterien bei der Textauswahl. Auch die Handlungsorientierung unterstützende Bebilderung wie im Schlaganfalltext in Leichter Sprache stellte für die Befragten bis auf wenige Einzelfälle ein die Akzeptanz erhöhendes Mittel der Textgestaltung dar.

Nachfolgend wurden anhand der Aussagen der Befragten die relevanten Texteigenschaften zusammengetragen, die häufiger genannt wurden. Zur Einordnung sind ebenfalls die Ebene der Textgestaltung (Wort-, Satz-, Textebene) sowie die Stufe im Hildesheimer Modell aufgeführt, die durch die genannte Texteigenschaft für die Rezipient(inn)en betroffen war.

Texteigenschaft	**Ebene**	**Stufe**
Textlänge	Textebene	Akzeptanz/Akzeptabilität
Informationsdichte	Textebene	Akzeptanz/Akzeptabilität
Schriftgröße	Textebene	Wahrnehmen/Wahrnehmbarkeit, Akzeptanz/Akzeptabilität
Gliederung/Strukturierung	Textebene	Wahrnehmen/Wahrnehmbarkeit, Verstehen/Verständlichkeit, Akzeptanz/Akzeptabilität
Wortgliederung (Mediopunkt)	Wortebene	Akzeptanz/Akzeptabilität
Fachbegriffe	Wortebene	Verstehen/Verständlichkeit, Akzeptanz/Akzeptabilität

Inhaltliche Komplexität	Wort-, Satz-, Textebene	Verstehen/Verständlichkeit, Behalten/Verknüpfungsfähigkeit, Akzeptanz/Akzeptabilität
Verunsicherung/negative Gefühle	Textebene	Akzeptanz/Akzeptabilität
Formulierungen (banal)	Satz-, Textebene	Akzeptanz/Akzeptabilität

Tabelle 5: Genannte Texteigenschaften auf Ebenen und Stufen

Festzuhalten ist, dass bestimmte Aspekte der Akzeptanzhemmung deutlich hervortraten: Textlänge, Informativität und Wahrnehmbarkeit sind Texteigenschaften, auf die die Zielgruppe achtet, bevor sie sich „für" einen Text bzw. dessen Rezeption entscheidet. Merkmale wie der Mediopunkt oder gewisse textsortenspezifische Formulierungen (z.B. in LS-Texten mit „nämlich") müssen daher bei der Texterstellung in den Blick genommen werden. Im Rahmen einer mittelverständlichen Varietät wie der Leichten Sprache Plus können diese „störenden" Eigenschaften ausgespart werden und andere Optimierungsstrategien eingesetzt werden.

Eine zu stark vom standardsprachlichen Layout abweichende Form kann bei manchen Leser(inne)n wie vermutet zu starker Ablehnung der Texte führen (z.B. durch den Mediopunkt). Dies war in der hier untersuchten Probandengruppe jedoch nur vereinzelt der Fall. Problematisch ist an einer zu großen Diskrepanz eines verständlichkeitsoptimierten Textes zu einem standardsprachlichen in der Folge auch, dass der optimierte Text ggfs. von den Lesenden nicht als an sie adressiert eingeordnet wird und diese die Rezeption desselben gar nicht erst beginnen. In diesen Fällen kann die Verständlichkeit und Wahrnehmbarkeit noch so stark optimiert sein - die Rezipient(inn)en fühlen sich nicht als Zielgruppe des Textes angesprochen und werden diesen in dieser Form folglich auch nicht akzeptieren. Hier zeigt sich, dass die Akzeptanz eines Textes auf jeder Stufe des Rezeptionsprozesses mit einbezogen werden muss, damit dieser gelingen kann. Die Akzeptanz bzw. textseitig die Akzeptabilität muss es als Stufe im Rezeptionsprozess geben (s. Kap. 3 & 4), sie spielt bei allen weiteren Stufen eine Rolle.

Als die Akzeptanz der Texte hemmendes Kriterium stellte sich die *Anstrengung* heraus, die die Adressat(inn)en beim Auffinden, Wahrnehmen, Verstehen und Verknüpfen der Informationen haben bzw. erwarten: Hier kommen wie bereits erwähnt Textsortenerwartungen zum Tragen, die sich sowohl positiv als auch negativ auswirken können. Einerseits sind an Gesundheitsinformationen Erwartungen von fachlichen Inhalten und Fachsprache in einer bestimmten Form (z.B. durch Statistiken) als Qualitätskriterium geknüpft, andererseits sollen diese verständlich aufbereitet sein, damit die Lai(inn)en diese auch nachvollziehen und verarbeiten können. In den betrachteten Fällen konnte eine Motivationsbarriere identifiziert werden, die die Rezeption hemmte oder außerhalb der Interviewsituation sogar dazu hätte führen können, dass die Befragten die Texte gar nicht erst lesen würden (vgl. I11). Die Relevanz von Motivation und ihre Auswirkung auf das Handeln von Menschen zeigt sich hier also deutlich:

> „Motivation concerns energy, direction, persistence and equifinality--all aspects of activation and intention. […] motivation is highly valued because of its consequences: Motivation produces" (Ryan/Deci 2000:69).

Auch die *Verunsicherung* von als lebensbedrohlich empfundenen Inhalten in Gesundheitsinformationen ist eine Besonderheit dieser Textsorte: Darin kann mehr noch als in anderen fachbezogenen Informationen eine Emotionsbarriere auftreten, die die Rezipient(inn)en in ihrem Rezeptionsprozess behindert oder diesen ganz unterbindet. So formuliert beispielsweise der 73-jährige Kupferschmied keine eigenen Ängste, aber schätzt den Parodontitis-Text in Standardsprache als mahnend und Angst auslösend für andere ein (I13, Pos. 14).

Der Emotionsbarriere kann entgegengewirkt werden, wenn die Akzeptabilität der Texte erhöht und mit der „negative[n] Vorerwartung in Bezug auf Verständlichkeit und Lesevergnügen“ (Lang 2021:83) gebrochen wird, zum Beispiel durch eine zugewandte Tonalität des Textes und eine noch stärkere Auswahl der als negativ wahrgenommenen Inhalte. Insbesondere, wenn Vermeidungsstrategien in Bezug auf gesundheitsbezogene Informationen wie bei dem 68-jährigen Vielleser bereits stark verinnerlicht wurden, müssen Gesundheitsinformationstexte angemessen gestaltet sein, um den Rezeptionsprozess überhaupt anzustoßen und die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs zu minimieren.

Gesundheitsinformationstexte bergen deutlicher häufiger als solche anderer Themenfelder die Gefahr, negative Gefühle bei den Lesenden auszulösen und dadurch bedrohlich zu wirken. Insbesondere Themen oder Krankheiten, die vermehrt im Alter auftreten, wie etwa Herzinfarkt oder der hier einbezogene Schlaganfall können negative Emotionen triggern und den Rezeptionsprozess stark beeinflussen: Wird dieser nicht durch Überanstrengung oder zu große Mühe abgebrochen, spielt häufig eine Emotionsbarriere eine Rolle. Diese verhindert den Rezeptionsprozess teils gänzlich (s.o.) oder führt zu einem vorzeitigen Abbruch, obwohl die Lesenden sich meistens über die Relevanz des Themas bewusst sind. Die Tragweite von Emotionen im Kontext von Gesundheitsinformationen wird daran erkennbar. Gerade für ältere Menschen, die einen höheren Bedarf an Gesundheitsinformationen haben, kann die Überwindung einer Emotionsbarriere ausschlaggebend dafür sein, ob sie lebenswichtige Informationen zu einem für sie relevanten Gesundheitsthema bekommen oder nicht. Die Tendenz älterer Menschen zu positiv aufbereiteten Gesundheitsinformationen (Reinhardt 2021:45f.), die hier an einem Beispiel (I22, Pos. 24) aufgezeigt wurde, können Ersteller von Gesundheitsinformationen für sich nutzen: So können über die Betonung von Vorteilen und positiven Aspekten eines bestimmten Gesundheitsverhaltens und eine zugewandte, positive Adressierung der Leser(innen) in Gesundheitsinformationstexten ältere Menschen nachhaltiger erreicht und deren Gesundheitsverhalten in die gewünschte Richtung eher angestoßen werden (Reinhardt 2021:46).

Das Zusammenspiel mehrerer, negativ bewerteter Aspekte wie die kleine Schrift, die zur erschwerten Wahrnehmbarkeit führt, komplexe Inhalte und Fachbegriffe sowie das Voraussetzen eines bestimmten Wissensstandes über die Inhalte, was gemeinsam die Verständlichkeit und Verknüpfungsfähigkeit mindert, sowie die Textlänge und der Formulierungsstil inklusive der Ansprache der Adressat(inn)en befördern zugehörige Barrieren und mindern die Akzeptabilität der Texte. Es wird offenkundig, dass für die Mehrheit der Befragten eine optimierte Wahrnehmbarkeit positiv ist. Die Textlänge sollte ebenfalls nicht zu ausschweifend, aber auch nicht zu kurz sein, sodass die Reduktion der Inhalte nicht dem Verstehen oder der Akzeptanz der Texte auf der Nutzerseite entgegenwirkt. Eine Bündelung der relevanten Kernaussagen zu einem bestimmten Thema in Form von optisch optimierten Passagen erscheint den meisten Befragten sinnvoll und angemessen, da man immer noch Hinweise auf weitere Quellen vermerken kann. Auf diese Weise wird eine schnelle Handlungsorientierung durch den Text ermöglicht. Gleichzeitig können die Lesenden so selbst entscheiden, ob sie nach dem Text noch weitere Informationen zu dem Thema rezipieren und den erhöhten Energieaufwand dafür betreiben wollen. Eine direkte Ansprache, wie sie in den verständlichkeitsoptimierten Textversionen verwendet wurde, kann positiv und negativ aufgefasst werden: Gleichwohl die Tendenz eher positiv ausfällt, empfanden einzelne Befragte die Ansprache und den Formulierungsstil der optimierten Texte als unangemessen. Zudem fühlten sich mehrere Befragte dadurch gar nicht erst als erwachsene Leser(innen) angesprochen. Mit Blick auf diesen Aspekt scheint eine Annäherung an standardsprachliche Formulierungen, die eher in der Leichten Sprache Plus vorzufinden sind, für die Zielgruppe sinnvoll.

Akzeptabilität von Texten bzw. Akzeptanz durch Nutzer(innen) als Stufe im Rezeptionsprozess ist sinnvoll, da darauf Aspekte wie die Textlänge oder die (erwartete) Anstrengung bzw. Mühe beim Lesen verortet werden können. Diese sind für die Zielgruppe relevante Hinderungsgründe, Texte zu lesen

bzw. zu Ende zu lesen. Eine weitere Erkenntnis anhand der hier betrachteten Daten ist jedoch, dass Akzeptabilität und Akzeptanz zusätzlich auch auf allen anderen Stufen im Rezeptionsprozess ansetzen und bedacht werden müssen: Eine erhöhte Wahrnehmbarkeit durch ein optimiertes Layout wirkt sich positiv auf die Gesamteinschätzung eines Textes aus, ebenso erhöhte Verständlichkeit und Verknüpfungsfähigkeit durch inhaltliche Strukturierung und Reduzierung auf die relevantesten Inhalte für eine schnelle Handlungsorientierung sowie die Vermeidung von Fachbegriffen bzw. deren Erklärung. Lediglich einzelne Elemente wie zu kindlich anmutende Bebilderung oder die Verwendung des Mediopunktes führten bei einzelnen Befragten zu verminderter Akzeptanz der Texte. Auch die direkte Ansprache und der Formulierungsstil der Leichten Sprache können im Kontext medizinischer Informationstexte als unangemessen empfunden werden. Allerdings konnte hier nicht festgestellt werden, dass Elemente wie der Mediopunkt oder die Bebilderung bei der Mehrheit der Befragten auf verminderte Akzeptanz stieß. Somit treten durchschnittlich andere Aspekte bzgl. der Akzeptanz und Akzeptabilität für die Zielgruppe in den Vordergrund, wie eine als angemessen empfundene Textlänge und Informativität sowie eine übersichtliche Strukturierung der Inhalte und eine Reduzierung der Komplexität und Fachsprache. In der Tendenz nehmen die Zielpersonen Texte eher an sie selbst gerichtet wahr, wenn diese in Aufmachung und Inhalt ihre Gewohnheiten und Erwartungen bedienen und sich an standardsprachliche Texte annähern, wie es hier jene in Leichter Sprache Plus taten. Somit lässt sich festhalten, dass Akzeptanz und Akzeptabilität mit Blick auf die bewerteten Texte auf den Stufen Wahrnehmbarkeit, Verständlichkeit, Verknüpfungsfähigkeit ansetzen. Durch die Aussagen zu den medialen Mediennutzungsgewohnheiten der Befragten lässt sich zudem schlussfolgern, dass Akzeptanz und Akzeptabilität weiterhin auf der Stufe der Auffindbarkeit/des Auffindens relevant ist und es bei Mangel daran auch dort schon zu einem vorzeitigen Abbruch der Rezeption kommen kann (Kröger/Keller 2023). Die Relevanz von Akzeptanz und Akzeptabilität für den Rezeptionsprozess wird durch die vorliegende Untersuchung deutlich.

Menschen im erhöhten Lebensalter finden Texte akzeptabel, die ihre Gewohnheiten bedienen: Lesegewohnheiten medialer Art, Erwartungshaltungen gegenüber Textsorten („die gewohnte Art von Texten“ (I02, Pos. 34)) oder auch in Bezug auf das eigene – gewohnte und gewollte – Selbstbild („da bin ich zu anspruchsvoll“ (I17, Pos. 15)). Die Rezeption von Texten sollte möglichst wenig Anstrengung oder Aufwand erfordern, damit nicht zu viel Ressource aus ihrem gesamten Energiehaushalt dadurch beansprucht wird („[E]s gibt Dinge im Leben, wo man froh ist, wenn irgendwas einfach ist […] ich hab keine Lust auf irgendsolche und äh auf komplizierte irgendwelche Komplikationen“, I07). Informationen sollen relevant, klar und in Textlänge und Ausführlichkeit der Informationen angemessen sein (vgl. Grice 1975), um die Adressat(inn)en möglichst unaufwändig zu informieren und diese trotzdem durch die gegebenen Informationen handlungsfähig zu machen.

Das, was De Beaugrande und Dressler 1981 in Bezug auf Textproduzenten feststellen, lässt sich anhand der Aussagen der hier betrachteten Zielgruppe auch auf ältere Nutzer(innen) übertragen: Durch das Befolgen der Griceschen Maximen wollen diese „mit einem Minimum an unnötigem Aufwand und an Störungen [] kommunizieren“ (De Beaugrande/Dressler 1981:129). Somit ist es sinnvoll, bei der betrachteten Zielgruppe den Blick von der Gesamtverstehensressource auf die Gesamtressource i.S. des gesamten Energiehaushalts der Rezipient(inn)en zu verlagern: Diesen gilt es zu schonen, damit Texte für ältere Menschen funktional sein können. Die *Bereitschaft*, sich mit einem Text zu beschäftigen, hängt mit der Motivationsbarriere zusammen (Lang 2021): Diese kann auf jeder Stufe im Rezeptionsprozess auftreten und die Nutzung hemmen. Allem voraus geht die Bereitschaft auf der ersten Stufe im Rezeptionsprozess, dem Auffinden von Informationen, sich über das gegebene Medium, über das sie bereitgestellt werden, zu informieren (hierzu ausführlich Kröger/Keller 2023).

Weiterhin ließ sich nutzerseitig bestätigen, dass Emotionsbarrieren besonders bei vermeidenden Rezeptionstypen auftreten und den Prozess beeinträchtigen können, sowohl bereits vor dem

eigentlichen Lesen (beim Auffinden oder Wahrnehmen bestimmter Informationen) als auch inmitten des Leseprozesses (beim Verstehen, Verknüpfen und Akzeptieren). Themen, die potenziell bedrohlich für die eigene Lebenswelt wirken, bzw. Texte, die diese behandeln, werden von Vermeider(inne)n (Link 2021:11; Kap. 4.1) mit hoher Wahrscheinlichkeit als inakzeptabel befunden und nicht (zu Ende) rezipiert. Hier ist besonderes Feingefühl bei der Texterstellung vonnöten, um vermeidende Leser(innen) der Zielgruppe zu erreichen.

Eine weitere Hürde, die textseitig bedingt ist, kann der Informationskanal bzw. das Medium sein, über die ein Text bereitgestellt wird. Dann können Barrieren beim Auffinden, in der Handhabung (z.B. durch eine Computermaus oder die generelle Bedienung eines technischen Geräts) und beim Akzeptieren auftreten. Da Gesundheitsinformationen vermehrt online angeboten werden und die Mediennutzung hier mit erhoben wurde, wird dieser Aspekt noch einmal separat in Kap. 8 aufgegriffen (s. Kap. 8.1).

Mit Blick auf das Konzept Gesundheitskompetenz kann festgehalten werden, dass die Bedienung der Bedürfnisse und Präferenzen älterer Rezipient(inn)en vor allem auch vor deren „Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle“ (Soellner et al. 2010:109) gedacht werden muss. Diese Fähigkeit zählt nach Soellner et al. (2010) zur individuellen Gesundheitskompetenz und verschränkt sich an dieser Stelle wieder mit den textseitigen Eigenschaften aus der Barrierefreien Kommunikation. Wenn das Bedürfnis, weniger Anstrengung beim Lesen eines Textes zu haben, durch Optimierungsstrategien auf der Ebene der Wahrnehmbarkeit und Verständlichkeit, aber auch schon vor dem Lesen beim Auffinden des Textes durch barrierefreie Angebote gestillt werden kann, steigert das die Akzeptanz der Texte und den Erfolg der Rezeption. Genauso relevant sind die von Soellner et al. (2010) genannten Gefühle für die Gesundheitskompetenz der Menschen, die aus Sicht der Barrierefreien Kommunikation hier bereits behandelt wurden: So erhöhen negative Gefühle wie Verunsicherung oder Angst (s.o.) vor oder bei der Rezeption die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs derselben und müssen folglich unbedingt Beachtung bei der Erstellung akzeptabler Gesundheitsinformationen erhalten.

Im Folgenden werden die Erträge bezüglich der Facetten der Gesundheitskompetenz erörtert.

7.6 Facetten der Gesundheitskompetenz

In der vorliegenden Studie wurden Facetten der Gesundheitskompetenz mit Blick auf das Modell von Sørensen et al. (2012:3, s. Kap. 2) betrachtet, z.B. Erfahrungen bei der Informationssuche und -bewertung von Rezipient(inn)en (zur Unterstützung der Informationssuche, des Verstehens, der Beurteilung und der Anwendung von Informationen für Patient(inn)en durch Pflegefachpersonen s. Messer/Murau 2022). Diese geben im Zusammenspiel mit den Erkenntnissen aus der Auswertung der Textbewertungen Aufschluss darüber, auf welchen Stufen des Rezeptionsprozesses von Gesundheitsinformationen (Maaß/Rink 2019:24; Sørensen et al. 2012:3; Bitzer/Sørensen 2018:256) für die Zielgruppe verstärkt Schwierigkeiten auftreten. Weiterführend soll aufgezeigt werden, wie diese Schwierigkeiten von den Proband(inn)en wahrgenommen bzw. beschrieben werden und welche Folgen in Bezug auf (verständlichkeitsoptimierte) Gesundheitsinformationstexte daraus resultieren. Wird der Rezeptionsprozess aufgrund dieser Schwierigkeiten an einer Stelle erschwert oder abgebrochen, ist das erfolgreiche Meistern der restlichen Stufen (Maaß/Rink 2019:24) gefährdet oder bleibt aus. Die in den Daten identifizierten Barrieren und der Akzeptanz der Texte entgegenstehenden Punkte werden durch die zusätzlich erhobenen Aspekte aus der Perspektive der Public Health ergänzt, wie die Wahrnehmung von Gesundheit allgemein, das Vertrauen in Ärzt(inn)e(n) und andere medizinische und pharmazeutische Fachpersonen sowie die Vertrauenswürdigkeit verschiedener Informationsquellen. Die Zusammenführung der Erkenntnisse für beide Disziplinen, die Übersetzungswissenschaft und die Public Health, ermöglichen Rückschlüsse darüber, welche Faktoren

zu- oder abträglich dafür sind, verständliche, akzeptable und angemessene Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter zu gestalten. So sollen potenzielle Barrieren und die Akzeptanz gefährdende Aspekte bei der Gestaltung von Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe vermieden werden, um mehr Menschen zu erreichen, angemessen zu informieren und schlussendlich handlungsfähig zu machen.

Das **Thema Gesundheit** ist für fast alle Befragten von großer Relevanz. Lediglich 3 Personen (I3, I5, I11) gaben an, dass es ihnen nur mittelmäßig wichtig sei. Alle anderen Befragten befanden das Thema Gesundheit als (sehr) wichtig. Auch in der sozialen Interaktion mit Bekannten, Familie und Freund(inn)en spielt der Austausch darüber bzw. auch über (chronische) Erkrankungen eine große Rolle, wie eine 91-Jährige angibt:

> B: es gibt einen großen Freundeskreis //mhm// und wir unterhalten uns ja über sowas [Schmerzmittel] auch. da sind ( ) viele alt, so alt wie ich meistens nicht //mhm// aber dann auch ein bisschen jünger, mit Ende achtzig ist man ja auch schon ziemlich alt //mhm// und naja man tauscht dann auch so seine Wehwehs aus //mhm// aber nach Möglichkeit spricht man nicht nur über Krankheiten //ja// es gibt ja Interessanteres auch." (91, w, Abitur)

Soziale Beziehungen auch im Alter zu unterhalten, benennt die WHO (2015:184ff.) als einen der Werte, die Menschen in ihren (Gesundheits-)Entscheidungen leitet.

Für die Befragte 91, w, Abitur hat das Thema Gesundheit eine gleichbleibend hohe Bedeutung im Lebensverlauf, auch über geschichtliche Ereignisse (1. Weltkrieg) hinweg. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil wurde von klein auf erlernt. Wie die Befragte im Interview später erläutert, spielt das Thema auch heute, in ihrer aktuellen Lebensphase noch eine wichtige Rolle: So tauscht sie sich mit Freund(inn)en auch über Gesundheit und Krankheit bzw. den Umgang mit (chronischer) Krankheit im aktuellen Lebensalter aus.

Die Befragte 78, w, Volksschule berichtet von einem Wandel der Bedeutung des Themas Gesundheit in ihrem Lebensverlauf:

> „das ist mir wichtiger geworden, weil man- vorher hat man nicht so dran (.) nicht drauf reagiert und so weiter, man hat das laufen lassen und ich mein, ich möchte ja auch noch ein bisschen länger leben, was davon haben mit allem Drum und Dran und deswegen ist die Gesundheit auch ganz gut und (.) und jetzt hab ich richtig etwas, dass man auch was dafür tun muss (.) nicht alles nur so schleifen lässt (.)"

Sie bereut im Interview mehrfach, dass sie Chancen in anderen Lebensphasen versäumt hat, ihre Gesundheit zu schützen bzw. zu fördern (Zahnpflege schleifen lassen, rauchen). Umdenken in dieser Lebensphase, da Lebenslust da ist und sie „mit allem Drum und Dran" ihre Lebenszeit auskosten möchte. Sie berichtet aus diesen Gründen auch von einem stark gesteigerten Interesse an Gesundheitsinformationen in ihrer aktuellen Lebensphase: „[W]as ich früher, in den ersten Jahren und so weiter nicht getan habe, nicht nach gelebt habe ((einatmen)) aber jetzt halte ich mich auch da dran. ich hab die Angewohnheit, dass ich solche Texte eigentlich immer lese."

Dem Befragten 68, m, Lehre ist das Thema Gesundheit hingegen „nicht besonders" wichtig. Auch sein Interesse an Gesundheitsinformationen ist gering: „grobes Wissen ist gut. aber detailliert nicht. […] also ich bin keiner, der vorsorgt…weil ich der Meinung bin, dass Vorsorge mehr krank macht" als gesund. Hier handelt es sich also um eine aktive Vermeidung von (zu vielen) Gesundheitsinformationen als Schutzmechanismus, um unangenehmen Gefühlen wie Angst und Bedrohung, die durch die Rezeption ausgelöst werden könnten, aus dem Weg zu gehen (vgl. Baumann/Hastall 2014:355ff.). Hier

greift also eine Emotionsbarriere bereits vor dem Auffinden der Informationen (s.u. Abschnitt zur Auswertung der Barrieren).

Auch eine weitere Befragte, 71, w, Lehre, berichtet von einer aktiven Vermeidung relevanter Gesundheitsinformationen: „@ist so allgemein@ äh ja dann informiere ich mich aber schon, aber dann denke ich doch mach das doch wieder aus hier, oder hör auf da rumzugooglen, das verunsichert dich nur noch mehr, ne." Nach Link handelt es sich hierbei um eine aktive Informationsvermeidung: Diese ist im Gegensatz zur passiven Nicht-Nutzung eine aktive Entscheidung, sich nicht mit persönlich relevanten, potenziell unerwünschten Informationen auseinanderzusetzen, um etwa eine angenommene emotionale Belastung zu umgehen (Link 2022:3; s. Kap. 4.1). In den Worten von Rink (2020) und Lang (2021) liegt hier eine Emotionsbarriere vor, die die Informationssuche stoppt, um unangenehme Emotionen in der Auseinandersetzung mit gefundenen Informationen zum Suchthema gar nicht erst aufkommen zu lassen. Damit verhindert die Emotionsbarriere in diesem Fall den Rezeptionsprozess direkt zu Anfang, noch vor dem erfolgreichen Auffinden der Informationen (Maaß/Rink 2019:24).

Somit kann bei diesen beiden Befragten eine starke Emotionsregulation zum Positiven, der *Positivity Effect/Bias* (Kennedy et al. 2004), festgestellt werden (Reinhardt 2021:41f.; Carstensen et al. 1999). Dies ergänzt die von Lang (2021) benannte Emotionsbarriere im Modell von Maaß/Rink (2019:24), die für diese Befragten in den gelesenen Texten gegeben zu sein scheint. Insbesondere potenziell stark bedrohliche Themen wie Schlaganfall wie in den beiden hier erläuterten Beispielen erfordern daher ein besonderes Augenmerk bei der Texterstellung und dem Aushebeln von zu negativen Formulierungen, die bestimmte Leser(innen) direkt abschrecken könnten.

Zum **subjektiven Gesundheitserleben** lässt sich feststellen, dass die Befragten häufig Bezug auf ihr Alter nehmen („altersentsprechend", s.u.), wenn sie ihren Gesundheitszustand beschreiben und diesen mit anderen Erwartungen als in vergangenen Lebensphasen verknüpfen: Die Befragte (91, w, Abitur) relativiert die Einschätzung des Gesundheitszustands durch die aktuelle Lebensphase bzw. die Hochaltrigkeit und stuft diese hoch zu „ausgezeichnet":

> „Naja, für das hohe Alter natürlich ausgezeichnet, nich', wer kann schon dann eine halbe Stunde mit dem Gehwagen abends nochmal spazieren gehen //ja// und wer kann (.) wer kann das alles, nich'? und das Oberstübchen funktioniert bis auf viele Löcher eben auch noch einigermaßen […] und manches geht eben nicht, na, dann geht es eben nicht."

Trotz altersbedingter Einschränkungen (wie das langsamere und mühsame Vorankommen bei Haushaltsdingen, Beschwerden an Hüfte und Beinen etc.) bewertet sie ihr Leben als sehr positiv: Sie schätzt ihr vertrautes Wohnumfeld mit der Möglichkeit, in den Garten oder spazieren zu gehen, ist von Familie (Tochter) umsorgt und mit Bekannten und Freunden in Kontakt, verfügt also über ein stabiles soziales Umfeld. Soziale Beziehungen auch im Alter zu unterhalten, benennt die WHO (2015:184ff.) als einen wichtigen Punkt für gesundes Altern.

Die Befragte bewegt sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten, ist aktiv und schätzt auch ihre kognitive Leistungsfähigkeit noch als funktional ein. Sie hat ein starkes Bewusstsein über ihre aktuelle Lebensphase und die damit verbundenen individuellen Einschränkungen der Gesundheit, hat aber gleichzeitig einen für sie selbst erfolgreichen Umgang (Bewältigungsstrategie Akzeptanz) damit gefunden. Ihre Bewältigungsstrategie ist also die hohe Akzeptanz für die altersbedingten gesundheitlichen Einschränkungen: „[M]anches geht eben nicht, na, dann geht es eben nicht."

Diese Akzeptanz und ihr aktiver Lebensstil, den sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten führt, sowie das positive subjektive Gesundheitserleben verschaffen ihr eine hohe Lebensqualität und neben der

familiären Unterstützung eine große Selbstbestimmtheit, ihr Leben auch im höchsten Alter selbst so zu gestalten, wie sie es möchte. Sie kommt damit dem nahe, was die Gesundheitspsychologie als Schlüssel zum „gesunden Altern“ bezeichnet, Zufriedenheit empfinden zu können und sich realistische Ziele im Alltag zu stecken (Petermann/Roth 2006:246).

Es bleibt festzuhalten, dass im höheren und höchsten Lebensalter ein anderes Verständnis von „Gesundheit“ als in anderen Lebensphasen herrscht: Hier kann Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit betrachtet werden, sondern muss als Grundlage für eine Qualität des Lebens wahrgenommen werden (Blüher/Kuhlmey 2016:321), die, wie die Befragten häufig selbst angaben, jeweils „dem Alter entsprechend“, ist (ebd.). Für die hier betrachtete Zielgruppe kann festgestellt werden, dass insbesondere für die hochaltrigen Altersgruppen (über 80 sowie über 90 Jahre) eine Form der Gesundheitskompetenz gerade auch darin besteht, dass sie trotz altersbedingter Einschränkungen – ob chronisch oder akut – ihren Alltag erfolgreich bewältigen können. Auf diese Weise erhalten sie sich mehr Lebensqualität durch das positive subjektive Gesundheitserleben (Wurm et al. 2009:80) und lassen sich von den Erkrankungen in ihrem psychischen Wohlbefinden nicht (zu sehr) einschränken.

Nebenbeobachtungen, die sich mit Blick auf den fachlichen Hintergrund von zwei Befragten ergaben, waren folgende: Bei der Berufsgruppe der Ärzte bzw. Ärztinnen, von denen zwei Personen (eine Frau, ein Mann) in der Gruppe der Hochaltrigen (Ü90) an der Studie teilgenommen haben, war ein starkes Interesse an Gesundheit und Medizin über das ganze Leben bis zum Zeitpunkt der Befragung vorhanden. Nach eigenen Aussagen konsultieren beide noch regelmäßig Fachliteratur und weitere Quellen, da die Auseinandersetzung mit den Themen Gesundheit und Krankheit auch im sehr hohen Lebensalter und trotz erschwerter Lesebedingungen (Frau berichtet darüber, dass das Lesen ihr schwerfalle und sie daher dabei nur langsam und angestrengt vorankomme, Leselupe und Lupenbrille im Einsatz) weiterhin eine konstante Rolle spielt. Zudem berichtet der Mann, dass er gerne Gesundheitssendungen im öffentlich-rechtlichen Fernsehen sehe. Die Ärztin betont, dass sie vor allem wissenschaftlich fundierte Informationen aus dem Ärzteblatt lese und beispielsweise Informationen in Fernsehsendungen für wenig vertrauenswürdig halte, da dort oft kommerzielle Interessen dahinter stünden.

Bei der Einschätzung der Texte wurde der Standardtext von beiden Expert(inn)en als zu schwierig für Lai(inn)en eingeschätzt (Laie/Laiin brauche „Durchhaltevermögen“, um das alles zu lesen, standardsprachlicher Text gehöre ins Ärzteblatt, nicht in die Apotheken Umschau).

Die Ärztin (92 Jahre) reagiert stark auf die sprachliche Vereinfachung des Leichte-Sprache-Plus-Textes und lacht über folgende Sätze: „Diese Menschen kennen sich sehr gut aus mit Schlaganfällen. Im Krankenhaus wird der Schlaganfall behandelt […]“ (Schlaganfall_LS+, S. 3). Sie kommentiert diese mit einem ironischen „ja, natürlich“ und „Das würde ich ein bisschen anders ausdrücken“, was ihr Unverständnis für die Beschaffenheit des Textes verdeutlicht. Das Lachen und der ironische Tonfall bei „ja, natürlich“ unterstreichen zudem, dass der Text für sie scheinbar nicht ernst zu nehmen oder gar bevormundend ist, da er an dieser Stelle den Lesenden unterstellt, nicht zu wissen, dass die Mitarbeiter(innen) im Krankenhaus sich gut mit diesem Thema auskennen und dass der Schlaganfall dort behandelt wird. Die Angemessenheit des Textes ist für sie also zu hinterfragen (s. Kap. 7.3.2)

Der Leichte-Sprache-Text, der beim Thema „Schlaganfall“ etwas länger als der Leichte-Sprache-Plus-Text ausfällt, wird von beiden Befragten für die Bebilderung gelobt. Dieser Text sei „ein Mittelding“ zwischen dem ersten und dem zweiten Text, obwohl er sich sprachlich und auch gestalterisch noch strenger an die Regeln der Leichten Sprache hält. Der vorangegangene Text war der Ärztin zu knapp in den Informationen. Zudem lobt die Befragte, dass der Leichte-Sprache-Text keine medizinischen

Fachausdrücke enthalte, mit denen ein medizinischer Laie nichts anfangen könne. Insgesamt bewertet sie diesen Text als am besten, während der standardsprachliche Text zu viele Wiederholungen aufweise und zu ausführlich sei, was Lai(inn)en abschrecken könnte.

Die beiden fachkundigen Befragten stimmten also bezüglich der Zugänglichkeit der Informationen für (gleichaltrige) Lai(inn)en in den genannten Punkten überein und tendierten sogar zu den strenger reglementierten und maximal vereinfachten Texten für ein Laienpublikum. Zudem hatten beide bis ins hohe Alter ein starkes Interesse an der Rezeption von fachlichen Informationen.

Nachfolgend werden die Erträge der Arbeit zusammengefasst.

8. Erträge der Arbeit

Im Folgenden werden die Erträge der Arbeit gebündelt dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse zu Medienzugang, -kompetenzen und -präferenzen bezüglich Online-Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe älterer Menschen zusammengetragen. Danach folgt eine theoretische Verdichtung zum Konzept der „Distinktion“ nach Bourdieu (1982), welches sich in der Analyse der Daten als relevant für die Auswertung einzelner Fälle erwies. Im Anschluss werden die zu Anfang gestellten Forschungsfragen beantwortet. Schlussbetrachtung und Ausblick beschließen das Kapitel und damit auch die Arbeit. Es wird in aller Kürze resümiert, was aus der vorliegenden Studie mitgenommen werden kann und welche Desiderata es in Hinblick auf verständliche und akzeptable Gesundheitsinformationen für die Zielgruppe gibt.

8.1 Online-Gesundheitsinformationen: Medienzugang, Medienpräferenzen, Medienkompetenzen

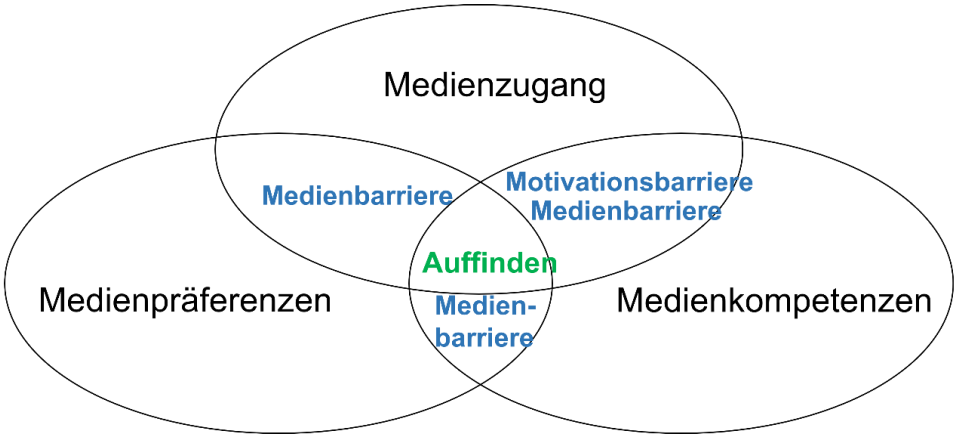


Abbildung 31: Zusammenhang von Medienzugang, -präferenzen und -kompetenzen mit potenziellen Barrieren auf dem Weg zum erfolgreichen Auffinden von Informationen (Keller 2022)

Die Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen Zugang, Präferenzen und Kompetenzen in Bezug auf Medien(-inhalte). Inhalte können nur dann erfolgreich aufgefunden werden, wenn der Zugang gegeben ist und das Medium, das diese Inhalte anbietet, mit den Präferenzen und Kompetenzen des Nutzers/der Nutzerin übereinstimmen. Nur, wenn sich die Präferenzen und Kompetenzen der Rezipient(inn)en mit der Zugangsmöglichkeit überschneiden (die stärker als die beiden erstgenannten Aspekte von äußeren Faktoren wie dem soziotechnischen Setting in der potenziellen Nutzungssituation abhängen kann, s. Kap. 2), wird die Medienbarriere (und im Falle unterschiedlicher Medienpräferenzen ebenfalls die Motivationsbarriere) den Rezeptionsprozess nicht behindern (zu den Barrieretypen s. Rink 2020, Lang 2021). Tritt bei einem der drei Aspekte eine Medien- (oder

Motivations-)Barriere auf, wird das erfolgreiche Auffinden, Wahrnehmen, Verstehen und vor allem die Akzeptanz des Kommunikationsangebots nicht erfolgen und der/die Rezipient(in) wird nicht in der Lage sein, auf Grundlage der rezipierten Informationen zu handeln (vgl. Maaß/Rink 2019:24).

Mit Blick auf vermehrt online angebotene Informationen wie auch den hier vorgelegten Texten der Apotheken Umschau, stellt sich in Bezug auf die Zielgruppe der älteren Menschen und den existierenden Zahlen zu deren Internetnutzung (Destatis 2021; Bonfadelli 2019:353) also die Frage, inwiefern das Auffinden von Online-Gesundheitsinformationen sichergestellt werden kann oder aber andere Übermittlungswege gefunden werden müssen. Das erfolgreiche Auffinden (1. Stufe des Modells von Maaß/Rink 2019:24) bzw. das Finden von Gesundheitsinformationen (vgl. Sørensen et al. 2012:3) lässt sich mit der Auswahl eines Mediums – beim Internet in Anlehnung an die Kategorien des *Digital Divide* in Abhängigkeit des Zugangs, der Kompetenzen und Präferenzen – verschränken: Allem voran steht die **Bereitschaft**, ein Medium wie das Internet mit seinen Chancen und Herausforderungen in Zugang und erforderlichen Kompetenzen tatsächlich zu *nutzen*.

Abbildung 32: Stufen zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen für ältere Internetnutzer(innen) (Keller 2022:107)

Ist die Bereitschaft nicht gegeben, gleich, aus welchen Gründen, so wird es nicht zur Mediennutzung kommen. Ist eine Person bereit dazu, das Internet zu nutzen, ist dies der erste Schritt zur tatsächlichen Nutzung. Die Bereitschaft umfasst die Präferenzen und die Motivation des Nutzers/der Nutzerin: Wenn er oder sie nicht gerne online geht, wird die Nutzung an dieser Ablehnung scheitern, selbst wenn der Zugang und die Kompetenz(en) zur Nutzung gegeben wären. Ist ein(e) Rezipient(in) jedoch bereit, das Internet zu nutzen, ist der nächste Schritt, der Zugang, zu betrachten. Ist auch der Zugang gegeben, gibt es eine Internetverbindung und ein Gerät, mit dem man online gehen kann, kann der nächste Schritt erfolgen: Der/die Rezipient(in) muss kompetent genug sein, das Medium zu nutzen, darin zu navigieren und Informationen zu suchen und abzurufen. Werden all diese Schritte erfolgreich bewältigt, erfolgt die tatsächliche Nutzung von Online-(Gesundheits-)Informationen und eine Medienbarriere durch das Medium selbst, das ggf. nicht zugänglich genug für Rezipient(inn)en ist (Rink 2019:32, 59; vgl. ebd. 2020), tritt auf der Stufe des Auffindens in Hinblick auf das Medium Internet nicht auf. Präferenzen bilden sich aus, indem positive Erfahrungen mit einem bestimmten Medium gemacht werden. Bei den Präferenzen spielt auch das Vertrauen eine Rolle: Vertrauen besteht aus den positiven Erwartungen (Link 2019:51), die jemand gegenüber einem bestimmten Inhalt, einer bestimmten Person oder eben einem bestimmten Medium hat. Somit würde bei wiederholter erfolgreicher Nutzung eines Mediums mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Präferenz für dieses

Medium ausgebaut, was wieder zu einer verstärkten Nutzung führen würde. Genauso können im Umkehrschluss negative Erfahrungen oder einfach eine negative Erwartungshaltung dazu führen, dass sich Personen in ihrer Ablehnung gegenüber einem Medium bestärkt fühlen, wie dies bei den oben beschriebenen Befragten auftrat.

Unabhängig von der Bereitschaft, die zur Nutzung führen kann, ist die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit eines Mediums bzw. einer Informationsquelle allgemein unter den Befragten. Sowohl unter den Internetnutzer(inne)n als auch unter jenen, die das Medium nicht nutzen, werden Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit des Mediums geäußert. Die Nutzung oder Nicht-Nutzung des Internets ist also nicht ausschlaggebend dafür, dass das Medium insgesamt als eher oder weniger vertrauenswürdig eingeschätzt wird. Dies unterstreicht die neben den Herausforderungen in der Nutzung von Hypertexten bestehende Schwierigkeit der Bewertung von Onlineinhalten durch die Nutzer(innen) hinsichtlich der Seriosität, Intention und Qualität, die bereits von verschiedenen Autor(inn)en herausgestellt wurde (Koch 2017:57; Schaeffer et al. 2021:68; vgl. Feldwisch-Drentrup/Kuhrt 2019).

8.2 Theoretische Verdichtung: Distinktion als Stolperstein der Akzeptanz von leichten Texten?

In diesem Kapitel sollen die eben erörterten Auswertungsdaten noch einmal theoretisch verortet werden. Durch das induktive Vorgehen hat sich Bourdieus Ansatz zur Distinktion als relevant herausgestellt, um die Aussagen einiger Befragter besser einordnen zu können.

Wie auch schon Zurstrassen vorgestellt hat, spielt der Distinktionsgedanke bei potenziellen Leichte-Sprache-Adressat(inn)en eine Rolle (s. Kap. 4). Im Duden (2021: *Distinktion*) wird Distinktion als Unterscheidung und weiterhin als „besondere Vornehmheit, durch die sich jemand oder etwas auszeichnet“ bzw. „das Sichunterscheiden, Sichabheben von anderen“ definiert (vgl. Dazert 2017:47).

Bourdieu (2005:39) definiert Distinktion als Unterschied, der sich stets nur „in Beziehung zu anderem“ beschreiben lässt:

> „Im Grunde heißt „distinguiert“ sein: „nicht populär“ sein - und sonst nichts. Per Definition sind die unteren Klassen nicht distinguiert; sobald sie etwas ihr eigen nennen, verliert es auch schon diesen Charakter. Die herrschende Kultur zeichnet sich immer durch einen Abstand aus“ (ebd.).

Geschieht Distinktion nun aber automatisch oder bewusst zur Darstellung einer Erhabenheit gegenüber anderen Lebensstilen (Dazert 2017:47)? Bourdieu (1993:24) plädiert dafür, dass „wirklich distinguierte“ Menschen sich nicht darum kümmerten, distinguiert zu sein, sodass Distinktion also „ohne bewusste Intentionen“ (Dazert 2017:47) erfolgt. „Der wahre Bourgeois zeichnet sich folglich durch ein Streben nach Eleganz und Distinktion, ohne die Absicht zu dieser, aus. Ein demonstrativer Konsum [...] würde somit dieser Definition entgegenstehen“ (ebd. 49).

Bourdieu (1982:108) beschreibt jedoch „Absicht und Wille“ der oberen Klassen zur Distinktion, welche mit dem Wunsch verbunden ist, sich von anderen abzugrenzen, nicht populär zu sein, einen Abstand zu anderen zu haben und diesen Abstand mittels sozialer Schließung zu wahren (Dazert 2017:49). Somit lässt sich zwischen bewusster (und mit Konsum verbundener) und automatischer Distinktion unterscheiden, wobei letztere als eine zwangsläufige Folge in einer differenzierten Gesellschaft zu verstehen ist, die durch „unterschiedliche Verteilung von Gütern, unterschiedlicher Lebensarten und -stilen, Handlungsmustern etc. geprägt ist“ (Dazert 2017:49).

Distinguierende Faktoren dienen nach wie vor zum Schutz der Gruppen- bzw. Selbstidentität und unterstützen die Selbstbehauptung und Selbstdarstellung (Dazert 2017:50). Distinktionen können in der modernen Gesellschaft sogar als Mittel zur Selbstverwirklichung i.S. der Individualisierung dienen

(Dazert 2017:51). Das „Streben nach Andersartigkeit und Abhebung von anderen“ (ebd.) ist eng mit der Identität des Menschen verbunden: „Eine Differenzierung von bzw. zu anderen Menschen ist notwendig, um zu erkennen, wer man ist, wer man sein oder eben nicht sein möchte und zu welchen Menschen man gehört bzw. gehören möchte oder eben nicht“ (ebd.).

In der Gesellschaft stehen sich Menschen stets mit ihren Unterschieden gegenüber: Sie sind als Bedeutungsträger gemeinsam in einem Raum symbolischer Distinktionen, die als „Unterscheidungsmerkmale, als stilistische Abstände innerhalb von Differenzsystemen“ (Bourdieu 1993:25) dienen (vgl. Dazert 2017:51).

Neben der Andersartigkeit ist aber auch die Höherwertigkeit zentral (Müller 1995:930). Der Mensch strebt nach Differenz und Distinktion (vgl. Dazert 2017:52). Die soziale Welt als symbolisches System ist folglich durch Differenz, differentielle Abstände und durch Distinktionen gekennzeichnet (Bourdieu 1985:20f.; vgl. Dazert 2017:52). Überlegenheit und Andersartigkeit werden über „symbolische Repräsentationen“ demonstriert (ebd.); Distinktion wird dabei als symbolisches Kapital gesetzt (Bourdieu 1985:22).

Distinguierte und damit Elitäre der Gesellschaft zeichnen sich durch ihre Quantität i.S.v. *Minderheit* aus, durch ihre Qualität i.S.v. *ökonomischer* (Besitz), *kultureller* (inkorporierter, objektivierter und institutionalisierter) und/oder *geistiger* (z.B. durch Bildung) *Überlegenheit* oder ihre *soziale Funktion* bzw. *Position* (Macht- oder Führungsposition) aus (Dazert 2017:54f., 57). Hiermit kann auch symbolisches Kapital, z.B. als Prestige in der Gesellschaft, gemeint sein (ebd. 57). Distinguierte unterscheiden sich gegenüber anderen Mitgliedern der Gesellschaft in ihrem distinktiven Habitus, ihrem Geschmack und dem damit verbundenen Lebensstil (ebd. 56).

Dazert (2017) stellt soziale Ungleichheit als Quelle der Distinktion dar: Durch einen ungleichen Zugang zu sozialen Positionen, die mit unterschiedlichen Handlungs- und Lebensbedingungen verbunden sind, werden die Chancen, bestimmte Lebensziele umsetzen zu können, begünstigt oder beeinträchtigt (ebd. 41f.; vgl. Solga/Berger/Powell 2009:15; Kreckel 2004:17).

Nach Bourdieu (1985:20f.) kann die soziale Welt als symbolisches System modelliert werden, das durch differentielle Abstände strukturiert ist, welche zu „signifikanten Unterscheidungen, Distinktionen werden“ (ebd.). Die Bedingungen in der sozialen Welt werden also durch unterschiedliche Formen und Verteilungen von gewissem Kapital bestimmt (Dazert 2017:45). Soziale Ungleichheit entsteht durch die ungleiche Verteilung von Gütern (ebd.): So betrachtet Bourdieu (1985) Güter wie Macht, Prestige, materiellen Wohlstand und Bildung als Dimensionen für den sozialen Status und damit verbunden für soziale Ungleichheit (vgl. Dazert 2017:45).

Bourdieu (1982:196) unterscheidet also zwischen ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital. Diese Kapitalsorten sind unterschiedlich zwischen verschiedenen sozialen Klassen verteilt: Ganz oben, in der herrschenden Klasse, sind das Besitz- und Bildungsbürgertum angesiedelt, in der Mitte befindet sich das Kleinbürgertum, das nach sozialem Aufstieg strebt, ganz unten befindet sich die Volksklasse, die von den oberen Klassen beherrscht wird (ebd. 1997:210; Dazert 2017:80). Je nachdem, über welche Art und Menge von Kapital Menschen verfügen, haben sie eine bestimmte Stellung in der Gesellschaft inne, die z.B. sehr privilegiert sein kann: In einem „höheren Rang“ (Bourdieu 1982:404) heben sich die Menschen vom Gewöhnlichen ab (ebd.; vgl. ebd. 197f.; Dazert 2017:81). Die Gesellschaft und die Beziehungen untereinander sind also stets durch ungleiche Machtverhältnisse bestimmt (ebd. 81f.). Diese gehen auf den Besitz von Kapitalarten zurück, welche die individuellen Ressourcen eines Menschen widerspiegeln und damit Distinktionsbeziehungen begründen (vgl. Dazert 2017:82).

Im Rahmen dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass für einige Befragte vor allem das kulturelle Kapital von Bedeutung ist: Bildung, aber auch Geschmack, Manieren, Haltungen etc. lassen sich dem kulturellen

Kapital zuordnen (Bourdieu 1983:185ff.; Dazert 2017:84f.). Bildung stellt ein wichtiges Instrument der Distinktion dar (vgl. Dazert 2017:85): Kulturelles Kapital, das z.B. in der bestmöglichen (Aus-)Bildung besteht, verleiht den innehabenden Personen einen *Seltenheitswert* (Bourdieu 1983:187). Darüber wird „soziale Ungleichheit weiter reproduziert und erhalten" (Dazert 2017:85).

Beim kulturellen Kapital ist zwischen dem *inkorporierten* und dem *objektivierten* Kulturkapital zu unterscheiden (Bourdieu 1983:186f., 188f.). Die inkorporierte Form des kulturellen Kapitals wird von Bourdieu (1983:187) als Bestandteil des „Seins" einer Person und ihres Habitus gesehen. Sie steht der objektivierten Form gegenüber: Bei dieser entsteht der wahre Wert (Dazert 2017:85) von materiell übertragbaren Kulturgütern wie Gemälden, Instrumenten und Schriften (Bourdieu 1983:188) erst in der Kombination mit dem symbolischen Gut, also dem notwendigen inkorporierten Kulturkapital, den „Anlagen und Kompetenzen" (ebd. 1982:359), die den Umgang und das Erkennen des Wertes der materiellen Kulturgüter erst ermöglichen (Dazert 2017:85f.). Hier spielen also die „Geschmacks*fähigkeit*" und „Geschmacks*ausprägung*" eine Rolle (Müller 2019:155, Herv. i. Orig.). Durch kulturelle Güter und das inkorporierte Kulturkapital findet eine starke Distinktion statt, die zur „Behauptung und Sicherung der sozialen Stellung" (Dazert 2017:86; vgl. Bourdieu 1983:189) verwendet werden kann. Der „Gewinn an Distinktion" (Bourdieu 1982:359) bedeutet dann gleichzeitig einen „*Gewinn an Legitimität, den* Gewinn überhaupt, der darin besteht, sich so, wie man ist, *im Recht, im Rahmen der Norm* zu fühlen" (ebd., Hervorhebung im Original; Dazert 2017:86).

Dazert (2017:92ff.) arbeitet in ihrer Betrachtung von Distinktion verschiedene Dimensionen heraus, die die Erfassung von Distinktionen im Lebensstil ermöglichen sollen. Sie betont, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben (ebd. 94). Gleichwohl ermöglichen die Dimensionen eine greifbare Einordnung von Distinktionsmarkierungen, die in den vorliegenden Interviews teilweise aufgetreten sind (s. Kap. 7.3). Distinktionen können durch folgende Dimensionen identifiziert werden: Bildung, Manieren, Betonung besondere Werte, Sprache, Geschmack, Konsum, Mode, körperliche Merkmale, Präferenzen in der Freizeitgestaltung, Aversion gegenüber anderen Lebensstilen und Distinktion durch das soziale Umfeld (ebd. 94). Im Zusammenhang mit der Erfassung eines distinktiven Habitus einer Person nennt Dazert (2017:93) auch Bourdieus (1982:730f.) Ansatz, Klassifikationen anhand von sich kontrastierenden Gegensatzpaaren zu bestimmen: Über adversative Adjektive wie „hoch" und „niedrig", „fein" und „grob", „frei" und „gezwungen", „leicht" und „schwer", „einzigartig" und „gewöhnlich" etc. ließen sich sowohl Menschen als auch Dinge klassifizieren und qualifizieren (Bourdieu 1982:730; vgl. Dazert 2017:93).

Gegensatzpaare, die in der vorliegenden Studie anhand der Aussagen der Befragten herausgearbeitet werden konnten, sind „dumm" – „intelligent", „ungebildet" – „gebildet", „(kognitiv) beeinträchtigt" – „kognitiv unbeeinträchtigt", „altersbedingt unfähig (zu jung/zu alt)" – „altersbedingt fähig", „Interesse – Desinteresse", „Neugier/Wissensdurst – Genügsamkeit" (s. Kap. 7). Diese Kategorien entsprechen starken Gegensätzen und können nicht die Vielfalt und die Abstufungen menschlichen Verhaltens widerspiegeln; gleichzeitig zeigt dieser Ansatz auf, dass in einigen der betrachteten Fälle – wie in der Auswertung der Daten dargelegt – Dimensionen der Distinktion zum Tragen kamen, die in den entsprechenden Fällen sowohl explizit als auch etwas verhaltener in den Äußerungen der Befragten identifiziert werden konnten. Gleichwohl diese Fälle überschaubarer waren als zunächst angenommen, kann Folgendes festgehalten werden: Die Bedrohung einer fälschlichen Zuordnung zu einer stigmatisierten Gruppe wie der der Menschen mit Beeinträchtigung durch für diese Gruppe produzierte Texte in Leichter Sprache ist also eine Hürde, mit der Texterstellende für die Zielgruppe von älteren Menschen umgehen müssen. Die Leichte Sprache Plus hat sich hier, wie im Ergebniskapitel 7.5 dargestellt, als für einen Großteil angemessene Varietät erwiesen.

Im Folgenden werden noch einmal abschließend die Antworten auf die Forschungsfragen der vorliegenden Studie zusammengetragen.

8.3 Beantwortung der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit verschränkt die Perspektive der Public Health hinsichtlich der Facetten der Gesundheitskompetenz, die Perspektive der Gesundheitskommunikation spezifisch mit Blick auf das Informationshandeln bzw. die Informationssuche mit der Übersetzungswissenschaft, genauer dem Modell der Hildesheimer Treppe (Maaß/Rink 2019:24; Maaß 2024).

Wie lassen sich die Forschungsfragen zur Einschätzung der Texte durch die Befragten nun also zusammenfassend beantworten? Welche Varietät wurde von den Befragten insgesamt am besten bewertet und inwiefern spielen Textmerkmale bei der Ablehnung eine Rolle? Welche Argumente werden jenseits der evtl. störenden Textmerkmale genannt?

Wie gehen Menschen im erhöhten Lebensalter mit Gesundheitsinformationen um? Was sind ihre Anforderungen an Gesundheitsinformationen?

In den Kapiteln 2 und 5 wurde dargestellt, dass es sich bei der Zielgruppe der älteren Menschen um eine heterogene Gruppe mit verschiedenen Ausgangssituationen und unterschiedlichen Bedarfen handelt, die von der Lebenserfahrung und Krankheitsgeschichte als auch von soziokulturellen und psychosozialen Faktoren abhängen. Die besondere Vulnerabilität dieser Zielgruppe wurde in Kapitel 2.6 gezeigt. Die theoretischen und erhobenen Ergebnisse zu Medienkompetenzen und -präferenzen wurden in Kap. 8.1 hinsichtlich des Digital Divide, von dem ältere Menschen mehr als andere Altersgruppen betroffen sind, zusammengeführt. Die vorliegenden Daten ließen erkennen, dass die Medienbarriere bei der Zielgruppe noch vor der ersten Stufe der Hildesheimer Treppe, dem Auffinden von (hier gesundheitsbezogenen) Informationen, ansetzt. Auch in Bezug auf die gesundheitskommunikative Sicht der Informationssuche sowie auf die Public-Health-Perspektive der ersten Facette der Gesundheitskompetenz, nämlich des Suchens, steht allem voran die *Bereitschaft*, sich einer Informationsquelle zuzuwenden, die gegebenenfalls an einen Informationskanal gebunden ist, der kanalspezifische Fähigkeiten (Link/Baumann 2022:10) auf Nutzerseite erfordert, die die Nutzer(innen) nicht zwangsläufig aufweisen (s. 8.1). Weiterhin können individuelle Nutzungspräferenzen sowie sozioökonomisch-materiell begründete Zugangsbarrieren hinsichtlich der Nutzung bestimmter Informationskanäle eine Rolle spielen (z.B. kein (mobiles) internetfähiges Endgerät aufgrund von zu hohen Kosten). Dies wurde in den Kapiteln 2.6 sowie 8.1 zur Bereitschaft der Nutzer(innen) zusammenfassend dargestellt.

Es wurde die Hypothese formuliert, dass Leichte Sprache den Anforderungen an die Verständlichkeit, die diese Gruppe hat, entspricht, dass sie aber nicht für sie akzeptabel ist, da sie sie in die Nähe der Gruppe mit intellektueller Beeinträchtigung rückt. Das enthält die Unterstellung, dass sie nicht in ihrem eigenen (Verstehens-)Interesse handeln aufgrund der Stigma-Problematik, die in den Kapiteln 3 und 4 dargestellt wurde. Dies konnte in Einzelfällen sehr deutlich gezeigt werden (s. Kap. 8.2), in weiteren Fällen ebenfalls in gemäßigter Form, wenn etwa andere Zielgruppen als erwachsene, „fähige“ Lesende als Zielgruppe für die Texte von den Befragten benannt wurden. Trotzdem bewertete fast die Hälfte (48 Prozent) der Teilnehmenden durch alle Altersgruppen hinweg die Texte in Leichter Sprache als uneingeschränkt akzeptabel (Kap. 7.5.3). Eine überwiegende starke Ablehnung der Varietät wie zuvor angenommen konnte bis auf die genannten Einzelfälle in der Form also nicht festgestellt werden (Kap. 7.5.3; s.u.).

Es wurde weiterhin die Hypothese aufgestellt, dass Leichte Sprache Plus die Lösung sein kann, weil sie Verständlichkeit und Akzeptabilität ausbalanciert, da bei der Leichten Sprache Plus Merkmale der Leichten Sprache verborgen werden (s. Kap. 4). Dies kann bestätigt werden, jedoch stellten sich vor allem grundsätzlich Merkmale wie Textlänge, Informationsdichte oder Strukturierung als relevante Kriterien in der Bewertung heraus. Diese wurden bei der Leichten Sprache Plus von der Zielgruppe vermehrt als angemessener wahrgenommen als zu lange, komplexe Texte (Standardtext) und zu dürftige, nach Beeinträchtigung aussehende Texte (Leichte Sprache).

Ein nicht unerheblicher Teil der Befragten bevorzugte den Text in Leichter Sprache (gemischte Textthemen), einige wählten diese Textversion für andere Zielgruppen (Ältere, Kinder/Jugendliche, Menschen mit geringer Bildung oder Lesekompetenz und Menschen mit Behinderung oder Demenz) aus. Zwei Befragte hielten diese Textversion in einer Notsituation (Schmerzmittel) oder als schnelle Information für unterwegs (Schlaganfall) geeignet. Insgesamt differenzierten die Befragten häufig nach den Adressat(inn)en und der Zielsituation. Entgegen der Annahme, dass die Leichte-Sprache-Version als verständlich, aber unangemessen empfunden wird, wurde von den Befragten abgewogen, in welcher Situation und für welche Leser(innen) die jeweilige Textversion angemessen wäre. Die vermutete starke Ablehnung der Leichte-Sprache-Version blieb bis auf wenige Ausnahmen aus; häufig wurde jede Textversion als auf ihre Art nützlich anerkannt. Der Mediopunkt wurde lediglich von fünf Befragten konkret angesprochen. Gleichwohl sich vier davon stark daran störten (z.B. als ungewohntes Schriftbild), ist dieser nicht das hauptsächlich akzeptanzhemmende Merkmal in leichten Texten. Missfallen äußerten die Befragten auch in Bezug auf die Bebilderung: Diese kann, wenn sie so kindlich anmutend ist, wie dies beim Parodontitis-Text der Fall war, auf starke Ablehnung älterer Leser(innen) stoßen. Redundante Bilder wie ebendieses stießen eher auf Missfallen als komplementäre wie im Schlaganfalltext, in dem die Abbildungen zur stabilen Seitenlage und zur Herzdruckmassage die geschriebenen Inhalte ergänzten und zudem auch stark handlungsorientierend wirkten.

Eine klare Strukturierung durch Spiegelstriche oder Bullet Points wurde häufig als hilfreich empfunden. Sehr deutlich war das Ergebnis zu Schriftgröße und Textlänge: Ein zu langer Text, wie etwa der 14-seitige Schlaganfalltext, wirkte auf die meisten Befragten demotivierend. Auch die zu kleine Schriftgröße in den Standardtexten erschwerte das Lesen für die Befragten und ließ die Motivation zum Lesen sinken. Fremd- und Fachwörter fielen insbesondere auch den medizinischen Expert(inn)en unter den Befragten negativ auf und sollten ihrer Meinung nach besonders für laiengerechte Texte vermieden werden. Die zugewandte Adressierung der Leser(innen) in den verständlichkeitsoptimierten Textversionen wurde von einigen Befragten sehr gelobt; hier griff das Prinzip der Proximität (Bredel/Maaß 2016a:516), das sich als „Gegenpol zur konzeptionellen Schriftlichkeit“ (ebd. 517) insbesondere positiv vom Standardtext abheben konnte.

Wie bereits dargelegt, wurden die Leichte-Sprache-Texte besser als vermutet und in den entsprechenden Fällen deutlich positiv angenommen, die Akzeptanz insgesamt war jedoch nicht so hoch wie bei den gemäßigter optimierten Texten in Leichter Sprache Plus. In den wenigen Fällen, in denen eine starke Ablehnung gegenüber den Leichte-Sprache-Texten vorherrschte, wurden diese auch vehement abgelehnt. Bei der Leichten Sprache Plus war der Kreis der Akzeptanz, den die Varietät um sich zog, größer: Hier wurde bei einem Großteil der Befragten festgestellt, dass die Texte akzeptabel oder noch akzeptabel für die Befragten waren. Der Leichte-Sprache-Plus-Text erfuhr somit die höchste Akzeptanz insgesamt unter den drei Varietäten (s. Kap. 7). Von einem medizinischen Experten (Neurologe) wurde diese Version (zum Thema Schlaganfall) zusätzlich als am geeignetsten für medizinische Lai(inn)en, für die „Allgemeinheit“ benannt. Eine Befragte erachtete diese Textversion (Schmerzmittel) aufgrund der Kürze von drei Seiten als überwiegend für Menschen mit Vorwissen geeignet, obwohl der Leichte-Sprache-Text nur unweigerlich länger war (eine Viertelseite). Auch die 64-Jährige, die für den Pretest der Studie befragt wurde, wählte diese Version als Favoriten aus.

Die wenigsten Befragten wählten den Standardtext (mit den Themen Schlaganfall und Parodontitis) als eigenen Favoriten unter den drei Textversionen oder für andere Personen aus. Für einen Befragten erschien der Standardtext für andere geeignet, während für ihn selbst der Leichte-Sprache-Text ausreichend war. Damit steht er der Argumentation derjenigen, die diese Textversion für sich präferierten, insofern entgegen, als dass hierbei von den Befragten argumentiert wurde, dass man wissensdurstig und neugierig sei, der Text „sehr gut und ausführlich beschrieben" sei, für andere Personen der Leichte-Sprache-Text ausgewählt wurde und der Mediopunkt stark störte. Die Ablehnung einzelner Merkmale wie dem Mediopunkt oder die Textkürze sind textseitige Argumente, während die Selbstbeschreibung als neugierige, lesefreudige und wissensdurstige Person sowie als der Zielgruppe von Kindern, Menschen mit Demenz oder Personen mit geringer Bildung nicht zugehörige Person rezipientenbezogen ist: Hier wird zum einen das Selbstkonzept und der Versuch deutlich, dieses durch selbstwertschützende Attributionen zu bewahren, zum anderen der Mechanismus, sich durch Abgrenzung von vermeintlich schwächeren oder niedriger gestellten Personen selbst aufzuwerten (Rothermund/Eder 2011:145; vgl. Sacks 1972a, b). Nur eine Person formulierte ihre positiven Eigenschaften in Hinblick auf die Wahl des ersten Texts in Standardsprache für sich selbst sowie die Assoziation der verständlichkeitsoptimierten Versionen mit vermeintlich schwächeren Zielgruppen (s.o.) konkret, mehrfach wurde bei den wenigen Befragten, die den Standardtext präferieren, ausgesagt, dass dieser am umfassendsten sei. Die Textlänge scheint dann ausschlaggebend dafür zu sein, dass die Inhalte als ausführlich genug bewertet werden.

Insgesamt wurde der Standardtext also als am schlechtesten bewertet, was auf verschiedene Barrieren zurückzuführen ist: Es wurden Einwände benannt, die unter das Konzept der Fachsprachenbarriere sowie der Fachbarriere fallen. Die zu kleine Schrift wurde mehrfach kritisiert und ist als Wahrnehmungsbarriere zu interpretieren. Weiterhin wurden die Textlänge (bis auf die wenigen Befragten, die den 1. Text als Favoriten aufgrund der Ausführlichkeit auswählten) sowie die Fachbegriffe bemängelt, was eine Motivationsbarriere bei den Lesenden auftreten ließ, den Text überhaupt oder zu Ende zu lesen. Die Feststellung von Lang (2021) konnte hier nutzerseitig im Kontext der Rezeption von Gesundheitsinformationstexten bestätigt werden (Kap. 7.4), dass

> „Texte erwartbar dann keine Motivationsbarriere für schwache Leserinnen und Leser darstellen, wenn sie Nützlichkeit signalisieren, sich an der Lebenswelt und dem Ich des Rezipienten orientieren und zugleich geringen Leseaufwand und die Wahrung des Selbstbildes in Aussicht stellen" (Lang 2021:343).

Die vorliegenden Daten zeigen, dass Menschen ab 65 Jahren verständlichkeitsoptimierten Texten nicht grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen. Überraschend ist das Ergebnis, dass die Leichte-Sprache-Texte auch häufig als Favoriten benannt wurden, gleichwohl die Leichte-Sprache-Plus-Texte insgesamt am akzeptabelsten waren. D.h. dass bis auf einzelne Merkmale, die starke Ablehnung bei einzelnen Befragten hervorriefen (kindliche Bebilderung, Mediopunkt), die verständlichkeitsoptimierten Varietäten im Kontext von Gesundheitsinformationen nicht grundsätzlich von der Zielgruppe abgelehnt, sondern sogar begrüßt werden. Auf die genannten Merkmale sollte bei der Texterstellung mit Blick auf die betrachtete Zielgruppe verstärkt geachtet werden. Leichte Sprache Plus, die insgesamt auf sehr geringe Ablehnung stieß, scheint wie vermutet als Lösung zwischen der maximal optimierten Varietät (die durch bestimmte Merkmale zwar nur vereinzelt, aber dann sehr *starke* Ablehnung hervorrief) und der Standardsprache ein geeigneter Kompromiss für diese Zielgruppe zu sein. Aber auch ein Leichte-Sprache-Plus-Text darf Bebilderung enthalten und sollte nicht zu kurz sein, da die Textkürze bei einigen Befragten den Eindruck vermittelte, es sei nicht alles Wichtige an Informationen im Text enthalten (s. Auswertung zu den einzelnen Textthemen).

Die Vorannahme, dass die Leichte-Sprache-Texte auf starke Ablehnung in der Zielgruppe stoßen werden, kann somit in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden (s.o.). Merkmale wie der

Mediopunkt, die vor der Studie als stark ablehnungsfördernd eingestuft wurden, waren nur in Einzelfällen Teil der Begründung für eine Ablehnung der Texte. Aus den Aussagen der Befragten ließ sich schließen, dass vor allem die genannten Texteigenschaften ausschlaggebend für die Akzeptanz von Texten sind, die mit der jeweiligen Varietät zusammenhängen. Positiv aufgefallen sind den Befragten die angenehmere Schriftgröße in den verständlichkeitsoptimierten Texten, die übersichtliche Strukturierung derselben, etwa durch Zwischenüberschriften, Fettsetzungen und Aufzählungen, die mit Bullet Points markiert waren. Deutlich wurde aber auch, dass eine Reduzierung der Inhalte für die Zielgruppe nicht übertrieben werden darf. Bei zu kurzen Texten wurde dies bemängelt und befürchtet, man werde als Leser(in) nicht ausreichend informiert (s.o.). Hier ist noch einmal zu betonen, dass es sich bei der Zielgruppe um erfahrene Leser(innen) handelt, die also durch eine zu starke Reduzierung der Inhalte sowie durch offenkundig an Adressat(inn)en mit Beeinträchtigung gerichtete Formulierungen (I25) oder zu kindliche Bebilderung (I17) abgeschreckt werden können. Gleichwohl wurde deutlich gezeigt, dass Eigenschaften der Standardtexte wie die zu kleine Schrift und die Überladung an komplexen Informationen in Fachsprache ebenfalls auf Ablehnung stoßen. Zentral war hier das Ergebnis, dass ein Großteil der älteren Menschen Informationen mit möglichst wenig Mühe und Anstrengung rezipieren möchte (Kap. 7.5.5).

Bedeutsam bei der Erstellung und Aufbereitung von (Gesundheits-)Informationen sind also verschiedene Aspekte der Textgestaltung im Zusammenspiel mit den persönlichen Bedürfnissen, Kapazitäten und Kompetenzen in der Zielsituation der älteren Menschen. Werden die für sie relevanten Aspekte der Textgestaltung bedient, bewerten ältere Menschen diese auch als angemessen. Da die Texte in Leichter Sprache Plus die Textsortenerwartungen an Gesundheitsinformationstexte trotz Optimierungen an Gestaltung und Layout als auch an der Verständlichkeit der Inhalte bedienten und den Lesenden wenig Anstrengung abverlangten, wurden diese in der Gesamtheit auch als akzeptabelste Textversion eingestuft.

Ein größeres Akzeptanzproblem ließ sich bzgl. der Mediennutzung feststellen: Fast die Hälfte der Befragten nutzten das Internet gar nicht für die Informationssuche (Kap. 7.1). Zudem äußerten auch die Onliner unter den Befragten Bedenken über die Vertrauenswürdigkeit der Informationen. Eine konkrete Handlungsorientierung durch Online-Informationen als Ergebnis einer erfolgreichen Rezeption (Maaß/Rink 2019:24) wird sich in diesen Fällen also nicht ergeben. Dann muss die Informationssuche online fortgeführt oder auf andere Medienkanäle oder Informationsquellen verschoben werden. Interessanterweise gibt es, wie auch bereits Messer/Murau (2023:479) in ihrer Studie mit dem Fokus auf Pflegefachpersonal zeigen, hier keine Unterscheidung zwischen medizinischen Lai(inn)en und Expert(inn)en mit Vorwissen: Die Bewertung von Online-Gesundheitsinformationen fällt, unabhängig von Vorwissen und fachbezogener Erfahrung, den Nutzenden schwer (I09, Pos. 41). Allerdings werden nicht nur Onlinequellen von den Proband(inn)en als schwer zu beurteilen eingestuft: Es kann eine grundsätzliche Unsicherheit bei der Bewertung von insbesondere medialen Informationsquellen festgestellt werden (s. Kap. 7.1).

Mit Blick auf den Digital Divide (s. Kap. 2.6 u.a.) benannten die Nichtnutzer(inn)en genau die beiden Ebenen, die in der Forschung als *First* und *Second Level Digital Divide* bekannt sind: Entweder scheitert die Internetnutzung dieser Befragten am Zugang durch eine fehlende Internetverbindung respektive nicht vorhandene Endgeräte (z.B. I24) oder an der mangelnden Nutzungskompetenz (z.B. I06). Fünf Proband(inn)en gaben an, keinen Zugang zum Internet oder zu einem Gerät, das den Zugang ermöglicht, zu haben. Eben diese Befragten hatten auch eine negative Einstellung zum Internet oder schätzten ihre eigene Nutzerkompetenz als schlecht ein, was ihre negativen Gefühle gegenüber dem Medium noch verstärkte. Dies lässt den Schluss zu, dass Zugang, Kompetenzen und Präferenzen für insbesondere digitale Medienquellen zusammenhängen (s. Kap. 8.1). Ein kleiner Teil der Nichtnutzer(inn)en (3) griff dennoch über Familienmitglieder auf Online-Informationen zu, wenn sie

etwas wissen wollten: In diesen Fällen fungieren die Ehefrau oder die Töchter als Gatekeeper für Gesundheitsinformationen aus Online-Angeboten.

Jene Befragten, die das Internet nicht nutzten, wären also über die nur online bereitgestellten Texte in Einfacher Sprache der Apotheken Umschau hier nicht erreicht worden. Es lässt sich folglich eine Medienbarriere für die Zielgruppe feststellen, die im Medium selbst begründet ist: Einige Befragte haben keinen Zugang (z.B. kein internetfähiges Endgerät und/oder einen Internetanschluss) oder keine Kompetenzen, andere ziehen interpersonelle Quellen wie medizinisches Fachpersonal oder Familie, Freunde und Bekannte oder traditionelle Medien wie die Tageszeitung oder das Fernsehen vor. Wenngleich die Internetnutzung in der Zielgruppe zunimmt (Harms 2024), ist die Medienpräferenz doch überwiegend bei klassischen Medien zu finden, sodass hier Wege gefunden werden müssen, diese Menschen offline zu erreichen. Da die Medienbarriere sich insbesondere bei der hier betrachteten Zielgruppe bereits auf der 1. Stufe des Rezeptionsprozesses deutlich bemerkbar macht und damit die Akzeptanz der Informationen in den betreffenden Fällen an diesem frühen Punkt der Rezeption gar nicht erst erreicht werden kann, wurde der Zusammenhang von Medienzugang, -kompetenzen und -präferenzen in Kapitel 8.1 noch einmal explizit behandelt und anhand der gewonnenen Daten zusammengefasst.

Es zeichnet sich weiterhin ab, dass das schleichende Ausscheiden aus einer hoch valorisierten Gruppe und die damit verbundene Einbuße des eigenen Status für die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensalter problematisch ist: Während Menschen mit einer angeborenen oder erworbenen Einschränkung meist ihre Zugehörigkeit zu (vermeintlich) niedriger valorisierten Gruppen verinnerlicht haben, stellt sich für ältere Menschen ohne Behinderung der Wechsel dazu problematisch dar: Befragte wie der 91-jährige Mediziner (I23, Pos. 18-19) entstammen einer bildungsbürgerlichen Vergangenheit, die einen hohen gesellschaftlichen Status einher brachte. Droht dieser im Alter zu schwinden, wird immer wieder darauf verwiesen und es findet eine Abgrenzung zu anderen, vermeintlich schwächeren Gruppen statt (I23, Pos. 7, 35, 37, 41). Der Befragte stellt sich selbst als den „schlichteren“ Menschen nicht zugehörig heraus und zieht eine klare Linie in Bezug auf die Fähigkeit, den anspruchsvolleren Standardtext verstehen zu können. Diese Abgrenzung von anderen dient dem Befragten dazu, seine Identität und Selbstdarstellung (Dazert 2017:50) aufrechtzuerhalten und seinen eingebüßten Status eines hoch angesehenen, gebildeten und fähigen Mannes zu verteidigen. Bourdieu (1982:108) spricht dabei von der „Distinktion“ von anderen Menschen. Dies wurde in Kapitel 8.2 noch einmal theoretisch verortet. In diesem Zusammenhang beschreibt Dazert (2017:51) die Distinktion als identitätsstiftend. So wollen sich Befragte wie der 91-jährige Arzt von den anderen abheben, um ihrer Identität treuzubleiben.

Umso wichtiger ist in diesen Fällen zu beachten, dass eine Verständlichkeitsoptimierung, so hilfreich sie auch sein möge, nicht unbedingt oberste Priorität haben sollte. Hier muss vielmehr verstärkt die Akzeptabilität der Texte in den Blick genommen werden: Nutzerseitige Akzeptanz wird nur stattfinden, wenn diese nicht von Emotions- und Motivationsbarriere auf übergeordneter Ebene blockiert wird. So können neben inhaltlichen Formen der beiden Barrieren in Bezug auf Textlänge oder grundsätzliche Aversionen gegenüber potenziell bedrohlichen Themen auch Emotions- und Motivationsbarrieren bzgl. der sprachlichen Form auftreten: Wiegt der Nutzen, einen Text zu lesen, nicht den damit verbundenen möglichen Verlust des Selbstbildes auf, so werden die Betreffenden auf das Lesen verzichten. Laufen die Nutzenden Gefahr, in eine für sie selbst „falsche“ soziale Gruppe von in irgendeiner Form als unterlegen wahrgenommenen Menschen eingeordnet zu werden, werden sie den entsprechend damit assoziierten Text ablehnen. Dann distinguieren sich die Betreffenden in der Art, dass sie sagen; das ist für andere, Schwächere, weniger Intelligente, „für den Normalsterblichen“ (I10, Pos. 41, in diesem Interview vom Befragten positiv gemeint), aber nicht für mich. Obwohl also objektiv die Textversionen unterschiedlich verständlich sind, da sie je nach Varietät nach mehr oder

weniger Aspekten der Verständlichkeitsoptimierung angepasst wurden, werden die optimierten Varietäten von den Befragten abgelehnt, die sich bewusst von anderen Gruppen, den niedriger valorisierten, da mit Behinderung assoziierten Zielgruppen Leichter Sprache, abgrenzen wollen. Bei diesen Adressat(inn)en optimierter Texte müsste also die Verständlichkeit der Akzeptabilität der Texte untergeordnet werden, um diese überhaupt zu erreichen. Erst, wenn sie keine Bedrohung des Selbstbildes und des ehemaligen hoch valorisierten Status mehr wahrnehmen, würden diese Leser(innen) auch zu optimierten Texten greifen (s. Kap. 7.5.2 und 8.2).

8.4 Schlussbetrachtung und Ausblick

Es lässt sich für die Zielgruppe feststellen, dass für die Texterstellung und Aufbereitung von Gesundheitsinformationen insbesondere die Stufen der Auffindbarkeit, Wahrnehmbarkeit und Akzeptabilität von Texten relevant sind (Kap. 7.4).

Ältere Menschen haben noch begrenztere Ressourcen zur Verfügung als Menschen in anderen Lebensphasen und müssen mit diesen haushalten: Dies zeigte sich in der Textbewertung, wenn bestimmte Merkmale als anstrengend und mühevoll eingeschätzt wurden, so etwa eine zu geringe Schriftgröße der Texte oder zu lange oder komplexe Inhalte mit Fachsprache, die als anstrengend zu entschlüsseln wahrgenommen wurde. Gleichzeitig wurden aber auch Eigenschaften wie eine zu geringe Informationsdichte (Informativität, Kap. 7.5) und zu kurze Textlänge als störend empfunden: Ältere Menschen können auf einen großen Erfahrungsschatz zurückgreifen; als Lesende und als Menschen, die im Laufe ihres Lebens Erfahrungswerte mit verschiedenen Erkrankungen gesammelt haben, und dementsprechend Vorwissen aufweisen. Somit ist mangelnder Informationsreichtum ebenso störend bei der Rezeption wie zu lange, ausufernde Informationen, die die Lesemotivation älterer Menschen hemmen. Vereinzelt traten starke Ablehnungsreaktionen zur Gestaltungsweise von Texten in Leichter Sprache auf: Merkmale wie der Mediopunkt oder kindlich anmutende Formulierungen (z.B. mit „nämlich“) stießen bei einigen Befragten auf eine deutliche Abwehrhaltung. In diesen Fällen konnte die Annahme bestätigt werden, dass ältere Menschen trotz hoch eingeschätzter Verständlichkeit optimierte Texte in Leichter Sprache, die sie mit Behinderung assoziieren, ablehnen. Bei weiteren Befragten äußerte sich die Ablehnung der Texte auf gemäßigtere Art darin, dass sie diese als nicht an sie adressiert, als mündige und fähige Lesende, einordneten.

Die Hypothese, dass Leichte Sprache Plus die Lösung für erhöhte Verständlichkeit der Inhalte bei gleichzeitiger hoher Akzeptabilität sein kann, konnte bestätigt werden: Gleichwohl es für einige Befragte zuträglich war, dass offenkundige Eigenschaften der Leichten Sprache in den Leichte-Sprache-Plus-Texten verborgen waren, ergaben sich weitere Merkmale der Texte als ausschlaggebend in deren Bewertung: Merkmale wie Textlänge und Informationsdichte wurden in der Leichten Sprache Plus von der Zielgruppe als angemessener wahrgenommen in den anderen beiden Varietäten (zu lange, komplexe Texte (Standardtext) und zu dürftige, nach Beeinträchtigung aussehende Texte (Leichte Sprache)). Bedeutsam für das Akzeptieren von Texten durch ältere Menschen sind unterschiedliche Aspekte der Textgestaltung im Zusammenspiel mit den persönlichen Bedürfnissen, Kapazitäten und Kompetenzen in der Zielsituation derselben. Je nach Ausführung kann ein Leichte-Sprache-Text dementsprechend trotzdem akzeptabler für ältere Menschen sein als ein Standardtext, wenn sie sich nicht durch ihn bedroht oder zu dürftig informiert fühlen. Die Leichte Sprache Plus hat sich hier als akzeptabelste unter den drei Varietäten herausgestellt, da sie meist die als negativ bewerteten Eigenschaften der anderen beiden Varietäten ausbalancieren konnte. Somit erweist sich hier das von Maaß (2020) vorgestellte Vorgehen, mehr Menschen mit Leichter Sprache Plus als verständliche und trotzdem akzeptable Varietät zu erreichen, als praktisch sinnvoll. Sie erlaubt es, ältere Menschen verständlich zu informieren, ohne sie gleichzeitig in einen Konflikt mit ihrem Selbstbild zu bringen oder gewisse Kompetenzen und Fähigkeiten, die sie im Laufe ihres Lebens angeeignet und verfeinert haben, zu hinterfragen. Dementsprechend sollte die Empfehlung des NAP, Einfache Sprache zu verwenden,

Anwendung finden (Schaeffer et al. 2018:43). So könnte die Verständnissicherung von Gesundheitsinformationen und somit auch der fachliche Wissensaufbau bei älteren Menschen gesteigert werden, was sich positiv auf deren Gesundheitskompetenz auswirken würde.

Das Thema Gesundheit ist hochrelevant für die Zielgruppe von Menschen im erhöhten Lebensälter und bedarf weiterer interdisziplinärer Forschung. In der Theorie und in den Daten ließ sich zeigen, dass ältere Menschen oftmals interessiert daran sind, ihre Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern. Gleichzeitig entwickeln sie mit den Jahren eine differenzierte Sicht auf das Thema Gesundheit und relativieren häufiger ihren Gesundheitszustand mit Blick auf ihre Lebensphase (Kap. 7.6). Der Bezug zu ihnen vertrauten Informationsquellen ist ein relevanter Faktor bei der Gestaltung von Informationen und Interventionen und sollte bedacht werden.

Im Theorieteil wurde dargelegt, dass Gesundheitskompetenz auf erfolgreich rezipierten Gesundheitsinformationen basiert, die im Anschluss an die Rezeption zu einer Handlung bzw. einer Entscheidung befähigen. Wie bereits in anderen Studien herausgestellt wurde, ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen „in ihren Bemühungen, Informationen zu bestimmten Gesundheitsthemen an Patient*innen zu vermitteln“ (Messer/Murau 2022:477) unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Informationsvermittlung. Für konkrete Interventionen mit bestmöglichen Ergebnissen müsste stärker zwischen den verschiedenen Altersgruppen der älteren Menschen, also innerhalb der Gruppe „Menschen ab 65 Jahren“, differenziert werden und hinsichtlich der jeweiligen Kompetenzen, Motivationen und Präferenzen bei der Suche, Nutzung und Anwendung von (digitalen) Gesundheitsinformationen (Kap. 5; 2.6).

Auch die Einschätzung der Zielgruppe „Menschen im erhöhten Lebensalter“ zur Orientierung im Gesundheits*system* müsste weiterführend untersucht und an bestehende Ergebnisse zur allgemeinen und digitalen Gesundheitskompetenz dieser Gruppe angeschlossen werden, um ein umfassendes Bild der Bedarfe, Bedürfnisse, Kompetenzen und Präferenzen zu erlangen (s. navigationale Gesundheitskompetenz im HLS-GER 2, Kap. 2; vgl. Lang et al. 2019). Die Bereitstellung vielfältiger Angebote, die zielgerichtet einzelne Nutzergruppen erreichen, könnte vor allem dann fruchtbar sein, wenn man bereits vorhandene Kompetenzen nutzen würde, bei der Zielgruppe etwa die reiche Lebenserfahrung (zur alters- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung s. Altenhöner et al. 2014:24). In Bezug auf Mediennutzungspräferenzen und -kompetenzen könnte ein möglicher Lösungsansatz zum Beispiel darin bestehen, verlässliche Gesundheitsinformationen sowohl über klassische Medien wie Fernsehen, Zeitung oder Radio zu verbreiten als auch die neuen Medien Web 2.0 und Social Media mit einzubeziehen. So könnte man verschiedene Nutzungstypen innerhalb einer Gruppe (z.B. „junge Alte“ und Hochaltrige) über die verschiedenen Kanäle erreichen, aber auch mehrere Zielgruppen gleichzeitig adressieren (z.B. jüngere Nutzer(innen) über Social-Media-Kanäle).

Die Relevanz der Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen der Public Health (mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz) und der Übersetzungswissenschaft konnte anhand der theoretischen und der erhobenen Daten in der vorliegenden Studie herausgestellt werden. Letztere Disziplin ermöglicht es durch die intralinguale Übersetzung (Jakobson 1959:114; Siever 2010:224; Bredel/Maaß 2016a:182ff.) im Sinne einer Verständlichkeitsoptimierung auf verschiedenen Abstufungen (in den Varietäten Einfache Sprache – hier insbesondere also die Leichte Sprache Plus – und Leichte Sprache) Gesundheitsinformationen für Adressat(inn)en unterschiedlichen Profils zugänglich zu machen und die Rezipient(inn)en in Folge dessen zu einer eigenen gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung zu befähigen. Nur ein interdisziplinäres Herangehen aus Politik, Gesundheitsprofessionen, Medien und Wissenschaft kann also einen „Perspektivwechsel hin zu einer konsequenten Nutzerorientierung“ (Dockweiler/Fischer 2019:16) hervorbringen, der auf individueller Ebene den souveränen Umgang mit der eigenen Gesundheit und damit verbundenen Entscheidungen ermöglicht (Schaeffer et al. 2018:11,

18). Insbesondere digitale Angebote müssen funktional sein und individuellen Bedarfen und Bedürfnissen gerecht werden, da sie vor allem hinsichtlich ihrer Reichweite und der zeit- und raumunabhängigen Nutzungsmöglichkeiten enorme Chancen der breiten Information bieten. Hierzu braucht es weitere zielgruppenspezifische Forschung, die den Zugang zu besagten Angeboten sowie die Qualität dieser in den Blick nimmt (Kap. 2). Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien müssen insbesondere für ältere Nutzer(innen) weiter gefördert werden (s. Kap. 2.6 & 8.1). Die Relevanz und Dringlichkeit des Ausbaus und der Intensivierung der Zusammenarbeit der Disziplinen für die alternde Gesellschaft steht dementsprechend sowohl für zukünftige Forschung als auch für die praktische Anwendung außer Frage.

Literaturverzeichnis

Abel, Thomas/**Sommerhalder**, Kathrin (2015): Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 58:923–929. DOI 10.1007/s00103-015-2198-2.

Abels, Heinz (2010): *Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie.* 5. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Ahrens, Sarah/**Hernández Garrido**, Sergio/ **Keller**, Loraine/**Kröger**, Janina/**Rink**, Isabel/**Schulz**, Rebecca (2021): Medical communication in Easy and Plain Language: On understanding, retaining and accepting specialised medical communication in comprehensibility-enhanced formats. In: Jekat, Susanne J./Puhl, Steffen/Carrer, Luisa/Lintner, Alexa (Hrsg.): *Proceedings of the 3rd Swiss Conference on Barrier-free Communication* (BfC 2020), Winterthur (online), June 29–July 4, 2020. Winterthur: ZHAW Zurich University of Applied Sciences, 29-38.

Ahrens, Sarah/**Schulz**, Rebecca/**Kröger**, Janina/**Hernández Garrido**, Sergio/**Keller**, Loraine/**Rink**, Isabel (2022): Accessible Communication and Health Literacy. In: Ahrens, Sarah/Schulz, Rebecca/Kröger, Janina/Hernández Garrido, Sergio/Keller, Loraine/Rink, Isabel (Hrsg.): *Accessibility – Health Literacy – Health Information. Interdisciplinary Approaches to an Emerging Field of Communication*. Berlin: Frank & Timme, 9–26.

Ainley, Mary/**Hidi**, Suzanne/**Berndorff**, Dagmar (2002): „Interest, learning, and the psychological processes that mediate their relationship." In: *Journal of Educational Psychology* 94.3, 545-561.

Alexander, Kerstin (2019): Barrierefreies Grafikdesign. In: Maaß, Christiane/ Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 95-121.

Al-Jefri, Majed/**Evans,** Roger/**Uchyigit,** Gulden/**Ghezzi,** Pietro (2018): „What Is Health Information Quality? Ethical Dimension and Perception by Users.“ In: *Med.* 5:260, 1-10. DOI: 10.3389/fmed.2018.00260 (Zugriff am 25.04.2020).

Altendorfer, Laura-Maria (2017): Neue Formate der digitalen Gesundheitskommunikation. Baden-Baden: Nomos.

Altenhöner, Thomas/**Philippi**, Mirjam/**Böcken**, Jan (2014): Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? In: *Gesundheitswesen* 76, 19–25.

Amirpur, Donja (2021): „Vielleicht hätte mein Sohn dabei bleiben können“. Eine ethnographische Collage zu Othering auf behinderten Schulwegen. In: Schondelmayer, Anne-Christin/ Riegel, Christine/Fitz-Klausner, Sebastian (Hrsg.): *Familie und Normalität. Diskurse, Praxen und Aushandlungsprozesse*. Opladen/Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, 149-167.

Baacke, Dieter (1996): Medienkompetenz – Begrifflichkeit und sozialer Wandel. In: Rein, Antje (Hrsg.): *Medienkompetenz als Schlüsselbegriff*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 112–124.

Baacke, Dieter (1999): „Medienkompetenz“: theoretisch erschließend und praktisch folgenreich. In: *Medien & Erziehung*, 43 (1), 7-12.

Bader, Markus (2015): „Leseverstehen und Sprachverarbeitung“. In: Rautenberg, Ursula/Schneider, Ute (Hrsg.): *Lesen: Ein interdisziplinäres Handbuch.* Berlin/Boston: De Gruyter, 141–168.

BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (2021): Älter werdende Gesellschaft. In: Klapper, Bernadette/Cichon, Irina (Hrsg.): *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 413-419.

Ballstaedt, Steffen-Peter (2012): *Visualisieren. Bilder in wissenschaftlichen Texten*. Wien: Huter & Roth.

Baker, David W./**Gazmararian**, Julie A./**Sudano**, Joseph/**Patterson**, Marian (2000): The association between age and health literacy among elderly persons. In: *The Journals of Gerontology*, Series B, 55(6): 368-374.

Baltes, Paul (2004): *Das hohe Alter. Mehr Bürde oder Würde*. Homepage Freie Universität Berlin (Presse und Kommunikation). Online unter: https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004_01/04_01_baltes/index.html (Zugriff am 04.03.2021).

Bandura, Albert (1991): Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action. In: Kurtines, William M./Gewirtz, Jacob L. (Hrsg.): *Handbook of moral behavior and development.* Volume 1: Theory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 45-103.

Bartsch, Anne/**Kloß**, Andrea (2019): Emotionen in der Gesundheitskommunikation. In: Rossmann Constanze/Hastall, Matthias R. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS, 257-267.

Baumann, Eva (2020): *eHealth und Digitale Gesundheitskompetenz*. Seminar-Präsentation im Rahmen des MHH-Promotionsprogramms „Chronische Erkrankungen und Gesundheitskompetenz (ChEG)“ vom 28. Juli 2020.

Baumann, Eva/**Czerwinski**, Fabian (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In Böcken, Jan/Braun, Bernhard/Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2015*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 57–79.

Baumann, Eva/**Finne**, Emily/**Ort**, Alexander (2019): Methoden der Gesundheitskommunikation. In: Rossmann Constanze/Hastall, Matthias R. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS, 29-41.

Baumann, Eva/**Hastall**, Matthias R. (2014): Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Verlag Hans Huber, 451-466.

Baumann, Eva/**Hurrelmann**, Klaus (2014): Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Hans Huber, 8–17.

Baumert, Andreas (2018): *Einfache Sprache. Verständliche Texte schreiben*. Münster: Spaß am Lesen Verlag.

Betts, Lucy/**Hill**, Rowena/**Gardner**, Sarah (2017): “There’s Not Enough Knowledge Out There”: Examining Older Adults’ Perceptions of Digital Technology Use and Digital Inclusion Classes. In: *Journal of Applied Gerontology* 38 (8).

Bhattacharya, Rajeev/**Devinney**, Timothy M./**Pillutla**, Madan M. (1998): A formal model of trust based on outcomes. In: *Academy of Management Review*, 23 (3), 459–472.

Bickel, Horst/**Hendlmeier**, Ingrid/**Heßler**, Johannes Baltasar/**Junge**, Magdalena Nora/**Leonhardt-Achilles**, Sarah/**Weber**, Joshua/**Schäufele**, Martina (2018): Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. Ergebnisse der General Hospital Study (GHoSt). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 115: 733–40.

Birkner, Karin/**Vlassenko**, Ivan (2015): Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin.* Berlin: De Gruyter Mouton, 135-153.

Bittlingmayer, Uwe H./**Dadaczynski**, Kevin/**Sahrai**, Diana/**van den Broucke**, Stephan/**Okan**, Orkan (2020): Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. In: *Bundesgesundheitsblatt* 63:176–184.

Bittner, Anja/**Jonietz**, Ansgar/**Bittner**, Johannes/**Beickert**, Luise/**Harendza**, Sigrid (2015): Translating medical documents into plain language enhances communication skills in medical students – A pilot study. In: *Patient Education and Counseling*, Vol. 98 (9), 1137-1141.

Bitzer, Eva Maria (2017): Gesundheitskompetenz messen – Kritischer Blick auf standardisierte Verfahren. Measuring health literacy – a criticial view on standardised measures. In: *Public Health Forum* 2017; 25(1): 6–9.

Bitzer, Eva Maria/**Sørensen**, Kristine (2018): Gesundheitskompetenz – Health Literacy. In: *Gesundheitswesen* 2018:80, 754 – 766.

Blüher, Stefan/**Kuhlmey**, Adelheid (2016): Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 313-324.

Bock, Bettina M. (2015): Anschluss ermöglichen und die Vermittlungsaufgabe ernst nehmen. In: *Didaktik Deutsch* 38, 9–17.

Bock, Bettina M. (2019): *„Leichte Sprache" – Kein Regelwerk. Sprachwissenschaftliche Ergebnisse und Praxisempfehlungen aus dem LeiSA-Projekt.* Berlin: Frank & Timme.

Bock, Bettina M./**Lange**, Daisy (2017): „Empirische Untersuchungen zu Satz- und Textverstehen bei Menschen mit geistiger Behinderung und funktionalen Analphabeten". In: Bock, Bettina M./Fix, Ulla/Lange, Daisy (Hrsg.): *Leichte Sprache im Spiegel theoretischer und angewandter Forschung*. Berlin: Frank & Timme, 253-274.

Boeck, Laura/**Wünsche**, Cordula (2019): Die Wahrnehmung von Invarianten. Studie zur Bildverständlichkeit in der Leichten Sprache. In: Alexander, Kerstin (Hrsg.): *Mit Typografie und Bild barrierefrei kommunizieren. Forschungsstand und Studien.* Berlin: Frank & Timme, 243-261.

Bohn-Gettler, Catherine M./**Rapp**, David N. (2011): „Depending on my mood: Mood-driven influences on text comprehension." In: *Journal of Educational Psychology* 103(3), 562–577.

Bonfadelli, Heinz (2019): Wissenskluft-Perspektive und Digital Divide in der Gesundheitskommunikation. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Matthias R. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer, 347-358.

Bourdieu, Pierre (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz (Soziale Welt. Sonderband, 2), 183–198.

Bourdieu, Pierre (1985): *Sozialer Raum und „Klassen". Leçon sur la leçon. 2 Vorlesungen*. 3. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (500).

Bourdieu, Pierre (1992): Sozialer Raum und symbolische Macht. In: Bourdieu, Pierre: Rede und Antwort. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 135-154.

Bourdieu, Pierre (1993): Satz und Gegensatz. Über die Verantwortung des Intellektuellen. Ungekürzte Ausgabe. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Bourdieu, Pierre (2005): *Die verborgenen Mechanismen der Macht.* Schriften zu Politik und Kultur 1. Hrsg. von Margareta Steinrücke. Hamburg: VSA-Verlag.

Brach, Cindy/**Keller,** Debra/**Hernandez,** Lyla M./**Baur,** Cynthia/**Parker,** Ruth/**Dreyer,** Benard/**Schyve**, Paul/**Lemerise**, Andrew J./**Schillinger**, Dean (2012): *Ten attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Discussion Paper. Institute of Medicine of the National Academies.

Braga, Hélio/**Pereira**, Letícia Seixas/**Ferreira**, Simone Bacellar Leal/**da Silveira**, Denis Silva (2014): Applying the Barrier Walkthrough Method: Going Beyond the Automatic Evaluation of Accessibility. In: *Procedia Computer Science*, Volume 27, 471-480.

Brashers, Dale/**Neidig**, Judith/**Haas**, Stephen/**Dobbs**, Linda/**Cardillo**, Linda/**Russell**, Jane (2000): Communication in the management of uncertainty: The case of persons Living with HIV or AIDS. In: *Communications Monographs* 67. 63-84.

Braun, Bernard (2017): Patentrezept Medienkompetenz. Ein Weg zur Steigerung der Gesundheitskompetenz? In: *Public Health Forum* 2017; 25 (1), 54-56.

Bredel, Ursula/**Maaß,** Christiane (2016a): *Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis*. Berlin: Dudenverlag. Sprache im Blick.

Bredel, Ursula/**Maaß,** Christiane (2016b): *Ratgeber Leichte Sprache. Die wichtigsten Regeln und Empfehlungen für die Praxis*. Berlin: Dudenverlag. Sprache im Blick.

Bredel, Ursula/**Maaß**, Christiane (2019): „Leichte Sprache". In: Maaß, Christiane/ Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 251-271.

Brim, Orville Jr./**Ryff**, Carol D. (1980): On the properties of life events. In: Baltes, Paul B./ Brim, Orville Jr. (Hrsg.): *Life-span development and behavior*. New York: Verlag, 368-388.

Brinker, Klaus (2010): *Linguistische Textanalyse. Eine Einführung in Grundbegriffe und Methoden*. 7., durchgesehene Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Bromme, Rainer/**Jucks**, Regina (2014): „Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker: Die Psychologie der Experten-Laien-Kommunikation". In: Blanz, Mathias/Florack, Arnd/Piontkowski, Ursula (Hrsg.): *Kommunikation. Eine interdisziplinäre Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer, 237-246.

Bromme, Rainer/**Jucks**, Regina/**Rambow**, Riklef (2004): „Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement". In: Reinmann, Gabi/Mandl, Heinz (Hrsg.): *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Göttingen: Hogrefe, 176–188.

Brüns, Elke (2018): Alle aktivattraktiv und keiner arm. Alter, Armut und Gender in der Gegenwartskultur. In: Reitinger, Elisabeth/Vedder, Ulrike/Chiangong, Pepetual Mforbe (Hrsg.): *Alter und Geschlecht. Soziale Verhältnisse und kulturelle Repräsentationen*. Wiesbaden: Springer, 25-40.

Bühler, Karl (1934): *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache.* Jena: Fischer.

Buchner, Tobias/**Pfahl**, Lisa/**Traue**, Boris (2015): *Zur Kritik der Fähigkeiten: Ableism als neue Forschungsperspektive der Disability Studies und ihrer Partner_innen*. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/279512246_Zur_Kritik_der_Fahigkeiten_Ableism_als_neue_Forschungsperspektive_der_Disability_Studies_und_ihrer_Partner_innen (Zugriff am 08.02.2022).

Bude, Heinz/**Willisch**, Andreas (2006) (Hrsg.): *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*. Hamburg: Hamburger Edition.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2014): *Leichte Sprache. Ein Ratgeber*. Online unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (Zugriff am 23.04.2025).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz". 19. Juni 2017. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html (Zugriff am 12.02.2021).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): *Achter Altersbericht. Ältere Menschen und Digitalisierung*. Deutscher Bundestag, Drucksache 19/21650.

Busch, Albert (2015): „Medizindiskurse: Mediale Räume der Experten-Laien-Kommunikation". In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin: De Gruyter Mouton, 369-388.

Busch, Albert (1994): *Laienkommunikation. Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen* (= Germanistische Arbeiten zu Sprache und Kulturgeschichte, Band 26). Frankfurt am Main: Peter Lang.

Cacciatore, Michael A./**Scheufele**, Dietram A./**Corley**, Elizabeth A. (2012): Another (methodological) look at knowledge gaps and the Internet's potential for closing them. In: *Public Understanding of Science* 23 (4), 376-394.

Campbell, Fiona Kumari (2009): *Contours of Ableism. The Production of Disability and Abledness.* London: Palgrave Macmillan.

Carstensen, Laura L. (1991): Selectivity Theory: Social activity in life–span context. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11,195– 217.

Carstensen, Laura L./**Isaacowitz**, Derek M./**Charles**, Susan T. (1999): Taking time seriously: Theory of socioemotional selektivity. In: *The American Psychologist*, 54 (3), 165 – 181.

Chan, Connie V./**Kaufman**, David R. (2011): A Framework for Characterizing eHealth Literacy Demands and Barriers. In: *Journal of Medical Internet Research* 13(4):e94.

Charnock, D./**Shepperd,** S./**Needham,** G./**Gann**, R. (1999): DISCERN - an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 105-111.

Chesser, Amy K./**Keene Woods**, Nikki/**Smothers**, Kyle/**Rogers**, Nicole (2016): Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. In: *Gerontology and Geriatric Medicine* 2: 1-13.

Chinn, Deborah (2011): Critical health literacy: a review and critical analysis. In: *Soc Sci Med* 73(1):60–67.

Christmann, Ursula (2006): „Textverstehen". In: Funke, Joachim/Bengel, Jürgen/Frensch, Peter (Hrsg.): *Handwörterbuch Allgemeine Psychologie: Kognition*. Göttingen: Hogrefe, 612-620.

Christmann, Ursula/**Groeben**, Norbert (2019): „Verständlichkeit: die psychologische Perspektive". In: Maaß, Christiane/ Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 123-145.

Corsten, Michael (2020): *Lebenslauf und Sozialisation*. Wiesbaden: Springer VS.

Craik, Fergus/**Byrd**, Mark (1982): Aging and Cognitive Deficits. The Role of Attentional Resources. In: Craik, Fergus/Trehub, Sandra (Hrsg.): *Ageing and Cognitive Processes. Advances in the Study of Communication and Affect*, vol 8. Boston: Springer, 191-210.

Czaja, Sara J./**Charness**, Neil/**Fisk**, Arthur D./**Hertzog**, Christopher/**Nair**, Sankaran N./**Rogers**, Wendy A./**Sharit**, Joseph (2006): Factors predicting the use of technology: findings from the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). In: *Psychol Aging*. 21 (2): 333-52.

Davis, Terry/**Long**, S. W./**Jackson**, R. H./**Mayeaux**, E. J./**George**, R. B./**Murphy**, P. W./**Crouch**, M. A. (1993): Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. In: *Family Medicine* 25 (6): 391-395.

Dazert, Denise (2017): *Distinktion als Lebensform. Eine qualitative Untersuchung ausgewählter Werke von Erasmus sowie Adolph v. Knigge*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

De Beaugrande, Robert-Alain/**Dressler**, Wolfgang Ulrich (1981): Einführung in die Textlinguistik. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Delp, Chris/**Jones**, Jeffrey (1996): Communicating information to patients: the use of cartoon illustrations to improve comprehension of instructions. In: *Acad Emerg Med* 1996; 3:264–70.

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV) (2020): *Zahlen & Fakten*. https://www.dbsv.org/zahlen-fakten.html (Zugriff am 15.09.2020).

Deutsches Ärzteblatt (2024): *Urteil gegen Nationales Gesundheitsportal aufgehoben*. Artikel vom 08.02.2024. Online unter: https://www.aerzteblatt.de/news/urteil-gegen-nationales-gesundheitsportal-aufgehoben-25f46849-2395-4601-be56-f781cc56f0ce (Zugriff am 15.04.2025).

Destatis (2020): *Schwerbehinderte Menschen nach Alter*. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/behinderte-menschen-alter.html;jsessionid=866D7FEE0483249154AB4B162B4FC411.internet8731 (Zugriff am 10.11.2020).

Destatis (2021): *Internetnutzung von Personen 2020*. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/_Grafik/_Interaktiv/it-nutzung-alter.html (Zugriff am 22.11.2021).

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2019): *Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis - Kodex*. Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bonn.

Deutsches Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet (DIVSI) (2016): *Internet-Milieus 2016. Die digitalisierte Gesellschaft in Bewegung*. Eine Grundlagenstudie des SINUS-Instituts Heidelberg im Auftrag des Deutschen Instituts für Vertrauen und Sicherheit im Internet (DIVSI). Hamburg.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015): *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Berlin. http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi (Zugriff am 12.02.2021).

Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) (2021): *Verlässliches Gesundheitswissen*. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. DNGK 2021. Online unter: https://dngk.de/verlaessliches-gesundheitswissen/ (Zugriff am 16.06.2021).

Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) (2021): *HON Information*. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. DNGK 2021. Online unter: https://dngk.de/impressum/hon-information/ (Zugriff am 16.06.2021).

Deutschlandfunk: *Covid-19. Spahn warnt: Bis zu 40 Prozent der Bevölkerung sind Risikogruppe.* Die Nachrichten, 9. November 2020. https://www.deutschlandfunk.de/covid-19-spahn-warnt-bis-zu-40-prozent-der-bevoelkerung.2932.de.html?drn:news_id=1192437 (Zugriff am 11.11.2020).

Devine, Theresa/**Broderick**, Jordan/**Harris**, Linda M./**Wu**, Huijuan/**Hilfiker**, Sandra Williams (2016): „Making Quality Health Websites a National Public Health Priority: Toward Quality Standards." In: *Journal of Medical Internet Research* 18(8): e211. DOI: 10.2196/jmir.5999 (Zugriff am 19.09.2020).

Diekmannshenke, Hajo (2017): Zwischen „Leicht kompliziert" und „Deutsch light" - Der mediale Diskurs um die „Leichte Sprache". In: Bock, Bettina M./Fix, Ulla/Lange, Daisy (Hrsg.): *„Leichte Sprache" im Spiegel theoretischer und angewandter Forschung*. Berlin: Frank & Timme, 111-127.

Dierks, Marie-Luise (2017): Gesundheitskompetenz – Was ist das? *Public Health Forum* 2017; 25 (1): 2–5.

Dierks, Marie-Luise (2021): Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz. In: Klapper, Bernadette/Cichon, Irina (Hrsg.): *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 379-385.

Dierks, Marie-Luise/**Schwartz**, Friedrich Wilhelm (2012): „Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens". In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes/Walter, Ulla/Dierks, Marie-Luise (Hrsg.): *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. Aufl. München: Elsevier, Urban und Fischer, 352–9.

Dierks, Marie-Luise/**Seidel**, Gabriele (2017): „Erhöhung der Gesundheitskompetenz durch interaktive Formen der Gesundheitsbildung – Konzept und Erfahrungen der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)". In: Schaeffer, Doris/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 289-302.

Digitalpakt Alter (o.J.): *Deutschland sicher im Netz e.V.* Online unter: https://www.digitalpakt-alter.de/partner/deutschland-sicher-im-netz/ (Zugriff am 16.04.2025).

DIN - Deutsches Institut für Normung e.V. (2024): *Normen-Handbuch Einfache Sprache. DIN 8581-1 und DIN ISO 24495-1*. Berlin: DIN Media GmbH.

DISCERN (2005): *Hintergrund*. Deutsches DISCERN-Online-Team. Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover / Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Online unter: http://www.discern.de/hintergrund.htm (Zugriff am 12.02.2021).

Diviani, Nicola/**Camerini**, Anne-Linda (2014): Gesundheitskompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 440 - 450.

DNGK – Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz/**DNVF –** Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (2019): *Definition Health Literacy August 2019. Änderungsvorschlag von Prof. Dr. Eva Maria Bitzer, MPH, Mitglied des DNGK-Vorstands, und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Sprecherin der DNVF Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz.* 4. August 2019. Online unter: https://dngk.de/gesundheitskompetenz/definition-health-literacy-august-2019/ (Zugriff am 10.12.2020).

DNGK – Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (2020): *Gesundheitskompetenz – Definitionen, Initiativen*. „Gesundheitskompetenz und der Kontext – was, wo und wie können wir sie feststellen und bewerten?" Letzte Überarbeitung 11.12.2020. Online unter: https://dngk.de/was-ist-gesundheitskompetenz/ (Zugriff am 12.02.2021).

Dobroschke, Julia/**Kahlisch**, Thomas (2019): „Barrierefreie Informations- und Kommunikationsangebote für blinde und sehbehinderte Menschen". In: Maaß, Christiane/ Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 183-199.

Dockweiler, Christoph/**Fischer**, Florian (2019): ePublic Health: Vorwort zur Erschließung eines neuen Forschungs- und Anwendungsfeldes. In: Dieselben (Hrsg.): *ePublic Health. Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld*. Bern: Hogrefe, 15-19.

Doh, Michael (2020): *Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologien bei älteren Menschen. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung*. Herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Dorsch Lexikon der Psychologie (o.J.): *Lebensalter drittes und viertes*. Dorsch Lexikon der Psychologie hrsg. v. Markus Antonius Wirtz, Hogrefe AG. Online unter: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/lebensalter-drittes-und-viertes (Zugriff am 04.03.2021).

Duden (2021): *Distinktion*. Bibliographisches Institut GmbH, 2021. Online unter: https://www.duden.de/rechtschreibung/Distinktion (Zugriff am 19.07. 2021).

Durkheim, Emile/**Mauss**, Marcel (1987): Über einige primitive Formen von Klassifikation: ein Beitrag zur Erforschung der kollektiven Vorstellungen. In: Durkheim, Emile: *Schriften zur Soziologie der Erkenntnis*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 169-256.

DWDS – **Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache** (o.J.): *Das Wortauskunftssystem zur deutschen Sprache in Geschichte und Gegenwart*, hrsg. v. d. Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Online unter: https://www.dwds.de/ (Zugriff am 05.08.2021).

Ellemers, Naomi/**Haslam**, S. Alexander (2012): Social identity theory. In: Van Lange, Paul/Kruglanski, Arie/Higgins, E. Tory (Hrsg.): *Handbook of Theories of Social Psychology*. Bd. 2. Los Angeles [u.a.]: Sage. 379-398.

Emmerich, Marcus/**Hormel**, Ulrike (2013): *Heterogenität - Diversity - Intersektionalität: zur Logik sozialer Unterscheidungen in pädagogischen Semantiken der Differenz*. Wiesbaden: Springer VS.

Epp, Anna/**Speransky**, Chilja (2019): Bildfunktionen in der Leichten Sprache - eine Studie. In: Alexander, Kerstin (Hrsg.): *Mit Typografie und Bild barrierefrei kommunizieren. Forschungsstand und Studien*. Berlin: Frank & Timme, 299-317.

Falk, Juliane (2015): Basiswissen Demenz: Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. 3., aktualisierte und erw. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.

Faltermaier, Toni (2005): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 31-53.

Federman, Alex D./**Sano**, Mary/**Wolf**, Michael S./**Siu**, Albert L./**Halm**, Ethan A. (2009): Health Literacy and Cognitive Performance in Older Adults. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (8): 1475-1480.

Feinberg, Iris/**Tighe**, Elizabeth L./**Greenberg**, Daphne/**Mavreles**, Michelle (2018): Health Literacy and adults with low basic skills. In: *Adult Education Quarterly* Vol. 68(4) 297–315.

Feldwisch-Drentrup, Hinnerk/**Kuhrt**, Nicola (2019): *Schlechte und gefährliche Gesundheitsinformationen. Wie sie erkannt und Patienten besser geschützt werden können*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Festinger, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.

Fiscella, Kevin/**Meldrum**, Sean/**Franks**, Peter/**Shields**, Cleveland G./**Duberstein**, Paul/**McDaniel**, Susan H./**Epstein**, Ronald M. (2004): Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? In: *Medical Care*, 42 (11), 1049–1055.

Fischbock, Nadine/**Naef**, Aurélia Naoko/**Rathmann**, Katharina/**Dierks**, Marie-Luise (2024): Gesundheitskompetenz und Pflege – eine Analyse der professionsbezogenen Förderung von Gesundheitskompetenz bei Patient*innen in der akutstationären Versorgung. Eine Beobachtungsstudie. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*. Mai 2024, 1-9.

Finzen, Asmus (2013): *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen.* Köln: Psychiatrie-Verlag.

Fischer, Sylvia (2011): *Verständlichkeit von Bedienungsanleitungen. Dysfunktionale Rezeption von Instruktionen*. Dissertation Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Fiske, Susan T./**Cuddy**, Amy J. C./**Glick**, Peter/**Xu**, Jun (2002): „A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition". In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 878-902.

Flick, Uwe/**von Kardorff**, Ernst/**Steinke**, Ines (Hrsg.) (2017): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fornefeld, Barbara (2002): *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik.* 2. Aufl. München u.a.: Reinhardt.

Fox, Susannah/**Duggan**, Maeve (2013): *Health Online 2013*. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Washington D.C. https://www.ordinedeimedici.com/documenti/Docs7-cybercondria-PIP-HealthOnline.pdf (Zugriff am 08.12.2021).

Friederici, Angela (2012): „Neurobiologische Grundlagen der Sprache". In: Karnath, Hans-Otto/Thier, Peter (Hrsg.): *Kognitive Neurowissenschaften*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer (Medizin), 429-438.

Friedrichs, Jürgen (2014): Forschungsethik. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 81-91.

Fries, James F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. In: *New England Journal of Medicine* 303 (3), 130-135.

Fries, James F. (2003): Measuring und monitoring success in compressing morbidity. In: *Annals of Internal Medicine* 139, 455-459.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in §62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie") in der Fassung vom 22. Januar 2004*. Zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 05.03.2018 B4, in Kraft getreten am 6. März 2018.

Gilstad, Heidi (2014): „Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy". In: Jaatun, Ellen A.A./Brooks, Elizabeth/Berntsen, Kirsti/Gilstad, Heidi/Jaatun, Martin Gilje (Hrsg.): *Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics* (PAHI 2014), Trondheim Norway, published at http://ceur-ws.org.

Goffman, Erving (1983): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Grice, Paul (1975): „Logic and conversation". In: Cole, Peter/Morgan, Jerry L. (Hrsg.): *Syntax and Semantics*, Vol. 3, Speech Acts, 41-58. New York: Academic Press.

Groeben, Norbert (1982): *Leserpsychologie: Textverständnis – Textverständlichkeit*. Münster: Aschendorff.

Groeben, Norbert (2004): „Medienkompetenz". In: Mangold, Roland/Vorderer, Peter/Bente, Gary (Hrsg.): *Lehrbuch der Medienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 27-50.

Grotlüschen, Anke/Buddeberg, Klaus/Dutz, Gregor/Heilmann, Lisanne/Stammer, Christopher (2019): *LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität*. Pressebroschüre, Hamburg.

Gutermuth, Silke (2020): *One for all? Eine zielgruppenorientierte Rezeptionsstudie zu Leichter und Einfacher Sprache.* Berlin: Frank & Timme.

Hall, Stuart (1989): Rassismus als ideologischer Diskurs. Das Argument. In: *Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften*, 178, 913-923.

Hall, Mark/**Dugan**, Elizabeth/**Zheng**, Beiyao/**Mishra**, Aneil (2001): Trust in Physicians and Medical Institutions: What is it, can It be measured, and does it matter? In: *The Milbank Quarterly* 79 (4), 613 - 639.

Hansen-Schirra, Silvia /**Maaß**, Christiane (2020a): Easy Language, Plain Language, Easy Language Plus: Perspectives on Comprehensibility and Stigmatisation. In: Hansen-Schirra, Silvia /Maaß, Christiane (Hrsg.): *Easy Language Research: Text and User Perspectives*. Berlin: Frank & Timme, 17-38.

Hansen-Schirra, Silvia /**Maaß**, Christiane (2020b): *Easy Language Research: Text and User Perspectives*. Berlin: Frank & Timme.

Hansen-Schirra, Silvia/**Nitzke**, Jean/**Gutermuth**, Silke/**Maaß**, Christiane/**Rink**, Isabel (2020): Technologies for the Translation of Specialised Texts into Easy Language. In: Hansen-Schirra, Silvia/Maaß, Christiane (Hrsg.): *Easy Language Research: Text and User Perspectives*. Berlin: Frank & Timme, 99-127.

Hargittai, Eszter (2002): Second-Level Digital Divide: Differences in People's Online Skills. In: *First Monday* 7 (4).

Hargittai, Eszter/**Hsieh**, Yuli Patrick (2013): Digital Inequality. In: Dutton, William H. (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Internet Studies*. Oxford: University Press, 129-150.

Harms, Frederik (2024): Wie werden die Medien von Senioren in Deutschland genutzt? Statista – Mediennutzung. 14.08.2024. Online unter: https://de.statista.com/themen/6161/mediennutzung-von-senioren/#topicOverview (Zugriff am 08.11.2024).

Harzheim, Laura/**Lorke**, Mariya/**Jünger**, Saskia (2022): Potenziale unterschiedlicher qualitativer Forschungszugänge für den Erkenntnisgewinn in der Gesundheitskompetenzforschung. In: Rathmann, Katharina/Dadaczynski, Kevin/Okan, Orkan/Messer, Melanie (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer, 1-11.

Health Literacy Tool Shed – A databse of health literacy measures (2020): *Find measures*. Boston University, Communicate Health, National Library of Medicine. https://healthliteracy.bu.edu/domains=7 (Zugriff am 10.12.2020).

Hellbusch, Jan/**Probiesch**, Kerstin (2011): *Barrierefreiheit verstehen und umsetzen. Webstandards für ein zugängliches und nutzbares Internet*. Heidelberg: dpunkt.

Helfferich, Cornelia (2014): „Leitfaden- und Experteninterviews". In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, 559-580.

Helfferich, Cornelia (2009): *Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews.* 3. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS-Verlag.

Herzlich, Claudine (1973): *Health and illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.

Hitlin, Steven (2012): Values, Personal Identity, and the Moral Self. In: Schwartz, Seth J./Luyckx, Koen/ Vignoles, Vivian L. (Hrsg.): *Handbook of Identity Theory and Research.* Vol. 2, Domains and Categories. New York [u.a.]: Springer, 515-529.

Hof, Christiane (2002): Von der Wissensvermittlung zur Kompetenzentwicklung in der Erwachsenenbildung. In: Nuissl, Ekkehard/Schiersmann, Christiane/Siebert, Horst (Hrsg.): Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele? Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, Bd. 49. Bielefeld: Bertelsmann, 80-89.

Hogg, Michael A./**Abrams**, Dominic (1988a): *Social identifications. A social psychology of intergroup relations and group processes*. London/New York: Routledge.

Hogg, Michael A./**Abrams**, Dominic (1988b): Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination. In: *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, 317-334.

Hollstein, Betina/**Ullrich**, Carsten G. (2003): Einheit trotz Vielfalt? Zum konstitutiven Kern qualitativer Forschung. In: *Soziologie*, 32. Jg., Heft 4, 29-43.

HON (Health On the Net Foundation) (2021): *Qualität und Vertrauenswürdigkeit von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet.* Online unter: https://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor_de.html (Zugriff am 16.06.2021).

Hong, Y. Alicia/**Cho**, Jinmyoung (2017): Has the Digital Health Divide widened? Trends of health-related Internet use among older adults from 2003 to 2011. In: *Journals of Gerontology series B-Psychological Sciences and Social Sciences* 72 (5), 856-863.

Horch, Kerstin/Ryl, Livia/Hintzpeter, Birte/Dierks, Marie-Luise (2011): Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. In: *GBE kompakt;* 2 (2):1–7.

Houts, Peter S./**Doak**, Cecilia C./**Doak**, Leonard G./**Loscalzo**, Matthew J. (2006): The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. In: *Patient Education and Counseling* 61 (2006) 173–190.

Hurrelmann, Klaus/**Klinger**, Julia/**Schaeffer**, Doris (2020): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Idler, Ellen L./ **Kasl**, Stanislav (1995): Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? In: *Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 1995 Nov; 50 (6): S344-353.

Initiative D21 (2020): *D21 Digitalindex 2020/2021. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft*. Berlin: Initiative D21.

IQWiG - **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (o.J.): *Evidenzbasierte Medizin (EbM): Warum arbeitet das IQWiG danach?* Online unter: https://www.iqwig.de/de/methoden/grundsaetze/evidenzbasierte-medizin.3014.html (Zugriff am 19.09.2020).

IQWiG - **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (o.J.): *Auftraggeber und Finanzierung des IQWiG*. Online unter: https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/auftraggeber-und-finanzierung/ (Zugriff am 12.02.2021).

IQWiG - **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (2021): *Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Internet?* Online unter: https://www.gesundheitsinformation.de/wie-finde-ich-gute-gesundheitsinformationen-im-internet.html (Zugriff am 16.06.2021).

Iverson, S. A./**Howard**, K. B./**Penney**, B. K. (2008): „Impact of internet use on health-related behaviors and the patient-physician relationship: A survey-based study and review". In: *Journal of American Osteopathic Association* 108, 699-711.

Jacobi, Petra (2020): *Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz*. Berlin: Springer.

Jakobson, Roman (1959): On linguistic aspects of translation. In: Browner, Reuben Arthur (Hrsg.): On Translation. Cambridge: Harvard University Press, 232–239. Reprinted in Venuti, Lawrence (Hrsg.): *The Translation Studies Reader*. London: Routledge, 114-118.

Jekat, Susanne/**Hagmann**, David/**Lintner**, Alexa (2020): Texte in Leichter Sprache: Entwicklungsstand und Hinweise zur Qualitätsoptimierung. In: Schubert, Klaus/Heidrich, Franziska (Hrsg.): *Fachkommunikation – gelenkt, geregelt, optimiert*. Hildesheim: Universitätsverlag, 171–190.

Jenssen, Anders T. (2012): Widening or closing the knowledge gap? The role of TV and newspapers in changing distribution ofpolitical knowledge. In: *Nordicom Review* 33, 19-36.

Johnson, J. David/**Meischke**, Hendrika (1993): A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. In: *Human Communication Research*, 19(3), 343–367.

Jordan, Susanne/**Hoebel**, Jens (2015): „Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell' (GEDA)." Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58, no. 9, 942–950.

Just, Marcel Adam/**Carpenter**, Patricia (1977): „Integrative Processes in Comprehension". In: Laberge, David [u.a.] (Hrsg.): *Basic Processes in Reading: Perception and Comprehension*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 217-241.

Kalverkämper, Hartwig (1998a): „Fach und Fachwissen". In: Hoffmann, Lothar/Kalverkämper, Hartwig/Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.): *Fachsprachen. Ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. 1. Halbband. Berlin: De Gruyter, 1-24.

Kalverkämper, Hartwig (1998b): „Rahmenbedingungen für die Fachkommunikation". In: Hoffmann, Lothar/Kalverkämper, Hartwig/Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.): *Fachsprachen. Ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. 1. Halbband. Berlin: De Gruyter, 24-47.

Kennedy, Quinn/**Mather**, Mara/**Carstensen**, Laura L. (2004): The role of motivation in the age-related Positivity Effect in autobiographical memory. In: *Psychological Science*, 15 (3), 208 –214.

Kercher, Jan (2013): *Verstehen und Verständlichkeit von Politikersprache. Verbale Bedeutungsvermittlung zwischen Politikern und Bürgern*. Wiesbaden: Springer.

Kerschner, Bernd/**Wipplinger**, Jörg/**Klerings**, Irma/**Gartlehner**, Gerald (2015): Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (ZEFQ), 109, 341-9.

Kerschner, Bernd/**Harlfinger**, Julia (2018): *Wie erkenne ich vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen?* Department für Evidenzbasierte Medizin, Donau-Universität Krems. Checkliste der Redaktion Medizin-transparent.at, 12. Juni 2018. Online unter: https://www.medizin-transparent.at/ueber/so-arbeiten-wir/ (Zugriff am 12.02.2021).

Kesselheim, Wolfgang (1998): Interaktive Verfahren der Herstellung von Gruppen im Gespräch – Freiheit und Grenzen. In: Heinemann, Margot (Hrsg.): *Sprachliche und soziale Stereotype*. Frankfurt a.M. (u.a.): Peter Lang, 129-153.

Kim, Henna/**Xie**, Bo (2017): Health literacy in the ehealth era: a systematic review of the literature. In: *Patient Educ Couns* 100 (6):1073–1082.

Kindermann, Harald (1986): Gesetzessprache und Akzeptanz der Norm. In: *Recht und Sprache*. Wien: Manz, 53-68.

Klüber, Maike (2015): Verstehenssicherung zwischen Anästhesist und Patient im Aufklärungsgespräch. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas: *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin/Boston: De Gruyter, 208-224.

Knobloch-Westerwick, Silvia (2015): *Choice and preference in media use*. *Advances in Selective Exposure Theory and research*. New York: Routledge.

Koch, Klaus (2017): Informationen aus dem Internet. In: *Public Health Forum* 25(1): 57–59.

Koch, Peter/**Oesterreicher**, Wulf (1985): „Sprache der Nähe – Sprache der Distanz. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Spannungsfeld von Sprachtheorie und Sprachgeschichte". In: *Romanistisches Jahrbuch*, 36. Berlin/New York: Walter de Gruyter, 15–43.

Kolpatzik, Kai/**Mohrmann**, Matthias/**Zeeb**, Hajo (Hrsg.). (2020): *Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland*. Berlin: KomPart.

Konopik, Nadine (2019): *Gesundheitskompetenz im Alter. Erweiterung von Health Literacy unter Berücksichtigung biografischer und umweltbezogener Aspekte*. Wiesbaden: Springer.

Krämer, W. (1992): Altern und Gesundheitswesen: Probleme und Lösungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie. In: P.B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin & New York: de Gruyter, 563-580.

Krämer, W. (1999): Hippocrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. In: W. Kirch & H. Kliemt (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*. Band 61. Regensburg: Roderer, 389-393.

Kreckel, Reinhard (2004): *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. 3., überarb. und erw. Aufl. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag.

Krings, Hans Peter (2005): „Wege ins Labyrinth – Fragestellungen und Methoden der Übersetzungsprozessforschung im Überblick." In: *Meta*, 50 (2), 342–358. Online abrufbar unter: https://www.erudit.org/fr/revues/meta/2005-v50-n2-meta881/010941ar.pdf (Zugriff am 15.09.2019).

Kröger, Janina/**Keller**, Loraine (2023): Retrievability of Online Health Information. In: Deilen, Silvana/Hansen-Schirra, Silvia/Hernández Garrido, Sergio/Maaß, Christiane/Tardel, Anke (Hrsg.): *Emerging Fields in Easy Language and Accessible Communication Research.* Easy – Plain – Accessible, vol. 14. Berlin: Frank & Timme, 433-456.

Kronzer, Vanessa L. (2016): Screening for health literacy is not the answer. It's quicker and less stigmatizing to make all communication clearer. In: *BMJ* 2016; 354:i3699.

Kruse, Andreas (2008): Psychologische Veränderungen im Alter. In: Kuhlmey, Adelheid/Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 15-32.

Kruse, Andreas (2017): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 89-99.

Kruse, Andreas (2020): *Ältere Menschen und Digitalisierung. Erkenntnisse und Empfehlungen des Achten Altersberichts der Bundesregierung*. Vortrag auf der Online-Konferenz „Leben im Alter unter Pandemie-Bedingungen: Digitalisierung als Chance" am 19.11.2020 der Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag (LINGA) in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Kruse, Andreas (2021): Perspektive Alter. In: Klapper, Bernadette/Cichon, Irina (Hrsg.): *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 357-362.

Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz.* 2. überarb. u. ergänzte Aufl. Beltz Juventa: Weinheim/Basel.

Kuckartz, Udo (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo/**Rädiker**, Stefan (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.

Kugele, Annemarie (2021): Der Genitiv in der Leichten Sprache auf dem Prüfstand - eine Pilotstudie. In: Gros, Anne-Kathrin/Gutermuth, Silke/Oster, Katharina (Hrsg.): *Leichte Sprache - Empirische und multimodale Perspektiven*. Berlin: Frank & Timme, 59-69.

Kutner, Mark/**Greenberg**, Elizabeth/**Jin**, Ying/**Paulsen**, Christine (2006): *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Land, Rainer/**Willisch**, Andreas (2006): Die Probleme mit der Integration. Das Konzept des „sekundären Integrationsmodus". In: Bude, Heinz/Willisch, Andreas (Hrsg.): *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*. Hamburg: Hamburger Edition, 70-93.

Lander, Jonas/Langhof, Holger/Dierks, Marie-Luise (2019): Involving patients and the public in medical and health care research studies: An exploratory survey on participant recruiting and representativeness from the perspective of study authors. In: *PLoS ONE* 14(1): e0204187. https://doi.org/10.1371/journal. pone.0204187.

Lang, Annie (2006): Using the Limited Capacity Model of Motivated Mediated Message Processing to Design Effective Cancer Communication Messages. In: *Journal of Communication*. Volume 56, Issue suppl. 1, 57–80.

Lang, Annie/**Yegiyan**, Narine S. (2008): Understanding the Interactive Effects of Emotional Appeal and Claim Strength in Health Messages. In: *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52(3), 432–447.

Lang, Gert (2017): *Zur Akzeptanz sozialer Ungleichheit. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur gesellschaftlichen Kohärenz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Lang, Caroline/**Scheibe**, Madlen/**Voigt**, Karen/**Hübsch**, Grit/**Mocke**, Luise/**Schmitt**, Jochen/**Bergmann**, Antje/**Holthoff-Detto**, Vjera (2019): Motive für die Nichtakzeptanz und Nichtnutzung einer Telemonitoring-Anwendung im häuslichen Umfeld durch multimorbide Patienten über 65 Jahre. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 141–142, 76-88.

Lang, Katrin (2021): *Auffindbarkeit, Wahrnehmbarkeit, Akzeptabilität. Webseiten von Behörden in Leichter Sprache vor dem Hintergrund der rechtlichen Lage*. Berlin: Frank & Timme.

Lange, Daisy (2019): Der Genitiv in der „Leichten Sprache" – das Für und Wider aus theoretischer und empirischer Sicht. In: *Zeitschrift für Angewandte Linguistik* 70, 37–72.

Lange, Daniela/**Schwarzer**, Ralf (2014): Gesundheitsbezogene Kommunikation. In: Blanz, Mathias/Florack, Arnd/Piontkowski, Ursula (Hrsg.): *Kommunikation. Eine interdisziplinäre Einführung.* Stuttgart: Kohlhammer, 136-147.

Langer, Katie M./**Frie**, Maria T. (2017): *Emotion, text difficulty, and purpose for reading: how factors influence reading comprehension.* College of Saint Benedict and Saint John's University, Celebrating Scholarship & Creativity Day. 131. Online unter: http://digitalcommons.csbsju.edu/elce_cscday/131 (Zugriff am 18.03.2021).

Latulippe, Karine/**Hamel**, Christine/**Giroux**, Dominique (2017): Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. In: *Journal of Medical Internet Research* 19 (4), e136.

Lee, Kenneth/**Hoti**, Kreshnik/**Hughes**, Jeffery David/**Emmerton**, Lynne (2014): Dr Google and the Consumer: A Qualitative Study Exploring the Navigational Needs and Online Health Information-

Seeking Behaviors of Consumers With Chronic Health Conditions. In: *J Med Internet Res* 2014;16(12): e262, 1-14.

Lenzner, Alwine (2009): *Visuelle Wissenskommunikation: Effekte von Bildern beim Lernen. Kognitive, affektive und motivationale Effekte.* Hamburg: Verlag Dr. Kovac, Fachverlag für wissenschaftliche Literatur.

Lindenberger, Ulman (2014): Human cognitive aging: corriger la fortune? In: *Science* 346 (6209), 572-578.

Lindenberger, Ulman/**Nagel**, Irene E./**Chicherio**, Christian/**Li**, Shu-Chen/**Heekeren**, Hauke R./**Bäckman**, Lars (2008): „Age-related decline in brain resources modulates genetic effects on cognitive functioning". In: *Frontiers in Neuroscience* 2 (2), 234-244. Online abrufbar unter: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/neuro.01.039.2008 (Zugriff am 25.09.2019).

Lindenberger, Ulman/**Staudinger**, Ursula M. (2018): Höheres Erwachsenenalter. In: Schneider, Wolfgang/Lindenberger, Ulman (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 8. Auflage. Weinheim: Beltz, 291-318.

Link, Elena (2017): Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online-Communitys. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Matthias R. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Wiesbaden: Springer, 1–11.

Link, Elena (2019): *Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen. Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten*. Wiesbaden: Springer VS.

Link, Elena (2021): Die problematische Nicht-Nutzung: Eine Charakterisierung der Vermeider*innen und Nicht-Nutzer*innen von Gesundheitsinformationen. In: Sukalla, Freya /Voigt, Charmaine (Hrsg.): *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020*. Leipzig: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V., 9-20.

Link, Elena/**Baumann**, Eva (2020): Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2020 (63), 681–689.

Link, Elena/**Baumann**, Eva (2022): Die Bedeutung der (digitalen) Gesundheitskompetenz für das Informationshandeln: Ein differenzierter Blick auf die gesundheitsbezogene Informationssuche und -vermeidung. In: Rathmann, Katharina/Dadaczynski, Kevin/Okan, Orkan/Messer, Melanie (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer, 1-12. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_141-1.

Lippert, Herbert (1978): Fachsprache Medizin. In: Henne, Helmut/Mentrup, Wolfgang/Möhn, Dieter/Weinrich, Harald (Hrsg.): *Interdisziplinäres deutsches Wörterbuch in der Diskussion.* Sprache der Gegenwart, Band 45. Düsseldorf: Schwann, 86 – 101.

Lucke, Doris (1995): *Akzeptanz: Legitimität in der „Abstimmungsgesellschaft"*. Opladen: Leske + Budrich.

Lucke, Doris (2003): Stichwort „Akzeptanz". In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): *Grundbegriffe der Soziologie*. 8., überarb. Auflage. Opladen: Leske + Budrich, 5-9.

Luhmann, Niklas (2008): *Rechtssoziologie*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Luhmann, Niklas (1983): *Legitimation durch Verfahren*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Luttermann, Karin/**Rawinsky**, Patricia (2020): Fachtexte verstehen in *Klarer Sprache*. In: Heidrich, Franziska/Schubert, Klaus (Hrsg.): *Fachkommunikation – gelenkt, geregelt, optimiert*. Hildesheim: Universitätsverlag, 145-170.

Maaß, Christiane (2015): *Leichte Sprache. Das Regelbuch*. Münster: Lit-Verlag.

Maaß, Christiane (2020): *Easy Language - Plain Language - Easy Language Plus. Balancing Comprehensibility and Acceptability*. Berlin: Frank & Timme. DOI: 20.500.12657/42089

Maaß, Christiane (2024): „Intralingual Translation in Easy Language and in Plain Language." In: *The Routledge Handbook of Intralingual Translation*. London: Routledge, 234-251.

Maaß, Christiane/**Hernández Garrido**, Sergio (2020): Easy and Plain Language in Audiovisual Translation. In: Hansen-Schirra, Silvia /Maaß, Christiane (Hrsg.): *Easy Language Research: Text and User Perspectives*. Berlin: Frank & Timme, 131-161.

Maaß, Christiane/**Rink**, Isabel (2017): Leichte Sprache: Verständlichkeit ermöglicht Gesundheitskompetenz. In: *Public Health Forum* 2017, 25 (1), 50-53.

Maaß, Christiane/**Rink**, Isabel (2018): „‚Das nennt Ihr Arzt: Rigor.' Medizinische Fachtexte in Leichter Sprache im Lichte des Ansatzes der Situated Translation". In: Jekat, Susanne/Kappus, Martin/Schubert, Klaus (Hrsg.): *Barrieren abbauen, Sprache gestalten.* Winterthur: ZHAW, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 24–38.

Maaß, Christiane/**Rink**, Isabel (Hrsg.) (2019): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation.* Berlin: Frank & Timme.

Maaß, Christiane/**Rink**, Isabel (2020a): „Scenarios for Easy Language Translation: How to Produce Accessible Content for Users with Diverse Needs". In: Hansen-Schirra, Silvia/Maaß, Christiane (Hrsg.): *Easy Language Research: Text and User Perspectives*. Berlin: Frank & Timme, 41-56.

Maaß, Christiane/**Rink**, Isabel (2020b): „Barrierefreiheit". In: Susanne Hartwig (Hrsg.): *Behinderung. Kulturwissenschaftliches Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 39-43.

McAllister, Daniel J. (1995): Affect- and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation on organizations. In: *Academy of Management Journal*, 38 (1), 24–59.

Medienverband der freien Presse (MVfP) (2024): *Wort & Bild Verlag gegen Nationales Gesundheitsportal: OLG Köln verweist an das Verwaltungsgericht Köln. Entscheidung führt zu erheblicher Unsicherheit seitens der Verlage in künftigen Fällen.* Artikel vom 07.02.2024. Online unter: https://www.mvfp.de/nachricht/artikel/wort-bild-verlag-gegen-nationales-gesundheitsportal-olg-koeln-verweist-an-das-verwaltungsgericht-koeln (Zugriff am 15.04.2025).

Meggetto, Elizabeth/**Ward**, Bernadette/**Isaccs**, Anton (2018): What's in a name? An overview of organisational health literacy terminology. In: *Australian Health Review* 42, 21–30.

Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. (o.J.): *Leichte Sprache*. Online unter: https://www.menschzuerst.de/leichte-sprache/ (Zugriff am 23.04.2025).

Messer, Melanie/**Murau**, Tatjana (2022): Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, (18), 475-482.

Mey, Günter/**Mruck**, Katja (2010): Interviews. In: Dies. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer, 423-435.

Meyer, Thorsten (2019): Digitalisierung in und als Gegenstand der qualitativen Sozialforschung. In: Dockweiler, Christoph /Fischer, Florian (Hrsg.): *ePublic Health*. Bern: Hogrefe, 81-92.

Mezulis, Amy/**Abramson**, Lyn/**Hyde**, Janet/**Hankin**, Benjamin (2004): Is There a Universal Positivity Bias in Attributions? A Meta-Analytic Review of Individual, Developmental, and Cultural Differences in the Self-Serving Attributional Bias. In: *Psychological Bulletin*, 130 (5):711-47.

Misoch, Sabina (2006): *Online-Kommunikation*. Konstanz: UVK.

Misoch, Sabina (2019): *Qualitative Interviews*. 2., erweiterte u. aktualisierte Auflage. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.

Mlinarić, Martin/**Knöchelmann**, Anja (2019): Digital Health Divide: Gesundheitliche Ungleichheiten und Digitalisierung. In: Dockweiler, Christoph/Fischer, Florian (Hrsg.): *ePublic Health. Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld.* Bern: Hogrefe, 269-277.

Mollenkopf, Heidrun/**Doh**, Michael (2002): „Das Medienverhalten älterer Menschen". In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 25, 4, 387-408. Online abrufbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/3790/ssoar-sub-2002-4-mollenkopf_et_al-das_medienverhalten_alterer_menschen.pdf?sequence=1 (Zugriff am 25.09.2019).

Momani, A. M. (2018). *Adoption of Acceptance Theory and Social Commerce Use (TAUSC Model) for Consumer Behaviour.* Al-Madinah International University.

Motel-Klingebiel, Andreas/**Klaus**, Daniela/**Simonson**, Julia (2014): „Befragungen von älteren und alten Menschen". In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, 781-786.

Müller, Hans-Peter (1995): Differenz und Distinktion. Über Kultur und Lebensstile. In: Bohrer, Karl Heinz/Scheel, Kurt (Hrsg.): *Unterschiede. Über Kulturkämpfe. Sonderheft Merkur*. Jg. 49, H. 9/10 = 558/559, 927–936.

Müller, Hans-Peter (2019): *Pierre Bourdieu. Eine systematische Einführung*. 3. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Nabi, Robin L. (2003): Exploring the Framing Effects of Emotion: Do Discrete Emotions Differentially Influence Information Accessibility, Information Seeking, and Policy Preference? In: *Communication Research* 30 (2), 224–247.

NAP Gesundheitskompetenz (o.J.): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken: Start.* Online abrufbar unter: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/ (Zugriff am 13.09.2019).

NAP Gesundheitskompetenz (o.J.): *Was bedeutet eigentlich Gesundheitskompetenz?* Online unter: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/ (Zugriff am 07.07.2021).

Nassehi, Armin (2006): Die paradoxe Einheit von Inklusion und Exklusion. Ein systemtheoretischer Blick auf die „Phänomene". In: Bude, Heinz/Willisch, Andreas (Hrsg.): *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige.* Hamburg: Hamburger Edition, 46-69.

Neckel, Sighard/**Sutterlüty**, Ferdinand (2005): Negative Klassifikationen. Konflikte um die symbolische Ordnung sozialer Ungleichheit. In: Heitmeyer, Wilhelm/Imbusch, Peter (Hrsg.): *Integrationspotenziale einer modernen Gesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 409-428.

Netzwerk Leichte Sprache (o.J.): *Was ist das Netzwerk?* Online unter: https://www.netzwerk-leichte-sprache.de/ls/das-netzwerk/was-ist-das-netzwerk (Zugriff am 23.04.2025).

Nguyen, Amy/**Mosadeghi**, Sasan/**Almario**, Christopher (2017): Persistent digital divide in access to and use of the Internet as a resource for health information: Results from a California population-based study. In: *International Journal of Medical Informatics* 103, 49-54.

Norgaard, Ole/**Furstrand**, Dorthe/**Klokker**, Louise/**Karnoe**, Astrid/**Batterham**, Roy/**Kayser**, Lars/**Osborne**, Richard H. (2015): The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. In: *Knowledge Management & E-Learning*, 7(4), 522–540.

Norman, Cameron D./**Skinner**, Harvey A. (2006a): eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. In: *Journal of Medical Internet Research* 8(2):e9. DOI: 10.2196/jmir.8.2.e9.

Norman, Cameron D./**Skinner**, Harvey A. (2006b): eHEALS: The eHealth Literacy Scale. In: *Journal of Medical Internet Research* 8(4):e27.

Nussbaumer, Markus (1994): Glossar zum Zürcher Textanalyseraster. In: Brütsch, Edgar R./Sieber, Peter (Hrsg.) (1994): *Sprachfähigkeiten – besser als ihr Ruf und nötiger denn je! Ergebnisse und Folgerungen aus einem Forschungsprojekt* (= Sprachlandschaft 12). Sauerländer: Aarau, 353–369.

Nutbeam, Don (2008) The evolving concept of health literacy. In: *Soc Sci Med* 67(12):2072–2078.

Nutbeam, Don (2000): „Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century." In: *Health Promotion International* 15, no. 3, 259–267.

Nützel, Nikolaus (2020): *Kann sich das neue Gesundheitsportal durchsetzen?* Artikel vom 28.08.2020, Deutschlandfunk. Online unter: https://www.deutschlandfunk.de/gesundheitsinformationen-im-netz-kann-sich-das-neue.724.de.html?dram:article_id=483208 (Zugriff am 22.01.2021).

One Pager Apotheken Umschau (2024): *AGOF daily digital facts, Ø Monat (01-03/2023); IVW 03/24*. Online unter: https://www.stroeer.de/media/02_downloads/planen_und_buchen/online_werbung/marken/onepager/apotheken-umschau.de_onepager.pdf (Zugriff am 16.04.2025).

Paige, Samantha R./**Black**, David R./**Mattson**, Marifran/**Coster**, Daniel C./**Stellefson**, Michael (2019): „Plain Language to Communicate Physical Activity Information: A Website Content Analysis." In: *Health Promotion Practice* 20 (3), 363–71. https://doi.org/10.1177/1524839918766062 (Zugriff am 16.09.2020).

Parker, Ruth/**Ratzan**, Scott C. (2010): Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. In: *Journal of Health Communication* 15(2): 20-33.

Parker, Ruth/**Baker**, David/**Williams**, Mark/**Nurss**, Joanne (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: *J Gen Intern Med*. 10 (10): 537-41.

Pelikan, Jürgen M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In: *Präv Gesundheitsf* 2007 (2): 74–81.

Pelikan, Jürgen M./Ganahl, Kristin (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, Doris/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 93-125.

Petermann, Harald/**Roth**, Marcus (2006): Alter: produktiver Umgang mit den Aufgaben einer Lebensphase. In: Renneberg, Babette/Hammelstein, Philipp (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 245-263.

Petty, Richard E./**Cacioppo**, John T. (1986): The Elaboration Likelihood Model Of Persuasion. In: *Advances in Experimental Social Psychology* 19, 123 – 205.

Porila, Astrid/**Rosenberg**, Katharina (2018): „Klientenkommunikation". In: Habscheid, Stephan/Müller, Andreas P./Thörle, Britta/Wilton, Antje (Hrsg.): *Handbuch Sprache in Organisationen*. Berlin/Boston: De Gruyter, 83-102.

Przyborski, Aglaja/**Wohlrab-Sahr**, Monika (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Quasthoff, Uta (1998): Stereotype in Alltagsargumentationen: Ein Beitrag zur Dynamisierung der Stereotypenforschung. In: Heinemann, Margot (Hrsg.): *Sprachliche und soziale Stereotype*. Frankfurt a.M. (u.a.): Peter Lang, 47-72.

Quenzel, Gudrun/**Schaeffer**, Doris (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Rains, Stephen (2008): Health at high speed - Broadband Internet access, health communication, and the digital divide. In: *Communication Research* 35 (3), 283-297.

Reifegerste, Doreen (2014): Gesundheitskommunikation für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 170-181.

Reifegerste, Doreen/**Baumann**, Eva (2018): Suche von Gesundheitsinformationen im Internet. In: Scherenberg, Viviane/Pundt, Johanne (Hrsg.): *Digitale Gesundheitskommunikation. Zwischen Meinungsbildung und Manipulation.* Bremen: Apollon University Press, 45-59.

Reimann, Swantje/**Pohl**, Johannes (2006): Stressbewältigung. In: Renneberg, Babette/Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin, 217-227.

Reinhardt, Anne (2021): Framing–Effekte im Alter. Message Framing als effektive Strategie zur Steigerung der Impfbereitschaft in der Zielgruppe 60+? Baden-Baden: Nomos.

Richter, Tobias/**Christmann**, Ursula (2009): „Lesekompetenz: Prozessebenen und interindividuelle Unterschiede". In: Groeben, Norbert/Hurrelmann, Bettina (Hrsg.): *Lesekompetenz. Bedingungen, Dimensionen, Funktionen*. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa, 25-58.

Rickheit, Gert/**Weiss**, Sabine/**Eikmeyer**, Hans-Jürgen (2010): *Kognitive Linguistik: Theorien, Modelle, Methoden*. Stuttgart: A. Francke.

Riha, Ortrun (2001): Die Sprache der Medizin. Polysemie und Metonymie als Kommunikationsproblem. In: *Lebende Sprachen* Nr. 4/2001, 150 – 154.

Rink, Isabel (2019): „Kommunikationsbarrieren.“ In: Maaß, Christiane/Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 29–65.

Rink, Isabel (2020): *Rechtskommunikation und Barrierefreiheit. Zur Übersetzung juristischer Informations- und Interaktionstexte in Leichte Sprache*. Berlin: Frank & Timme.

Rink, Isabel/**Maaß**, Christiane (2022): Verständlichkeit und Gesundheitskompetenz im Spektrum zwischen Leichter und Einfacher Sprache. In: Rathmann, Katharina/Dadaczynski, Kevin/Okan, Orkan/Messer, Melanie (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer, 1-13.

Risku, Hanna (2016): *Interkulturelles Translationsmanagement. Interkulturelle Fachkommunikation im Informationszeitalter*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Narr Francke Attempto.

RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. RKI, Berlin. Online unter: www.rki.de/geda (Stand: 25.10.2014, Zugriff am 23.11.2021).

RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2019): *Sachbericht zur Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS)*. RKI, Berlin. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf (Zugriff am 09.01.2024).

RKI - Robert Koch-Institut (o.J.): *GBE (Gesundheitsberichterstattung) Glossar: Sozialstatus*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?cms_lv2=3686306 (Zugriff am 18.01.2022).

Roelcke, Thorsten (2020): *Fachsprachen*. 4., neu bearb. u. wesentlich erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Rosenfield, David/**Stephan**, Walter G. (1978): „Sex differences in attributions for sex-typed tasks“. In: *Journal of Personality* 46, 244–259.

Rossmann, Constanze/Karnowski, Veronika (2014): eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 271-285.

Rossmann, Constanze/**Lampert**, Claudia/**Stehr**, Paula/**Grimm**, Michael (2018): *Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rothermund, Klaus/**Bak**, Peter M./**Brandtstädter**, Jochen (2005): „Biases in self-evaluation: Moderating effects of attribute controllability“. In: *European Journal of Social Psychology*, 35(2), 281–290.

Rothermund, Klaus/**Eder**, Andreas (2011): *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rott, Christoph/**Jopp**, Daniela S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsschutz – Gesundheitsforschung* 55:474-480.

Ryan, Richard M./**Deci**, Edward L. (2000): Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. In: *The American Psychologist* 55:68–78.

Sacks, Harvey (1972a): An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In Sudnow, David (Hrsg.): *Studies in social interaction*. New York: Free press, 31-74.

Sacks, Harvey (1972b): On the analyzability of stories by children. In: Gumperz, John/Hymes, Dell (Hrsg.): *Directions in sociolinguistics.* New York: Holt, 325-345.

Samerski, Silja/**Müller**, Hardy (2019): Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland - gefordert, aber nicht gefördert? Ergebnisse der empirischen Studie TK-DiSK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* Volumes 144–145, 42-51.

Saß, Anke-Christine/**Wurm**, Susanne/**Ziese**, Thomas (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Somatische und psychische Gesundheit. In: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert-Koch-Institut, 31-61.

Schaefer, Corinna/**Bitzer**, Eva Maria/**Dierks**, Marie-Lusie (2019): *Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK*. Köln, 15.11.2019. Online unter: https://dngk.de/gesundheitskompetenz/or-ganisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/ (Zugriff am 26.02.2021).

Schaeffer, Doris/**Gille**, Svea (2022): Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 17, 147-155.

Schaeffer, Doris/**Berens**, Eva-Maria/**Gille**, Svea/**Griese**, Lennart/**Klinger**, Julia/**de Sombre**, Steffen/**Vogt**, Dominique/**Hurrelmann**, Klaus (2021): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Schaeffer, Doris/**Hurrelmann**, Klaus/**Bauer**, Ullrich/**Kolpatzik**, Kai (Hrsg.) (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. 1.überarb. Aufl. Berlin: KomPart.

Schaeffer, Doris/ **Vogt**, Dominique/**Berens**, Eva-Maria/**Messer**, Melanie/Quenzel, Gudrun/**Hurrelmann**, Klaus (2017): Health Literacy in Deutschland. In: Schaeffer, Doris/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 129-143.

Schaeffer, Doris/**Vogt**, Dominique/**Berens**, Eva-Maria/**Hurrelmann**, Klaus (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld, Dezember 2016.

Scharrer, Lisa/**Bromme**, Rainer/**Britt**, M. Anne/**Stadtler**, Marc (2012): The seduction of easiness: How science depictions influence laypeople's reliance on their own evaluation of scientific information. In: *Learning and Instruction*, vol. 22, Issue 3, 2012, 231-243.

Scherer, Helmut/**Link**, Elena (2019): Gesundheitsthemen in den Medien. In: Rossmann Constanze/Hastall, Matthias R. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS, 147-158.

Scherer, Klaus R. (2005): What are emotions? And how can they be measured? In: *Social Science Information*, 44 (4), 695–729.

Schiewe, Jürgen (2017): „Leichte Sprache" aus der Perspektive von Sprachkritik und Sprachkultur - Überlegungen zur Anwendbarkeit der Kategorie „Angemessenheit". In: Bock, Bettina M./Fix, Ulla/Lange, Daisy (Hrsg.): *„Leichte Sprache" im Spiegel theoretischer und angewandter Forschung.* Berlin: Frank & Timme, 71-85.

Schindelmeiser, Jochen (2008/2016): *Neurologie für Sprachtherapeuten*. München: Elsevier.

Schindler, Thomas (2019): „Ansätze für barrierefreie Kommunikation im medizinisch-pharmazeutischen Bereich." In: Maaß, Christiane/Rink, Isabel (Hrsg.): *Handbuch Barrierefreie Kommunikation.* Berlin: Frank & Timme, 657–678.

Schnotz, Wolfgang (1994): *Aufbau von Wissensstrukturen: Untersuchungen zur Kohärenzbildung beim Wissenserwerb mit Texten.* Vol. 20. Weinheim: Beltz.

Schramek, Renate/**Stiel**, Janina (2020): *Förderung von Technik- und Medienkompetenz älterer Menschen aus der Perspektive der Geragogik. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung.* Herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Schubert, Klaus (2016): „Barriereabbau durch optimierte Kommunikationsmittel: Versuch einer Systematisierung." In: Mälzer, Nathalie (Hrsg.): *Barrierefreie Kommunikation – Perspektiven aus Theorie und Praxis.* Berlin: Frank & Timme, 15–33.

Schulz, Peter J./**Nakamoto**, Kent (2013): Patient behavior and the benefits of artificial intelligence: The perils of "dangerous" literacy and illusory patient empowerment. In: *Patient Education and Counseling*, Vol. 92 (2), 223-228.

Schulz, Rebecca (i. Vorb.): *Gesundheitskommunikation in Leichter Sprache und Leichter Sprache Plus – eine empirische Studie zum Verstehen und Behalten verständlichkeitsoptimierter Gesundheitsinformationen*. Dissertationsmanuskript in Vorbereitung, Universität Hildesheim.

Schuppener, Saskia/**Bock**, Bettina M. (2019): „Geistige Behinderung und barrierefreie Kommunikation". In: Maaß, Christiane/Rink, Isabel: *Handbuch Barrierefreie Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme, 221-247.

Seçkin, Gül (2016): Digitized emotions in the pocket: social computing and mobile mental health (mMH) applications. In: Tettega, Sharon/Garcia, Yolanda Evie (Hrsg.): *Emotions, technology, and health*. San Diego, California: Academic Press, 41-61.

Seçkin, Gül/**Yeatts**, Dale/**Hughes**, Susan/**Hudson**, Cassie/**Bell**, Valarie (2016): Being an Informed Consumer of Health Information and Assessment of Electronic Health Literacy in a National Sample of Internet Users: Validity and Reliability of the e-HLS Instrument. In: *Journal of Medical Internet Research* 18 (7): e161. DOI: 10.2196/jmir.5496.

Seidel, Gabriele (2019): Selbstmanagement, Patienten- und Gesundheitskompetenz – Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Modellen. In: Seidel, Gabriele/Meierjürgen, Rüdinger/Melin, Susanne/Krug, Jens/Dierks, Marie-Luise (Hrsg.): *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen*. Baden-Baden: Nomos, 47-80.

Seidel, Gabriele/**Meyer**, Antje/**Lander**, Jonas/**Dierks**, Marie-Luise (2019): Facetten von Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer qualitativen Studie mit gesunden und chronisch kranken Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 15, 65–72.

Seifert, Alexander/**Schelling**, Hans Rudolf (2016): Alt und offline? Befunde zur Nutzung des Internets durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49 (7), 619–625.

Siever, Holger (2010): *Übersetzen und Interpretation. Die Herausbildung der Übersetzungswissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin im deutschen Sprachraum von 1960 bis 2000*. Frankfurt/M.: Lang.

Simmel, Georg (2009/1908): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Nachdruck, hrsg. von Otthein Rammstedt. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Singer, Tania/**Verhaeghen**, Paul/**Ghisletta**, Paolo/**Lindenberger**, Ulman/**Baltes**, Paul B. (2003): The fate of cognition in very old age. Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). In: *Psychology and Aging* 18 (2), 318-331.

Soellner, Renate/**Huber**, Stefan/**Lenartz**, Norbert/**Rudinger**, Georg (2010): Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. In: Klieme, Eckhard/Leutner, Detlev/ Kenk, Martina (Hrsg): *Kompetenzmodellierung. Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms und Perspektiven des Forschungsansatzes*. Beltz Verlag: Weinheim/Basel, 104-114.

Solga, Heike/**Powell**, Justin J. W./**Berger**, Peter A. (Hrsg.) (2009): *Soziale Ungleichheit: klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse*. Frankfurt am Main [u. a.]: Campus Verlag.

Sommerhalder, Kathrin/**Abel**, Thomas (2007): *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Sørensen, Kristine/**Van den Broucke**, Stephan/**Fullam**, James/**Doyle**, Gerardine/**Pelikan**, Jürgen/**Slonska**, Zofia/**Brand**, Helmut & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): „Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models." *BMC Public Health* 12. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) (2021): *Gesetzliche Krankenversicherung*. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 18.1.2021 I 2. Online unter: https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20k.html (Zugriff am 12.02.2021).

Speros, Carolyn I., (2009): More than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. In: *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 14, No. 3, Manuscript 5.

Squiers, Linda/**Peinado**, Susana/**Berkman**, Nancy/**Boudewyns**, Vanessa/**McCormack**, Lauren (2012): The Health Literacy Skills Framework. In: *Journal of Health Communication* 17(3): 30-54.

Statista (2021): *Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland zum 31. Dezember 2019*. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1351/umfrage/altersstruktur-der-bevoelkerung-deutschlands/#professional (Zugriff am 01.06.2021).

Statista (2025): *12-Monats-Prävalenz von Demenz in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2022.* https://de.statista.com/statistik/daten/studie/246021/umfrage/praevalenzrate-von-demenzerkrankungen-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/ (Zugriff am 09.01.2024).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): *7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland*. Pressemitteilung Nr. 230 vom 24. Juni 2020. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html;jsessionid=D8369BD0C83DD2901ED25C373DCECC12.internet8711 (Zugriff am 11.11.2020).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): *Bevölkerungspyramide. 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2041 (Zugriff am 27.07.2021).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): *Internetaktivitäten zu privaten Zwecken 2024 nach Alter.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Tabellen/nutzung-internet-privatezwecke-alter-mz-ikt.html (Zugriff am 27.07.2021).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): *5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023*. Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html (Zugriff am 21.04.2025).

Steinke, Ines (2012): „Gütekriterien qualitativer Forschung". In: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung: ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 319-331.

Stehr, Paula/**Weber**, Winja/**Rossmann**, Constanze (2021): Gesundheitsinformationsverhalten 65+: Erreichbarkeit älterer Zielgruppen. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2021, 64:37–44.

Stichweh, Rudolf (2009): Leitgesichtspunkte einer Soziologie der Inklusion und Exklusion. In: Stichweh, Rudolf/Windolf, Paul (Hrsg.): *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag, 29-42.

Stiel, Janina (2019): Bildung als Schlüssel zu mehr digitaler Teilhabe im Alter. In: *forum erwachsenenbildung*, 4/2019, 8-9.

Stiel, Janina (2021): *Alter(n)sgerechte Quartiersentwicklung unter Beachtung der Heterogenität des Alters - Verknüpfung von Erkenntnissen der Ökogerontologie, Sozialgerontologie und Konzepten für die kommunale Praxis*. Dissertation. Dortmund.

Storrer, Angelika (2020): „Textqualität digital: Ein Modell zur Qualitätsbewertung digitaler Texte". In: *Deutsche Sprache*: ds 48 (2): 101–25. https://doi.org/10.37307/j.1868-775X.2020.02.03.

Sweeny, Kate/**Melnyk**, Darya/**Miller**, Wendy/**Shepperd**, James A. (2010): Information avoidance: Who, what, when, and why. In: *Review of General Psychology*, 14 (4), 340–353.

Swidler, Ann (2001): *Talk of Love: How Culture Matters*. Chicago: University of Chicago Press.

Tajfel, Henri/**Turner**, John C. (1986): The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel, Stephen/Austin, William G. (Hrsg.): *Psychology of intergroup relations*. Chicago: Nelson-Hall, 276-293.

Tichenor, Philip J./**Donohue**, George A./**Olien**, Clarice N. (1970): Mass Media Flow and Differential Growth in Knowledge. In: *Public Opinion Quarterly*, Volume 34 (2), 159–170.

Trepte, Sabine/**Loy**, Laura (2017): Social Identity Theory and Self-Categorization Theory. In: Rössler, Patrick/ Hoffner, Cynthia A./van Zoonen, Liesbet (Hrsg.): *The International Encyclopedia of Media Effects*. JohnWiley & Sons, 1832-1845.

Trepte, Sabine/**Reinecke**, Leonard/**Schäwel**, Johanna (2021): *Medienpsychologie*. 3., erw. u. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Trescher, Hendrik (2013): *Kontexte des Lebens. Lebenssituation demenziell erkrankter Menschen im Heim*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Trescher, Hendrik (2016): Elections. Voting Rights of Persons with Disabilities and their Right to Run in Elections. In: German Institute for Human Rights (Hrsg.): *Implementation of Selected OSCE Commitments on Human Rights and Democracy in Germany*. Independent Evaluation Report on the occasion of the German OSCE Chairmanship 2016.

Trescher, Hendrik (2021). Ambivalenzen Leichter Sprache. In: *Zeitschrift für Inklusion*, (1). Zugriff über https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/579 (28.05.2021).

UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (2018): *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

United Nations (Department of Economic and Social Affairs, Population Division) (2017): *World Population Ageing*. United Nations.

Van der Vaart, Rosalie/**Drossaert**, Constance (2017): Development of the Digital Health Literacy Instrument. Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. In: *Journal of Medical Internet Research* 19(1), e27. DOI: https://doi.org/10.2196/jmir.6709.

Van Dijk, Johannes (2013): Digitale Spaltung und digitale Kompetenzen. In: Zillien, Nicole/Schüller-Zwierlein, André (Hrsg.): *Informationsgerechtigkeit. Theorie und Praxis der gesellschaftlichen Informationsversorgung*. Berlin: De Gruyter, 108-133.

Van Leeuwen, Theo (2005): *Introducing Social Semiotics*. London: Routledge.

Venkatesh, Viswanath/**Morris**, Michael G./**Davis**, Gordon B./**Davis**, Fred D. (2003): User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. In: *Management Information Systems Quarterly*, 27(3), 425–478.

Verständig, Dan/**Klein**, Alexandra/**Iske**, Stefan (2016): Zero-Level Digital Divide. Neues Netz und neue Ungleichheiten. In: *SI:SO* 2016; 1(1): 50-55.

Vogt, Dominique (2017): *Health Literacy bei älteren Menschen – Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz*. Dissertation, Universität Bielefeld.

Vogt, Dominique/**Schaeffer**, Doris/**Messer**, Melanie/**Berens**, Eva-Maria/**Hurrelmann**, Klaus (2017): Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. In: *Health Promotion International* 33(5): 1-9.

Wattanasuwan, Kritsadarat /**Buber**, Renate/**Meyer**, Michael (2009): Das narrative Interview und die narrative Analyse. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen*. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag/GWV Fachverlage GmbH, 359–380.

Weber, Max, 1985 (1904): Die „Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Weber, Max (Hrsg.): *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: J.C.B. Mohr, 146-214.

Weidenmann, Bernd (1994): *Lernen mit Bildmedien.* Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.

Weidenmann, Bernd (2002): Multicodierung und Multimodalität im Lernprozess. In: Issing, Ludwig J./Klisma, Paul (Hrsg.): *Information und Lernen mit Multimedia und Internet*. Weinheim: Beltz Verlag, 45 - 62.

Weinreich, Cornelia (2015): „Fachinterne und fachexterne Textsorten in der Medizin". In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin: De Gruyter Mouton, 389-404.

Werner, Cosima/**Meyer**, Frank/**Bischof**, Susann (2023): Grundlagen, Strategien und Techniken der Anonymisierung von Transkripten in der qualitativen Forschung: eine praxisorientierte Einführung [78 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 24(3), Art. 12.

Wilcox, Victoria L./**Kasl**, Stanislav/**Idler**, Ellen L. (1996): Self-Rated Health and Physical Disability in Elderly Survivors of a Major Medical Event. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1996, Vol. 5IB, No. 2, 96-104.

Wille, Jonathan (2020): *Leichte Sprache als wichtige Voraussetzung für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins kognitiv beeinträchtigter Menschen sowie deren Bedeutung für medizinische Ausbildungsberufe*. Masterarbeit. Weimar: Technische Universität Dresden.

Wilson, Robert S./**Bennett**, David A./**Beckett**, Laurel A./**Morris**, Martha C./**Gilley**, David W./**Bienias**, Julia L./**Scherr**, Paul A./**Evans**, Denis A. (1999): Cognitive activity in older persons from a geographically defined population. In: *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 54 (3), 155-160.

Wollny, Anja/**Marx**, Gabriella (2009): Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. In: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85 (11):467-476.

World Health Organization (WHO) (1998): *Health Promotion Glossary*. Genf: WHO.

World Health Organization (WHO) (2015): *World report on ageing and health* 2015. Genf: World Health Organization; 2015. 159–210.

World Health Organization (WHO) (2016): *Weltbericht über Altern und Gesundheit.* World Health Organization. Online unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf?sequence=20 (Zugriff am 04.03.2021).

Wort & Bild Verlag (2020a): *AWA 2020: Apotheken Umschau steht mit 18,71 Mio. Lesern an der Spitze des deutschen Lesermarkts*. Baierbrunn - 14.07.2020. Online unter https://www.wortundbildverlag.de/news/awa-2020-apotheken-umschau-steht-mit-1871-mio-lesern-der-spitze-des-deutschen-lesermarkts (Zugriff am 19.09.2020).

Wort & Bild Verlag (2020b): *apotheken-umschau.de: Platz 1 unter den Gesundheitsportalen.* Baierbrunn - 09.03.2020. Online unter: https://www.wub-service.de/news/apotheken-umschaude-platz-1-unter-den-gesundheitsportalen (Zugriff am 09.01.2025).

Wünsche, Cordula (2019): Studie zum Einfluss der Text-Bild-Beziehung auf die Verständlichkeit von Instruktionen in Leichter Sprache. In: Alexander, Kerstin (Hrsg.): *Mit Typografie und Bild barrierefrei kommunizieren. Forschungsstand und Studien.* Berlin: Frank & Timme, 263-287.

Wurm, Susanne/**Lampert**, Thomas/**Menning**, Sonja (2009): Subjektive Gesundheit. In: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. *Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. Berlin: Robert Koch-Institut, 79-91.

Yancura Loriena A./**Aldwin**, Carolyn M. (2008): Coping and health in older adults. In: *Current Psychiatry Reports* 10 (1):10-5.

Ylönen, Sabine (2010): Deutsch im medizinischen Kontext. In: Krumm, Hans-Jürgen/Fandrych, Christian/Hufeisen, Britta/Riemer, Claudia (Hrsg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. Berlin/New York: de Gruyter, 467-476.

Yoon, Hyunwoo/**Jang**, Yuri/**Vaughan**, Phillip/**Garcia**, Michael (2020): Older adults' Internet use for health information: digital divide by race/ethnicity and socioeconomic status. In: *J Appl Gerontol.* 2020 Jan; 39 (1):105-110.

Zarcadoolas, Christina/ Pleasant, Andrew/Greer, David S. (2005): „Understanding health literacy: an expanded model." In: *Health Promotion International* 20, no. 2, 195–203.

Żebrowska, Ewa (2013): *Text – Bild – Hypertext*. Reihe „Warschauer Studien zur Germanistik und zur Angewandten Linguistik", hrsg. V. Sambor Grucza u. Lech Kolago. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Zimmerman, Margaret/**Shaw**, George Jr. (2020): Health information seeking behaviour: a concept analysis. In: *Health Info Libr J.* Sep; 37(3):173-191.

Zok, Klaus (2014): „Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten." WIdO Monitor 11, no. 2, 1–12.

Zurstrassen, Bettina (2015): Inklusion durch Leichte Sprache? Eine kritische Einschätzung. In: Dönges, Christoph/Hilpert, Wolfram/Zurstrassen, Bettina (Hrsg.): *Didaktik der inklusiven politischen Bildung.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 126–138.

Zurstrassen, Bettina (2017): Leichte Sprache - eine Sprache der Chancengleichheit? In: Bock, Bettina M., Fix, Ulla/Lange, Daisy (Hrsg.): *„Leichte Sprache" im Spiegel theoretischer und angewandter Forschung*. Berlin: Frank & Timme, 53–69.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bitzer/Sørensen 2018:256; Gesundheitskompetenz in der Interaktion von Individuen mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem 9
Abbildung 2: Darstellung von Schaeffer et al. (2021:2) in Anlehnung an Sørensen et al. (2012), Squiers et al. (2012) und Schaeffer et al. (2016) 10
Abbildung 3: Merkmale medizinisch-pharmazeutischer Information nach Schindler (2019:659) 15
Abbildung 4: Das Lilienmodell von Norman/Skinner (2006a) 25
Abbildung 5: eHealth Literacy Framework nach Norgaard et al. 2015:534 28
Abbildung 6: „Easy and Plain language as pillars in the Easy Language/standard language continuum", Hansen-Schirra/Maaß 2020a:18 44
Abbildung 7: Hildesheimer Treppe (Maaß 2024:236) 45
Abbildung 8: Screenshot einer Codierung (I03). 99
Abbildung 9: Verteilung nach Geschlecht 106
Abbildung 10: Verteilung nach Altersgruppen 107
Abbildung 11: Verteilung nach höchstem Bildungsabschluss 108
Abbildung 12: Sehhilfe beim Lesen 109
Abbildung 13: Internetnutzung gesamt 112
Abbildung 14a: Internetnutzung nach Altersgruppen 112
Abbildung 14b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Altersgruppen 113
Abbildung 15a: Internetnutzung nach Bildungsstand 113
Abbildung 15b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Bildungsstand 114
Abbildung 16a: Internetnutzung nach Geschlecht 114
Abbildung 16b: Prozentuale Anteile der Internetnutzung nach Geschlecht 115
Abbildung 17: Altersgruppen, Geschlechter und Verteilung der Textthemen 118
Abbildung 18: Bekanntheit Leichte Sprache 185
Abbildung 19a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Altersgruppen 218
Abbildung 19b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Altersgruppen 219
Abbildung 20a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Bildungsstand 220
Abbildung 20b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Bildungsstand 220
Abbildung 21a: Akzeptanzindikation zur Standardsprache nach Geschlecht 221
Abbildung 21b: Prozentuale Anteile Standardsprache nach Geschlecht 222
Abbildung 22a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Altersgruppen 222
Abbildung 22b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Altersgruppen 223
Abbildung 23a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Bildungsstand 224
Abbildung 23b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Bildungsstand 224
Abbildung 24a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache Plus nach Geschlecht 225
Abbildung 24b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache Plus nach Geschlecht 225
Abbildung 25a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Altersgruppen 226
Abbildung 25b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Altersgruppen 227
Abbildung 26a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Bildungsstand 228
Abbildung 26b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Bildungsstand 228
Abbildung 27a: Akzeptanzindikation zur Leichten Sprache nach Geschlecht 229
Abbildung 27b: Prozentuale Anteile zur Leichten Sprache nach Geschlecht 230
Abbildung 28: Akzeptanzindikation Standardsprache 231
Abbildung 29: Akzeptanzindikation Leichte Sprache Plus 231
Abbildung 30: Akzeptanzindikation Leichte Sprache 232
Abbildung 31: Zusammenhang von Medienzugang, -präferenzen und -kompetenzen mit potenziellen Barrieren auf dem Weg zum erfolgreichen Auffinden von Informationen (Keller 2022) 245

Abbildung 32: Stufen zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen für ältere Internetnutzer(innen) (Keller 2022:107) 246

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Informationsquellen und Leseverhalten 111
Tabelle 2: Bewertung Verständlichkeit der drei Varietäten 120
Tabelle 3: Hauptaussagen und Akzeptanzindikation Leichte Sprache Plus 144
Tabelle 4: Hauptaussagen und Akzeptanzindikation Leichte Sprache 162
Tabelle 5: Genannte Texteigenschaften auf Ebenen und Stufen 238

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Texte Parodontitis (AT, LS+, LS)

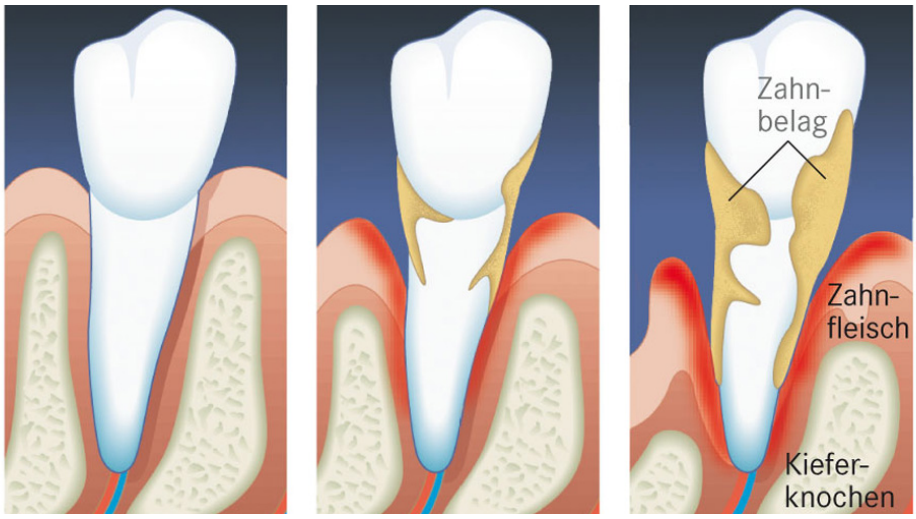
Anhang 2: Texte Schlaganfall (AT, LS+, LS)

Anhang 3: Texte Schmerzmittel (AT, LS+, LS)

Anhang 4: Leitfaden Interviews

Parodontitis

Die Parodontitis (landläufig auch Parodontose genannt) ist eine Erkrankung des Zahnhalteapparates, die durch Bakterien verursacht wird. Wichtige Informationen zu Symptomen, Therapie und Risiken



Das linke Bild zeigt einen gesunden Zahn, das rechte eine vorliegende Parodontitis

---

Parodontitis - kurz zusammengefasst

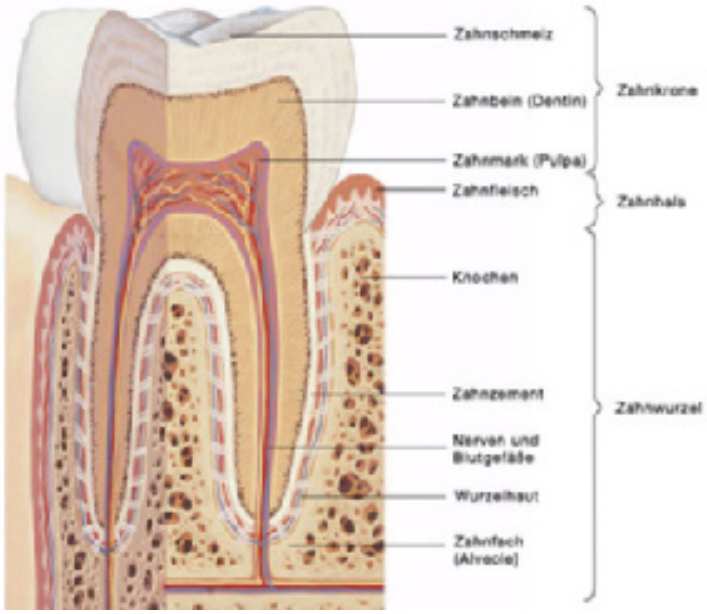
Bei der Parodontitis handelt es sich um eine durch bakteriellen Zahnbelag verursachte Entzündung des Zahnfleisches, die im weiteren Verlauf zur Zerstörung des Zahnhalteapparates und zum Zahnverlust führt. Die Entzündung kann lokal auf den Mundraum beschränkt sein, aber sie kann sich auch ausbreiten und zu schweren Komplikationen führen. Anfangs bereitet eine Parodontitis meist keine Beschwerden, im weiteren Verlauf kommt es zum Rückgang des Zahnfleisches, wodurch die Zahnhälse sichtbar werden und die Zähne länger erscheinen. Zahnfleischbluten und reizempfindliche Zähne sind typische Hinweise auf eine Parodontitis. Begünstigt wird eine Parodontitis durch eine mangelnde Mundhygiene, ein geschwächtes Immunsystem, Rauchen oder bestimmte Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus. Die Therapie einer Parodontitis besteht in der Entfernung entzündeten Gewebes, der gründlichen Reinigung und gegebenenfalls Glättung der Zahn- beziehungsweise der Wurzeloberflächen, der Beseitigung von Reizfaktoren und der Desinfektion der Zahnfleischtaschen. In manchen Fällen oder bei besonders aggressiven Verläufen kann zusätzlich eine Antibiotikatherapie notwendig sein. Wichtigste Maßnahme, um einer Parodontitis vorzubeugen, ist eine gute Mundhygiene, eine ausgewogene Ernährung und der Verzicht auf das Rauchen.

Was ist eine Parodontitis?

Die Parodontitis ist eine bakterielle Erkrankung, die den Zahnhalteapparat betrifft. Sie beginnt mit einer Entzündung und Schwellung des Zahnfleisches. Der Zahnhalteapparat verbindet den

Zahn mit dem Kieferknochen und besteht unter anderem aus Bindegewebe, Zahnfleisch und Teilen des Kieferknochens.

Parodontitis und Karies gibt es nur, wenn Zähne vorhanden sind. Auslöser für beide Erkrankungen ist ein sogenannter mikrobieller Biofilm (Zahnbelag, Plaque) - also eine strukturierte Auflagerung, die unterschiedliche Arten von Bakterien enthält. Die Keime vermehren sich und scheiden Säuren und Toxine (=Giftstoffe) aus, die Zähne und Zahnfleisch angreifen. Das entzündete Zahnfleisch schwillt zunächst an und erschwert somit zusätzlich die Reinigung der Zahnoberflächen. Die Verbindung zwischen Zahn und Zahnfleisch löst sich und es entsteht ein Zwischenraum: die Zahnfleischtasche. Diese bietet Bakterien, die im Mund vorkommen, einen idealen Lebensraum. Der Körper reagiert auf die Eindringlinge mit der Immunabwehr und der Aktivierung knochenabbauender Zellen (Osteoklasten). Dabei werden der Zahnhalteapparat (das Parodont) und der eigene Knochen zerstört. In der Folge tritt der Zahn immer weiter aus dem Zahnfleisch heraus. Dadurch erscheinen die Zähne länger. Zwischen den Zähnen erscheinen dunkle Dreiecke, weil das Gewebe im Zahnzwischenraum (die Papille) fehlt. Am Ende lockert sich der Zahn und fällt schließlich aus.



Aufbau eines Zahnes

© dpa Picture-Alliance/United Archives/DEA PICTURE LIBRARY

Hintergrundinformation - Aufbau eines Zahnes

Der Zahn besteht anatomisch aus der Zahnkrone und der Zahnwurzel, mit welcher der Zahn im Ober- oder Unterkiefer verhaftet ist. Der Übergang zwischen Krone und Wurzel wird als Zahnhals bezeichnet. Die Zahnkrone ist der sichtbare Bereich oberhalb des Zahnfleisches. Die harten Bestandteile des Zahnes sind: Dentin, Zahnschmelz (die äußere Schicht der Zahnkrone, es ist die härteste Substanz des Körpers, also härter als Knochen) und der dem Wurzelbereich aufgelagerte Zahnzement. Die weichen Anteile sind: die Pulpa im Zahn und die Wurzelhaut, die die Verbindung mit dem Knochen herstellt.

Rauchen erhöht das Risiko einer Parodontitis

© W&B/Winfried Fischer

Ursachen und Risikofaktoren für Parodontitis

Da eine Parodontitis durch Bakterien verursacht wird, steht das "Management" des Biofilms im Vordergrund der Vermeidung und Behandlung einer parodontalen Erkrankung. Zentraler Punkt ist eine adäquate Mundhygiene. Bestimmte Erreger haben sich im Laufe der Evolution auf das Leben in der Mundhöhle und auf Zähnen spezialisiert. Da diese Keime auch von den Eltern auf das Kind übertragen werden können (zum Beispiel über den Löffel) kann man eine Parodontitis im weiteren Sinn als "ansteckende" Krankheit bezeichnen.

Risikofaktoren für eine Parodontitis sind:

- **Mangelnde Mundhygiene** - auf einem sauberen Zahn lagern sich in kurzer Zeit Speichelbestandteile ab, die anschließend bakteriell besiedelt werden. Wird diese "Plaque" nicht regelmäßig entfernt kommt es zu Karies und Parodontitis.
- **Zahnstein** – der Körper "wehrt" sich gegen Krankheitserreger, indem diese mit Kalk (in diesem Fall aus dem Speichel) umschlossen werden. Es bildet sich Zahnstein, dessen zerklüftete Oberfläche selbst wieder neue Lebensräume für Bakterien bietet. Auf dieser rauen Oberfläche breiten sich die Bakterien besonders schnell aus.
- **Hormonelle Umstellungen** - eine erhöhte Empfindlichkeit des Zahnfleisches (z.B. in der Schwangerschaft) führt manchmal zur Zurückhaltung bei Mundhygienemaßnahmen.
- **Persönliche Anfälligkeit** - Parodontitis tritt familiär gehäuft auf. Ob genetische Faktoren oder die tradierte Mundhygiene dabei im Vordergrund stehen, ist unklar.
- **Rauchen** - Rauchen begünstigt Parodontitis, da das im Tabakrauch enthaltene Nikotin die Durchblutung des Zahnfleisches herabsetzt. Dadurch gelangen Immunzellen dort nur noch eingeschränkt hin, das körpereigene Abwehrsystem kann die Bakterien nicht in Schach halten. Rund 70 Prozent der Menschen, die an einer Parodontitis erkranken, sind Raucher.
- **Stoffwechselerkrankungen** - Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus oder Rheumatoide Arthritis begünstigen die Entstehung einer Parodontitis.

Symptome: Welche Beschwerden bereitet eine Parodontitis?

Eine Parodontitis beginnt oft schleichend und wird vom Patienten lange Zeit nicht wahrgenommen. Zahnfleischbluten kann ein erstes Anzeichen für ein entzündetes Zahnfleisch und damit für eine beginnende Parodontitis sein. Es tritt zum Beispiel nach dem Zähneputzen auf oder wenn man in einen Apfel beißt. Spätestens wenn das Zahnfleisch sichtbar gerötet oder geschwollen ist, sollte der Betroffene einen Zahnarzt aufsuchen. Greift die Entzündung auf den Kieferknochen über, wird dieser im Verlauf durch körpereigene Zellen (die Osteoklasten) zurückgebildet. Ebenso wie der Knochen zieht sich auch das Zahnfleisch

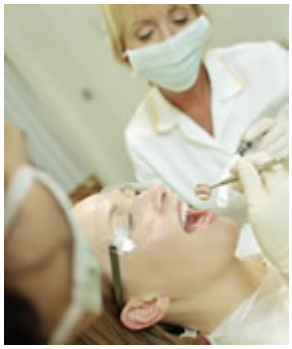
zurück. Die Zahnhälse werden zunehmend freigelegt, die Zähne sehen länger aus. Die Zähne reagieren auf Wärme und Kälte empfindlich und schmerzen. Auch kann es zu Mundgeruch kommen. Lockere Zähne treten zumeist erst bei einer schweren Parodontitis auf, wenn der Knochenverlust ein bestimmtes Maß überschritten hat.

Wichtig:

Eine Parodontitis muss nicht nur auf dem Mundraum beschränkt bleiben. Die Infektion kann sich ausbreiten und dadurch eine schwere Erkrankung auslösen. Sie kann Ausgangspunkt eines unklaren Fiebers sein, weil der Infekt anfangs nicht mit einer Parodontitis in Verbindung gebracht wird. Auch eine bakterielle Besiedelung der Herzklappen oder von Endoprothesen ist möglich. Das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall scheint ebenfalls zu steigen, die Ursache hierfür ist allerdings noch nicht ausreichend geklärt.

Anzeichen, dass sich die Infektion ausbreitet sind:

- Kieferklemme
- Schluckbeschwerden
- kloßige Sprache
- Schwellung im Gesichts-/Halsbereich



Der Zahnarzt kann eine Parodontitis feststellen

© Banana Stock/RYF

Diagnose: Wie stellt der Arzt eine Parodontitis fest?

Bei der zahnärztlichen Untersuchung werden die Zähne, das Zahnfleisch und die gesamte Mundhöhle inspiziert. In regelmäßigen Abständen werden auch die Zahnfleischtaschen sondiert und ein Index (PSI = Parodontal Screening Index) erhoben und dokumentiert. Bei Verdacht auf eine Parodontitis werden alle Taschen an allen Zähnen und deren Lockerungsgrad gemessen. So wird festgestellt, wie weit die Krankheit fortgeschritten ist und ob und wie sie behandelt werden muss. Röntgenaufnahmen sind erforderlich, um Knochenabbau zu erkennen und andere Ursachen für Zahnlockerungen (z.B. Wurzelentzündungen) auszuschließen.

Therapie: Wie wird eine Parodontitis behandelt?

Durch eine Parodontitis werden das Zahnfleisch und der Zahnhalteapparat angegriffen. Eine effektive Therapie muss die Bakterien als Verursacher der Krankheit beseitigen und die Entzündung stoppen. Dazu werden die Zahnoberflächen mit geeigneten Instrumenten gründlich gereinigt. Bei der "geschlossenen" Kürettage schabt der Arzt harte und weiche

Beläge mit Handinstrumenten (sogenannte Scaler und Küretten) oder speziellen maschinell betriebenen Geräten (Schall, Ultraschall oder rotierende Instrumente) ab. Die Behandlung wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt und reicht in vielen Fällen aus, um die Entzündung in den Griff zu bekommen. Ziel ist es, die Zahnoberfläche wieder "biologisch akzeptabel" zu machen, damit sich das Zahnfleisch wieder bakteriendicht anlagern kann (es ist am Zahn nicht "festgewachsen").

Sind die Zahnfleischtaschen sehr tief oder besteht die Entzündung auch nach der Kürettage weiter, muss ein kleiner chirurgischer Eingriff an der betroffenen Stelle vorgenommen werden – die sogenannte "offene" Behandlung. Dabei werden die Zahnfleischränder vom Zahn abgelöst, um unter Sicht alle Beläge und erkranktes Gewebe zu entfernen und die Hygienefähigkeit herzustellen. In besonderen Fällen (zum Beispiel wenn bestimmte aggressive Keime vorhanden sind) ist eine Behandlung mit einem Antibiotikum erforderlich. Dabei besteht die Schwierigkeit, dass sich die Bakterien in einem schlecht durchbluteten Bereich und in einem "Biofilm" befinden und damit schlecht erreichbar sind. Es gibt auch lokale antibiotische Mittel, die in Einzelfällen erfolgreich angewendet werden können.

Versucht wird auch, die Zahnfleischtaschen mittels Laser bestimmter Wellenlängen und lichtaktivierten, bakterienabtötenden Substanzen keimfrei zu machen. Beide Methoden werden derzeit jedoch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, da der Nutzen nicht hinreichend nachgewiesen ist.

Nachdem die pathogenen (krank machenden) Bakterien eliminiert (entfernt) sind, muss der Patient durch eine gründliche tägliche Zahnpflege verhindern, dass sich wieder Zahnbelag bildet. Gründliches Zähneputzen ist dabei ebenso wichtig wie die Anwendung von Zahnseide und Zahnzwischenraumbürstchen. Nur so lässt sich der Zahnbelag am Zahnfleischrand und zwischen den Zähnen beseitigen. Auch desinfizierende Mundspüllösungen und Zungenschaber können helfen, das Bakterienwachstum im Mund herabzusetzen. Manche Mundspüllösungen sollten Patienten jedoch nicht dauerhaft anwenden – die Anwendung am besten mit dem Zahnarzt absprechen.

Wer regelmäßig seine Zähne pflegt, schützt sich vor Parodontitis und Karies.

© Digital Vision/RYF

Vorbeugen: Wie lässt sich einer Parodontitis vorbeugen?

Wenn Sie ein paar einfache Regeln beachten, können Sie einer Parodontitis vorbeugen:

- Putzen Sie mindestens zweimal täglich die Zähne. Warten Sie jedoch nach einer Mahlzeit damit eine halbe Stunde, um nicht den Zahnschmelz anzugreifen

- Benutzen Sie regelmäßig Zahnseide und Interdentalbürstchen, um Zahnbelag aus den Zwischenräumen zu entfernen
- Lassen Sie sich die dazu notwendigen Techniken und Hilfsmittel von Ihrem Zahnarzt/Zahnärztin oder dessen geschultem Personal erklären
- Bei einer so genannten professionellen Zahnreinigung (PZR) werden nicht nur alle Zähne gründlich gereinigt, sondern auch die individuellen Problemzonen aufgedeckt und deren Reinigung erklärt und geübt. Erfordernis und Häufigkeit hängen vom Befund ab und sollten zahnärztlich festgelegt werden. Viele Krankenkassen geben inzwischen (freiwillig) Zuschüsse, da ein gesetzlicher Anspruch nur auf das Entfernen von Zahnstein einmal pro Jahr (bei Vorliegen eines Pflegegrades zweimal pro Jahr) besteht
- Nach einer chirurgischen Parodontalbehandlung ist die regelmäßige Nachsorge und Nachreinigung zwingend für den Langzeiterfolg
- Gehen Sie halbjährlich zur zahnärztlichen Vorsorge-Untersuchung. So kann eine Parodontitis frühzeitig erkannt werden
- Raucher haben durchschnittlich ein fünf- bis sechsfach höheres Parodontitis-Risiko. Versuchen Sie mit dem Rauchen aufzuhören – nicht nur Ihren Zähnen zuliebe (neun von zehn Lungenkarzinomen sind durch Rauchen verursacht)
- Krankheiten wie Diabetes können ebenfalls eine Parodontitis begünstigen. Es ist daher auch aus dieser Hinsicht wichtig, die Grunderkrankung effektiv zu behandeln

Hintergrundinformation - Das Mikrobiom des Menschen

Das Mikrobiom des Menschen (seine Besiedelung mit Bakterien, Pilzen, Viren) wird inzwischen als ein eigenes Organ betrachtet. Wir leben mit (und teilweise von) den fremden Lebewesen auf und in uns. Daher ist auch die (früher angestrebte) Beseitigung des Biofilms in der Mundhöhle nicht mehr das Ziel, sondern der Aufbau und Erhalt einer gesunden Mundflora – das sogenannte Biofilm-Management. Dazu gehört die Reduktion der Plaque auf ein Maß, das die Ausbreitung pathogener Keime verhindert, sowie eine gesunde Ernährung und eine gesunde Lebensweise zur Stärkung des Immunsystems.

Parodontitis

Was ist eine Parodontitis?
Was passiert bei einer Parodontitis?
Was sind die Ursachen einer Parodontitis?
Woran können Sie eine Parodontitis erkennen?
Wie können Sie eine Parodontitis vermeiden?
Was können Sie gegen eine Parodontitis tun?

Was ist eine Parodontitis?

Eine Parodontitis wird durch Bakterien verursacht.
Bei einer Parodontitis löst sich die Verbindung zwischen Zahn und Zahnfleisch. Der **Zahnhalte-Apparat** erkrankt. Der **Zahnhalte-Apparat** verbindet die Zähne mit dem **Kieferknochen**. Er besteht aus:

- Bindegewebe
- Zahnfleisch
- Teilen des **Kieferknochens**

Was passiert bei einer Parodontitis?

Der Zahnbelag enthält unterschiedliche Arten von Bakterien. Diese Bakterien vermehren sich. Sie scheiden Säuren und Giftstoffe aus. Die Säuren und Giftstoffe greifen das Zahnfleisch an. Deshalb entzündet sich das Zahnfleisch und schwillt an. Dann entsteht ein Zwischenraum zwischen Zahn und Zahnfleisch. Der Arzt nennt diesen Zwischenraum **Zahnfleisch-Tasche**. Dort können Bakterien unter idealen Bedingungen leben. Der Körper reagiert auf die Bakterien mit seinem Abwehrsystem. Der Körper aktiviert dann bestimmte Zellen. Diese Zellen können die Knochen abbauen. Sie zerstören den **Zahnhalte-Apparat** und die eigenen Knochen. Dadurch tritt der Zahn immer weiter aus dem Zahnfleisch heraus. Die Zähne sehen dann länger aus. Bei einer **Parodontitis** fehlt das Gewebe im Zahn-Zwischenraum. Deshalb kann man zwischen den Zähnen dunkle Dreiecke sehen. Die Parodontitis wird nicht behandelt? Dann könnte sich der Zahn lockern und manchmal auch ausfallen.

Was sind die Ursachen einer Parodontitis?

Die Ursachen für eine **Parodontitis** sind zum Beispiel:

- **Mangelnde Mundhygiene**. Auf einem sauberen Zahn lagert sich in kurzer Zeit Speichel ab. Auf diesem Speichel siedeln sich Bakterien an. So entsteht Zahnbelag. Der Arzt sagt zu Zahnbelag auch **Plaque**.
- **Übertragung**. Eine Parodontitis kann ansteckend sein. Sie kann zum Beispiel durch gemeinsam benutztes Besteck übertragen werden.
- **Zahnstein**. Der Körper wehrt sich gegen Krankheitserreger. Er umschließt die Erreger mit Kalk. Dann entsteht Zahnstein. Zahnstein hat eine raue Oberfläche. Auf dieser Oberfläche können sich Bakterien ansiedeln. Sie breiten sich dort besonders schnell aus.
- **Schwangerschaft**. In der Schwangerschaft werden Hormone ausgeschüttet, die das Zahnfleisch empfindlicher werden lassen. Das Zähneputzen bereitet dann Schmerzen. Deshalb kann es bei Betroffenen zu einer mangelnden **Mundhygiene** kommen.
- **Persönliche Anfälligkeit**. Parodontitis kommt häufig innerhalb einer Familie vor.
- **Rauchen.** Tabakrauch enthält Nikotin. Durch das Nikotin gelangt weniger Blut in das Zahnfleisch. Es kommen dann auch nur noch wenige Immunzellen in das Zahnfleisch. Deshalb kann der Körper die Bakterien nicht mehr abwehren.
- **Stoffwechselerkrankungen.** Sie haben Diabetes oder eine rheumatische Erkrankung? Dann können Sie leichter eine Parodontitis bekommen.

Woran können Sie eine Parodontitis erkennen?

Betroffene bemerken eine Parodontitis häufig lange Zeit nicht. An diesen Anzeichen können Sie eine Parodontitis erkennen:

- Ihr Zahnfleisch blutet beim Zähneputzen oder wenn Sie in einen Apfel beißen? Dann könnte das ein Anzeichen für eine beginnende Parodontitis sein.
- Das Zahnfleisch ist gerötet oder geschwollen.
- Das Zahnfleisch kann sich zurückbilden. Dann werden die **Zahnhälse** freigelegt und die Zähne sehen länger aus.
- Die Zähne reagieren empfindlich auf Wärme und Kälte.

- Mundgeruch.
- Die Zähne können sich manchmal lockern. Die Zähne lockern sich erst bei einer schweren Parodontitis.

Wichtig: Eine Parodontitis tritt meist im Mund auf. Sie kann aber auch an anderen Stellen im Körper auftreten.
Die Entzündung kann schlimmer werden. Es kann dann zu anderen Erkrankungen kommen.
Anzeichen für eine schwere Parodontitis sind zum Beispiel:

- Kieferklemme: Betroffenen fällt es sehr schwer, ihren Mund zu öffnen.
- Beschwerden beim Schlucken.
- Kloßige Sprache.
- Schwellung im Gesicht oder am Hals.

Sie glauben: Ich habe Parodontitis? Dann gehen Sie zum Zahnarzt. Der Zahnarzt untersucht Sie und kann Ihnen helfen.

Wie können Sie Parodontitis vermeiden?

Sie möchten eine Parodontitis vermeiden? Dann können Sie einiges tun:

- Putzen Sie mindestens zweimal täglich Ihre Zähne. Die äußere Schicht der Zähne kann durch das Zähneputzen angegriffen werden. Deshalb sollten Sie erst eine halbe Stunde nach dem Essen ihre Zähne putzen.
- Benutzen Sie regelmäßig Zahnseide und **Zahnzwischenraum-Bürsten**. Mit den Bürsten können Sie Zahnbelag aus den Zahnzwischenräumen leichter entfernen.
- Für die richtige Zahnpflege gibt es Techniken und Hilfsmittel. Ihr Zahnarzt gibt Ihnen alle wichtigen Informationen.
- Lassen Sie eine professionelle Zahnreinigung von Ihrem Zahnarzt durchführen. Fragen Sie Ihren Zahnarzt nach einer professionellen Zahnreinigung. Ihre Krankenkasse bezahlt vielleicht einen Teil der Kosten für eine professionelle Zahnreinigung.
- Sie hatten eine Behandlung gegen Parodontitis? Dann gehen Sie regelmäßig zu Nachsorge-Untersuchungen bei Ihrem Zahnarzt. Ohne regelmäßige Nachsorge kann es erneut zu Entzündungen kommen.

- Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung bei Ihrem Zahnarzt. Dann kann der Arzt eine Parodontitis früh erkennen.
- Versuchen Sie mit dem Rauchen aufzuhören. Raucher haben ein höheres Risiko eine Parodontitis zu bekommen.
- Manche Erkrankungen erhöhen das Risiko für Parodontitis, zum Beispiel Diabetes. Deshalb sollten Sie andere Erkrankungen von Ihrem Arzt behandeln lassen.

Was können Sie gegen Parodontitis tun?

Eine Parodontitis kann gestoppt werden. Bakterien verursachen eine Parodontitis. Deshalb entfernt der Arzt diese Bakterien. Der Arzt reinigt die Zähne gründlich. Er entfernt zum Beispiel Beläge von den Zähnen. Bei dieser Behandlung bekommt der Betroffene eine örtliche Betäubung. Dann spürt der Betroffene die Behandlung nicht. Durch die Behandlung wächst das Zahnfleisch wieder eng an den Zahn.
Manchmal sind die Zahnfleisch-Taschen sehr tief. Oder die Entzündung im Zahnfleisch geht **nicht** zurück. Dann operiert der Arzt die betroffenen Stellen.

Wichtig: Eine gründliche Zahnpflege verhindert Zahnbelag. Pflegen Sie Ihre Zähne nach der Behandlung täglich. Den Zahnbelag am **Zahnfleisch-Rand** und zwischen den Zähnen können Sie **nicht** durch das Zähneputzen entfernen. Benutzten Sie auch Zahnseide und **Zahnzwischenraum-Bürsten**. Sie können auch Mundspül-Lösungen benutzten. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Der Arzt sagt Ihnen: So pflegen Sie Ihre Zähne am besten.

Parodontitis

Was ist eine Parodontitis?

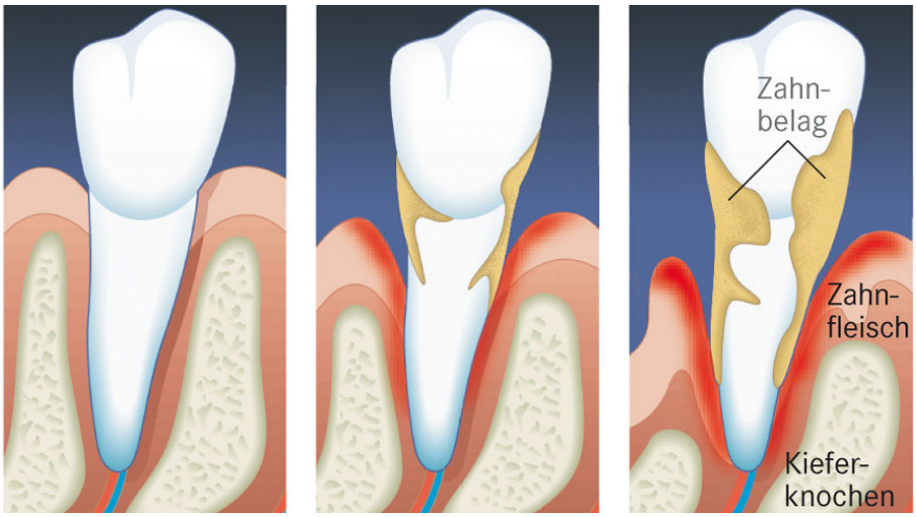
Bakterien verursachen eine **Parodontitis**.

Bei einer **Parodontitis** löst sich die Verbindung zwischen Zahn und **Zahn·fleisch**.

Der **Zahnhalte·apparat** erkrankt.

Der **Zahnhalte·apparat** verbindet die Zähne mit dem **Kiefer·knochen**.

So sieht der **Zahnhalte·apparat** aus:



Was passiert bei einer Parodontitis?

Bei einer **Parodontitis** entzündet sich das **Zahn·fleisch**.

Das **Zahn·fleisch** schwillt dann an.

Deshalb entsteht ein Zwischen·raum zwischen Zahn und **Zahn·fleisch**.

Der Arzt sagt dazu: **Zahnfleisch·tasche**.

In der **Zahnfleisch·tasche** können Bakterien sehr gut leben.

Der Körper reagiert auf die Bakterien mit seinem Abwehr·system.

Der Körper aktiviert dann bestimmte Zellen.

Die Zellen zerstören den **Zahnhalte·apparat**.

Die Zähne treten dann immer weiter aus dem Zahnfleisch heraus.

Was sind die Ursachen von einer Parodontitis?

Es gibt unterschiedliche Ursachen für eine **Parodontitis**:

- **Zahn·belag.**

  Sie putzen Ihre Zähne **nicht** jeden Tag?

Dann bekommen Sie **Zahn·belag**.

- **Sie teilen Ihr Besteck mit einer anderen Person?**

  Und diese Person hat **Parodontitis**?

  Dann können Sie auch **Parodontitis** bekommen.

- **Veranlagung.**

  Jemand in Ihrer Familie hat **Parodontitis**?

  Dann können Sie eher **Parodontitis** bekommen.

- **Rauchen.**

  Rauchen kann eine **Parodontitis** verursachen.

- **Diabetes und rheumatische Erkrankungen.**

  Dann können Sie leichter eine **Parodontitis** bekommen.

Woran können Sie eine Parodontitis erkennen?

An diesen Anzeichen können Sie eine **Parodontitis** erkennen:

- Ihr **Zahn·fleisch** blutet beim Zähne·putzen?
- Ihr **Zahn·fleisch** ist gerötet?

  Und Ihr **Zahn·fleisch** hat sich zurückbildet?

  Deshalb sehen Ihre Zähne länger aus?
- Ihre Zähne reagieren empfindlich auf Wärme und Kälte?
- Sie haben Mundgeruch?
- Ihre Zähne fühlen sich locker an?

Eins der Anzeichen trifft auf Sie zu?

Dann haben Sie vielleicht eine **Parodontitis**.

Sie glauben: Ich habe **Parodontitis**?

Dann gehen Sie zum Zahn·arzt.

Der Zahn·arzt untersucht Sie und kann Ihnen helfen.

Wie können Sie Parodontitis vermeiden?

Sie möchten eine **Parodontitis** vermeiden?

Dann können Sie diese Dinge tun:

- Putzen Sie mindestens zweimal am Tag Ihre Zähne.

- Benutzen Sie regelmäßig **Zahn·seide** und **Zahn·zwischenraum-Bürsten**.
- Fragen Sie Ihren Zahnarzt nach einer **professionellen Zahn·reinigung**.
- Gehen Sie regelmäßig zum Zahn·arzt.
- Rauchen Sie **nicht**.

Was können Sie gegen Parodontitis tun?

Der Arzt entfernt den **Zahn·belag** von Ihren Zähnen.

Durch die Behandlung wächst das **Zahn·fleisch** wieder eng an den Zahn.

Manchmal sind die **Zahnfleisch·taschen** sehr tief.

Oder die Entzündung im Zahnfleisch geht **nicht** zurück.

Dann operiert der Arzt das **Zahn·fleisch**.

Schlaganfall (Apoplex)

Was ist ein Schlaganfall und wie erkennt man ihn? Definition, Zahlen, mögliche Folgen und Maßnahmen der ersten Hilfe im Überblick

Was ist ein Schlaganfall?

Wichtig: Zögern Sie nicht, sofort beim Auftreten von Symptomen, die auf einen Schlaganfall bei Ihnen oder einer anderen Person hindeuten könnten, den Rettungsdienst unter der Nummer **112** zu alarmieren! Jeder Schlaganfall und auch eine vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) ist ein Notfall. Es gilt: "Zeit ist Hirn". Das heißt, je schneller Helfer reagieren und den Patienten einer sachgerechten Versorgung zuführen, umso eher kann der Schaden minimiert werden.

Ein Schlaganfall ist eine mehr als 24 Stunden anhaltende Störung der Gehirnfunktion aufgrund einer plötzlichen Minderversorgung eines Hirnbereichs mit Blut.

Das bedeutet: Die grauen Zellen in einem bestimmten Gehirnbereich erhalten nicht mehr ausreichend Sauerstoff und Nährstoffe. Sie drohen daher abzusterben. Je nachdem wie stark und wie lange die Durchblutung beeinträchtigt ist, kann das betroffene Gehirnareal seine Aufgabe entweder vorläufig oder dauerhaft nicht mehr erfüllen. Die sicht- oder spürbaren Folgen der beeinträchtigten Gehirnfunktion können zum Beispiel Probleme beim Sprechen, Lähmungen von Gliedmaßen, ein hängender Mundwinkel oder Sehstörungen sein.

Verschwinden diese Ausfälle sehr rasch oder zumindest innerhalb von 24 Stunden wieder, sprechen Mediziner von einer vorübergehenden (transistorischen) ischämischen Attacke (TIA). Man sollte aber beim Auftreten von Schlaganfallsymptomen auf keinen Fall abwarten, sondern auch bei einer TIA umgehend die 112 anrufen: Denn das Risiko für einen Schlaganfall ist nach einer TIA deutlich erhöht. Um Schlimmeres möglichst zu vermeiden, sollten sich die Betroffenen rasch in ärztliche Behandlung begeben.

Zahlen und Fakten

In Deutschland erleiden etwa 270.000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall. Mehr als 80 Prozent der Betroffenen sind über 60 Jahre alt. Doch auch Jüngere kann es treffen: Laut Schätzungen treten etwa fünf bis zehn Prozent der Schlaganfälle bei unter 50-Jährigen auf. Selbst Neugeborene und Kinder können einen Schlaganfall erleiden!

Der weibliche Schlaganfall

Mehr als die Hälfte der Schlaganfälle betreffen Frauen. Dies wird auf verschiedene Ursachen zurückgeführt: Zum einen werden Frauen älter als Männer, zum anderen wirken sich verschiedene Risikofaktoren bei ihnen offenbar stärker aus. Auch die Symptome können bei Frauen anders ausfallen, so dass die Diagnose eventuell erst später gestellt wird. Aufgrund der höheren Lebenserwartung leben zudem viele ältere Frauen allein, so dass häufig zunächst niemand den Schlaganfall bemerkt. Dies alles könnte dazu beitragen, dass Frauen nach einem Schlaganfall häufiger pflegebedürftig werden als Männer.

Folgen eines Schlaganfalls

Entscheidend, um die Folgen eines Schlaganfalls zu mildern, ist ein möglichst rascher Behandlungsbeginn. Bei mehr als der Hälfte der Personen, die einen Schlaganfall erleiden, ist nach einem Jahr noch eine unterschiedlich stark ausgeprägte Behinderung festzustellen. Laut den Ergebnissen einer Nachbefragung des Schlaganfallregisters Nordwest-Deutschland leben etwa 70 Prozent aller überlebenden Schlaganfall- und TIA-Patienten drei Monate nach dem Ereignis relativ unabhängig zuhause.

An die akute Therapie im Krankenhaus schließt sich in der Regel eine Rehabilitation an. Für viele Schlaganfallpatienten heißt es nicht den Mut verlieren: Da das Gehirn auch bei Erwachsenen eine gewisse Plastizität besitzt, können sich die aufgetretenen Störungen und Behinderungen über Monate hinweg zurückbilden. Auch mehr als ein halbes Jahr nach einem Schlaganfall lassen sich unter Umständen noch weitere Verbesserungen erreichen.

Eine verständlicherweise häufige Schlaganfallfolge ist die Depression. Hier gilt es frühzeitig mit Medikamenten, die depressive Symptome wirkungsvoll lindern helfen – sogenannten Antidepressiva – einzugreifen. Studien zeigen, dass eine frühzeitige medikamentöse Behandlung der Depression günstigere Voraussetzungen für eine Rehabilitation schafft und damit das Behandlungsergebnis verbessert.

Erste Hilfe bei einem Schlaganfall

Ein Schlaganfall kann tödlich sein und jede Minute zählt. Falls Sie eine Uhr zur Verfügung haben, merken Sie sich die Uhrzeit, zu der die Symptome begonnen haben, sie ist wichtig für den Rettungsdienst und die weiteren Maßnahmen. Dann:

- **Sofort den Notruf 112 wählen** (gilt europaweit auf Handy und Festnetz), auf den Verdacht eines Schlaganfalls hinweisen, die Fragen der Leitstelle beantworten und warten, bis diese das Gespräch beendet. Falls Sie zu zweit sind, kann diese Aufgabe auch eine Person übernehmen, während die andere schon mit der ersten Hilfe beginnt.

- Den Betroffenen beobachten, nicht alleine lassen, ihn beruhigen und mit ihm sprechen.

- Gegebenenfalls beengende Kleidung lockern, Zahnprothesen entfernen.

- Nichts zu Essen oder zu Trinken geben, da das Schlucken gestört sein könnte!

- Ist der Betroffene bei Bewusstsein, mit etwa 30 Grad erhöhtem Oberkörper ruhig lagern, zum Beispiel mit einem Kissen im Rücken.

- Bei Erbrechen oder Bewusstlosigkeit: Den Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen, immer wieder Puls und Atmung kontrollieren.

- Können Sie keinen Puls oder keine Atmung feststellen, legen Sie den Betroffenen auf dem Rücken auf eine harte Unterlage (zum Beispiel den Boden) und beginnen Sie unverzüglich mit den Wiederbelebungsmaßnahmen.

- Teilen Sie dem Notarzt beziehungsweise dem eintreffendem Rettungsdienst die beobachtete Symptomatik und die Vorerkrankungen des Patienten mit. Geben Sie wenn möglich auch eine Liste der Medikamente mit, die der Betroffene einnimmt sowie die Uhrzeit des Auftretens der ersten Schlaganfallsymptome. Wichtig ist auch eine Telefonnumer (bevorzugt Mobilfunknummer) von Angehörigen für Rückfragen zu Vorerkrankungen und Medikamenteneinnahme.

Nach dem Eintreffen wird sich der Rettungsdienst oder Notarzt um den Patienten kümmern und ihn - falls sich der Verdacht auf einen Schlaganfall bestätigt - in die Klinik transportieren. Mehr über die weitere Behandlung lesen Sie im Kapitel "Therapie".

Wichtiger Hinweis:
Dieser Artikel enthält nur allgemeine Hinweise und darf nicht zur Selbstdiagnose oder -behandlung verwendet werden. Er kann einen Arztbesuch nicht ersetzen. Die Beantwortung individueller Fragen durch unsere Experten ist leider nicht möglich.

Quellen:

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Online: https://www.schlaganfall-hilfe.de/home (Abgerufen am 08.08.2018)

Kompetenznetz Schlaganfall: Heuschmann PU, Busse O: Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. Online: http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/fileadmin/downloa/news/heuschmann_zahlen_zum_schlaganfall10.2010.pdf (Abgerufen am 08.08.2018)

Alter oder genetische Anlagen können wir nicht beeinflussen. Doch auch verschiedene andere Faktoren begünstigen die Entstehung eines Schlaganfalls. Hier kann man aktiv gegensteuern und durch einen gesunden Lebensstil sowie Behandlung von anderen Erkrankungen das Risiko senken. Wer mehrere Risikofaktoren aufweist (zum Beispiel Rauchen, hoher Blutdruck und Bewegungsmangel), ist besonders gefährdet.

Risikofaktoren für einen Schlaganfall:

- **Alter**: Mehr als 80 Prozent der Schlaganfallopfer sind älter als 60 Jahre.
- **Genetische Veranlagung**
- **Diabetes mellitus, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte und Rauchen** begünstigen eine Arteriosklerose
- **Herzkrankheiten**, insbesondere Vorhofflimmern und Herzklappenerkrankungen: Hier kann es passieren, dass das Blut nicht in idealer Weise durch das Herz strömt, dadurch können sich Blutgerinnsel bilden. Diese können in die Gehirngefäße geschwemmt werden und dort zum Gefäßverschluss (Embolie) und damit zum Schlaganfall führen.
- **Übergewicht und mangelnde Bewegung**

- **Migräne:** Bei einigen Migräneformen ist das Risiko für Schlaganfälle erhöht.
- zu hoher **Alkoholkonsum**

Unser Gehirn muss konstant mit Blut versorgt werden, denn nur so erhält es Sauerstoff und Nährstoffe. Fehlt die Durchblutung, stört das bereits nach kürzester Zeit die Funktion der Nervenzellen im betroffenen Hirnbereich und kann zu ihrem Absterben führen. Wie dramatisch ein Schlaganfall verläuft, hängt damit von der Dauer der Unterversorgung sowie von Umfang und Lage des betroffenen Bereichs ab.

Was ist ein ischämischer, was ein hämorrhagischer Schlaganfall?

Ursache der eingeschränkten Durchblutung ist in etwa 80 Prozent der Fälle ein verstopftes Blutgefäß. Diese Form des Schlaganfalls wird auch als ischämischer Insult, ischämischer Infarkt, weißer Infarkt oder Hirninfarkt bezeichnet. Die Ursache des verstopften Gefäßes ist häufig eine Gefäßverkalkung (Arteriosklerose). Es kommt aber auch die Einschwemmung eines Blutgerinnsels in Betracht (Embolie). Eine sehr häufige Quelle für diese Blutgerinnsel ist das Herz. Vor allem bei Vorhofflimmern, einer Herzrhythmusstörung mit sehr rasch schlagendem linken Herzvorhof, bilden sich Thromben, die ins Gehirn gespült werden können.

Ein Schlaganfall kann jedoch auch durch eine Blutung verursacht sein. Dabei reißt eines der Hirngefäße. Das enthaltene Blut tritt in das umliegende Gehirngewebe ein, die nachfolgenden Gebiete werden nicht mehr richtig durchblutet. Zudem schädigt das Blut das umliegende Hirngewebe zum Beispiel durch erhöhten Druck auf die Zellen. Im Falle einer Blutung spricht man von einem hämorrhagischen (blutigen) oder roten Schlaganfall**.**

Mangelnde Durchblutung: Ischämischer Schlaganfall

Gefäßschädigende Prozesse wie Arteriosklerose (Verkalkung der Gefäße) können alle Bereiche des Körpers betreffen – auch die Gefäße, die zum Gehirn führen oder im Gehirn liegen. Wenn das Gefäß zu eng wird, kann es passieren, dass die dahinter liegenden Gehirngebiete nicht mehr richtig durchblutet werden. Besonders oft betrifft das die sogenannten "Endstromgebiete", die sehr weit vom Herzen entfernt liegen und wo es keine doppelte Gefäßversorgung durch zwei verschiedene Arterien gibt.

Eingeschwemmte Gerinnsel (Embolien) führen zu einer plötzlichen Verstopfung von Blutgefäßen. Eine Embolie entsteht, wenn ein Blutpfropfen (Embolus) aus anderen Teilen des Körpers vom Blutstrom mitgerissen wird und in den kleineren Gefäßverästelungen stecken bleibt. Die Blutpfropfen können zum Beispiel im linken Vorhof des Herzens entstehen, wenn der Blutfluß durch Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern stark verlangsamt ist.

Blutung im Gehirn: Hämorrhagischer Schlaganfall

Beim hämorrhagischen Schlaganfall blutet es aus einem defekten Gefäß ins Hirngewebe ein. Durch die Volumenzunahme im knöchernen Schädel werden nicht nur die Zellen in der Umgebung sondern unter Umständen auch lebenswichtige Zentren des Gehirns, zum Beispiel die für die Regulation von Atmung und Herzschlag zuständigen Bereiche, "gequetscht" und

dadurch beeinträchtigt. Außerdem erhalten die Gehirnzellen, die von dem defekten Gefäß mit Blut versorgt werden sollten, nicht mehr ausreichend Sauerstoff und Nährstoffe.

Ein Teil der Schlaganfälle wird durch eine spezielle Form der Blutung, die Subarachnoidalblutung (SAB) verursacht. Unser Gehirn wird von einer dünnen Haut, der Arachnoidea (Spinnwebhaut) umhüllt. Im Raum zwischen Spinnwebhaut und Gehirn, dem Subarachnoidalraum, befindet sich eine Flüssigkeit, das sogenannte Hirnwasser. Es polstert das Gehirn vor Stößen ab. Auch die das Hirn versorgenden Blutgefäße liegen hier. Manche Menschen haben sackartige Ausbuchtungen dieser Gefäße (Aneurysmen), die selten bereits angeboren sein können. Häufiger entstehen sie im Laufe der Jahre durch den schädigenden Einfluss des Rauchens und erhöhten Blutdrucks. Diese Aneurysmen können platzen, dann gelangt Blut in den Subarachnoidalraum und drückt von außen auf das Gehirn. Solch eine Subarachnoidalblutung führt zu plötzlich einsetzenden, heftigsten Kopfschmerzen (Vernichtungskopfschmerz) und ist eine schwere Erkrankung, die in einem entsprechend spezialisierten Zentrum behandelt werden muss.

Wichtig: Jeder Schlaganfall ist ein Notfall, der tödlich enden kann. Betroffene müssen schnellstmöglich professionell versorgt und in ein Krankenhaus, am besten mit einer speziellen Schlaganfallstation, einer sogenannten "Stroke Unit", gebracht werden.

Achtung, auch wenn die untenstehenden Symptome nur kurz andauern:

Nehmen Sie diese Warnzeichen unbedingt ernst, rufen Sie die 112 an und lassen Sie die Ursache am besten in einer Stroke Unit abklären!

Es könnte sich um eine TIA handeln, die ein "Vorbote" eines Schlaganfalls sein kann: Mehr als ein Viertel der Patienten mit TIA erleiden innerhalb von fünf Jahren einen Schlaganfall. In den ersten beiden Tagen nach einer TIA beträgt das Schlaganfall-Risiko bis zu 10 Prozent. Um einem Schlaganfall vorzubeugen ist es daher wichtig, dass Betroffene die Ursache unverzüglich klären lassen!

Anzeichen eines Schlaganfalls können zum Beispiel sein:

- plötzliche einseitige Lähmung (Hemiparese) oder Kraftminderung ohne andere Ursache, insbesondere im Arm und/oder Bein
- einseitiges Taubheitsgefühl in Arm, Bein, im Gesichtsbereich (taubes, pelziges oder kribbeliges Gefühl), einseitig herabhängender Mundwinkel, Lähmung einer Gesichtshälfte
- Sehstörungen (verschwommenes, doppeltes oder eingeschränktes Sehen) bis hin zur vorübergehenden Erblindung
- Sprechstörungen (undeutliches Sprechen, Wiederholungen von Wörtern oder Silben, lange Pausen) bis hin zum Verlust des Sprachvermögens
- Verminderte Ausdrucksfähigkeit (der Betroffene kann nicht mehr benennen, was er möchte oder äußert sich sinnlos)
- Verständnisstörungen (Anweisungen werden nicht oder falsch umgesetzt)

- Plötzlich auftretende Gleichgewichtsstörungen und Schwindel
- Bewusstlosigkeit
- Starke Kopfschmerzen (setzen schlagartig ein und sind kaum zu ertragen: typisch bei einer Gehirnblutung)

Erste Hilfe: Jede Minute zählt!

Je früher einem Schlaganfallpatienten fachgerecht geholfen wird, desto mehr Hirngewebe kann gerettet werden. Durch geeignete Erste Hilfe-Maßnahmen und sofortiges Alarmieren des Rettungsdienstes können daher wertvolle Sekunden gespart werden. Falls möglich, merken Sie sich den Zeitpunkt, zudem die ersten Schlaganfallsymptome aufgetreten sind. Dies ist wichtig für den Rettungsdienst und die weiteren Therapiemöglichkeiten.

Erste Hilfe bei einem Schlaganfall:

- Sofort den Notruf 112 wählen (gilt europaweit auf Handy und Festnetz), auf den Verdacht eines Schlaganfalls hinweisen, die Fragen der Leitstelle beantworten und warten, bis diese das Gespräch beendet.
- Den Betroffenen beobachten, nicht alleine lassen, ihn beruhigen und mit ihm sprechen.
- Gegebenenfalls beengende Kleidung lockern, Zahnprothesen entfernen.
- Nichts zu Essen oder zu Trinken geben, da das Schlucken gestört sein könnte!
- Ist der Betroffene bei Bewusstsein, mit etwa 30 Grad erhöhtem Oberkörper ruhig lagern, zum Beispiel mit einem Kissen im Rücken.
- Bei Erbrechen oder Bewusstlosigkeit: Den Betroffenen in die stabile Seitenlage bringen, immer wieder Puls und Atmung kontrollieren.
- Können Sie keinen Puls oder keine Atmung feststellen, legen Sie den Betroffenen auf dem Rücken auf eine harte Unterlage (zum Beispiel den Boden) und beginnen Sie unverzüglich mit den Wiederbelebungsmaßnahmen
- Teilen Sie dem Notarzt beziehungsweise dem eintreffendem Rettungsdienst die beobachtete Symptomatik und die Vorerkrankungen des Patienten mit. Geben Sie wenn möglich auch eine Liste der Medikamente mit, die der Betroffene einnimmt sowie die Uhrzeit des Auftretens der ersten Schlaganfallsymptome und eine Telefonnummer (bevorzugt Mobilfunknummer) von Angehörigen für Rückfragen zu Vorerkrankungen und Medikamenteneinnahme

Der Notarzt oder der Rettungsdienst kümmert sich nach seinem Eintreffen um die erste Versorgung des Patienten. Dazu gehören die Sicherstellung von Puls und Atmung. Unter anderem werden Blutdruck, Häufigkeit des Herzschlages und der Blutzucker gemessen. Der Betroffene und die Angehörigen beziehungsweise anwesenden Personen werden zur Krankengeschichte des Schlaganfallpatienten, zu Symptomen und Risikofaktoren befragt. Es ist hilfreich, wenn das Auftreten der ersten Krankheitszeichen mit einer möglichst genauen

Uhrzeit angegeben werden kann. Eine orientierende körperliche Untersuchung ermittelt Lähmungen, Bewusstseinsstörungen, Sprachvermögen sowie Sprachverständnis und Gefühlsstörungen.

FAST-Test:

Als orientierender Test gilt auch der FAST-Test:

F-FACE: Dabei bittet die Rettungskraft oder der Ersthelfer die betroffene Person, als erstes zu lächeln. Ist das Lächeln symmetrisch oder verzieht sich das Gesicht einseitig? Letzteres weist auf eine Halbseitenlähmung hin.

A-ARMS: Anschließend fordert die Rettungskraft oder der Ersthelfer den Patienten auf, die Arme nach vorne bis auf Schulterhöhe anzuheben und die Handflächen nach oben zu drehen. Gelingt dies und können die Arme auf gleicher Höhe gehalten werden, spricht das gegen eine Lähmung in diesem Bereich.

S-SPEECH: Der Betroffene soll einen einfachen Satz nachsprechen, zum Beispiel: Da drüben steht ein Baum. Gelingt dies nicht oder klingt die Sprache eigenartig verwaschen, deutet das auf eine Sprachstörung hin.

T-TIME: Wann haben die Symptome eingesetzt? Diese Angabe ist wichtig für spätere Therapieentscheidungen.

Der Patient erhält gegebenenfalls Sauerstoff, wenn er bewusstlos sein sollte auch über einen Schlauch in die Luftröhre (Intubation). Üblicherweise bekommt er zudem einen Zugang in die Vene gelegt, über den Flüssigkeit und Medikamente gegeben werden können. Der Rettungsdienst transportiert den Patienten dann rasch in ein Krankenhaus, das - wenn möglich - eine auf Schlaganfälle spezialisierte Abteilung (Stroke Unit) haben sollte. In der Regel sollte auch eine etwas längere Anfahrtszeit in Kauf genommen werden, um eine spezialisierte Versorgung auf einer Stroke Unit zu ermöglichen.

Im Krankenhaus liefern die Ergebnisse der Tests der Nervenfunktionen Anhaltspunkte dafür, welche Teile des Gehirns vom Schlaganfall betroffen sind und wie stark die Schädigung ist. Eine Blutabnahme und -untersuchung informiert unter anderem über Blutbild, Blutgerinnung, Entzündungsparameter sowie Risikofaktoren wie erhöhte Cholesterin- oder Blutzuckerwerte.

Computertomografie, Magnetresonanz-Tomografie

Mittels bildgebender Verfahren wie Computertomografie oder Magnetresonanz-Tomografie wird das Gehirn des Patienten genau untersucht. Vor allem wird geklärt, ob ein ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall vorliegt – also eine Durchblutungsstörung oder eine Hirnblutung (siehe Kapitel Ursachen). Außerdem können die Hirngefäße mittels einer CT-Angiografie dargestellt werden, um Verstopfungen zu erkennen. Da eine Durchblutungsstörung erst nach Stunden nachweisbar sein kann, erfolgt gegebenenfalls auch eine spezielle Untersuchung der Hirndurchblutung mittels Kontrastmittel (CT-Perfusion). Zur genaueren Abklärung oder bei Verwendung bestimmter Techniken auch als Ersatz für ein CT kann eine Magnetresonanztomografie (MRT, auch: Kernspintomografie) erfolgen. Hier sind Schäden durch eine Minderdurchblutung bereits früher als im CT zu erkennen.

Ultraschall der Halsgefäße und weitere Diagnostik

Eine spezielle Art des Ultraschalls, die Duplex-Sonografie, zeigt auch, ob und wie stark die hirnversorgenden Blutgefäße von Arteriosklerose ("Gefäßverkalkung"), Verengung und Thrombose betroffen sind. Dies hilft bei der Ermittlung der Ursachen des Schlaganfalls. Zum Beispiel werden die Halsschlagadern so auf ihre Durchlässigkeit überprüft. Alternativ ist auch eine Darstellung der Gefäße mit Kontrastmittel im CT oder MRT möglich (siehe oben).

Um Herzrhythmusstörungen festzustellen, wird ein Elektrokardiogramm (EKG) gemacht. Mittels einer Ultraschalluntersuchung über die Brustkorboberfläche oder über die Speiseröhre (Schluckecho) können beim Verdacht auf eine Herzerkrankung nähere Details ermittelt werden. So lassen sich zum Beispiel Blutgerinnsel in den Vorhöfen nachweisen.

In der Notfalltherapie geht es darum, das Leben des Patienten zu erhalten und sein Gehirn zu schützen. Danach zielt die Behandlung auf ein weitestmögliches Wiederherstellen der durch den Schlaganfall beeinträchtigten Funktionen, wofür zudem meist eine Rehabilitation angeschlossen wird.

Behandlung eines ischämischen Schlaganfalls

Bei einem ischämischen Schlaganfall geht es darum, die Durchblutung des betroffenen Gehirnbereichs – falls möglich – so rasch wie es geht, wiederherzustellen. Das Mittel der Wahl ist dabei oft die sogenannte systemische Thrombolyse - auch kurz Lyse genannt, bei der ein blutgerinnselauflösendes Mittel über die Vene verabreicht wird. Das Zeitfenster dafür ist eng: die Therapie mithilfe der Blutgerinnsel-auflösenden sogenannten systemischen Thrombolyse mit rtPA sollte möglichst innerhalb von viereinhalb Stunden nach Auftreten der ersten Schlaganfallsymptome beginnen.

Eine möglichst rasche Wiedereröffnung des verstopften Gefäßes trägt dazu bei, Todesfälle zu reduzieren und die Behinderungen durch den Schlaganfall möglichst gering zu halten. Allerdings geht sie mit einem gewissen Risiko für Hirnblutungen einher und ist zum Beispiel aufgrund bestimmter Vorerkrankungen nicht für jeden Patienten geeignet.

Bei bestimmten Formen des ischämischen Schlaganfalls – wenn ein sehr großes Hirngefäß verstopft ist – kommt auch eine weitere, neue Behandlungsmethode, die mechanische Thrombektomie, infrage. Dabei verwenden die Ärzte einen sehr dünnen Katheter, der an die Stelle des Gefäßverschlusses geführt wird. Mit dem Katheter wird das Blutgerinnsel dann mechanisch entfernt und abgesaugt. Die Thrombektomie kommt, falls nichts gegen eine Lyse-Therapie spricht, ergänzend dazu zum Einsatz. Sie sollte innerhalb von sechs Stunden nach Beginn der Symptome erfolgen, in manchen Fällen ist auch ein späterer Beginn noch sinnvoll. Die Thrombektomie ist eine komplizierte und aufwändige Methode, die nur von erfahrenen Spezialisten durchgeführt werden kann und daher nur in größeren Zentren angeboten wird. Patienten, die für das Verfahren infrage kommen, können nach Beginn der Lysetherapie in ein entsprechendes Zentrum verlegt werden.

Behandlung eines hämorrhagischen Schlaganfalls

Bei einer Blutung stehen zwei Dinge im Vordergrund: Die Blutung – falls möglich und noch nicht von selbst geschehen – zum Stillstand zu bringen und negative Auswirkungen durch die Blutung zu vermeiden. Denn tritt Blut aus den Gefäßen in das Hirngewebe aus, so verdrängt

das entstehende Blutgerinnsel das umliegende Gewebe und durch den daraus entstehenden Druck können noch gesund Gehirnteile geschädigt werden. Dies kann zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten führen. Zudem schädigen die im Blut enthaltenen Stoffe teilweise die Gehirnzellen. Daher kann es gerade bei größeren Blutungen nötig sein, das Blut mittels einer Operation zu beseitigen. Um den Druck auf das Gehirn zu reduzieren, kann ein dünner Schlauch in das Hirnkammersystem gelegt werden, um das Blut abzuleiten und dem Hirngewebe Platz zu schaffen.

Handelt es sich um eine Blutung aus einem Aneurysma, so muss das Aneurysma entweder durch einen Clip oder durch per Katheter eingebrachte Platinspiralen (sogenannte Coils) verschlossen werden. Ist eine Blutung durch zur hohen Blutdruck bedingt, gilt es, diesen zu senken.

Was versteht man unter einer Stroke Unit?

Die sogenannte Stroke Unit ist eine auf die Behandlung und Betreuung von Patienten mit akutem Schlaganfall spezialisierte Abteilung mit der Möglichkeit einer besonders intensiven Betreuung dieser Personen, die so auf einer normalen Station nicht gewährleistet werden kann. Auf der Stroke Unit arbeitet ein Team aus besonders geschulten Ärzten und Pflegepersonal zusammen mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden (Sprachtherapeuten) und Sozialarbeitern.

Die Stroke Unit hat folgende Aufgaben:

- die rasche Diagnostik des Schlaganfalls als Voraussetzung für eine gezielte Therapie (Thrombolyse, gegebenenfalls Thrombektomie)

- die kontinuierliche Überwachung von Blutdruck, Herzaktion, Sauerstoffgehalt im Blut, Blutzucker, Körpertemperatur und Blutfluss der zum Gehirn führenden Blutgefäße über spezielle Geräte (Monitore)

- die rasche Einleitung einer gezielten Behandlung mit Medikamenten einschließlich der Überwachung ihrer Nebenwirkungen

- die Frührehabilitation durch das Pflegeteam, die Physiotherapeuten (Krankengymnasten), Ergotherapeuten und Logopäden

In der Akutphase des Schlaganfalls ist der Krankheitsverlauf meist noch instabil, so dass eine besonders intensive Versorgung des Patienten erforderlich ist. Durch eine rasche Behandlung soll eine Zunahme der Symptome vermieden beziehungsweise eine rasche Besserung erzielt werden. Besonders wichtig ist die gute Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen der Klinik. Ist bei einer großen Hirnblutung eine Operation erforderlich oder ist ein großes Gefäß verstopft, so ist gegebenenfalls die Verlegung in ein Neurozentrum erforderlich, in dem spezielle neurochirurgische oder neuroradiologische Eingriffe durchgeführt werden können.

Mit der akuten Behandlung eines Schlaganfalls ist es nicht getan. Um weiteren Schlaganfällen vorzubeugen, werden die bestehenden Risikofaktoren des Patienten analysiert und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen festgelegt. Dazu kann zum Beispiel eine Behandlung mit Gerinnungshemmern, eine Therapie eines bestehenden Bluthochdrucks mit Medikamenten, eine medikamentöse Senkung der Blutfettwerte, aber auch eine Änderung des Lebensstils gehören. Die jeweils notwendigen Maßnahmen werden im Einzelfall festgelegt.

Darüberhinaus gilt es, den Patienten wieder für den Alltag fit zu machen. Dabei kann in vielen Fällen eine Rehabilitation helfen. Entscheidend für den Erfolg ist der frühzeitige Beginn entsprechender Maßnahmen. Bereits auf der Stroke Unit wird mit einer Frührehabilitation, bestehend aus Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie, begonnen. Dann wird geprüft, ob eine und welche Art der Rehabilitation benötigt wird, um nach der Akutbehandlung die Rückbildung der Schlaganfallsymptome zu gewährleisten.

Häufig besteht das Rehabilitationsprogramm aus einer Kombination vieler verschiedener Verfahren. Alte Fähigkeiten können wieder erlernt werden, indem gesunde Gehirnanteile die Funktion der kranken übernehmen. Im besten Fall gelingt sogar eine völlige Wiederherstellung. Die vom Schlaganfall betroffene Seite sollte so weit wie möglich trainiert werden, um die dort verbliebenen Fähigkeiten nicht verkümmern zu lassen. Muskeln und Gelenke brauchen Bewegung, um in Form zu bleiben und vielleicht ihre alte Funktion wiederzuerlangen.

Physiotherapie: Mobiler und beweglicher werden

Physiotherapeuten sind im weitesten Sinne für den Bewegungsapparat zuständig. Muskelaufbau, Körperhaltung, Bewegungsabläufe, Koordination, Körperwahrnehmung und Gleichgewichtssinn können durch eine Vielzahl von Übungen und Behandlungen intensiv angeregt und trainiert werden. Dadurch können Lähmungen und Fehlhaltungen verbessert und beseitigt werden. Dies trägt dazu bei, die Gefahr von Folgekrankheiten (zum Beispiel Muskelverkrampfungen, Gelenkschmerzen, Haltungsschäden) zur verringern. Physiotherapie kann auch helfen, Patienten wieder mobiler und selbständiger zu machen.

Logopädie: Training für die Sprache

Bei vielen Patienten verursacht der Schlaganfall eine Störung der Sprache. Mit ersten Sprechübungen beginnen Logopäden bereits, sobald der Patient ansprechbar ist. Besonders wichtig ist das Erkennen von Schluckstörungen und deren konsequente Behandlung durch Logopäden. Dies hilft, Lugenentzündungen vorzubeugen, die dadurch entstehen, dass Speichel und Nahrungsresten beim Verschlucken in die Luftröhre gelangen. Um Schluckstörungen genau zu untersuchen, wird der Schluckakt gelegentlich mit einem speziellen Untersuchungsinstrument in Form eines flexiblen Schlauches mit einer Optik (Endoskop) betrachtet (sogenannte fiberendoskopische Schluckuntersuchung – FEES).

Ergotherapie: Den Alltag meistern

Ergotherapeuten unterstützen den Patienten dabei, sich im Alltag wieder zurecht zufinden. Der Patient lernt, trotz seiner Einschränkungen ein möglichst selbständiges Leben zu führen. Unter Berücksichtigung von Wohnsituation und Umfeld des Patienten kann mit einem Ergotherapeuten zum Beispiel die Handhabung bestimmter Hilfsmittel trainiert werden. Ziel ist, dass der Patient am Ende möglichst viele seiner Alltagsverrichtungen wieder so weit wie möglich selbständig vornehmen kann.

Neuropsychologisches Training: Bei komplexen Störungen wichtig

Viele Patienten erleiden komplexe Störungen, die die Neurologen während der Akut- und Rehabilitationsphase genau analysieren. Hierzu gehören neben den verschiedenen Formen der Sprach- und Sprechstörung zum Beispiel eine Störung des Gesichtsfeldes (der Patient sieht nicht, was sich im linken oder rechten Gesichtsfeld abspielt), ein sogenannter Neglekt (Vernachlässigung einer Körperhälfte, oft mit einem fehlenden Krankheitsbewusstsein einhergehend) oder Störungen von Handlungsabläufen (Apraxie). Diese Störungen müssen oftmals auch nach einer stationären Rehabilitation noch ambulant weiterbehandelt werden.

Weitere Therapieformen

Es gibt eine Fülle von weiteren Therapien, die manchmal nur zum Teil anerkannt sind. Sprechen Sie mit Ihren Ärzten und Therapeuten, welche zusätzliche Unterstützung für Sie sinnvoll sein kann. Klären Sie gegebenenfalls auch mit der Krankenkasse, ob sie die Kosten übernimmt oder sich zumindest daran beteiligt. Folgende Behandlungsformen werden unter anderem bei manchen Patienten nach einem Schlaganfall eingesetzt:

- Forced Use Therapie: Therapie des erzwungenen Gebrauchs, bei der die gesunde Gliedmaße fixiert wird und der Patient damit genötigt ist, die beeinträchtigte Seite intensiv einzusetzen und zu beüben
- Spiegeltherapie: Dabei verdeckt ein Spiegel die beeinträchtigte Körperhälfte. Der Patient führt nun Übungen aus und betrachtet sich dabei im Spiegel. Dies erzeugt für sein Gehirn den Eindruck, die beeinträchtigte Seite bewege sich wie die gesunde.
- Biofeedback-Training
- Künstlerische Therapien wie Musiktherapie
- Gesprächs- oder Verhaltenstherapie können helfen, mit den Anforderungen und Ängsten, die durch den Schlaganfall entstanden sind, zurechtzukommen.

Das Leben wieder selbst anpacken – so gut es geht:

Machen Sie so viel wie möglich selbst. Lassen Sie sich nicht durch Rückschläge entmutigen. Suchen Sie sich zudem Unterstützung in den Bereichen, die sie selbst nicht mehr oder noch nicht wieder leisten können.

Hier einige Tipps für den Alltag:

- Trainieren Sie Ihre Gesichtsmuskeln vor dem Spiegel: Blasen Sie die Backen auf, schieben Sie die Luft von einer Wange in die andere, strecken Sie die Zunge heraus, zeigen Sie die Zähne, lächeln Sie, lachen Sie, ziehen Sie einen Schmollmund, runzeln Sie die Stirn.

- Helfen Sie sich beim Essen gegebenenfalls mit Tricks: Verzichten sie auf Tischtücher und bringen sie Gumminoppen an der Unterseite von widerspenstigen Gegenständen an. Beim Trinken helfen manchmal Schnabeltassen. Griffverdickungen vereinfachen das Essen.

- Einfachere Körperpflege: Mit einem Badehocker in der Duschkabine können Sie sich beim Duschen setzen. Zum Abtrocknen des Körpers kann auch ein saugfähiger Frotteebademantel angezogen werden.

- Ziehen Sie immer zuerst die kranke Seite an. Beim Ausziehen ist es umgekehrt: hier kommt zuerst die gesunde Seite dran. Ihre Schuhe sollten weit zu öffnen sein. Ein Klettverschluss ist am praktischsten. Vorsicht: In Schuhen mit Gummisohlen stolpert man leicht.

- Auch Teppiche sind eine Stolpergefahr. In der Wohnung sollte möglichst nichts im Weg stehen.

- Mobil trotz Schlaganfall? Ob und wann Sie nach einem Schlaganfall wieder Auto fahren dürfen, sollten Sie mit Ihrem Arzt abklären. Rüsten Sie Ihren Wagen gegebenenfalls entsprechend um.

Betreuung zu Hause

Die Rückkehr nach Hause will gut geplant sein, wenn Einschränkungen durch den Schlaganfall zurückgeblieben sind. Hilfe bei der Planung und Organisation bietet zum Beispiel der Sozialdienst im Krankenhaus beziehungsweise der Rehabilitationsklinik. Bitten Sie gegebenenfalls auch Angehörige und Freunde um Mithilfe. Viele Ergotherapeuten oder auch die Krankenkassen bieten auch Unterstützung bei der behindertengerechten Gestaltung der Wohnung an. Oft ist es hilfreich, die Aufgaben eindeutig auf verschiedenen Personen zu verteilen. So wird keine überlastet und jeder weiß genau, worum er sich kümmern soll.

Tipps für Angehörige

Auch für Angehörige von Schlaganfallpatienten bedeutet die Krankheit oft eine drastische Veränderung. Die vertraute Person ist vielleicht plötzlich körperlich stark eingeschränkt, kann sich nicht mehr so gut ausdrücken oder hat sich eventuell auch charakterlich verändert. Schlagartig ist alles anders.

- Helfen Sie dem Patienten durch Geduld, Unterstützung und Ermutigung.

- Sprechen Sie viel mit ihm – und zwar wie mit einem Erwachsenen. Der Verlust der Sprache bedeutet nicht, dass der Verstand ebenfalls gelitten hat!

- Nehmen Sie dem Patienten nicht jeden Handgriff ab – nur durch unermüdliches Üben können die verlorenen Fähigkeiten wieder hergestellt werden. Überbehütung und übertriebenes Umsorgen können hinderlich sein. Viel wichtiger ist, dass der Patient spürt, dass er probieren und auch scheitern darf.

- Denken Sie auch an sich! Ihr vom Schlaganfall betroffener Angehöriger braucht einen gesunden und belastbaren Partner - nehmen Sie beispielsweise Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe auf!

Die Anforderungen an den Pflegenden sind hoch. Seien Sie auch mit sich selbst nachsichtig und versuchen Sie, sich immer wieder Zeit für sich selbst zu nehmen. Binden Sie andere Angehörige oder Freunde ein, die Sie entlasten. Mehrere Schultern können körperliche und seelische Belastungen besser tragen. Scheuen Sie sich nicht, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie welche benötigen – ob im Haushalt oder therapeutische Unterstützung. Eine wichtige Funktion haben hier Schlaganfall-Selbsthilfegruppen, die in allen größeren Städten und Gemeinden Hilfe anbieten und eine Anlaufstelle darstellen. Weitere Informationen stellt die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe zur Verfügung (www.schlaganfall-hilfe.de – www.apotheken-umschau.de ist nicht verantwortlich und übernimmt keine Haftung für Inhalte externer Internetseiten).

Krankenhäuser, kirchliche Verbände, Kranken- oder Pflegekassen bieten übrigens teilweise Kurse für pflegende Laien an. Denn: Je mehr Pflegende über Pflegepraxis wissen, desto leichter fallen ihnen die verschiedenen Aufgaben und desto besser wird der Patient versorgt.

Sie gehören zur Risikogruppe oder hatten bereits einen Schlaganfall? Dann ist es höchste Zeit, Risikofaktoren anzugehen!

- Gegen Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhte Blutfettwerte sollten Sie Maßnahmen treffen. Dazu ist meist eine Lebensumstellung mit gesunder Ernährung und regelmäßiger Bewegung nötig. Ihr Arzt berät Sie zu den für Sie notwendigen Schritten und verordnet - falls notwendig - geeignete Medikamente.

- Geben Sie das Rauchen auf. Fünf Jahre nach der letzten Zigarette reduziert sich das Schlaganfall-Risiko auf das eines Nichtrauchers.

- Krankheiten, die das Schlaganfallrisiko erhöhen, sollten vom Arzt behandelt und kontinuierlich überwacht werden. Medikamente werden zum Beispiel bei der Behandlung von Diabetes, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, zu hohem Cholesterin und Thromboseneigung eingesetzt. Wägen Sie mit Ihrem Arzt Nutzen und Risiko ihrer Medikation ab und befolgen Sie konsequent dessen Ratschläge. Nehmen Sie die Medikamente regelmäßig wie verordnet ein - sie können Sie vor dem nächsten Schlaganfall schützen!

- Bewegen Sie sich regelmäßig! Wenn Sie unter chronischen Erkrankungen leiden, bereits einen Schlaganfall hatten oder längere Zeit keinen Sport getrieben haben, lassen Sie sich von Ihrem Arzt dazu beraten, wie viel Sie sich zumuten können.

- Wenn Ihnen Ihr Arzt nach dem Schlaganfall Medikamente wie zum Beispiel Gerinnungshemmer verordnet hat, nehmen Sie diese gewissenhaft nach seinen Vorgaben ein.

- Vermeiden Sie hohen Alkoholgenuss.

Professor Dr. Joachim Röther ist Mitglied des erweiterten Vorstands der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Asklepios Klinik Altona in Hamburg. Er studierte Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg und promovierte im Jahr 1989.

Auf eine Zeit als Assistenzarzt an verschiedenen Kliniken folgte von 1994 bis 1996 ein Auslandsaufenthalt als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft an der Stanford University School of Medicine. Von 1996 bis 1999 war Joachim Röther leitender Oberarzt und Vertreter des Direktors an der Neurologischen Universitätsklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena und von 2000 bis 2005 der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf. 1998 habilitierte er im Fach Neurologie.

Von 2005 bis 2010 war Joachim Röther Chefarzt der Neurologischen und der Geriatrischen Klinik in Minden und seit 2010 ist er Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Asklepios Klinik Altona in Hamburg.

Schlaganfall

Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall ist eine plötzliche Erkrankung. Bei einem Schlaganfall bekommt das Gehirn nicht genug Blut. Deshalb ist ein Schlaganfall sehr gefährlich. Man sollte sofort den Rettungsdienst rufen. Die Nummer ist: 112.

Was passiert bei einem Schlaganfall?

Das Blut transportiert Sauerstoff und Nährstoffe durch den Körper. Bei einem Schlaganfall bekommt das Gehirn nicht mehr genug Blut. Deshalb fehlen im Gehirn auch Sauerstoff und Nährstoffe. Dann können Gehirnzellen sterben.

Das Gehirn bekommt kein Blut mehr? Dann kann ein bestimmter Bereich im Gehirn vielleicht nicht mehr arbeiten. Eine betroffene Person kann dann vielleicht nicht mehr sprechen. Oder eine betroffene Person kann dann vielleicht den Arm nicht mehr bewegen. Ein Schlaganfall kann also verschiedene Folgen haben.

Wie kann man einen Schlaganfall erkennen?

Es gibt verschiedene Anzeichen für einen Schlaganfall. Zum Beispiel:

- Ein Körperteil ist gelähmt. Das heißt: Man kann zum Beispiel einen Arm oder eine Hand oder ein Bein nicht bewegen.
- Ein Körperteil fühlt sich taub an.
- Ein Teil des Gesichts ist gelähmt. Das heißt: Man kann zum Beispiel nicht lächeln.
- Es kommt zu Sehstörungen.
- Es kommt zu Problemen beim Sprechen.
- Man fühlt sich schwindelig.

Sie glauben: Eine andere Person hat plötzlich einen Schlaganfall? Dann rufen Sie sofort den Rettungsdienst. Die Nummer ist: 112.

Erste Hilfe bei einem Schlaganfall

Rufen Sie sofort den Rettungsdienst (112). Danach können Sie einiges tun:

- Bleiben Sie bei dem Betroffenen und reden Sie mit ihm.
- Lockern Sie zu enge Kleidung des Betroffenen. Entfernen Sie Zahnprothesen.

- Geben Sie dem Betroffenen nichts zu essen oder zu trinken. Der Betroffene könnte sich nämlich verschlucken.
- Richten Sie den Betroffenen im Winkel von 30 Grad auf: zum Beispiel mit einem Kissen im Rücken.
- Ist der Patient bewusstlos oder erbricht? Dann legen Sie den Patienten in die stabile Seitenlage.
- Der Patient atmet nicht? Dann beginnen Sie sofort mit Wiederbelebungsmaßnahmen.
- Wann haben die Anzeichen angefangen? Merken Sie sich die Uhrzeit. Die Uhrzeit ist wichtig für den Notarzt.

Was sind die Ursachen für einen Schlaganfall?

Ein Schlaganfall kann verschiedene Ursachen haben. Zum Beispiel:

- Ein verstopftes Blutgefäß.
  In den Blutgefäßen fließt das Blut durch den Körper. Das Blut bringt Sauerstoff ins Gehirn. Ist ein Blutgefäß verstopft? Dann kommt dort kein Sauerstoff mehr ins Gehirn und es können Gehirnzellen sterben.

- Eine Blutung im Gehirn.
  Es gibt eine Blutung im Gehirn? Dann werden manche Gehirn-Gebiete nicht mehr richtig durchblutet. Der Druck im Gehirn erhöht sich durch die Blutung.

Manche Dinge erhöhen das Risiko für einen Schlaganfall. Zum Beispiel:

- Rauchen.
- Höheres Alter
- Diabetes.
- Bluthochdruck.
- Übergewicht.
- Und wenig Bewegung.

Wie wird ein Schlaganfall behandelt?

Bei einem Schlaganfall muss eine betroffene Person sofort in ein Krankenhaus. Im Krankenhaus kann die Ursache für den Schlaganfall oft behandelt werden. Manche Krankenhäuser haben eine Stroke-Unit. Stroke ist das englische Wort für Schlaganfall. Die

Stroke-Unit ist eine besondere Station in einem Krankenhaus: Dort arbeiten besonders geschulte Ärzte und Pflegepersonal. Diese Menschen kennen sich sehr gut aus mit Schlaganfällen.

Im Krankenhaus wird der Schlaganfall behandelt und der Patient wird auch auf den Alltag vorbereitet. Dabei helfen dem Patienten zum Beispiel:

- Physiotherapeuten.
  Physiotherapeuten sind für die Bewegungen zuständig. Mit Übungen werden die Bewegungen verbessert: zum Beispiel die Bewegung der Arme.
- Logopäden.
  Logopäden sind für die Sprache zuständig. Mit Übungen wird dem Patienten das Sprechen erleichtert.
- Ergotherapeuten.
  Ergotherapeuten helfen im Alltag. Sie unterstützen den Patienten sich im Alltag alleine zu bewegen.

Schlag·anfall

Was ist ein Schlag·anfall?

Ein **Schlag·anfall** ist eine plötzliche Erkrankung.

Bei einem **Schlag·anfall** bekommt das Gehirn zu wenig Blut.

Deshalb ist ein **Schlag·anfall** sehr gefährlich.

Sie sollten sofort den Rettungs·dienst rufen.

Die Nummer ist: 112.

Was passiert bei einem Schlag·anfall?

Das Blut transportiert Sauerstoff durch den Körper.

Und das Blut transportiert Nährstoffe durch den Körper.

Bei einem **Schlag·anfall** bekommt das Gehirn zu wenig Blut.

Deshalb fehlt im Gehirn auch Sauerstoff.

Und im Gehirn fehlen Nährstoffe.

Dann können Gehirn·zellen sterben.

Das Gehirn bekommt kein Blut mehr?

Dann kann ein bestimmter Bereich im Gehirn vielleicht **nicht** mehr arbeiten.

Eine betroffene Person kann dann vielleicht **nicht** mehr sprechen.

Oder eine betroffene Person kann dann vielleicht den Arm **nicht** mehr bewegen.

Ein **Schlag·anfall** kann also verschiedene Folgen haben.

Wie kann man einen Schlag·anfall erkennen?

Es gibt verschiedene Anzeichen für einen **Schlag·anfall**.

Zum Beispiel:

- Ein Körper·teil ist gelähmt.

  Das heißt:

  Betroffene können zum Beispiel einen Arm **nicht** bewegen.

  Oder Betroffene können eine Hand **nicht** bewegen.

  Oder sie können ein Bein **nicht** bewegen.
- Ein Körper·teil fühlt sich taub an.
- Ein Teil des Gesichts ist gelähmt.

  Das heißt:

Betroffene können zum Beispiel **nicht** lächeln.

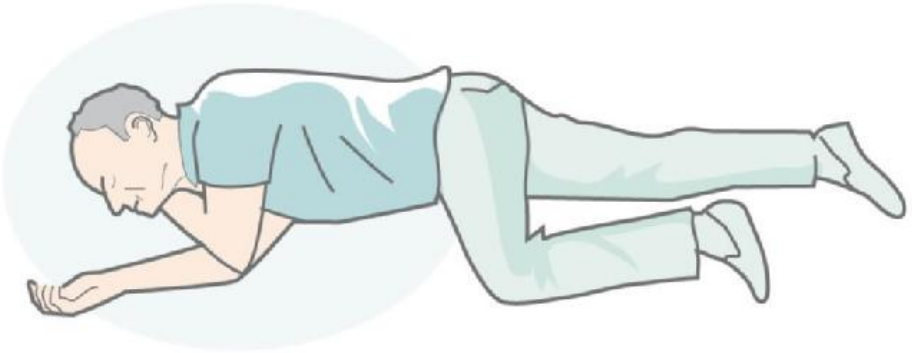
- Betroffene können **nicht** mehr richtig sehen.
- Betroffene können **nicht** mehr richtig sprechen.
- Der Betroffene fühlt sich schwindelig.

Sie glauben:
Eine andere Person hat plötzlich einen Schlag·anfall?
Dann rufen Sie sofort den Rettungs·dienst.
Die Nummer ist: 112.

Erste Hilfe bei einem Schlag·anfall

Rufen Sie sofort den Rettungs·dienst (112).
Danach können Sie einiges tun:

- Bleiben Sie bei dem Betroffenen.
- Reden Sie mit dem Betroffenen.
- Lockern Sie zu enge Kleidung von dem Betroffenen.
- Entfernen Sie Zahn·prothesen aus dem Mund von dem Betroffenen.
- Geben Sie dem Betroffenen **nichts** zu essen oder zu trinken.
  Der Betroffene könnte sich nämlich verschlucken.
- Richten Sie den Betroffenen im Winkel von 30 Grad auf:
  zum Beispiel mit einem Kissen im Rücken.
- Ist der Betroffene bewusstlos? Oder erbricht der Betroffene?
  Dann drehen Sie den Betroffenen auf die Seite.
  Legen Sie den Betroffenen in die stabile Seiten·lage.
  Die stabile Seiten·lage sieht so aus:



- Der Betroffene atmet nicht?
  Beginnen Sie eine Herz·druck-Massage.
  Verschränken Sie Ihre Finger bei der Herz·druck-Massage wie auf dem Bild:

- Wann haben die Anzeichen angefangen?
  Merken Sie sich die Uhrzeit.
  Die Uhrzeit ist wichtig für den Not·arzt.

Was sind die Ursachen für einen Schlag·anfall?

Ein **Schlag·anfall** kann verschiedene Ursachen haben.

Zum Beispiel:

- **Ein verstopftes Blut·gefäß**.
  In den Blut·gefäßen fließt das Blut durch den Körper.
  Das Blut bringt Sauerstoff in das Gehirn.
  Ist ein Blut·gefäß verstopft?
  Dann kommt dort kein Sauerstoff mehr ins Gehirn.
  Dann können Gehirn·zellen sterben.

- **Eine Blutung im Gehirn.**
  Es gibt eine Blutung im Gehirn?
  Dann werden manche Gehirn-Gebiete **nicht** mehr richtig durchblutet.
  Und der Druck im Gehirn erhöht sich.

Manche Dinge erhöhen das Risiko für einen **Schlag·anfall**.
Zum Beispiel:

- Rauchen.
- Höheres Alter.
- Diabetes.
- Bluthoch·druck.
- Übergewicht.
- Und wenig Bewegung.

Wie wird ein Schlag·anfall behandelt?

Bei einem **Schlag·anfall** muss eine betroffene Person sofort in ein Kranken·haus.
Im Krankenhaus behandeln die Ärzte den **Schlag·anfall** .
Im Kranken·haus wird der Betroffene auch auf den Alltag vorbereitet.
Dabei helfen dem Betroffenen zum Beispiel:

- **Physio·therapeuten**.
  Physio·therapeuten sind für die Bewegungen zuständig.
  Der Physio·therapeut macht Übungen mit dem Betroffenen.
  Der Betroffene kann sich dann besser bewegen.
  Der Betroffene kann dann zum Beispiel seine Arme besser bewegen.
- **Logopäden.**
  Logopäden sind für die Sprache zuständig.
  Der Logopäde macht Übungen mit dem Betroffenen.

Der Betroffene kann dann besser sprechen.

- **Ergo·therapeuten**.

  Ergo·therapeuten helfen dem Betroffenen im Alltag.

  Sie unterstützen den Betroffenen sich im Alltag alleine zu bewegen.

Schmerzmittel: Welches hilft wann?

Paracetamol, Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Diclofenac: Viele halten Schmerzmittel für nahezu gleich. Doch bei Wirksamkeit und Nebenwirkungen gibt es Unterschiede

Fieber und schmerzende Glieder wegen dieser hartnäckigen Erkältung? Wird besser mit Paracetamol. Gestern beim Sport den Fuß verstaucht? Mit Ibuprofen oder Diclofenac tut's nicht mehr weh. Wieder einmal diese lästigen Kopfschmerzen?
Wie weggeblasen, dank Acetylsalicylsäure. Paracetamol, Acetylsalicylsäure, Ibuprofen und Diclofenac gehören zu den Wirkstoff-Bestsellern unter den rezeptfrei erhältlichen Schmerzmitteln. Zumindest eines dieser Medikamente liegt wohl in fast jedem Haushalt im Medizinschränkchen. Tagtäglich werden sie zigfach aufs Neue gekauft. Welche Mengen einzelner Mittel dabei genau in den Apotheken über den Ladentisch gehen, ist schwer zu sagen, denn alle vier schmerzlindernde Wirkstoffe sind rezeptfrei erhältlich – zumindest bis zu einer bestimmten Dosierung.

Nach persönlicher Vorliebe zu entscheiden, ist tückisch

Vielleicht liegt es an der Gemeinsamkeit der Rezeptfreiheit, dass die Präparate von vielen Konsumenten als mehr oder weniger ähnlich angesehen werden. Ob jemand bei Schmerzen <https://www.apotheken-umschau.de/Schmerz> Ibuprofen schluckt oder eher zu Paracetamol greift, entscheiden oft die persönlichen Erfahrungen und Vorlieben. Dabei sind die Substanzen keineswegs identisch, wie Professor Hans-Raimund Casser betont. "Jedes der Medikamente hat einen anderen chemischen Aufbau", sagt der ärztliche Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz. "Deshalb gibt es auch Unterschiede in der Wirkweise, den möglichen Nebenwirkungen und den Anwendungsgebieten."

Wirkweise von Ibuprofen, Diclofenac und Acetylsalicylsäure

Ibuprofen, Diclofenac und Acetylsalicylsäure (ASS) gehören zu den nicht-steroidalen Antirheumatika, kurz NSAR. Die Bezeichnung hat historische Gründe, da die Substanzen ursprünglich zur Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis dienten. Obwohl mit der Acetylsalicylsäure bereits Ende des 19. Jahrhunderts das erste NSAR auf den Markt kam, wurde deren Wirkmechanismus erst zu Beginn der 1970er Jahre entschlüsselt, von John Robert Vane. Der britische Biochemiker und Pharmakologe, der dafür 1982 den Medizin-Nobelpreis erhielt, wies nach, dass die NSAR die sogenannte Cyclooxygenase (COX) hemmen. Dieses Enzym ist im menschlichen Organismus unabdingbar für die Herstellung der Prostaglandine – einer Gruppe von Gewebshormonen, die vielfältige Funktionen und Wirkungen besitzen.
Von der Cyclooxygenase gibt es zwei als Isoenzyme bezeichnete Unterformen. Ihre erwünschten Effekte entfalten die nicht-steroidalen Antirheumatika in erster Linie über eine Blockade der Cyclooxygenase-2 (COX-2). Diese ist immer dann besonders aktiv, wenn in unserem Körper Gewebe geschädigt wird, etwa durch Verletzungen oder Entzündungen. Die daraufhin produzierten Prostaglandine steigern die Empfindlichkeit der Schmerzrezeptoren und befeuern so das Schmerzempfinden. Außerdem erhöhen sie im Gehirnzentrum für Wärmeregulation den Sollwert der Körpertemperatur – mit Fieber als Folge – und fördern Entzündungsvorgänge.

Wie wirken Schmerzmittel? Das erklärt auch unser Video:

"Die NSAR haben neben ihrer analgetischen, also der schmerzlindernden, Wirkung auch einen fiebersenkenden und einen entzündungshemmenden Effekt", erläutert Schmerztherapeut Casser. "Daher sind sie bei entzündlich-schmerzhaften Prozessen besonders gut geeignet." Hinzu kommt, dass ASS, Ibuprofen und Diclofenac sich aufgrund ihrer chemischen Struktur in entzündetem Gewebe anreichern. Das macht sie bei entzündlich bedingten Schmerzen noch wirksamer.

Paracetamol ist weniger entzündungshemmend

Diese Eigenschaft fehlt Paracetamol. Generell ist der antientzündliche Effekt bei diesem rezeptfreien Schmerzmittel nur sehr schwach ausgeprägt. Deshalb gehört Paracetamol nicht zu den "non steroidal antiinflammatory drugs" (nicht-steroidale antientzündliche Medikamente), wie die NSAR im englischen Sprachraum heißen.
Wie die Substanz genau wirkt, ist bis heute nur unvollständig geklärt. Bekannt ist, dass Paracetamol seine schmerzlindernde und fiebersenkende Wirkung wohl hauptsächlich im zentralen Nervensystem entfaltet, also im Rückenmark und im Gehirn Dort hemmt es COX-2 und greift zudem vermutlich noch in andere am Schmerzempfinden beteiligte Botenstoffsysteme ein, etwa in das der sogenannten Endocannabinoide.
Auf die Cyclooxygenase im übrigen Körper – und insbesondere auf COX-1 – hat Paracatamol, wenn überhaupt, nur einen geringen Einfluss. Das ist bei Ibuprofen, Diclofenac und ASS anders. Sie blockieren auch die COX-Enzyme außerhalb des Gehirns: Das bedingt die unerwünschen Nebenwirkungen dieser drei NSAR – darunter als eine der wichtigsten die Schädigungen der Schleimhaut in Magen und Zwölffingerdarm (Duodenum). Die Folgen können bis zu einem Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür <https://www.apotheken-umschau.de/Magengeschwuer> (Ulkus) und Magen-Darm-Blutungen reichen. Außerdem beeinträchtigen die drei Schmerzmittel-Arten die Blutgerinnung und erhöhen so die Gefahr von Blutungen. Bei entsprechend sensiblen Personen können sie einen Asthmaanfall auslösen. Eine weitere mögliche Komplikation sind Störungen der Nierenfunktion, die insbesondere dann kritisch sind, wenn das Organ bereits vorgeschädigt ist.

Neue Studien deuten auf weitere Risiken hin

In jüngster Zeit deuten Studien zunehmend darauf hin, dass außerdem Diclofenac und

Ibuprofen das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle erhöhen, vor allem in höheren Dosierungen und bei längerfristiger Einnahme.
Die vier rezeptfrei erhältlichen Schmerzmittel-Wirkstoffe sind also keineswegs so gleich, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. "Sowohl die Wirkungen als auch Art und Ausmaß der Nebenwirkungen unterscheiden sich teils erheblich", sagt Casser. Welches der Medikamente man wann nehmen sollte, hänge deshalb von der individuellen Situation des Patienten ab, so der Experte aus Mainz. "Dabei müssen neben den akuten Beschwerden auch anderweitige Erkrankungen berücksichtigt werden." Um die Auswahl zu erleichtern, werden die Wirkstoffe mit ihren wichtigsten Einsatzgebieten und Risiken im Folgenden vorgestellt.

Wichtige Einsatzgebiete und Risiken von Acetylsalicylsäure

Die Acetylsalicylsäure ist der Klassiker unter den rezeptfreien Analgetika und nach wie vor die Kopfschmerztablette Nummer 1 auf dem Globus. Zu Recht, wie Casser meint. "Selbst eine relativ ausgeprägte Migräne <https://www.apotheken-umschau.de/Migraene> lässt sich mit ASS oft gut behandeln." Gleiches gilt für Spannungskopfschmerzen. Genau wie die anderen genannten Analgetika beseitigt das Medikament hier aber nur die Schmerzempfindung.
Wegen seiner antientzündlichen und fiebersenkenden Wirkung eignet es sich zudem bei Erwachsenen zur Linderung von Erkältungsbeschwerden. Da ASS die Blutgerinnung besonders stark und vor allem lange beeinträchtigt, ist es bei Regelschmerzen nicht zu empfehlen. Ebenso wenig bei Zahnschmerzen <https://www.apotheken-umschau.de/zahnschmerzen> , da bei einem eventuell notwendigen operativen Eingriff die Blutungsgefahr problematisch werden kann.
Aufgrund seiner blutgerinnungshemmenden Eigenschaften wird ASS in niedriger Dosierung bei bestimmten Herz-Kreislauf-Leiden eingesetzt, um dem Fortschreiten der Gefäßerkrankung vorzubeugen.
Schwangere Frauen dürfen ASS nur in Rücksprache mit dem Arzt einnehmen. Bei Kindern und jüngeren Jugendlichen sollte Acetylsalicylsäure gar nicht angewendet werden, weil sie ein Reye-Syndrom auslösen kann, eine Erkrankung, die vor allem Gehirn und Leber schädigt. "Das kommt zwar selten vor, ist aber, wenn es passiert, sehr gefährlich, kann dauerhafte Schäden verursachen und endet nicht selten tödlich", sagt Casser.

Wichtige Einsatzgebiete und Risiken von Ibuprofen

Ibuprofen erfreut sich ebenfalls großer Beliebtheit. Ein Grund dafür ist das im Vergleich zu ASS geringere Blutungsrisiko. "Außerdem ist die antientzündliche Wirkung deutlich stärker als bei ASS", sagt Schmerztherapeut Casser. "Deshalb hilft es besser gegen entzündungsbedingte Schmerzen, gerade im Bereich der Muskeln, Knochen und Gelenke." Rheumatoide Arthritis <https://www.apotheken-umschau.de/Rheumatoide-Arthritis> , akute Mittelohrentzündung, Mandelentzündung <https://www.apotheken-umschau.de/Mandelentzuendung> , Kopfweh –
Ibuprofen hat sehr viele Einsatzgebiete. Zur Behandlung von Schmerzen bei Erkältungen ist es ebenfalls geeignet. Ein weiterer Pluspunkt: Der Wirkstoff kann - in der passenden Darreichungsform und Dosierung - bei Kindern bereits ab einem Alter von etwa drei Monaten angewendet werden. Auch in den ersten beiden Dritteln der Schwangerschaft gilt Ibuprofen inzwischen neben Paracetamol als Schmerzmittel der Wahl. Schwangere sollten die Einnahme trotzdem mit dem Arzt abstimmen. Spätestens ab der 28. Schwangerschaftswoche darf es nicht mehr verwendet werden, da das Medikament dazu führen kann, dass sich ein für das Ungeborene lebenswichtiges Blutgefäß vorzeitig schließt.

Wichtige Einsatzgebiete und Risiken von Diclofenac

Gelenkschmerzen, rheumatische Beschwerden, Rückenschmerzen, Prellungen, Zerrungen, Verstauchungen und andere Sportverletzungen sind die klassischen Anwendungsgebiete dieses NSAR. Alles in allem ist das Mittel dem Ibuprofen sehr ähnlich. Trotzdem gibt es individuelle Unterschiede, oder wie Experte Casser es formuliert: "Manche Menschen fahren mit Diclofenac besser, andere mit Ibuprofen." Zwar sei dieser Eindruck ein bisschen subjektiv, doch ein Versuch kann sich durchaus lohnen. "Wenn Ibuprofen nicht funktioniert, wirkt Diclofenac manchmal doch – obwohl sich beide Medikamente eigentlich nicht groß unterscheiden", berichtet Casser. Wird Diclofenac als Salbe angewendet, besteht ein erhöhtes Risiko für Hautausschläge.

Einsatzgebiete und Risiken von Paracetamol

Im Gegensatz zu den nichtsteroidalen Antirheumatika besitzt Paracetamol praktisch keinen entzündungshemmenden Effekt. Deshalb eignet es sich nicht zur Behandlung von entzündlich bedingten Schmerzen. "Paracetamol ist ein einfaches Basisanalgetikum, das man zum Beispiel bei Zahnschmerzen, Regelschmerzen und Kopfschmerzen einsetzen kann", sagt Hans-Raimund Casser. Wegen seiner fiebersenkenden Wirkung lässt es sich zudem zur Linderung der Beschwerden bei grippalen Infekten verwenden. Paracetamol erhöht normalerweise weder das Blutungsrisiko, noch führt es zu Schädigungen der Magenschleimhaut.
In Absprache mit dem Arzt darf Paracetamol während der gesamten Schwangerschaft eingenommen werden, auch – und damit anders als Ibuprofen – im letzten Schwangerschaftsdrittel. Das Medikament kann in Absprache mit dem Kinderarzt bereits Säuglingen ab 3 Kilogramm gegeben werden. Aber Achtung bei der Dosierung, egal in welchem Alter! Paracetamol hat eine spezifische Nebenwirkung: Bei Überdosierung kann es zu schweren Schädigungen der Leber führen – bis hin zum Leberversagen. Aus diesem Grund ist dieser Wirkstoff seit 2009 in Deutschland nur noch in Packungsgrößen mit maximal 20 Tabletten à 500 mg ohne Rezept erhältlich.

Wegen Nebenwirkungen: Diskussion um Verschreibungspflicht

Wegen des Risikos von unter Umständen lebensbedrohlichen Nebenwirkungen fordern manche Experten, eine generelle Verschreibungspflicht für die rezeptfreien Schmerzmittel einzuführen, insbesondere für Paracetamol und ASS. Casser hält das nicht für erforderlich. "Meiner Einschätzung nach sind die Menschen heute in der Regel so gut informiert und aufgeklärt, dass sie mit diesen Medikamenten verantwortungsvoll umgehen." Außerdem betont der Experte, dass die Wirkstoffe alles in allem gut verträglich sind und bei gelegentlicher, vorübergehender Anwendung in der empfohlenen Dosierung nur wenig Nebenwirkungen haben. Um harmlose Lutschbonbons handelt es sich bei den rezeptfreien Analgetika aber nicht. Deshalb gilt für die Einnahme: So kurz wie möglich und so wenig wie nötig. "Wer länger als ein paar Tage Schmerzmittel braucht, sollte mit seinem Arzt sprechen", betont Casser.

Schmerzmittel: Welches hilft wann?

Was sind Schmerzmittel?

Sie haben Kopfschmerzen? Oder Ihre Glieder schmerzen wegen einer Erkältung? Dann haben Sie vielleicht ein Schmerzmittel genommen. Manche Schmerzmittel bekommen Sie ohne Rezept in der Apotheke. Zum Beispiel:

- Paracetamol
- Acetylsalicylsäure
- Ibuprofen
- Diclofenac

Aber diese Schmerzmittel sind nicht gleich. Jedes Schmerzmittel hat andere Inhaltsstoffe. Und jedes Medikament wirkt anders. Deshalb sollten Sie sich nicht nach Gefühl für eins dieser Schmerzmittel entscheiden.

Wie wirken Schmerzmittel?

Eine Verletzung kann Gewebe im Körper beschädigen. Auch eine Entzündung kann Gewebe im Körper beschädigen. Dann entstehen viele Botenstoffe. Die Botenstoffe heißen: Prostaglandine. Die Prostaglandine leiten den Schmerz an das Gehirn weiter.
Die Prostaglandine werden mit COX-Enzymen hergestellt. COX ist die Abkürzung für: Cyclooxygenase.
Schmerzmittel hemmen die Herstellung dieser Botenstoffe.
Die Botenstoffe sind aber auch wichtig für andere Körperfunktionen. Deshalb können Schmerzmittel Nebenwirkungen haben.

Was ist Acetylsalicylsäure?

Acetylsalicylsäure nennt man auch: ASS. Acetylsalicylsäure ist besonders gut bei sehr starken Kopfschmerzen. Durch das Medikament hören die Schmerzen auf.
ASS ist aber auch gut bei Erkältungsbeschwerden. ASS senkt nämlich das Fieber. Und ASS lindert die Entzündung im Körper.
Man sollte ASS nicht bei Zahnschmerzen nehmen. Und Frauen sollten ASS nicht bei Regelschmerzen nehmen. Durch ASS gerinnt das Blut nämlich nicht mehr so gut. ASS beeinflusst die Blutgerinnung sehr lange.

Hinweis: Sie sind schwanger? Dann sollten Sie vor der Einnahme von ASS mit Ihrem Arzt

sprechen.

Kinder sollen kein ASS nehmen. Auch Jugendliche sollen kein ASS nehmen. ASS kann nämlich das Reye-Syndrom auslösen. Das Reye-Syndrom ist eine Erkrankung. Das Reye-Syndrom kann das Gehirn beschädigen. Und das Reye-Syndrom kann die Leber beschädigen. Das Reye-Syndrom ist sehr selten. Aber das Reye-Syndrom ist sehr gefährlich.

Was ist Ibuprofen?

Ibuprofen ist besonders gut bei:

- rheumatoider Arthritis
- akuter Mittelohrentzündung
- Mandelentzündung
- Kopfschmerzen
- Schmerzen bei einer Erkältung

Ibuprofen wirkt sich weniger stark auf die Blutgerinnung aus als Acetylsalicylsäure. Und Ibuprofen wirkt stärker gegen Entzündungen als Acetylsalicylsäure. Deshalb hilft Ibuprofen besser gegen Entzündungsschmerzen.
Auch sehr kleine Kinder können Ibuprofen bekommen. Achten Sie aber unbedingt auf die richtige Menge. Ihr Apotheker sagt Ihnen: So wird Ibuprofen bei Kindern richtig angewendet.
Schwangere Frauen sollten vor der Einnahme von Ibuprofen mit ihrem Arzt sprechen. In den ersten Monaten der Schwangerschaft gilt Ibuprofen als ungefährlich. Ab der 28. Schwangerschaftswoche sollten Schwangere kein Ibuprofen mehr nehmen. Das Medikament kann nämlich zu gefährlichen Nebenwirkungen für das Baby führen.

Was ist Diclufenac?

Diclufenac ist Ibuprofen ähnlich. Manche Menschen sollten ausprobieren: Vertrage ich Ibuprofen besser? Oder vertrage ich Diclufenac besser? Manchmal wirkt Ibuprofen bei Ihnen vielleicht nicht. Dann kann Diclufenac gegen die Schmerzen helfen.

Diclufenac ist zum Beispiel gut bei:

- Gelenkschmerzen
- rheumatischen Beschwerden

- Rückenschmerzen
- Prellungen
- Zerrungen
- Verstauchungen

Hinweis: Diclufenac gibt es auch als Salbe. Durch die Salbe können Hautausschläge entstehen.

Was ist Paracetamol?

Paracetamol wirkt fast nicht gegen Entzündungen. Paracetamol ist gut bei:

- Zahnschmerzen
- Regelschmerzen
- Kopfschmerzen

Paracetamol senkt außerdem Fieber. Deshalb ist es auch gut bei einer Grippe.
Paracetamol beeinflusst nicht die Blutgerinnung. Und Paracetamol schädigt nicht die Magenschleimhaut.

Frauen dürfen Paracetamol während der Schwangerschaft nehmen. Sprechen Sie aber immer erst mit Ihrem Arzt.
Auch Kinder dürfen Paracetamol nehmen. Sprechen Sie aber immer erst mit Ihrem Kinderarzt.

Achtung! Achten Sie immer auf die richtige Menge. Zu viel Paracetamol kann die Leber schwer beschädigen. Dann kann es zum Leberversagen kommen. Die Leber arbeitet dann nicht mehr. Leberversagen ist sehr gefährlich.

Schmerzmittel können Nebenwirkungen haben. Die Nebenwirkungen können sehr gefährlich sein. Deshalb fordern manche Experten: Schmerzmittel sollte man nur mit einem Rezept von einem Arzt bekommen.
Als Patient sollten Sie immer darauf achten:

- Informieren Sie sich über die verschiedenen Schmerzmittel.
- Gehen Sie verantwortungsvoll mit Medikamenten um.
- Verwenden Sie die Schmerzmittel nur in der richtigen Menge.
- Nehmen Sie die Schmerzmittel so kurz wie nötig.
- Ihre Schmerzen dauern mehrere Tage? Dann sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

Schmerz·mittel: Welches hilft wann?

Was sind Schmerz·mittel?

Sie haben eine Erkältung?

Dann haben Sie vielleicht auch Glieder·schmerzen.

Oder Sie haben Kopf·schmerzen?

Dann möchten Sie vielleicht ein Schmerz·mittel nehmen.

Manche Schmerz·mittel bekommen Sie ohne Rezept in der Apotheke.

Zum Beispiel:

- **Paracetamol**
- **Acetylsalicylsäure**
- **Ibuprofen**
- **Diclofenac**

Aber diese Schmerz·mittel wirken **nicht** gleich.

Jedes Schmerz·mittel hat andere Inhalts·stoffe.

Deshalb sollten Sie sich **nicht** nach Gefühl für ein Schmerz·mittel entscheiden.

Sie sollten sich darüber informieren:

Welches Schmerz·mittel ist für Ihre Situation am besten?

Wie wirken Schmerz·mittel?

Eine Verletzung kann Gewebe im Körper beschädigen.

Auch eine Entzündung kann Gewebe im Körper beschädigen.

Dann entstehen viele Boten·stoffe.

Boten·stoffe leiten Schmerzen an das Gehirn weiter.

Die Boten·stoffe heißen: **Prostaglandine**.

Schmerz·mittel hemmen die Produktion von diesen Boten·stoffen.
Die Boten·stoffe braucht der Körper auch für andere Funktionen.
Der Körper produziert keine Boten·stoffe mehr?
Dann fehlen die Boten·stoffe für andere Körper·funktionen.
Deshalb können Schmerz·mittel Neben·wirkungen haben.

Was ist Acetylsalicylsäure?

Acetylsalicylsäure nennt man auch: **ASS**.
Acetylsalicylsäure wirkt besonders gut gegen sehr starke Kopf·schmerzen.
ASS hilft aber auch gegen Erkältungs·beschwerden.
ASS senkt das Fieber.
Und **ASS** lindert die Entzündung im Körper.
Man sollte **ASS nicht** bei Zahn·schmerzen nehmen.
Und Frauen sollten **ASS nicht** bei Regel·schmerzen nehmen.
Durch **ASS** gerinnt das Blut nämlich **nicht** mehr so gut.
ASS beeinflusst die Blut·gerinnung sehr lange.

Was ist Ibuprofen?

Ibuprofen ist besonders gut bei:

- Rheumatoider Arthritis
- Akuter Mittelohr·entzündung
- Mandel·entzündung
- Kopf·schmerzen
- Erkältungen

Ibuprofen hilft gegen Entzündungs·schmerzen.
Auch sehr kleine Kinder können **Ibuprofen** bekommen.
Achten Sie aber unbedingt auf die richtige Menge.
Ihr Apotheker sagt Ihnen:
So wird **Ibuprofen** bei Kindern richtig angewendet.

Was ist Diclufenac?

Diclufenac ist zum Beispiel gut bei:

- Gelenk·schmerzen

- rheumatischen Beschwerden
- Rücken·schmerzen
- Prellungen
- Zerrungen
- Verstauchungen

Hinweis:

Ibuprofen wirkt bei Ihnen nicht?

Dann kann **Diclufenac** gegen die Schmerzen helfen.

Diclufenac gibt es auch als Salbe.

Durch die Salbe können Haut·ausschläge entstehen.

Was ist Paracetamol?

Paracetamol ist gut bei:

- Zahn·schmerzen
- Regel·schmerzen
- Kopf·schmerzen

Paracetamol senkt auch Fieber.

Deshalb ist **Paracetamol** auch gut bei einer Grippe.

Achtung:

Sie nehmen **Paracetamol**?

Dann achten Sie immer auf die richtige Menge.

Zu viel **Paracetamol** kann die Leber schwer beschädigen.

Nebenwirkungen von Schmerz·mitteln

Schmerz·mittel können Neben·wirkungen haben.

Die Neben·wirkungen können sehr gefährlich sein.

Sie nehmen Schmerz·mittel ein?

Dann sollten Sie die folgenden Hinweise beachten:

- Informieren Sie sich über die verschiedenen Schmerz·mittel.
- Gehen Sie verantwortungsvoll mit Schmerz·mitteln um.
- Nehmen Sie die Schmerz·mittel nur in der richtigen Menge.
- Nehmen Sie die Schmerz·mittel so kurz wie nötig.

- Ihre Schmerzen dauern mehrere Tage?
  Dann sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

Hinweis:
Sie sind schwanger?
Dann fragen Sie zuerst Ihren Arzt nach Schmerz·mitteln.
Ihr Kind soll Schmerz·mittel einnehmen?
Dann sprechen Sie zuerst mit Ihrem Kinder·arzt.

Demografische Daten

Geschlecht

Männlich Weiblich

Alter

_____ Jahre

Familienstand

Ledig

In Partnerschaft

Verheiratet

Geschieden

Verwitwet

Was ist Ihre Muttersprache?

_____

Ihr höchster Bildungsabschluss:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Hauptschulabschluss/(Volksschule)

Realschulabschluss

Fachabitur

Abgeschlossene Lehre

Nach Hauptschulabschluss Nach Realschulabschluss Nach Fachabitur Nach Abitur

Abitur

Abgeschlossenes Studium (Universität oder Fachhochschule)

Promotion

Gelernter Beruf oder Studienfach:

Sind Sie berufstätig?

Ja Nein

In welchem Bereich arbeiten Sie/haben Sie gearbeitet (derzeitige Tätigkeit)?

War bzw. wenn Sie Ihre Tätigkeit noch ausüben, ist Ihre berufliche Tätigkeit eher X **kommunikationsorientiert** oder **eher handwerklich orientiert**?

Selbsteinschätzung Leseverhalten/-kompetenz:

Lesen Sie gerne?

Sehr gerne gerne nicht gerne gar nicht gerne

Wenn Sie lesen, erzählen Sie doch mal, was sie letzte Woche gelesen haben oder was sie als Letztes gelesen haben! (Was lesen Sie (gerne)?)

Lesen Sie häufig?

Sehr häufig häufig selten nie

Wie sieht es mit den Augen aus? Haben Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille/Kontaktlinsen) oder benutzen Sie z.B. manchmal eine Lupe zum Lesen?

Lesen Sie dann eher am Bildschirm (z.B. von einem Handy (Smartphone) oder am Computer) oder eher mit einem Buch in der Hand?

Bildschirm I Buch in der Hand

Ich möchte Ihnen heute verschiedene Versionen von Gesundheitsinformationen zeigen. Wie stehen Sie denn allgemein zum Thema Gesundheit bzw. zu Ärzten:

Ist Ihnen das Thema Gesundheit wichtig?

Gehen Sie oft zum Arzt oder z.B. nur, wenn es wirklich sein muss?

Ist Ihnen das Thema Gesundheit mit den Jahren verändert, ist es z.B. wichtiger geworden?

Ich habe Ihnen drei verschiedene Versionen zum Thema _____ mitgebracht. Nehmen Sie sich kurz einen Moment Zeit und sehen Sie sich die ersten beiden Texte an. Lesen Sie sich die Text so weit durch, wie Sie mögen. Sie müssen sich den Inhalt nicht behalten. Wenn Sie so weit sind, möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie die Texte finden.

(Zeit geben)

Text a und b (Standard- und Einfache Sprache)

Wie ist Ihr erster Eindruck? (offene Frage)

1. In den Texten ging es um das Thema_____. Haben Sie vorher schon einmal etwas darüber gehört?

2. Wie verständlich fanden Sie Text a?
   Sehr verständlich verständlich wenig verständlich gar nicht verständlich
3. Wie verständlich fanden Sie Text b?

   Sehr verständlich verständlich wenig verständlich gar nicht verständlich
4. Warum (nicht)?
5. Wie hat Ihnen der Text a gefallen?
   Sehr gut gut weniger gut gar nicht
6. Wie hat Ihnen der Text b gefallen?
   Sehr gut gut weniger gut gar nicht
7. Könnten Sie sich vorstellen, den Text auch privat gelesen zu haben?
8. Was genau hat Ihnen an dem Text a/ b gefallen bzw. nicht gefallen? Können Sie beschreiben, was Ihnen an dem Text bzw. den Texten gefallen bzw. nicht gefallen hat?
9. Hat Ihnen das Thema zugesagt?
10. Wenn Sie schon einmal etwas zu XY gehört haben, haben Sie durch einen der Texte heute neue Informationen zu XY bekommen? [Wenn ja, welche?]
11. Würden Sie den Text a bzw. den Text b weiterempfehlen, um sich über XY zu informieren? Warum (nicht)? [Würden Sie den Text einem/r Bekannten weiterempfehlen?] Wem?
12. Welchen der beiden Texte würden Sie weiterempfehlen?

Nun erhalten Sie einen dritten Text. Es geht immer noch um dasselbe Thema. Nehmen Sie sich kurz Zeit und sehen Sie sich den letzten Text an. Lesen Sie sich den Text gerne durch. Wenn Sie fertig sind, möchte ich kurz auch darüber reden.

1. Wenn Sie noch einmal bewerten müssten, wie verständlich fanden Sie diesen letzten Text c?

Sehr verständlich verständlich wenig verständlich gar nicht verständlich

2. Warum (nicht)?

3. Wie hat Ihnen der Text c gefallen?

Sehr gut gut weniger gut gar nicht

4. Könnten Sie sich vorstellen, den Text auch privat gelesen zu haben?

5. Was genau hat Ihnen an dem Text gefallen bzw. **nicht** gefallen? Können Sie beschreiben, was Ihnen an dem Text gefallen bzw. nicht gefallen hat?

6. Weichen die Informationen bzw. die Inhalte von den anderen Texten ab? Haben Sie durch den Text neue oder andere Informationen zum Thema bekommen? [Wenn ja, welche?]

7. Würden Sie den Text c weiterempfehlen, um sich über XY zu informieren? Warum (nicht)? [Würden Sie den Text einem/r Bekannten weiterempfehlen?] Wem würden Sie ihn weiterempfehlen?

Sie haben heute 3 Texte gesehen. Was würden Sie sagen: Welcher der 3 Texte hat Ihnen am besten gefallen?

Können Sie mir sagen, warum?

Welchen der 3 Texte würden Sie als am schlechtesten einschätzen?

Können Sie mir sagen, warum?

[Falls im Gespräch etwas zu „leichter“ oder „schwerer“ gesagt wird: Können Sie mir sagen, was den Text a b c denn für Sie schwieriger oder leichter gemacht hat als die anderen Texte?]

Welchen der 3 Texte würden Sie auch selbst (z.B. zu Hause) lesen?

Wenn Sie nun einen der 3 Texte wählen müssten: Welchen würden Sie am ehesten einem/r Bekannten weiterempfehlen, um sich zu informieren?

Warum?

Sind Sie schon einmal mit Leichter oder Einfacher Sprache in Berührung gekommen?

Ja/nein

Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen

Wie beurteilen Sie Ihr Interesse an gesundheitlichen Themen?

Stark ausgeprägt/sehr an gesundheitlichen Themen interessiert

Ausgeprägt/eher interessiert

Mittel

Gering/weniger interessiert

Gar nicht vorhanden/gar nicht interessiert

Medium der Informationsbeschaffung

Wenn Sie sich einmal zu Gesundheitsthemen (z.B. zur Vorbeugung von Krankheiten, zu Sport oder Ernährung) informieren möchten, wie machen Sie das vor allem?

X durch Zeitschriften

X durch Ratgeber

X durch Fachbücher

X über das Internet (wenn ja, wo genau? Können Sie ein Beispiel nennen?)

X über das Fernsehen

X oder am liebsten direkt beim Arzt

X durch Familie und/oder Freunde

Auf vorangehende Antwort eingehen:

Sie haben eben gesagt, Sie informieren sich vor allem über_____. Für wie vertrauenswürdig halten Sie_____(**Fernsehen/Ratgeber/Zeitschriften/Fachbücher**/den **Arzt/Informationen von Angehörigen bzw. Freunden**)?

Sehr Eher Mittel Weniger Gar nicht

Wenn Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen genannt wird, folgende Frage stellen:

Für wie vertrauenswürdig halten Sie **Gesundheitsinformationen im Internet**?

Sehr Eher Mittel Weniger Gar nicht

Für wie vertrauenswürdig halten Sie **Gesundheitsinformationen in Printmedien wie Büchern oder Zeitschriften oder im Fernsehen bzw. Radio**? [falls oben nicht schon genannt]

Sehr Eher Mittel Weniger Gar nicht

Gesundheitszustand:

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand im Moment insgesamt einschätzen?

Ausgezeichnet/sehr gut

Gut/eher gut

In Ordnung

Eingeschränkt/eher schlecht

Schlecht/sehr schlecht

Möchten Sie abschließend noch etwas sagen?

Vielen Dank!

Die vorliegende Studie ist als Dissertationsschrift an der Universität Hildesheim entstanden und behandelt die Frage, wie Gesundheitsinformationstexte beschaffen sein müssen, damit Menschen ab 65 Jahren diese als akzeptabel empfinden.

Ausgehend von der Forschungslage wird angenommen, dass Leichte Sprache den Anforderungen der Zielgruppe an die Verständlichkeit entspricht, dass sie aber nicht für diese akzeptabel ist. Entsprechend werden Befindlichkeiten älterer Rezipient(inn)en in Bezug auf Gesundheitsinformationstexte in den Varietäten Standardsprache, *Leichte Sprache Plus* und *Leichte Sprache* untersucht.

Im Rahmen der Untersuchung bietet die Arbeit einen selektiven Zugriff auf das Konzept der (digitalen) Gesundheitskompetenz, zum Gesundheitsinformationsverhalten, zu verständlicher und akzeptabler Kommunikation sowie zu Stigmatisierung und diskursiver Asymmetrie und beleuchtet Besonderheiten der Lebensphase Alter. Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Rezeption von Gesundheitsinformationen werden anhand von qualitativen Interviewdaten dargestellt.

Als zentrale Faktoren bei der Rezeption von Gesundheitsinformationen stellen sich die Angemessenheit von Texteigenschaften wie Textlänge, Layout und Informationsdichte sowie die Vermeidung von Anstrengung heraus. Optimierungen in Bezug auf die Verständlichkeit werden von der Zielgruppe begrüßt. Anstrengung und damit einhergehend die Erschwerung der Rezeption werden von älteren Menschen insbesondere mit zu kleiner Schrift, mit Überladung von Informationen oder mit als unangemessen empfundenen Formulierungen, Adressierung oder Aufmachung assoziiert.