

## PROGRAMM

# GESUNDHEITS- KOMMUNIKATION

im Spannungsfeld medialer und  
gesellschaftlicher Wandlungsprozesse

20. – 22. NOVEMBER 2014, MAINZ

EXTENDED BOOK OF ABSTRACTS

2. Tagung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation der DGPuK

Weitere Informationen auf [www.gekom2014.uni-mainz.de](http://www.gekom2014.uni-mainz.de)

# **GESUNDHEITSKOMMUNIKATION IM SPANNUNGSFELD MEDIALER UND GESELLSCHAFTLICHER WANDLUNGSPROZESSE**

Zweite Tagung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation in der DGPK

20. bis 22. November 2014

am Institut für Publizistik  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Der mediale Wandel ist allgegenwärtig. Der rasante technologische Fortschritt und die damit einhergehenden Wandlungs- und Entgrenzungsprozesse führen nicht nur zu tiefgreifenden Veränderungen in Massenmedien und Journalismus, sondern auch in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft. Konvergente Medien spielen dabei eine immer wichtigere Rolle und durchdringen den menschlichen Lebensalltag auf immer vielfältigere Weise. Gleichzeitig stellen soziale Veränderungsprozesse wie der demografische Wandel moderne Gesellschaften vor enorme gesundheitspolitische Herausforderungen. Die Kosten für Gesundheit drohen zu explodieren und auch die Organisation der notwendigen flächendeckenden medizinischen Versorgung ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.

Die Veränderungen machen auch vor dem Bereich der Gesundheitskommunikation nicht Halt. Die zweite Tagung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation widmet sich in insgesamt sechs thematischen Vortrags-Blöcken und einer Poster-Session den Chancen und Herausforderungen des medialen und sozialen Wandels für die Gesundheitskommunikation. Die Panel-Sessions behandeln dabei folgende Themenschwerpunkte:

- Neue theoretische Zugänge und Modelle der Gesundheitskommunikation
- Effektivität und Grenzen der modernen Kampagnengestaltung: (nicht-) intendierte Effekte von Gesundheitsbotschaften
- Der Organspendeskandal und seine Folgen – Mediale Frames und Lösungsansätze
- Gesundheitskommunikation Online
- Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten in Zeiten des medialen Wandels
- Eigenschaften und Folgen gesundheitsbezogener Medieninhalte

In diesem ausführlichen *Book of Abstracts* finden Sie die zentralen Inhalte der 24 Vorträge und Poster-Präsentationen zusammengefasst. Mit dem diesjährigen Programm rückt die zweite Tagung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation nicht nur erneut die kommunikationswissenschaftliche Perspektive im interdisziplinären Bereich der Gesundheitskommunikation in den Mittelpunkt, sondern fungiert auch als wichtige Mittlerin an der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis. Ein ganz besonderer Dank gilt dabei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) in Rheinland-Pfalz mit Ihrem Geschäftsführer Dr. Matthias Krell sowie dem Forschungsschwerpunkt Medienkonvergenz der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für die inhaltliche und logistische Unterstützung der Tagung.

Wir freuen uns über das spannende Tagungsprogramm und bedanken uns bei allen Kolleginnen und Kollegen für die vielen interessanten Einreichungen.

Im Namen der Ad-hoc-Gruppe

Eva Baumann  
*Universität Bielefeld*

Matthias Hastall  
*TU Dortmund*

Constanze Rossmann  
*Universität Erfurt*

Im Namen des IfP Mainz

Oliver Quiring  
*Johannes Gutenberg-Universität Mainz*

Markus Schäfer  
*Johannes Gutenberg-Universität Mainz*

# **INHALTSVERZEICHNIS**

|  |            |
|--|------------|
| <b>Programm.....</b>   | <b>4</b>   |
| <b>Panel 1: Neue theoretische Zugänge und Modelle der Gesundheitskommunikation</b>   | <b>6</b>   |
| <b>Poster-Session .....</b>  | <b>21</b>  |
| <b>Panel 2: Effektivität und Grenzen der modernen Kampagnengestaltung: (nicht-) intendierte Effekte von Gesundheitsbotschaften .....</b> | <b>47</b>  |
| <b>Panel 3: Der Organspendeskandal und seine Folgen – Mediale Frames und Lösungsansätze .....</b>  | <b>65</b>  |
| <b>Panel 4: Gesundheitskommunikation Online.....</b>   | <b>78</b>  |
| <b>Panel 5: Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten in Zeiten des medialen Wandels.....</b>   | <b>92</b>  |
| <b>Panel 6: Eigenschaften und Folgen gesundheitsbezogener Medieninhalte .....</b>  | <b>104</b> |
| <b>Kontakt und Danksagung .....</b>  | <b>118</b> |

# PROGRAMM

## DONNERSTAG, 20.11.2014

ab 19:00 Uhr GET TOGETHER  
Weinhaus Michel, Jakobsbergstraße 8, 55116  
Mainz

---

## FREITAG, 21.11.2014

**09:15 – 09:30 Uhr** BEGRÜßUNG  
Oliver Quiring, Vorsitzender der DGpuK  
Constanze Rossmann, Ad-hoc-Gruppe  
Gesundheitskommunikation  
Birgit Stark, FSP Medienkonvergenz/IfP Mainz

**09:30 – 10:15 Uhr** KEYNOTE  
Matthias Krell, Geschäftsführer der Landeszentrale  
für Gesundheitsförderung (LZG) Rheinland-Pfalz  
**Aktuelle Herausforderungen für die  
Gesundheitskommunikation aus Sicht der LZG**

**10:15 – 10:30 Uhr** KAFFEPAUSE

**10:30 – 11:45 Uhr** PANEL 1:  
Neue theoretische Zugänge und Modelle der  
Gesundheitskommunikation  
Moderation: Constanze Rossmann

Astrid Spatzier  
**Überlegungen zur  
kommunikationswissenschaftlichen Sichtweise  
von Gesundheitskommunikation und  
theoretischen Fundierungsmöglichkeiten**

Doreen Reifegerste, Matthias R. Hastall  
**Ethische Dimensionen und Dilemmata in der  
Gesundheitskommunikation**

Thomas Friemel  
**Kontextuelles Risikoverhalten**

**11:45 – 12:00 Uhr** KAFFEPAUSE

**12:00-12:45 Uhr** POSTER-SESSION  
Sebastian Scherr, Carsten Reinemann  
**Zum Einfluss von Gesundheitsforen im Internet  
auf die Suizidalität der Nutzer**

Simone Jäger  
**Effektive Kommunikation mit Internetpatienten  
in der Onkologie: Schlüsselkonzept zur Analyse  
der Arztperspektive**

Nils Borchers, Nicola Krömer  
**Die Rolle von Arztbewertungsportalen im Prozess  
der Entscheidungsfindung bei der Arztwahl –  
Patienten-Empowerment durch  
Laienbewertungen?**

Marko Bachl, Michael Scharkow  
**Eine quantitative Bestandsaufnahme von  
Informationen über Krankheiten auf der  
deutschsprachigen Wikipedia, 2002-2014**

Anja Kalch, Tino Meitz  
**Decision making processes of bystanders: the role  
of narrative perspective, self-referencing and  
social distance?**

**12:45 – 14:00 Uhr** MITTAGSPAUSE

**14:00 – 15:40 Uhr** PANEL 2:  
Effektivität und Grenzen der modernen  
Kampagnengestaltung: (nicht-)intendierte  
Effekte von Gesundheitsbotschaften  
Moderation: Matthias Hastall

Doreen Reifegerste, Constanze Rossmann  
**Gemeinsam aktiver? Der Einfluss von  
Gruppenbildern auf die körperliche Aktivität**

Marcus Capellaro, Diethard Sturm, Hans-Guido  
Mücke, Patricia Sadre Dadras, Pia Kahn, Marian  
Schmidt  
**Können Hitzewarnungen die gesundheitlichen  
Schäden durch Hitzewellen reduzieren? –  
Evaluation und Weiterentwicklung nationaler  
Informationssysteme vor dem Hintergrund des  
demografischen und klimatischen Wandels**

Philip Bresinsky, Kristin Moellering, Monika  
Suckfüll  
**Nicht-intendierte Effekte von  
Gesundheitskommunikation**

Eva Baumann, Sarah Geber, Christoph Klimmt,  
Marcus Maurer, Corinna Oschatz, Michael Sülflow  
**Zielgruppe = Gesundheitsrisiko plus Resistenz  
gegen gut gemeinte Ratschläge. Grenzen der  
Wirksamkeit präventiver Botschaften am Beispiel  
von Verkehrssicherheitskampagnen**

**15:40 – 16:00 Uhr** KAFFEPAUSE

**16:00 – 17:15 Uhr** PANEL 3:

Der Organspendeskandal und seine Folgen –  
Mediale Frames und Lösungsansätze

Moderation: Eva Baumann

Mareike Schwepe, Alexandra Sowka, Helmut  
Scherer **Skandalöse Systemfehler: Framing der  
Organspende in der deutschen  
Printberichterstattung (2012 – 2013)**

Lisa Meyer, Constanze Rossmann

**Organspende und der Organspendeskandal in den  
Medien. Frames in der Berichterstattung von SZ  
und Bild**

Freya Sukalla, Isabel Rackow, Anna Wagner  
**Überwindung von Ambivalenz und Reaktanz im  
Kontext der Organspende – Sind in Narrationen  
eingebettete Informationen, die spezifische  
Ängste ansprechen, die Lösung?**

**17:15 – 17:30 Uhr** KAFFEPAUSE

**17:30 Uhr** AD-HOC-GRUPPENSITZUNG

**19:15 Uhr** ABENDESSEN

Heilig Geist, Mailandsgasse 11, 55116 Mainz

---

## **SAMSTAG, 22.11.2014**

**09:15 – 10:30 Uhr** PANEL 4:

Gesundheitskommunikation Online

Moderation: Markus Schäfer

Yvonne Prinzellner, Nicola Döring  
**Gesundheitskommunikation von Mädchen in  
Online-Foren**

Anne-Linda Camerini, Silvia Riva, Peter J. Schulz  
**Feeling empowered? – Der Einfluss interaktiver  
Applikationen von E-Health-Interventionen auf  
die Ermächtigung von Patientinnen und Patienten  
mit chronischen Rückenschmerzen**

Nicola Döring

**Gesundheitskommunikation auf YouTube:  
Fallstudien zu 25 Fitness- und Lifestyle-Kanälen**

**10:30 – 10:45 Uhr** KAFFEPAUSE

**10:45 – 12:00 Uhr** PANEL 5:

Gesundheitsbezogenes Informationsverhalten  
in Zeiten des medialen Wandels

Moderation: Doreen Reifegerste

Michael Grimm, Stefanie Wahl, Claudia Lampert,  
Johannes Ebenau, Lisa Eißfeldt  
**Die richtige Information zur richtigen Zeit. Zum  
Informationsverhalten von Krebspatienten im  
Krankheitsverlauf**

Pauline Kynast, Estella Linke, Markus Seifert  
**Wer die Qual hat, hat die Wahl. Wie informieren  
sich die Deutschen im Vorfeld eines  
Krankenhausaufenthaltes?**

Sarah Westphal, Friederike Hendriks  
**Vertrauenswürdigkeit ohne Vertrauen – wie die  
Kommunikation wissenschaftlicher  
Unsicherheiten in Online-  
Gesundheitsinformationen die Bewertungen und  
Entscheidungen der Rezipienten beeinflusst**

**12:00 – 12:30 Uhr** SNACKPAUSE

**12:30 – 13:45 Uhr** PANEL 6:

Eigenschaften und Folgen  
gesundheitsbezogener Medieninhalte

Moderation: Oliver Quiring

Farina Madita Dobrick, Doreen Reifegerste,  
Dietram A. Scheufele  
**Eine Frage der Auslegung. Der Begriff  
„Eigenverantwortung“ in der deutschen  
Gesundheitsberichterstattung**

Viorela Dan  
**Patientengerichtete Werbung für  
verschreibungspflichtige Medikamente (DTCA) -  
Überblick und Forschungslücken**

Linda Mummer, Juliane Wagner, Doreen  
Reifegerste, Wolfgang Donsbach, Martin Degen  
**Panikmache oder autonome Rezipienten. Müssen  
Lebensmittelskandale zwangsläufig zu  
Verunsicherung führen?**

**13:45 – 14:15 Uhr** ABSCHLUSSDISKUSSION

# PANEL 1: NEUE THEORETISCHE ZUGÄNGE UND MODELLE DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

*Astrid Spatzier*

## **Überlegungen zur kommunikationswissenschaftlichen Sichtweise von Gesundheitskommunikation und theoretischen Fundierungsmöglichkeiten**

Der nachfolgende Beitrag präsentiert ein Drei-Phasen-Modell zur Forschungsdisziplin, das eine theoretische Fundierung in zwei unterschiedlichen Perspektiven sowie die Integration des tradierten 4-Ebenen-Modells ermöglicht. Auf Basis einer Literaturanalyse geht der Beitrag der Frage nach einer neuen substanziellen Modellbildung zur Gesundheitskommunikation sowie theoretischen Hintergrundfolien nach. Einerseits ist Gesundheitskommunikation aus deutschsprachiger, kommunikationswissenschaftlicher Perspektive in der Journalismus-, Medienwirkungs-, Nutzungs- und Rezeptionsforschung zu verorten, andererseits ist das Paradigma der strategischen Kommunikation virulent. In beiden Perspektiven sind drei Phasen in Anlehnung an Levy/Windhal (1985) zentral: präkommunikative Phase, kommunikative Phase und postkommunikative Phase. Eine Modellierung zielt demnach auf diese drei Phasen ab, die sowohl im Kontext der Medienforschung als auch in der strategischen Kommunikation zu finden sind, die darüber hinaus theoretische Fundierungsmuster aufzeigen kann und in die sich schlussendlich die tradierten 4-Ebenen der Gesundheitskommunikation integrieren lassen.

Zu Beginn mag eine breite Definition von Gesundheitskommunikation nach Kreps/Thornton (1992, 2) herangezogen werden: „Health communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process.“ Positiv daran ist erstens, die Offenheit für Denkansätze und zweitens, der Hinweis auf die Verbindung von Kommunikation und Gesundheit. Nach Spatzier/Signitzer (2014, 34) hat sich das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation seit etwa 40 Jahren in der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaft entwickelt und findet seit etwas mehr als einem Jahrzehnt Beachtung im deutschsprachigen Raum. Die deutschsprachige Linie sieht sich stark unter dem Dach der massenmedialen Perspektive. Auf der Plusseite mag dabei sein, dass theoretische Folien zur Fundierung der Forschung bereitstehen. Dennoch ist mit Spatzier/Signitzer (2014, 39) die „Erfolgsgeschichte [...] mit einer gewissen Zurückhaltung“ zu betrachten, die sich

vordergründig auf theoretische Grundlagen beziehen kann. Pettegrew/Logan (1987, 657) stellen vor 27 Jahren fest: „Health communication has no overarching theory from which to proceed.“ Gesundheitskommunikation an sich verfügt auch heute nicht über eine spezifische theoretische Grundlage. Aus kommunikationswissenschaftlicher Betrachtung reiht sich hier die Frage an, ob dies notwendig sei, wenn es doch kommunikationswissenschaftliche Fundierungsmöglichkeiten gibt, um Gesundheitskommunikation zu bedienen.

Bislang wurde in Nordamerika das 4-Ebenen-Modell (intrapersonelle Ebene, interpersonelle Ebene, Organisationsebene, massenmediale Ebene) nach Chaffee/Berger (1987) zur Betrachtung der Disziplin herangezogen. In einer kritischen Reflexion sieht auch die deutschsprachige Community Anknüpfungspunkte an den 4-Ebenen unter Berücksichtigung der medialen Komponente in jeder einzelnen Ebene (vgl. Baumann/Lampert/Fromm 2012, 467). Die hier vorgelegten Überlegungen versuchen, einer ausschließlichen Betrachtung von Gesundheitskommunikation auf Basis von vier Ebenen entgegenzutreten bzw. das 4-Ebenen-Modell in ein Drei-Phasen-Modell zu integrieren. Aus der Betrachtung der beiden 4-Ebenen-Modellvarianten ist anzumerken, dass sich als Plusseite des ursprünglichen 4-Ebenen-Modells die Möglichkeit zur Ausdifferenzierung als eigenständige Forschungsdisziplin erweisen mag. Etwas weniger fruchtend stellt sich in diesem Paradigma die vordergründige Praxisorientierung dar, die zur o.a. Kritikäußerung von Pettegrew/Logan führt. Im Vergleich dazu ist im deutschsprachigen 4-Ebenen-Modell die theoretische Fundierungsmöglichkeit sehr positiv und deutlich sichtbar. Etwas weniger zielführend hingegen erscheint die rein massenmediale Betrachtung, die zu Einschränkungen führen mag.

In der deutschsprachigen Linie zeigen sich zwei Paradigmen: Erstens, die Betrachtung im Kontext journalistischer und medialer Kommunikation und zweitens, im Rahmen strategischer Kommunikation. Als Beispiel für den massenmedialen Bezug kann Rossmann (2003) mit einer Studie zum Einfluss des Fernsehens auf das Arztbild in der Öffentlichkeit herangezogen werden und strategische Kommunikation nimmt beispielsweise bei Spatzier (2014) im Kontext von Gesundheitsförderung einen Raum ein.

Unabhängig von den angeführten Beispielen können beiden Betrachtungsweisen drei Phasen in Anlehnung an Levy/Windhal (1984) unterstellt werden: präkommunikative Phase, kommunikative Phase und postkommunikative Phase. Zudem sind jeder Perspektive zwei Dimensionen inhärent: eine produzierende und rezipierende. Nachfolgende Darstellung zeigt das ‚Drei-Phasen-Modell‘ mit zwei integrierten

Dimensionen:

|   |                         | präkommunikative Phase         | kommunikative Phase | postkommunikative Phase                |
|---|-------------------------|--------------------------------|---------------------|--|
| Journalistik, Nutzungs-, Rezeptions- und Wirkungsforschung                | produzierende Dimension | Selektion, Produktion, Produkt | Verteilung          | Evaluierung                            |
|   | Rezipierende Dimension  | Medienauswahl                  | Rezeption           | Medienaneignung                        |
| Strategische Kommunikation (Public Relations, Organisationskommunikation) | produzierende Dimension | Planung                        | Umsetzung           | Evaluierung                            |
|   | rezipierende Dimension  | Befindlichkeiten               | Kontakt             | Einstellungs- und Verhaltensänderungen |

*Tabelle 1: Drei-Phasen Modell Gesundheitskommunikation*

Für die modellierten Sichtweisen gibt es in der Medien- und Kommunikationswissenschaft einen bedeutenden Theorienfundus, aus dem zum jeweils entsprechenden Zwecke der Forschung Paradigmen zur Fundierung herangezogen werden können. Beispielsweise bieten sich mit Hasebrink (2003, S. 106) im Kontext der Nutzungsforschung der Uses-and-Gratifications-Approach oder der Nutzenansatz hilfreich an. Um die kommunikative Phase zu beforschen, kann beispielsweise auf das Involvement-Konzept nach Cacioppo/Petty (1984) oder das Modell der Alltagsrationalität von Brosius (1995) zurückgegriffen werden. Mit Blick auf die Medienaneignung stehen beispielgebend das Kaskaden-Modell von Krotz (1992) oder die Handlungsfelder von Klemm (2001) zur Verfügung. Für die Sichtweise der Produzenten bieten sich auf den Journalismus bezogene Ansätze wie z.B. die Nachrichtenwerttheorie von Galtung/Ruge (1965).

In der Perspektive der strategischen Kommunikation finden wir theoretische Zugänge zur Segmentierung der Stakeholder im situativen Modell von Grunig (1997) oder in strategischen Überlegungen bei Signitzer (1996). Für die Kontaktphase scheinen die bereits angeführten Ansätze aus der tradierten Kommunikationswissenschaft fruchtend. Schlussendlich bieten sich für die Evaluierungsphase nach Bentele/Nothhaft (2008) die von der IPRA und DPRG empfohlenen 4-Ebenen-Modelle an.

Integriert man nun die zu Beginn angesprochenen 4-Ebenen der Gesundheitskommunikation – intrapersonelle Ebene, interpersonelle Ebene, Organisationsebene, gesellschaftliche Ebene (Massenkommunikation) – in das oben skizzierte 3-Phasen-Modell, wird deutlich, dass sich in jeder einzelnen Phase die 4-Ebenen festmachen lassen. Das nun daraus abgeleitete Modell fokussiert sowohl Mikro-, Meso- als auch Makro-Ebene sowie zwei verschiedene Perspektiven und drei Phasen der Kommunikation.

|   |                         | präkommunikative Phase  | kommunikative Phase | postkommunikative Phase                |
|---|-------------------------|---|---------------------|--|
| Journalistik, Nutzungs-, Rezeptions- und Wirkungsforschung                | produzierende Dimension | Selektion, Produktion, Produkt  | Verteilung          | Evaluierung                            |
|   | rezipierende Dimension  | Medienauswahl   | Rezeption           | Medienaneignung                        |
| Strategische Kommunikation (Public Relations, Organisationskommunikation) | produzierende Dimension | Planung, Selektion, Produktion, Produkt   | Umsetzung           | Evaluierung                            |
|   | rezipierende Dimension  | Befindlichkeiten  | Kontakt             | Einstellungs- und Verhaltensänderungen |
| 4 Ebenen der Gesundheitskommunikation                                     |                         | Intrapersonelle Ebene<br>Interpersonelle Ebene<br>Organisationsebene<br>Gesellschaftliche Ebene |                     |  |

*Tabelle 2: Phasen- und Ebenen-Modell der Gesundheitskommunikation*

Zu jeder Phase können in jeder Perspektive und Dimension Fragen gestellt und Problemstellungen beforscht werden, die jede Ebene einzeln oder gesamthaft betrachten. Beispielsweise geht es in der präkommunikativen Phase der strategischen Kommunikation in der produzierenden Dimension auf intrapersoneller Ebene darum, welche gesundheitsbezogenen Prädispositionen der Verantwortlichen zu welcher Planungsstrategie führen, auf interpersoneller Ebene um die Kommunikationsformen der Durchsetzung von Planungsvorhaben, auf Organisationsebene um die Art und Weise der Produktion oder um das Produkt (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung) und auf gesellschaftlicher Ebene um die gesellschaftlichen, gesundheitsbezogenen Konditionen und Kontexte der Thematik. Zudem scheint es zielführend, nicht nur Wirkungen und Konsequenzen der Gesundheitskommunikation nach außen zu betrachten, sondern vielversprechend sei auch die Thematisierung des gesellschaftlichen Einflusses auf Gesundheitskommunikation.

In dieser Betrachtungsweise mag ein Ausgangspunkt liegen, Gesundheitskommunikation mehrperspektivisch betrachten zu können. Das Thema Gesundheit ist dabei weniger auf rein massenmediale Betrachtung oder auf strategische Kommunikation reduziert. In einer derart gesamthaften Betrachtung kann Gesundheitskommunikation durch andere Subdisziplinen der Kommunikationswissenschaft befruchtet werden. Transkulturelle Perspektiven sind dabei ebenso angesprochen wie neue Medien und Kommunikationstechnologien. Festzuhalten ist dabei, dass die Fragestellungen der Gesundheitskommunikation nicht die Verantwortung für gesündere Menschen oder eine gesunde Gesellschaft übernehmen können, sondern als ethisch-moralisches Korrektiv für den

kommunikativen Umgang mit Gesundheit fungieren.

Zusammenfassend sei angemerkt, dass sich die deutschsprachige Betrachtung der Forschungsdisziplin Gesundheitskommunikation sehr wohl theoretisch fundiert präsentieren kann und auch in Zukunft präsentieren wird. Zudem scheint mit dieser Ausrichtung ein Weg eingeschlagen, der zu genuin kommunikationswissenschaftlicheren Fragestellungen im Kontext der Gesundheitskommunikation führen wird und nicht den Anspruch auf medizinische Fragestellungen erhebt.

#### **Literatur:**

- Bentele, G. & Nothaft, H. (2008). Evaluation. In, G. Bentele, R. Fröhlich & P. Syszka (Hrsg.), *Handbuch der Public Relations* (587-588). Wiesbaden
- Brosius, H.-B. (1995). *Alltagsrationalität in der Nachrichtenrezeption. Ein Modell zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Nachrichteninhalten*. Opladen
- Chaffee, S. H. & Berger, C. R. (1987). Levels of analysis: An introduction. In C. R. Berger & S. H. Chaffee (Hrsg.), *Handbook of communications science* (143-145). Newbury Park
- Fromm, B., Baumann, E. & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer
- Galtung, J. & Ruge, M (1965). The structure of foreign news. In, *Journal of Peace Research*, 2. Jg., 64-91
- Grunig, J. (1997). A situational theory of publics: conceptual history, recent challenges and new research. In, D. Moss, T. MacManus & D. Vercic (Hrsg.), *Public Relations Research: An international perspective* (3-48). London
- Hasebrink, U. (2003). Nutzungsforschung. In, G. Bentele, H.-B. Brosius & O. Jarren (Hrsg.), *Öffentliche Kommunikation* (101-127). Wiesbaden
- Klemm, M. (2001). *Zuschauerkommunikation: Formen und Funktionen der alltäglichen kommunikativen Fernsehaneignung*. Frankfurt
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. (1992). *Health communication: Theory and practice* (2. Aufl.). Prospect Heights
- Krotz, F. (1992). Handlungsrollen und Fernsehnutzung. Umriß eines theoretischen und empirischen Konzepts. In, *Rundfunk und Fernsehen*, 40. Jg., 222-246.
- Levy, M. R. & Windhal, S. (1985). The concept of audience activity. In K. Rosengren, L. Wener & P. Palmgreen (Hrsg.), *Media gratifications research: Current perspectives* (109-122). Beverly Hills
- Pettegrew, L. & Logan, R. (1987). The health care context. In C. R. Berger & S. H. Chaffee (Hrsg.),

*Handbook of communication science* (67–710). Newbury Park

Cacioppo, J./Petty, R. (1984): The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. In: *Advances in Consumer Research*, 11. Jg., H. 1, 673-675

Rossmann, C. (2003). Götter in Weiß oder Menschen wie Du und ich? Zum Einfluss des Fernsehens auf das Arztbild in der Öffentlichkeit. In A. Melzer (Hrsg.), *Gesundheit fördern – Krankheit heilen. Neue Wege zum Zusammenwirken von Naturwissenschaft – Medizin – Technik* (S. 111–128). Köln

Signitzer, B. (1996). Einige Grundlagen der Public Relations-Planung. In: *sub*, 18. Jg, H. 1, 6-28

Spatzier, A. (2014). *Strategische Kommunikation als Weg zum Erreichen von Gesundheitszielen*. Konferenzbeitrag, ÖGPH, 22.5.2014

Spatzier, A. & Signitzer B. (2014). Ansätze und Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (34-50). Bern

## **Ethische Dimensionen und Dilemmata der Gesundheitskommunikation**

Ethische Standpunkte sind die Prämissen oder das Menschenbild, welches Forschern, Journalisten, Akteuren im Gesundheitswesen oder Kampagnenplanern in der Gesundheitskommunikation bei ihrer Arbeit zu Grunde liegt. Sie beeinflussen die Zielstellungen der Gesundheitskommunikation maßgeblich, indem bestimmte kommunikative oder auch andere Maßnahmen als zielführend und/oder unzulässig erachtet werden. Meist bleiben diese Standpunkte implizit, was eine fundierte Diskussion der jeweiligen Prämissen und Konsequenzen erschwert. Unterscheiden lässt sich beispielsweise, ob eine Kritik an einer Maßnahme sich auf das Verfahren oder die Umsetzung bezieht (operative Ebene) oder auf den ethischen Standpunkt und damit die strategische Ebene. So würde sich die erste Diskussion bspw. darum drehen, ob positives oder negatives Framing besser geeignet ist, um als Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über Folgen des Alkoholkonsums zu informieren. Eine Diskussion auf strategischer Ebene könnte darüber hinaus in Frage stellen, ob überhaupt dies überhaupt eine Aufgabe staatlicher Institutionen ist.

Einige Gesundheitsthemen wie Organspende oder Neuroenhancement machen ethische Dilemmata offensichtlicher, wodurch eine Positionierung der Forschung und der Kampagnendesigner umso relevanter wird. Durch eine explizite Benennung ethischer Dimensionen, auf denen diese Standpunkte angesiedelt sind, lassen sich auch ethische Dilemmata erkennen, die mit der Entscheidung für eine bestimmte Position einhergehen. Sowohl für die Diskussion als auch für die Reflektion des eigenen Vorgehens ist es wichtig, den eigenen und die alternativen Standpunkte zu kennen, um eine einseitige Betrachtung und fruchtlose Diskussionen zu verhindern.

Dazu sollen die verschiedenen ethischen Standpunkte, die im Zusammenhang mit Gesundheitskommunikation auftreten können anhand verschiedener Dimensionen aufgezeigt werden. Es wird dadurch versucht eine Verortung der Positionen vorzunehmen, ohne die Standpunkte selbst zu bewerten. Die drei im Folgenden dargestellten Dimensionen beinhalten jeweils Pole, die sich gegenseitig in ihrer extremen Zielstellung ausschließen, aber dennoch häufig nicht in der Extremform auftreten. Sie bieten zugleich Anknüpfungsmöglichkeit an die Rollenbilder von Ärzten, Journalisten, politische Grundhaltungen oder philosophische Menschenbilder. Es wird jeweils kurz beschrieben, welche ethischen Wurzeln den Positionen zugrunde liegen, aber vor allem welche Konsequenzen dies für die Gesundheitskommunikation hat und welche positiven und negativen Wirkungen

damit verbunden sein können.

Die erste Dimension spannt sich zwischen den Polen der *Aufklärung* und der *Persuasion*. Die Position der Aufklärung basiert auf einem klassischen naturwissenschaftlichen Paradigma und geht von einem rationalen Gegenüber aus, das nur unzureichend informiert ist. Folglich werden für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation nur möglichst umfassende, sachlich korrekte (d. h. möglichst evidenzbasierte), verständliche Informationen durch den Arzt, die Journalisten oder eine Informations-kampagne für die breite Bevölkerung benötigt. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass alle Rezipienten eine damit eine vergleichbare Entscheidungs-kompetenz erlangen können (vgl. Informed Consent), um dann autonom auswählen zu können (Schröder-Bäck 2011). Er wäre demnach vor allem zu ermitteln, ob die Akteure und Kommunikationsmittel in der Gesundheitskommunikation die Risiken möglichst realistisch darstellen und wie diese Risiken auf möglichst verständliche Art und Weise, z. B. mit natürlichen Zahlen (vgl. Gigerenzer 2003), vermittelt werden können.

Als negative Auswirkungen können u. a. Angst durch Wissen um Krankheiten (Recht auf Nichtwissen, fear-mongering), mangelnde Zielgruppenorientierung der Botschaften und unzureichende Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände und Konsequenzen der Aufklärung auftreten.

Demgegenüber berücksichtigt der paternalistische Ansatz die jeweiligen Besonderheiten von einzelnen Zielgruppen und entwickelt aus einer sozialfürsorglichen Position die jeweils vermeintlich effektivste Überzeugungsstrategie zu gesundheitsförderlichem Verhalten. Dazu gehören u.a. bestimmte Appellformen (z.B. soziale Konsequenzen), das Bauen von Entscheidungsarchitekturen (sog. Nudging) oder Settingansätze in der Lebenswelt der „Betroffenen“.

Kritisiert wird hierbei vor allem, dass für Persuasion oft nicht die „objektiv“ gefährlichsten Risiken, bzw. alle Aspekte einer Krankheit, sondern nur selektive und möglicherweise missverständliche Informationen vermittelt werden (Schildmann et al. 2014). Zudem kann eine Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen auch mit einer Stigmatisierung dieser Bevölkerungsgruppe und der Vernachlässigung von anderen einhergehen. Auch die Auswahl der Betroffenen durch eine höhere Instanz kann bereits als eine Bevormundung gedeutet werden. So weiß, folgt man dem Hippokratischen Eid, vor allem der Arzt und nicht der Patient, was das Heil des Kranken ist (Schröder-Bäck 2011). Dies kann zu Reaktanz bei den Rezipienten von Gesundheitskommunikation führen.

Eine weitere ethische Dimension in der Gesundheitskommunikation liegt zwischen den Polen der *Selbstverantwortung* und dem *Gemeinwohl*. Sie zeichnet damit die grundsätzliche Differenz politischer Grundhaltungen und des deutschen Gesundheitssystems nach und ist somit vergleichbar mit der Differenz von privater und solidarischer Krankenversicherung.

Die individuelle Selbstverantwortung ist verbunden mit dem Recht auf Selbstbestimmung und damit auch auf Krankheit (Höfling, 2009). Daraus folgt, dass staatliche Institutionen keine verbindlichen Vorschriften machen dürfen, da die Entscheidung zu gesundheitsrelevantem Verhalten (wie z. B. das Helmtragen) dem Individuum und damit der individuellen Autonomie überlassen bleibt (Guttman 2003). Die Gesundheitskommunikation erhält damit eine zentrale Rolle für die Kommunikation, da jegliche Maßnahmen nur Empfehlungscharakter haben und letztlich Aufklärung oder Persuasion die einzigen Mittel bleiben, um Entscheidungen herbeizuführen. Diese Ausrichtung auf einen Patienten wird u. a. aufgrund eines „gesellschaftlich unverantwortlichen Hyperindividualismus“ (Schröder-Bäck 2011, S. 279) kritisiert und steht damit im Widerspruch zum ethischen Prinzip der Gerechtigkeit. Dadurch können Einzelschicksale z. B. in der Berichterstattung aber auch in der medizinischen Versorgung eine besonders hohe Berücksichtigung erhalten.

Der Gegenpol berücksichtigt die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen einer Maßnahme und ist daher vor allem mit allgemeinen Hinweisen und Vorschriften für „gesundes“ Verhalten verbunden. Beim Standpunkt des Gemeinwohls ist viel eher davon auszugehen, dass „gesundes“ Verhalten durch gesetzliche Regelungen erzwungen wird und die begleitende Kommunikation lediglich als Legitimationsbeschreibung dient. Kritisch ist hierbei zu betrachten, dass der potenzielle Nutzensgewinn auf der gesellschaftlichen Ebene mit einem Schaden für den Einzelnen einhergehen kann (Schildmann et al. 2014). Eher seltene Krankheiten oder hoher Aufwand für einzelne Personen werden von der Gesundheitskommunikation (und weiteren Maßnahmen) nicht berücksichtigt.

Die dritte Dimension bewegt sich auf den unterschiedlichen Sichtweisen auf Gesundheit und spannt sich zwischen der eher *körperlichen Gesundheit* auf der einen Seite und der *Lebensqualität* auf der anderen. Trotz ganzheitlicher Definition der WHO konzentrieren sich Bemühungen der Gesundheitskommunikation wie auch der Medizin und der Gesundheitswissenschaften mehrheitlich auf die physische bzw. körperliche Gesundheit. Dementsprechend werden in Kampagnenbotschaften, in Arzt-Patienten-Gesprächen und bei der Identifikation „relevanter“ Themen vor allem

körperlicher Risiken berücksichtigt, während Lebensweltansätze auch die Lebensqualität in den Blickpunkt rücken. Sie würden entsprechend auch andere Lebensziele (wie Kinderwunsch, Partnerschaft, Karriere) berücksichtigen, selbst wenn diese im Konflikt mit der körperlichen Gesundheit stehen.

In der Realität sind die beschriebenen Standpunkte (wie so oft) selten in ihrer Reinform anzutreffen, sondern meist ein komplexer Mix aus Positionen, die ggf. gar nicht absolut, sondern nur relativ auf den Dimensionen abgebildet werden können. Zudem sind die eigentlichen Zielstellungen oft schwer erkennbar oder werden sogar absichtlich verschleiert.

Die Wahl des Standpunktes auf den beschriebenen Dimensionen hat nicht nur Konsequenzen für die Kommunikation der Akteure (z. B. medizinisches Personal, Journalisten und Kampagnendesigner), sondern auch für die Forschung zur Gesundheitskommunikation. Neben der Auswahl der Themen (Relevanz und Finanzierung) werden auch die konkreten Forschungsmethoden (erhobene Variablen, Labor-/oder Feldexperiment) davon beeinflusst. Daher möchten wir eine Diskussion über eine kritische Reflexion des eigenen Standpunktes auf diesen Dimensionen und den Konsequenzen daraus auch für Forscher im Bereich der Gesundheitskommunikation anregen.

#### **Literatur:**

Gigerenzer, G. (2003). Wie kommuniziert man Risiken. In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GID) Nr. 161*, S. 6–8.

Guttman, N.(2003). Ethics in health communication interventions. In Teresa L. Thompson, Alicia M. Dorsey, Katherine I. Miller, Roxanne Parrott (Hrsg.), *Handbook of health communication* (651-679). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Höfling, W. (2009). Recht auf Selbstbestimmung versus Pflicht zur Gesundheit. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(5), 286–292.

Schildmann, J. Hirschberg, I. & Vollmann, J. (2014). Ethische Aspekte der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 493-502). Bern: Verlag Hans Huber.

Schröder-Bäck, P. (2011). Ethik und Public Health. In: T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland : Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 275–291). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## Kontextuelles Risikoverhalten

### *Hintergrund*

Die meisten Theorien zu Risikoverhalten im Gesundheitsbereich betrachten individuelle Prozesse der Einstellungsbildung und Verhaltensänderung. Dies erscheint adäquat für Risiken, die primär vom individuellen Verhalten abhängig sind und in ihren Konsequenzen nur das Individuum selbst betreffen. Für viele Bereiche der Verkehrssicherheit scheint diese Perspektive jedoch nur bedingt angemessen, da die Risiken jeweils von mehreren Akteuren gleichzeitig abhängig sind. Dies lässt sich z.B. an der relativ geringen Anzahl an Selbstunfällen im Vergleich mit Unfällen zwischen mehreren Verkehrsteilnehmern dokumentieren. Andere Akteure haben demnach nicht nur einen Einfluss auf die wahrgenommene soziale Norm (vgl. z.B. Theory of Planned Behaviour), sondern sind gleichzeitig auch Risikoverursacher oder Betroffene. Aus diesem Grund wird hier ein Modell des kontextuellen Risikoverhaltens vorgestellt, das den Anspruch hat, das individuelle Risikoverhalten aus einer relationalen Perspektive und somit in seiner Kontextualität zu beschreiben.

### *Beschreibung der zentralen Elemente*

Das Modell des kontextuellen Risikoverhaltens betont, dass Risikoverhalten stets in verschiedene Kontexte eingebunden ist (vgl. Abb. 1). Das Modell unterscheidet auf einer ersten Ebene verschiedene Ursachen von Risiken (Risikodeterminanten, 1), Charakteristiken von Risiken (Risikocharakteristiken, 2), Möglichkeiten für die Risikoreduktion (3) sowie die Folgen des Verhaltens (Risikofolge, 4). Die Risikodeterminanten lassen sich wiederum in drei Kontextbereiche unterteilen: a) persönlicher Kontext, b) sozialer Kontext und c) situativer Kontext. Diese drei Kontexte bestimmen, so die Annahme, das Maß an Risiken, dem eine Person im Straßenverkehr ausgesetzt ist. Handelt es sich z.B. um eine Person, die allgemein gerne Risiken eingeht (persönlicher Kontext), ein Umfeld hat, dass zu risikoreichen Handlungen animiert (sozialer Kontext) und häufig in komplexen Verkehrssituationen unterwegs ist (situativer Kontext), so kann von einer hohen Risikoexposition ausgegangen werden. Diese „objektive“ Risikoexposition ist jedoch nicht zwingend identisch mit der subjektiven Risikowahrnehmung durch die Personen selbst. Es ist gar möglich, dass eine Person mit hoher Risikoexposition die Risiken geringer einschätzt als eine ängstliche Person mit einer vergleichsweise tieferen Risikoexposition. Für die jeweils subjektiv wahrgenommene Risikohöhe sind unterschiedliche Faktoren und Phänomene verantwortlich, welche unter dem Begriff

der *Risikoeinschätzung (I)* zusammengefasst werden können. Diese Prozesse der „intraindividuellen“ Risikoeinschätzung umfassen nicht zuletzt auch unbewusste Prozesse, deren Bestimmung jedoch nicht Gegenstand dieses Modells ist. Von Interesse sind hier lediglich die von den Personen wahrgenommenen und im Rahmen von Befragungen erhebbaren *Risikoeigenschaften (2)*, wobei sich zwei Aspekte unterscheiden lassen: d) die *subjektiv wahrgenommene Höhe des Risikos* und e) die *Verantwortungszuschreibung*, wer für das Auftreten des Risikos bzw. dessen Verringerung verantwortlich ist (die Person selbst oder andere Verkehrsteilnehmer). Ganz im Sinne einer kontextuellen Perspektive wird die Risikoeinschätzung hierbei nicht als etwas absolutes, sondern etwas relatives betrachtet. Dies bedeutet, dass bei einer empirischen Messung das Risiko nicht auf einer abstrakten Skala eingeschätzt, sondern die Relation verschiedener Risiken zueinander erhoben werden soll.

Ob es aufgrund eines wahrgenommenen Risikos zu einer *Risikoreduktion (3)* kommt, bei der eine f) Einstellungs- oder gar g) Verhaltensänderung stattfindet, ist sodann von der *Lösungseinschätzung(II)* abhängig, welche z.B. im Rahmen von Kommunikationskampagnen angeboten wird. Basierend auf der bisherigen Forschung zu Einstellungs- und Verhaltensänderung kann davon ausgegangen werden, dass die Lösungseinschätzung insbesondere von zwei Faktoren abhängig ist: h) der *Sinnhaftigkeit* und i) der *Machbarkeit*. Sofern eine Kampagne ein Verhalten zur Reduktion von Risiken vorschlägt, das von der Zielgruppe nicht als sinnvoll erachtet wird (Sinnhaftigkeit) oder sich das vorgeschlagene Verhalten nicht zutraut (Machbarkeit), ist eine Verhaltensänderung sehr unwahrscheinlich.

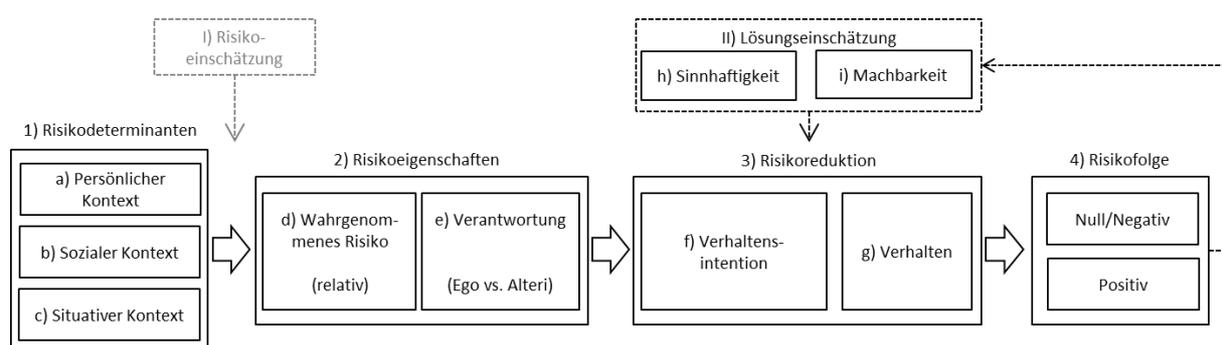


Abbildung 1: Modell des kontextuellen Risikoverhaltens

Da Kampagnen in der Regel nicht an einem einmaligen Verhalten interessiert sind, sondern an einer nachhaltigen Verhaltensänderung, ist entscheidend, ob eine Verhaltensänderung auch zu einer wahrgenommenen Risikoreduktion führt. Am Ende des Modells steht deshalb der Aspekt der *Risikofolge (4)*. Sofern das neue Verhalten

zu einer subjektiv wahrgenommenen Risikoreduktion führt, sich also eine Belohnung für die Verhaltensänderung einstellt, sind die Voraussetzungen für eine nachhaltige Verhaltensänderung gegeben. Wenn aber keine positiven Effekte wahrgenommen werden oder diesen unverhältnismäßig hohe Kosten (z.B. Zeitverlust, Prestigeverlust) entgegenstehen, bleibt zu befürchten, dass dies zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster führt.

### *Empirische Prüfung*

Für eine erste empirische Prüfung des Modells wurden Unfälle zwischen Fahrrad- und Autofahrern untersucht. Der Vergleich unterschiedlicher Verkehrsteilnehmer ist aus zwei Gründen besonders interessant. Erstens ist in solchen Situationen die Kontextualität besonders augenfällig und zweitens, weist das Risiko für die beiden Verkehrsteilnehmer ganz unterschiedliche Charakteristiken auf (z.B. hohes Verletzungsrisiko für Fahrradfahrer vs. hohes Schuldrisiko durch die Gefährdungshaftung für Autofahrer). Näher betrachtet werden dabei drei Teilaspekte: A) rechts abbiegende Autos, die dem Fahrrad den Weg abschneiden, B) Öffnen von Türen von am Straßenrand geparkten Autos und C) seitlicher Abstand von Autos beim Überholen von Fahrrädern. Mit einer repräsentativen Telefonbefragung wurden im Sommer 2013 je 500 Auto- und Fahrradfahrern befragt. Als abhängige Variable wurde zum einen das „Verhalten“ (f) verwendet und zum anderen die „Intention einer Verhaltensänderung“ (g). Die erhobenen Daten wurden mittels Strukturgleichungsmodellen ausgewertet, wobei in einem ersten Schritt alle nicht signifikanten partiellen Korrelationen aus dem Gesamtmodell entfernt wurden (schrittweise). In einem zweiten Schritt wurden zusätzliche Kovarianzen berücksichtigt, um den Modell-Fit zu verbessern. Dabei wurde insbesondere auf die Fit-Werte CMIN/DF, NFI, TLI, CFI, RMSEA geachtet.

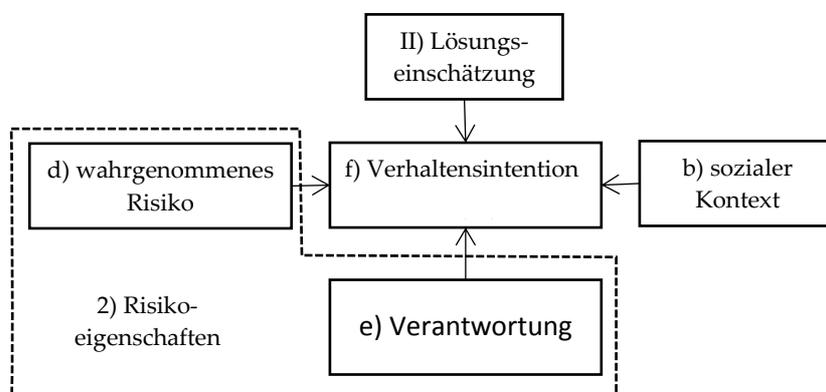


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf Verhaltensintention und Verhalten

Das geprüfte Modell (vgl. Abb. 2) beschränkt sich im Gegensatz zum theoretischen Modell auf diejenigen Aspekte, welche im Rahmen einer Kommunikationskampagne auch veränderbar sind bzw. typischerweise thematisiert werden. Dies ist so zu verstehen, dass z.B. der soziale Kontext (b) zwar nicht per se verändert werden kann, jedoch die Wahrnehmung desselben.

### *Befunde*

Generell kann festgestellt werden, dass sich die *Verhaltensabsicht* sowohl bei den Fahrrad- als auch bei den Autofahrenden besser durch die gewählten Indikatoren erklären lässt, als das Verhalten selbst. Zudem wird ersichtlich, dass sich die Einflussfaktoren bei den Fahrradfahrern deutlicher manifestieren als bei den Autofahrern. Die Partialkorrelationen sind hier meist höher und mit wenigen Ausnahmen über die verschiedenen Szenarien (a, b und c) konstant gleichgerichtet, während bei den Modellen der Autofahrenden die Vorzeichen teilweise unterschiedlich ausfallen.

Als bedeutsamste Einflussfaktoren erweist sich über alle Modelle hinweg die Lösungseinschätzung, also die Einschätzung, wie sinnvoll das risikoarme Verhalten beurteilt wird. Dabei zeigt der Indikator der Sinnhaftigkeit jeweils bei der *Verhaltensabsicht*, der Indikator der Praktikabilität (Machbarkeit) beim *Verhalten* den größeren Einfluss.

Bei der genaueren Analyse der *Verhaltensabsicht* zeigt sich, dass hier eine Reihe der kontextuellen Faktoren einen signifikanten Einfluss ausüben. So können bei den *Fahrradfahrenden* neben der Gefahrenwahrnehmung auch die Verantwortungszuschreibung und der soziale Kontext (in Bezug auf andere Verkehrsteilnehmer) als Einflussfaktoren ausgemacht werden. Bei den *Autofahrenden* zeigen die Befunde, dass je nach Szenario verschiedene Formen der Risikowahrnehmung einen Einfluss haben. Weiter spielen die Verantwortungszuschreibung sowie der soziale Kontext eine Rolle.

Beim *Verhalten* erweisen sich *bei den Fahrradahrenden* sowohl die subjektive Gefahrenwahrnehmung als auch die objektive Risikoexposition als relevante Einflussfaktoren. Bei den Autofahrern zeigt sich zudem deutlich, dass die relationale Gefahreneinschätzung (Vergleich verschiedener Gefahren) einen Einfluss auf das Verhalten hat.

### *Diskussion*

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die theoretisch vermuteten

Einflussfaktoren und Zusammenhänge auch empirisch feststellen ließen. Basierend auf den teilweise abweichenden Befunden zwischen der beiden Verkehrsteilnehmergruppen und den verschiedenen Szenarien diskutiert der Beitrag, die Möglichkeiten und Grenzen, das Modell auch auf andere Themenbereiche der Gesundheitskommunikation zu übertragen. Dies nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des aktuellen medialen und gesellschaftlichen Wandels, durch den die Kontextualität individueller Handlungen zunehmend an Relevanz zu gewinnen scheint oder zumindest ins Bewusstsein der verschiedenen Stakeholder im Gesundheitsbereich gerückt ist.

## POSTER-SESSION

*Sebastian Scherr, Carsten Reinemann*

### **Zum Einfluss von Gesundheitsforen im Internet auf die Suizidalität der Nutzer**

#### *Forschungsstand*

Suizide sind weltweit eine der häufigsten Todesursachen und zählen gerade bei den jüngeren Altersgruppen neben Unfällen zu den häufigsten Todesursachen. Da sich etwa ein Viertel der jüngeren Bevölkerungsgruppen regelmäßig an Internetforen beteiligt (Busemann & Gscheidle, 2012, S. 386), wurden die Chancen und Risiken solcher Online-Anwendungen bereits intensiv im Zusammenhang mit Suizidalität untersucht. Denn generell stellt die Internetnutzung gerade für Jugendliche eine wichtige Informationsquelle Suizidbezug dar. In einer US-amerikanischen Studie geben 59% der befragten Jugendlichen an, über das Internet (Nachrichtenseiten, Onlineforen, Diskussionsplattformen, Selbsthilfewebsites) Informationen über Suizidalität erhalten zu haben, 24% gaben außerdem soziale Netzwerke an (Dunlop, More & Romer, 2011, S. 1076). Daine et al. (2013, S. 4) zitieren eine neuseeländische Studie, in der Personen, die sich selbst Verletzungen zugefügt haben, zu Medieneinflüssen befragt wurden und von denen 80% angegeben haben zuvor mit suizidbezogenem Material im Internet konfrontiert gewesen zu sein.

Anhand einer Befragung von Jugendlichen zeigen Dunlop, More und Romer (2011), dass im Gegensatz zu klassischen Medienangeboten vor allem Diskussionsforen sowohl als wichtige Quelle für suizidbezogene Informationen genannt werden als auch mit einer erhöhten Suizidalität in Verbindung gebracht werden können (vgl. auch Sueki, 2013). Daine et al. (2013) verdichten in einer systematischen Literaturreview die Befunde aktueller empirischer Studien aus insgesamt acht Ländern zu den Zusammenhängen zwischen der Internetnutzung und der Suizidalität insbesondere bei jüngeren Personen. Die Gesamtschau der Befunde zeigt in die angesprochenen zwei Richtungen, die Chancen und Gefahren des Internets für die Suizidalität. Zu den Chancen zählt der soziale Kontakt mit anderen Personen, durch den Empathie und soziale Unterstützung auf Augenhöhe erlebt werden kann (Baker & Fortune, 2008). Dazu zählt auch der Austausch mit anderen suizidalen Personen, der zur subjektiven Problembewältigung beitragen kann (Baker & Fortune, 2008; Eichenberg, 2008; Jones et al., 2011).

Zu den empirisch festgestellten Gefahren von Internetanwendungen für die Suizidalität zählen einerseits die Normalisierung von suizidalem Verhalten durch den Austausch darüber in speziellen Diskussionsforen, der Austausch über Suizidmethoden oder die Kultivierung negativer Einstellungen. Barak und Dolev-Cohen (2006, S. 188–189) zeigen, dass die Nutzung von Diskussionsforen mit erhöhten Suizidgedanken verbunden war, nicht aber die Nutzung sozialer Netzwerkseiten. Zu den Hauptursachen für die Nutzung von Diskussionsforen zählt nämlich Hoffnungslosigkeit in Verbindung mit einem niedrigen Stressniveau, wobei die Nutzung von Internetforen nicht bei allen das Stressniveau positiv beeinflusst: Bei manchen zeigten sich über den Untersuchungszeitraum von drei Monaten keine Verminderung des Stresslevels, bei anderen zeigte sich sogar ein Anstieg. Bis jetzt ergibt sich aus der Diskussion also ein zweigeteiltes Bild der Chancen und Gefahren, wobei der besondere Fokus vieler Studien auf jüngeren Bevölkerungsgruppen liegt. Es existieren zwar auch Untersuchungen, die sich der Frage der zeitlichen Kausalität zwischen der Zuwendung zu Suizidforen im Internet und der Suizidalität der Nutzer widmen, allerdings konnten diese bislang keine belastbaren zeitversetzten Effekte belegen (Sueki, 2013, S. 350). Die Befunde zum Zusammenhang von Internetangeboten und Suizidalität blenden außerdem ältere Internetnutzer nahezu vollständig aus und fragen zudem in erster Linie nach den Auswirkungen spezieller Internetangebote.

### *Fragestellung*

Die vorliegende Studie möchte vor dem bisherigen Forschungsstand die perspektivischen Verengungen auf den Zusammenhang von Online-Inhalten und Suizidalität aufbrechen und fragt zuerst danach, in welchen Altersgruppen in Deutschland überhaupt relevante Zusammenhänge zwischen (inhaltlich breiter gefassten) Gesundheitsforen und der Suizidalität der Nutzer beobachtet werden können. Anschließend wird auf die zeitliche Kausalität näher untersucht, wobei es um die Beantwortung der Frage geht, ob die Nutzung von Gesundheitsforen die individuelle Suizidalität fördert oder umgekehrt die individuelle Suizidalität zu einer verstärkten Nutzung von Gesundheitsforen beiträgt.

### *Methodisches Vorgehen*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird auf eine bevölkerungsrepräsentative Telefonbefragung in Deutschland ( $n = 2002$ ) und eine zweiwellige Online-Panelbefragung (Teilnehmer an beiden Befragungswellen:  $n = 1319$ ; Abstand zwischen den beiden Befragungswellen: 1 Monat) zurückgegriffen, die gleichzeitig im Jahr 2013 durchgeführt wurden und in denen die gleichen Frageformulierungen

verwendet worden sind. Mit der Analyse der Daten wird einerseits das Ziel verfolgt, Zusammenhänge zwischen der Nutzung von Gesundheitsforen und der Suizidalität der Nutzer repräsentativ für die erwachsene deutsche Bevölkerung abzubilden und damit etwa auch ältere Personengruppen in die Diskussion einzuschließen und andererseits anhand der nicht-repräsentativen Panelbefragung Erkenntnisse über die zeitliche Kausalität zwischen den Konstrukten zu gewinnen.

Zur Erfassung der Suizidalität wurde auf die etablierte Skala nach Pöldinger (1968) zurückgegriffen, die aus 16 Ja/Nein-Fragen besteht. Die Nutzung von online Gesundheitsforen oder Supportgruppen wurde mithilfe eines fünfstufig skalierten Items erhoben (1 „(fast) nie“ bis 5 „(fast) jeden Tag“).

### Ergebnisse

Die Analysen bestätigen zum einen den aus der Literatur bekannten grundsätzlichen Zusammenhang zwischen der Suizidalität in der Bevölkerung und der Nutzung von Gesundheitsforen. Der Zusammenhang ist zwar nur schwach ausgeprägt, verteilt sich allerdings breit auf verschiedenen Altersgruppen. Besonderes Augenmerk kann beispielsweise auf die Gruppe der 50-59 Jährigen gelegt werden, die in der bisherigen Diskussion zu dem Thema deutlich zu kurz kommen (vgl. Tabelle 1).

|              | Nutzung von Gesundheitsforen im Internet |        |        |        |        |      |
|--------------|--|--------|--------|--------|--------|------|
|              | 18-29y                                   | 30-39y | 40-49y | 50-59y | 60-69y | 70y+ |
| Suizidalität | .12*                                     | .15*   | .11*   | .16**  | .05    | .03  |
| <i>n</i>     | 257                                      | 265    | 358    | 332    | 213    | 144  |

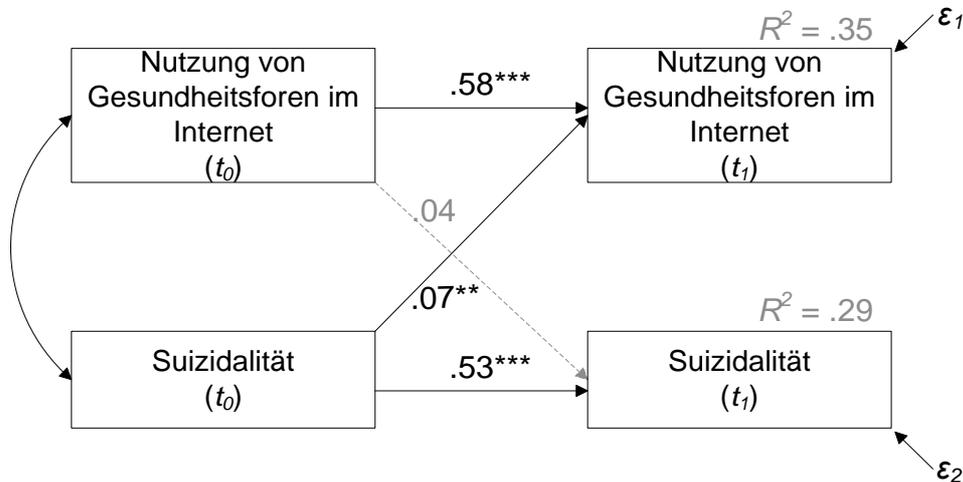
*Anmerkung.* Bei allen Skalierungen stehen höhere Werte für eine stärkere Zustimmung zu dem jeweils abgefragten Konstrukt. Suizidalität wurde anhand der Skala zur Erfassung der Suizidalität nach Pöldinger (1968) erfasst und umfasst 16 Ja/Nein-Fragen. Die Nutzung von Gesundheitsforen im Internet wurde anhand eines fünfstufigen Items erfasst, das von 1 “(fast) nie“ bis 5 “(fast) jeden Tag“.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

*Tabelle 1: Bivariate Korrelationen zwischen Suizidalität und Gesundheitsforen im Internet für verschiedene Altersgruppen (repräsentativ für die bundesdeutsche Bevölkerung ab 18 Jahren)*

Eine Analyse der Paneldaten zeigt zeitverzögerte Effekte der Suizidalität ( $t_0$ ) auf die Nutzung von Gesundheitsforen im Internet zu einem späteren Zeitpunkt ( $t_1$ ). Ein

Effekt mit der umgekehrten Kausalitätsrichtung konnte dagegen nicht beobachtet werden. Die Nutzung von Gesundheitsforen im Internet ( $t_0$ ) führt nach einem Monat demnach nicht zu einer höheren Suizidalität ( $t_1$ ) auf Seiten der Nutzer. Die Befunde sind in der nachstehenden Abbildung 1 zusammengefasst.



Die Teilnehmer an den beiden Wellen ( $n = 1319$ ) wurden über ein Online Access Panel rekrutiert (soSci Panel). Suizidalität wurde anhand der Skala zur Erfassung der Suizidalität nach Pöldinger (1968) erfasst, die aus 16 Ja/Nein-Fragen besteht. Die Nutzung von Gesundheitsforen oder Supportgruppen im Internet wurde mithilfe eines fünfstufigen Items von 1 "(fast) nie" bis 5 "(fast) jeden Tag" erfasst. Höhere Werte stehen für eine stärker ausgeprägte Suizidalität bzw. für eine intensivere Nutzung von Gesundheitsforen im Internet. Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$   
 $\chi^2 = 8.50$ ,  $df = 1$ ,  $p < .01$ ;  $RMSEA = .075$ ;  $SRMR = .015$ ;  $CFI = .99$ ;  $TLI = .96$

Abbildung 1: Suizidalität ( $t_0$ ) fördert die Nutzung von Gesundheitsforen bzw. von Supportgruppen im Internet einen Monat später ( $t_1$ )

### Fazit

Die Befunde der vorliegenden Einreichung deuten auf einen schwachen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Gesundheitsforen im Internet und der individuellen Suizidalität in der bundesdeutschen erwachsenen Bevölkerung hin. Bisherige Studien argumentierten vor dem Hintergrund der Fragestellung auf Basis von Aggregatdaten (Todesursachenstatistik) und konnten dementsprechend ökologische Fehlschlüsse nicht ausschließen (Hagihara, Tarumi & Abe, 2007; Shah, 2010) oder konnten auf Basis von Individualdaten keine stichhaltigen empirischen Belege für zeitversetzte Medienwirkungen erbringen (Sueki, 2013). Die Befunde der vorliegenden Untersuchung sprechen erstmals auf einer soliden empirischen

Grundlage für den zeitversetzten Effekt von Suizidalität auf die intensivere Nutzung von Gesundheitsforen im Internet im Monat danach. Ein Effekt in die umgekehrte Richtung kann dagegen auf Basis der Daten ausgeschlossen werden. Die Befunde sprechen damit dafür, in Zukunft stärkeres Augenmerk auf das suizidpräventive Potential von Internetangeboten, wie Gesundheitsforen oder Supportgruppen, zu legen und dabei auch ein hinsichtlich des Alters breiter gefächertes Publikum im Blick zu behalten. Außerdem verleihen die Befunde speziellen Online-Phänomenen im Zusammenhang mit Suizidalität neu Brisanz, wie beispielsweise dem Problem Hilfesuchender sich in Foren zunächst als „authentisch suizidal“ bewähren zu müssen, bevor ihnen dort Gehör geschenkt wird (Horne & Wiggins, 2009) oder den speziellen Bedürfnissen von Hinterbliebenen eines Suizidfalls (Feigelman, Gorman, Beal & Jordan, 2008). Diese Phänomene dürften altersunabhängig auftreten und tangieren vor allem Nutzer, die auf der Suche nach Hilfe und Unterstützung ins Netz gehen.

#### **Literatur:**

- Baker, D. & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites. A qualitative interview study of young adult website users. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (3), 118–122.
- Barak, A. & Dolev-Cohen, M. (2006). Does activity level in online support groups for distressed adolescents determine emotional relief. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (3), 186–190.
- Busemann, K. & Gscheidle, C. (2012). Web 2.0. Habitualisierung der Social Communities. *Media Perspektiven* (7-8), 380–390.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., Montgomery, P. et al. (2013). The power of the web. A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLOS ONE*, 8 (10), e77555.
- Dunlop, S. M., More, E. & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (10), 1073–1080.
- Eichenberg, C. (2008). Internet message boards for suicidal people. A typology of users. *CyberPsychology & Behavior*, 11 (1), 107–113.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., Beal, K. C. & Jordan, J. R. (2008). Internet support groups for suicide survivors. A new mode for gaining bereavement assistance. *Omega: Journal of Death and Dying*, 57 (3), 217–243.
- Hagihara, A., Tarumi, K. & Abe, T. (2007). Media suicide-reports, internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan. *BMC Public Health*, 7 (1), 321.

- Horne, J. & Wiggins, S. (2009). Doing being 'on the edge'. Managing the dilemma of being authentically suicidal in an online forum. *Sociology of Health & Illness*, 31 (2), 170–184.
- Jones, R., Sharkey, S., Ford, T., Emmens, T., Hewis, E., Smithson, J. et al. (2011). Online discussion forums for young people who self-harm. User views. *The Psychiatrist*, 35 (10), 364–368.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Huber.
- Shah, A. (2010). The relationship between elderly suicide rates and the internet. A cross-national study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56 (3), 214–219.
- Sueki, H. (2013). The effect of suicide-related internet use on users' mental health. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34 (5), 348–353.

## **Effektive Kommunikation mit Internetpatienten in der Onkologie: Schlüsselkonzept zur Analyse der Arztperspektive**

Hand in Hand mit dem medialen Wandel, hier insbesondere der Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen im Internet, geht ein gesellschaftlicher Wandel auf der Arzt-Patient-Ebene, darunter einem neuen Rollenverständnis, einher: Es ist zu beobachten, dass sich Patienten zunehmend über das Internet informieren, sei es über Symptome, Krankheitsbilder oder Behandlungsmethoden, und ihre Ärzte mit den Ergebnissen ihrer Recherche konfrontieren. Sie erwarten, dass Mediziner sich damit auseinandersetzen, und zwar sowohl mit den Informationen als auch mit den dadurch veränderten Einstellungen der Patienten. Es handelt sich um eine Trendentwicklung, die stetig zunimmt. Der Umgang der Ärzte mit diesen sogenannten Internetpatienten wiederum hat Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung und in der Folge auf den Therapieerfolg, die Lebensqualität der Patienten und die Kosten in der Gesundheitsversorgung. Umso entscheidender ist die Frage, wie Ärzte den Einfluss dieser Entwicklung auf Patienten, Ärzte und ihre Beziehung zueinander wahrnehmen, ihre eigenen Einstellungen daraufhin anpassen und welche Kommunikations- und Handlungsstrategien sie im Fall Internetpatienten anwenden. Bei der Begutachtung des nationalen und internationalen Forschungsstandes fällt auf, dass die ärztliche Perspektive bislang vernachlässigt wird und es an empirischen Studien und Konzepten mangelt, zumal Ergebnisse aus Forschungen anderer Länder auch nicht uneingeschränkt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden können.

Mit dieser Forschungslücke beschäftigt sich die Vorgängerstudie „Am Puls des Informationstrends: Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten von Ärzten im Umgang mit Internetpatienten – eine qualitative Befragung von Hausärzten und Onkologen“ (Jäger, 2012), in der zwei Arztgruppen (N = 14) in Face-to-face-Interviews befragt wurden. Zusammengefasst belegen die Ergebnisse der Magisterstudie, dass die gesundheitsbezogene Internetnutzung auf Patientenseite keinen Halt vor behandelnden Hausärzten und Onkologen macht: Sie nehmen diesen Trend wahr und reagieren darauf in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen. Dabei erstreckt sich diese indirekte Medienwirkung über Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen, medizinischen Schwerpunkten und Zusatzqualifikationen, männliche und weibliche, niedergelassene und im Krankenhaus tätige, verschiedenen Alters und von Assistenzärzten nach dem Medizinstudium bis zu Oberärzten mit langjähriger Berufserfahrung. Die Arztgruppen weisen besonders bei der Bewertung, der

wahrgenommenen Wirkung auf Patientenseite sowie teilweise bei den wahrgenommenen Effekten auf das Arzt-Patient-Verhältnis und der Verortung von Problemzonen Gemeinsamkeiten auf. Bei den Erfahrungswerten mit Patienten, der eingeschätzten Wirkung auf die Arztseite, dem Verhalten im Detail und den mit der Entwicklung einhergehenden Problemen für Ärzte zeigen sich die auffälligsten Differenzen.

Die Hausärzte haben in mancher Hinsicht extremere Erfahrungen mit Internetpatienten gemacht, was sich zum Teil in ihren Einstellungen zeigt. Zum Beispiel bezeichnen einzelne Ärzte das Internet als negatives Placebo, werden in ihrer Selbstbeherrschung von Internetpatienten auf die Probe gestellt oder wehren sich gegen eine Instrumentalisierung durch vorinformierte Patienten. Die Onkologen äußern sich in vielen Bereichen konkreter als die Hausärzte, vor allem was ihre Kommunikations- und Handlungsstrategien, welche sich nach bestimmten Rollenmustern klassifizieren lassen, Empfehlungen an andere Ärzte und weitere Anregungen zum Thema betrifft. In dieser Studie zeichnet sich ab, dass Onkologen für eine tiefere Auseinandersetzung mit Kommunikationsstrategien im Umgang mit Internetpatienten geeignet sind.

Die laufende Folgestudie konzentriert sich auf die Ansichten von Onkologen und ihren Patienten zu den von Ärzten angewendeten Strategien: Welche wenden Onkologen aus ihrer bisherigen Erfahrung und sich daraus ergebenden Einschätzung erfolgreich an und wie werden diese von ihren Patienten empfunden? Ein Vergleich der Ansichten dieser beiden Seiten ist zu leisten, um daraus vielversprechende Strategien abzuleiten und diese in Leitlinien für das ärztliche Beratungsgespräch vor Ort und ein ergänzendes Online Tool zu implementieren. Die Perspektive der Patienten soll mit derjenigen der Ärzte in einer „Spiegelbefragung“ abgeglichen werden, wobei hier vier Ergebnismengen erwartet werden: erstens eine gemeinsame Schnittmenge, also ärztliche Verhaltensweisen, die von Ärzten und Patienten als erfolgreich eingeschätzt bzw. bewertet werden – diese lassen sich in Leitlinien und Empfehlungen für das ärztliche Beratungsgespräch vor Ort ausbauen und optimieren; zweitens von Ärzten angewendete, jedoch von Patienten als negativ bewertete Kommunikation – diese lässt sich für eine Abgrenzung und die Erstellung einer Negativkritik heranziehen; drittens von Ärzten kaum oder nicht angewendete Strategien, aber von Patienten als erfolg- oder hilfreich eingestuft – hierunter werden voraussichtlich Kommunikationsmuster fallen, die aufgrund von Zeitknappheit in der Sprechstunde nicht immer hinreichend von ärztlicher Seite bedient werden können, sie lassen sich auf das anvisierte Online Tool verlagern; viertens

Verbesserungswünsche und Anregungen von Patienten, die nach den Kriterien Logik/Sinnhaftigkeit, Neuwert und Realisierbarkeit abgewogen werden müssen und gegebenenfalls als Empfehlungen weitergegeben oder in die Online-Anwendung integriert werden können.

In der Studie werden Kommunikations- und Handlungsstrategien der Ärzte für den Umgang mit Internetpatienten im ärztlichen Beratungsgespräch erarbeitet, mit konkreten Empfehlungen für Leitlinien und ärztliches Qualitätsmanagement. Mit den empirischen Erkenntnissen aus der Spiegelbefragung ist im Anschluss die Entwicklung einer Online-Informations- und Kommunikationstechnologie, damit verknüpft eine Applikation für mobile Endgeräte, geplant. Dabei handelt es sich um ein Behandlungstool, keines zu Diagnosezwecken, es soll das persönliche Arzt-Patient-Gespräch optimal ergänzen und dadurch Zeit im Gespräch vor Ort sparen. Werden Gesundheitsinformationen einmal gut erklärt, aufbereitet und eventuell in einem virtuellen Beratungsgespräch aufgezeichnet, ersetzt dies unzählige gleiche Anläufe im persönlichen Gespräch. Der Entwurf sieht Informationen zum Arzt-Patient-Gespräch (Strukturierung und Standardisierung von Anliegen, Informationsstand, Fragen, weiterem Beratungsbedarf und Feedback nach der Sprechstunde, was zur Qualitätssicherung beiträgt), für Patienten (qualitativ hochwertige Informationen zu Krankheitsbildern, ihren Symptomen und der Ursachenforschung, passenden Behandlungen und daran geknüpfte Erfolgchancen, Untersuchungsergebnisse, Beratungsmöglichkeiten, zum besseren Verständnis auch Schaubilder zu verschiedenen Fällen), für Ärzte (Empfehlungen, Leitlinien, Materialien zum Druck für Patienten, Fortbildung im Bereich Kommunikation) und die Rubrik der Kontaktmöglichkeiten, hierunter auch Social Media für Ärzte und Patienten im Bereich Onkologie, vor.

Das Ziel der Studie lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: effektive ärztliche Kommunikationsmuster sollen für den geschilderten Kontext herausgearbeitet werden und durch ihre Anwendung in der Folge einen Prozess der Optimierung auf unterschiedlichen Ebenen in Gang setzen: Arzt-Patient-Beziehung, Zufriedenheit in der medizinischen Behandlung, Therapieerfolg, Lebensqualität der Patienten, Zeitfaktor im medizinischen Beratungsgespräch sowie Kosten im Gesundheitssystem – beim letzten Aspekt dadurch, dass effektive Kommunikation zur Behandlung von mehr Patienten pro Zeit beiträgt und voraussichtlich auch seltener ein Arztwechsel oder eine Doppelbehandlung stattfindet.

Als Untersuchungsmethode wurde eine gepaarte Befragung von Onkologen und ihren Patienten gewählt, sie soll in zwei Stufen erfolgen: erst qualitativ in persönlichen

Interviews für die Fragebogenerstellung und anschließend quantitativ in einer deutschlandweiten Online-Befragung. Die qualitativen Daten in den persönlichen Interviews sollten mit etwa zehn bis zwölf Ärzten und jeweils einem typischen Internetpatienten gewonnen werden. Nach der qualitativen Befragung, in der möglichst verschiedene Indikationen, d.h. insgesamt spezialisierte Fachärzte für unterschiedliche Krebsarten, vertreten sein sollten, folgt evtl. eine Auswahl der Befragten nach Indikationen. Aktuell ist eine Grundlagenstudie mit Ärzten und ihren Patienten für alle möglichen Krebserkrankungen geplant, mit Ausnahme der Kinder-Hämatologie-Onkologie, da Kinder keine mit Erwachsenen vergleichbare Medienkompetenz und auch kein vergleichbares Rechercheverhalten aufweisen.

Der oben dargelegten Untersuchung muss zunächst ein theoretisches Schlüsselkonzept für die Blickrichtung vorgeschaltet werden, unter der die ärztliche Kommunikation analysiert wird – hierauf konzentriert sich der vorliegende Tagungsbeitrag. Festzuhalten ist, dass Ärzte die Situation der Internetpatienten zuerst wahrnehmen und einschätzen müssen, bevor sie ihre Einstellungen und Verhaltensweisen daraufhin anpassen. Neben dem grundlegenden Konzept der Einstellungskomponenten aus der Psychologie in der Medienwirkungsforschung (Rosenberg & Hovland, 1960) kommen bei der Analyse der ärztlichen Perspektive auf die geschilderte Entwicklung drei kommunikationswissenschaftliche Modelle sowie eigene Anpassungen und Erweiterungen zum Einsatz.

Den Rahmen liefert das *ecological model of communication in medical encounters* (Street, 2003), in dem die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im interpersonalen Kontext unter dem Einfluss verschiedener Kontextbedingungen steht, darunter dem der Medien, explizit auch des Internets. An zwei Stellen muss in dieses Modell mit Hilfe der beiden anderen reingezoomt werden: erstens bei den Rollen von Arzt und Patient, und zwar konkret bei der des Gesundheitsdienstleisters, anhand des Modells zur Kommunikation über Unsicherheit bei gemeinsamer Entscheidungsfindung (Politi & Street, 2011) und zweitens beim Einflussfaktor Medien und seiner Wirkung auf die Arzt-Patient-Kommunikation unter Anwendung eines bestimmten Blickwinkels, des *indirect effects model* (Gunther & Storey, 2003).

Zu erstens: Im Mittelpunkt stehen Charakteristika und Verhalten von Arzt und Patient, wobei für die laufende Studie nur die Verhaltensweisen des Arztes näher betrachtet werden, sowie das Endziel eines „shared mind“ bei der Entscheidung über die medizinische Behandlung; auch die patientenzentrierte Kommunikation, das Studienziel, und Anknüpfungspunkte für die allgegenwärtige Internetrecherche sind darin enthalten. Zu zweitens: Hierin findet sich die Grundidee wieder, dass sich das

Informationssuchverhalten der Patienten im Internet in der Folge auf die behandelnden Ärzte, welche dieses wahrnehmen und darauf reagieren, und schließlich auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirkt. Anzumerken ist, dass dieses zweite Zoom-Modell ausdrücklich um die Erfahrungskomponente der Mediziner bezüglich ihres Umgangs mit Internetpatienten erweitert werden muss. Es kann nicht von einer reinen Antizipation eines Medieneinflusses auf ihre Patienten ausgegangen werden, der Zeitpunkt null – also die erste Vorstellung bzw. Wahrnehmung, Einstellungsformung und Interaktion mit einem Internetpatienten – hat schon stattgefunden. Zudem werden zusätzlich zu den wahrgenommenen Effekten auf die Patientenseite aufgrund ihrer in diesem Fall grundlegenden und auch gesellschaftlichen Relevanz die wahrgenommenen Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis, also der Fall Interaktion, behandelt.

**Literatur:**

Gunther, A. C., & Storey, J. D. (2003). The influence of presumed influence. *Journal of Communication, 53*(2), 199-215.

Jäger, S. (2012). *Am Puls des Informationstrends: Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten von Ärzten im Umgang mit Internetpatienten. Eine qualitative Befragung von Hausärzten und Onkologen* (Unveröffentlichte Magisterarbeit). Univ., Mainz.

Politi, M. & Street, R. L., Jr. (2001). Patient-centered communication during collaborative decision making. In Teresa L. Thompson, Roxanne Parrott & Jon F. Nussbaum (Hrsg.), *The Routledge handbook of health communication* (2. Aufl., S. 399-413). New York (u.a.): Routledge.

Street, R. L., Jr. (2003). Communication in medical encounters: an ecological perspective. In Teresa L. Thompson, Alicia Dorsey, Katherine I. Miller & Roxanne Parrott (Hrsg.), *Handbook of health communication* (S. 63-89). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

## **Die Rolle von Arztbewertungsportalen im Prozess der Entscheidungsfindung bei der Arztwahl – Patienten-Empowerment durch Laienbewertungen?**

### *Forschungsinteresse und Forschungsfragen*

Rezensionen von Angeboten durch Laien im Internet haben sich in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens als hilf- und einflussreiche Informationsquelle in Entscheidungsprozessen etabliert. Auch der Bereich ärztlicher Leistungen wurde von Online-Bewertungen längst erfasst. Spezialisierte Arztbewertungsportale (ABP) wie *Jameda*, *Docinsider*, *Sanego* etc. bieten die Gelegenheit, sich anhand von Patientenrezensionen ein Bild von der ärztlichen Behandlungsqualität zu machen. Erste empirische Studien zeigen, dass in Deutschland bereits ein Viertel der Patientinnen und Patienten davon Gebrauch macht (Emmert et al, 2013; Terlutter et al., 2014).

Die rasante Etablierung der ABP ist vor dem Hintergrund einer beklagten geringen Transparenz auf dem ‚Markt‘ ärztlicher Leistungen (Geraedts, 2008) wenig verwunderlich. Die bestehenden Informationsasymmetrien sind mit der Entwicklung hin zu immer mehr Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten kaum vereinbar (Patienten-Empowerment). ABP helfen, angemessenere Voraussetzungen für eigenverantwortliches Entscheiden zu schaffen. Sie tragen zum Abbau bestehender Informationsasymmetrien bei, indem sie mit dem Erfahrungswissen von Laien eine bislang nur sehr begrenzt nutzbare, da an persönliche Bekanntschaft gebundene Informationsquelle erschließen. Damit verschiebt sich auch im Gesundheitsbereich die Macht zugunsten der Patientinnen und Patienten als den Nachfragenden – ein Wandel, der bislang vor allem für die Wirtschaft beschrieben wurde (Rezabakhsh et al., 2006). ABP reformieren so die Informationsumwelt, in der die Wahl einer Ärztin oder eines Arztes erfolgt. Trotz der somit gegebenen Aktualität und Relevanz des Themas hat sich die Forschung bislang kaum mit dem Einfluss von ABPn auf den Prozess der Arztwahl beschäftigt. Der Beitrag soll diese Forschungslücke schließen und stellt daher die folgenden Forschungsfragen:

1. Wie wählen Patientinnen und Patienten eine Ärztin/einen Arzt unter Bedingungen einer sich ändernden Informationsumwelt?
  - a. Welcher Stellenwert kommt einzelnen traditionellen und neuen (online) Informationsquellen bei der Arztwahl zu?
  - b. Worin bestehen die wahrgenommenen Stärken und Schwächen von ABP im Vergleich

zu anderen Informationsquellen?

c. Lassen sich verschiedene Typen von Patientinnen/Patienten bezüglich ihres Vorgehens und ihrer Präferenzen bei der Arztwahl unterscheiden?

2. Inwiefern hängt eine Nutzung von Arztbewertungsportalen mit dem psychologischen Empowerment von Patientinnen/Patienten zusammen?

### *Theoretischer Ansatz: Patienten-Empowerment*

Der Empowerment-Ansatz wird im Rahmen eines Mitarbeiter-Empowerments in der Managementliteratur diskutiert. Durch ein sich wandelndes Gesundheitssystem, hin zu einer verstärkten Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten, erfährt der Ansatz zunehmend Beachtung in der Gesundheitskommunikationsforschung. Schulz und Nakamoto (2013) fassen unter *patient empowerment* eine Beteiligung der Patientin/des Patienten am Entscheidungsprozess zur eigenen Gesundheit. Die Patientin/der Patient tritt als autonomer Akteur mit wachsender Verantwortlichkeit auf. Im Zentrum steht hierbei vor allem „psychologisches Empowerment“, das subjektive Gefühl des Empowerments (Schulz & Nakamoto, 2013). Spreitzer (1995) operationalisiert unterschiedliche Dimensionen eines psychologischen Empowerments, die Aspekte (1) „meaningfulness/relevance“, (2) „self-efficacy/competence“, (3) „selfdetermination/choice“ und (4) „impact“ umfassend. Empowerment und dessen unterschiedliche Dimensionen können als motivationale Konstrukte verstanden werden (Schulz & Nakamoto, 2013). Die Nutzung von Arztbewertungsportalen findet im Rahmen eines Selbstmanagements der eigenen Patienten-Gesundheit statt. In der hier vorliegenden Forschung wird angenommen, dass die Nutzung von Arztbewertungsportalen einerseits ein Empowerment voraussetzt, aber andererseits dieses auch beeinflusst.

Die Patientinnen und Patienten müssen zunächst die Relevanz einer eigenverantwortlichen Suche nach einer Ärztin oder einem Arzt auf Grundlage recherchierter Informationen über die Behandlungsqualität erkennen und zweitens an die eigene Kompetenz glauben, eine gute Arztwahl zu treffen. Eine unter den Bedingungen der freien Arztwahl autonome Entscheidung stützt das Patienten-Empowerment, wie auch der Glaube an die Wirksamkeit der eigenständigen Arztwahl.

### *Forschungsstand*

Erste Untersuchungen zur Verbreitung von ABP berichten, dass ein Viertel der Bevölkerung ABP nutzen (Emmert et al., 2013; Hanauer, 2014; Terlutter et al., 2014).

Die Nutzerinnen und Nutzer sind eher weiblich und jung, besitzen eine hohe Internetkompetenz und sind dem Internet gegenüber aufgeschlossen (Emmert et al., 2013; Terlutter et al., 2014). Laut Emmert et al. (2013) gaben knapp zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer an, schon einmal bei ihrer Arztwahl durch Online-Bewertungen beeinflusst worden zu sein. Unbekannt bleibt aber, welche Rolle den Plattformen im Prozess der Arztwahl zukommt. Das betrifft zunächst die Frage, wer unter welchen Bedingungen Arztbewertungen mit welchem Ziel nutzt. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass Arztbewertungen alternative Informationsquellen nicht verdrängen, sondern ergänzen. Studien zeigen übereinstimmend, dass es vor allem Ärztinnen/Ärzte und Bekannte sind, an die sich Patientinnen und Patienten bei der Arztwahl wenden (etwa Abraham et al., 2011; Boscarino & Adams, 2004; King & Haefner, 1988). Die bisherigen Studien untersuchen Arztbewertungen als isoliertes Phänomen, statt den Gesamtprozess der Arztwahl zu beobachten. So können sie keine Aussagen über die relative Bedeutung der Bewertungen treffen. Vollkommen unbekannt ist ebenfalls, inwiefern ABPs und ein Patienten-Empowerment in einem empirischen Zusammenhang stehen.

### *Methodik*

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine quantitative Befragung von erwachsenen Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Befragung erfolgte im Oktober 2014 in Kooperation mit 11 Arztpraxen (Allgemein- und Fachärzte), die eine Erhebung in ihren Wartebereichen ermöglichten. Hiermit wurde keine reine Zufallsstichprobe gewährleistet, sondern vielmehr ein garantierter Zugang zu Patientinnen und Patienten, die im Zentrum des Interesses stehen. Um dennoch eine reine Selbstselektion zu vermeiden, wurden zuvor per Zufallsauswahl 240 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte aus vier deutschen Großstädten ermittelt und postalisch angeschrieben, um eine Kooperation zu erzielen. Die Fragebögen wurden direkt vom Praxispersonal an die Patientinnen und Patienten ausgegeben oder im Wartezimmer verteilt.

Der Fragebogen gliedert sich neben Soziodemographie in verschiedene Blöcke zur bisherigen Arztsuche (Vorgehen), der Nutzung von Arztbewertungsportalen und der Einstellung gegenüber neuen/traditionellen Informationswegen. Zur Typologisierung wurden außerdem der Gesundheitszustand, das online *health information seeking*, die generelle Internetnutzung und das Level an *eHealth literacy* mittels der deutschen *eHEALS* Skala (Soellner, Huber, & Reder, 2014) erhoben. Zur Messung des psychologischen Patienten-Empowerments beinhaltet der Fragebogen eine angepasste und gekürzte Version der vierdimensionalen *general health*

*empowerment scale* (Gutschoven & van den Bulck, 2006). Diese Skala erfasst die Dimensionen *meaning, competence, control* und *impact* analog zu Spreitzer (1995). Zusätzlich ergänzt die deutsche *general self-efficacy scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1999) die Messung der Dimension *competence*.

### *Ergebnisse*

Die Datenanalyse (work in progress) erfolgt in drei Schritten. In einem ersten Schritt werden die Daten deskriptiv ausgewertet. In einem zweiten Schritt wird in einem clusteranalytischen Vorgehen geprüft, ob sich anhand des Vorgehens bei der Arztwahl unterschiedliche Patientengruppen identifizieren lassen. Im dritten Schritt werden inferenzstatistische Verfahren angewandt, um einen Zusammenhang zwischen Patienten-Empowerment und der Nutzung von Bewertungsportalen zu untersuchen. Erste Ergebnisse zeigen, dass Informationen über Ärztinnen/Ärzte im Durchschnitt häufig über Bekannte, Freunde und die Familie eingeholt werden, während Informationen im Internet und über Arztbewertungsportale nur manchmal hinzugezogen werden (N=50, work in progress). Die Relevanzeinschätzung spiegelt diese Nutzungshäufigkeit wider, Webseiten und ABP werden als mittelmäßig wichtig eingestuft. Die sachliche Korrektheit von Informationen auf ABP wird teilweise angezweifelt. Bei Betrachtung von Zusammenhängen kann festgestellt werden, dass jüngere Patientinnen und Patienten signifikant häufiger ABP nutzen. Tendenzen zeigen, dass eine höhere ABP-Nutzungshäufigkeit mit höherem Empowerment zusammenhängt.

### **Literatur:**

- Abraham, J., Sick, B., Anderson, J., Berg, A., Dehmer, C., & Tufano, A. (2011). (2011). Selecting a provider: ? *Journal of Healthcare Management*, 56(2), 99.: What factors influence patients' decision making. *Journal of Healthcare Management*, 56(2), 99–114.
- Boscarino, J. A., & Adams, R. E. (2004). Public Perceptions of Quality Care and Provider Profiling in New York: Implications for Improving Quality Care and Public Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(3), 241–250.
- Emmert, M., Meier, F., Pisch, F., & Sander, U. (2013). Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e187. doi:10.2196/jmir.2702
- Geraedts, M. (2008). Informationsbedarf und Informationsverhalten bei der Arztsuche. In M. Geraedts (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung* (S. 29–47). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

- Gutschoven, K., & van den Bulck, J. (2006). *Towards the measurement of psychological health empowerment in the general public: Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association*. Abgerufen von [http://citation.allacademic.com/meta/p91359\\_index.html](http://citation.allacademic.com/meta/p91359_index.html)
- Hanauer, D. A., Zheng, K., Singer, D. C., Gebremariam, A., & Davis, M. M. (2014). Public awareness, perception, and use of online physician rating sites. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, *311*(7), 734–735. doi:10.1001/jama.2013.283194
- Harris, K. M. (2003). How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. *Health Services Research*, *38*(2), 711–732. doi:10.1111/1475-6773.00141
- King, K. W., & Haefner, J. E. (1988). An investigation of the external physician search process. *Journal of health care marketing*, *8*(2), 4–13.
- Rezabakhsh, B., Bornemann, D., Hansen, U., & Schrader, U. (2006). Consumer Power: A Comparison of the Old Economy and the Internet Economy. *Journal of consumer policy*, *29*(1), 3–36.
- Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, *90*(1), 4–11. doi:10.1016/j.pec.2012.09.006
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: R. Schwarzer.
- Soellner, R., Huber, S., & Reder, M. (2014). The Concept of eHealth Literacy and its Measurement: German Translation of the eHEALS. *Journal of Media Psychology*, *26*(1), 29-38.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. *Academy of Management Journal*, *38*(5), 1442–1465. doi:10.2307/256865
- Terlutter, R., Bidmon, S., & Röttl, J. (2014). Who uses physician-rating websites? Differences in sociodemographic variables, psychographic variables, and health status of users and nonusers of physician-rating websites. *Journal of medical Internet research*, *16*(3), e97. doi:10.2196/jmir.3145

*Marko Bachl, Michael Scharkow*

## **Eine quantitative Bestandsaufnahme von Informationen über Krankheiten auf der deutschsprachigen Wikipedia, 2002-2014**

### *Hintergrund und Forschungsstand*

Das Internet gehört zunehmend zu den wichtigen Quellen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen (z.B. Santana et al., 2011). Die Chancen und Risiken des Internets für die Gesundheitskommunikation werden jedoch kontrovers diskutiert (z.B. Rossmann, 2010). In diesem Beitrag wollen wir die Entwicklung gesundheitsbezogener Informationen in den letzten knapp 13 Jahren auf einer „neuen“ Informationsplattform nachzeichnen: der deutschsprachigen Wikipedia. Sie zählt seit Längerem zu den wichtigsten Informationsangeboten im Internet und wird auch von einem großen Teil der älteren Internetnutzer genutzt („Statistik. Daten aus der ARD/ZDF-Onlinestudie 2013“, 2013, S. 402). Auch wenn bisher keine repräsentativen Erkenntnisse zur Bedeutung der Wikipedia bei der gesundheitsbezogenen Informationssuche vorliegen, so spricht doch einiges für ihre Relevanz: Explorative Studien zeigen, dass Wikipedia-Artikel häufig im Verlauf der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen auftauchen (z.B. Jones & Biddlecom, 2011) und dass die Plattform auch von medizinischen Fachkräften genutzt wird (z.B. von Muhlen & Ohno-Machado, 2012). Zudem sind die Artikel in den Trefferrangfolgen gesundheitsbezogener Suchmaschinenanfragen prominent platziert (z.B. Laurent & Vickers, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist es lohnenswert, sich mit den Inhalten der Wikipedia zu befassen (exemplarisch z.B. Hasty et al., 2014; Rajagopalan et al., 2011). Der Forschungsstand ist geprägt von Studien, die ausgewählte Wikipedia-Artikel durch Expertenratings bewerten und mit anderen Quellen vergleichen. Die Befunde variieren stark. Einige Arbeiten bescheinigen dem Online-Lexikon eine ausreichende bis gute Qualität, während andere Studien Mängel feststellen. Gemein haben die Studien, dass sie nur die aktuellen Versionen der Artikel im Querschnitt untersuchen und dass sie sich wegen der aufwändigen Expertenratings auf kleine Stichproben beschränken. Wir wählen daher einen anderen Zugang. Durch automatisierte Verfahren erfassen wir sehr viele relevante Artikel und beschreiben auch ihre Entwicklung im Zeitverlauf.

### *Methode*

Wir wollen einen wesentlichen Bereich der gesundheitsbezogenen Informationen auf

der deutschsprachigen Wikipedia möglichst vollständig untersuchen: Artikel über Krankheiten. Ausgangspunkt der Stichprobenziehung ist die Kategorie Krankheit.<sup>1</sup> Die Erhebung erfolgte über das MediaWiki API.<sup>2</sup> Zuerst wurden sämtliche Artikel, die der Kategorie Krankheit oder einer Unterkategorie zugeordnet sind, identifiziert und nicht relevante Artikel (z.B. zu Tierkrankheiten) entfernt (n = 4.524 Artikel). Im zweiten Schritt wurden diese Artikel inklusive aller Revisionen (frühere Artikelversionen) heruntergeladen (n = 471.574 Revisionen). Im Folgenden nutzen wir einen Teildatensatz, in dem nur die 238.945 Revisionen enthalten sind, die für mindestens 24 Stunden als aktuelle Version öffentlich einsehbar waren (bezogen auf Artikel: Min = 1, Max = 886, M = 52, SD = 84, Mdn = 23). Aus den Texten, die in der MediaWiki Markup Language<sup>3</sup> formatiert sind, lassen sich zahlreiche Indikatoren extrahieren. Auf die einzelnen Indikatoren gehen wir im Überblick über die Ergebnisse ein.

### *Erste Ergebnisse*

Betrachten wir zunächst die bloße Anzahl der Artikel im Längsschnitt, zeigt sich eine klare Saturierung (vgl. Abb. 1). Nach einer starken Phase der Expansion, in der zwischen Februar 2004 und Oktober 2006 monatlich im Mittel 70 neue Artikel angelegt wurden, stellte sich eine Sättigung ein. In der folgenden Zeit bis Februar 2010 kamen pro Monat noch durchschnittlich 33 Artikel hinzu. Seitdem liegt das monatliche Wachstum bis auf eine Ausnahme unter 25 Artikeln.

Auf Ebene der Autoren bzw. Editoren zeigt sich zunächst eine zeitstabile Verteilung: Registrierte Autoren sind für 64% der Bearbeitungen verantwortlich, weitere 20% der Änderungen werden anonym vorgenommen. Schließlich sind Bots, also automatische Änderungsprogramme, für ca. 16% aller Bearbeitungen verantwortlich. Seit 2002 zählen wir bei krankheitsbezogenen Seiten 16.842 registrierte Bearbeiter, von denen 1.932 als regelmäßige Autoren wirken, d.h. mehr als 10 Beiträge bearbeitet haben. Dabei sind die 220 aktivsten Autoren für die Hälfte der Überarbeitungen von registrierten Autoren verantwortlich. Im Zeitvergleich (vgl. Abb. 2) zeigt sich jedoch, dass die deutsche Wikipedia bei krankheitsbezogenen Artikeln immer weniger neue Bearbeiter anzieht und noch weniger neue regelmäßige Autoren hinzukommen.

Bei der Betrachtung der Artikel fällt auf, dass der durchschnittliche Umfang der Beiträge seit 2007 mehr oder minder stabil ist (vgl. Abb. 3). Die Streuung ist dabei recht hoch: neben kurzen Platzhalter-Beiträgen finden sich auch Artikel mit mehreren

---

<sup>1</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Kategorie:Krankheit>

<sup>2</sup> <https://www.wikidata.org/w/api.php>

<sup>3</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Help:Wiki\\_markup](http://en.wikipedia.org/wiki/Help:Wiki_markup)

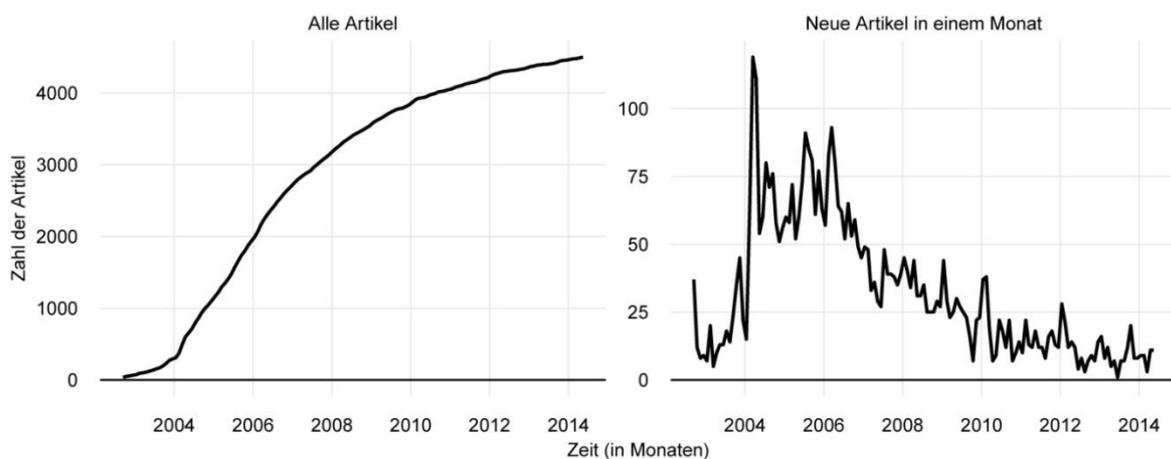
tausend Wörtern Umfang (vgl. auch Abb. 5). Die interne Verlinkungsstruktur auf Wikipedia hat über die Jahre zugenommen, was vor allem auf eine bessere Verschlagwortung und Kategorienbildung zurückzuführen ist. Somit wird es für die Nutzer leichter, innerhalb der Wikipedia weiterführende Informationen zu finden.

In Abbildung 4 ist die Entwicklung von vier Qualitätsindikatoren der krankheitsbezogenen Artikel dargestellt. Während die Verlinkung auf Online-Quellen außerhalb der Wikipedia relativ verbreitet ist, aber nur wenig zugenommen hat, ist sowohl die Verwendung von Quellennachweisen als auch Fußnoten – nachdem diese Features technisch möglich waren – im Untersuchungszeitraum erheblich häufiger geworden. Die Verwendung von Abbildungen stagniert dagegen seit einigen Jahren auf recht niedrigem Niveau.

Zusammengefasst zeigen die ersten Befunde, dass die deutschsprachige Wikipedia heute ein breites Angebot an Informationen über Krankheiten bietet. Eine sehr große Zahl der Artikel wurde in der frühen Expansionsphase angelegt. Seitdem steht die Erweiterung und Verbesserung ausgewählter Artikel im Vordergrund. Diese Entwicklung hält weiter an, verlangsamt sich in den letzten Jahren jedoch etwas. Dies liegt vermutlich zum einen an einer Sättigung des Informationsangebots. Zum anderen ist jedoch auch der Zuwachs neuer Autoren seit einigen Jahren gering.

### *Ausblick*

Im Vortrag werden wir zusätzlich auf die inhaltliche und personelle Struktur der Wikipedia-Kategorie Krankheit eingehen. Dazu zählen etwa Link-Netzwerke der Artikel sowie Two-Mode-Netze von Autoren und Artikeln. Außerdem sollen auch individuelle Revisionsverläufe detaillierter untersucht werden (vgl. illustrativ Abb. 5).



*Abbildung 1: (Neue) Artikel über Krankheiten auf der deutschsprachigen Wikipedia*

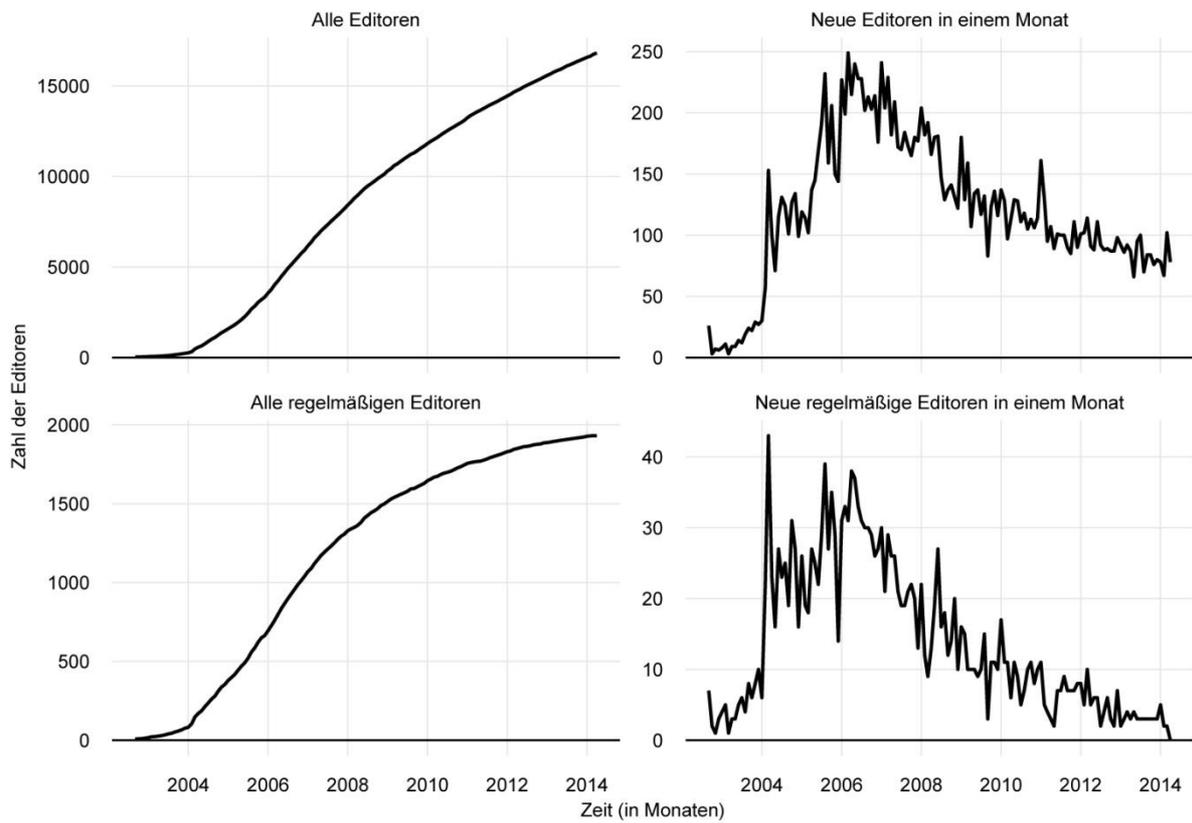


Abbildung 2: Editoren von Artikeln in der Kategorie Krankheit

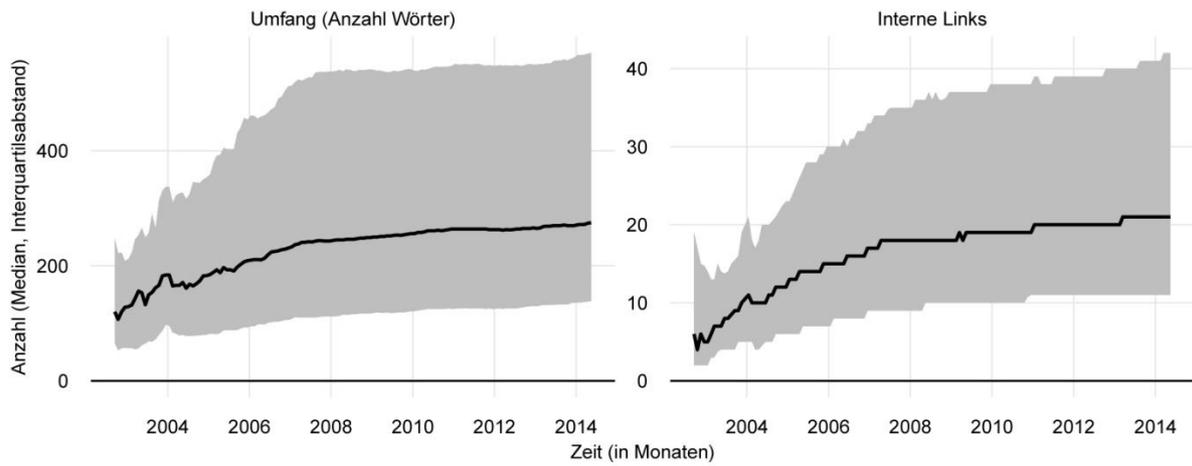


Abbildung 3: Umfang und interne Verlinkung der Artikel

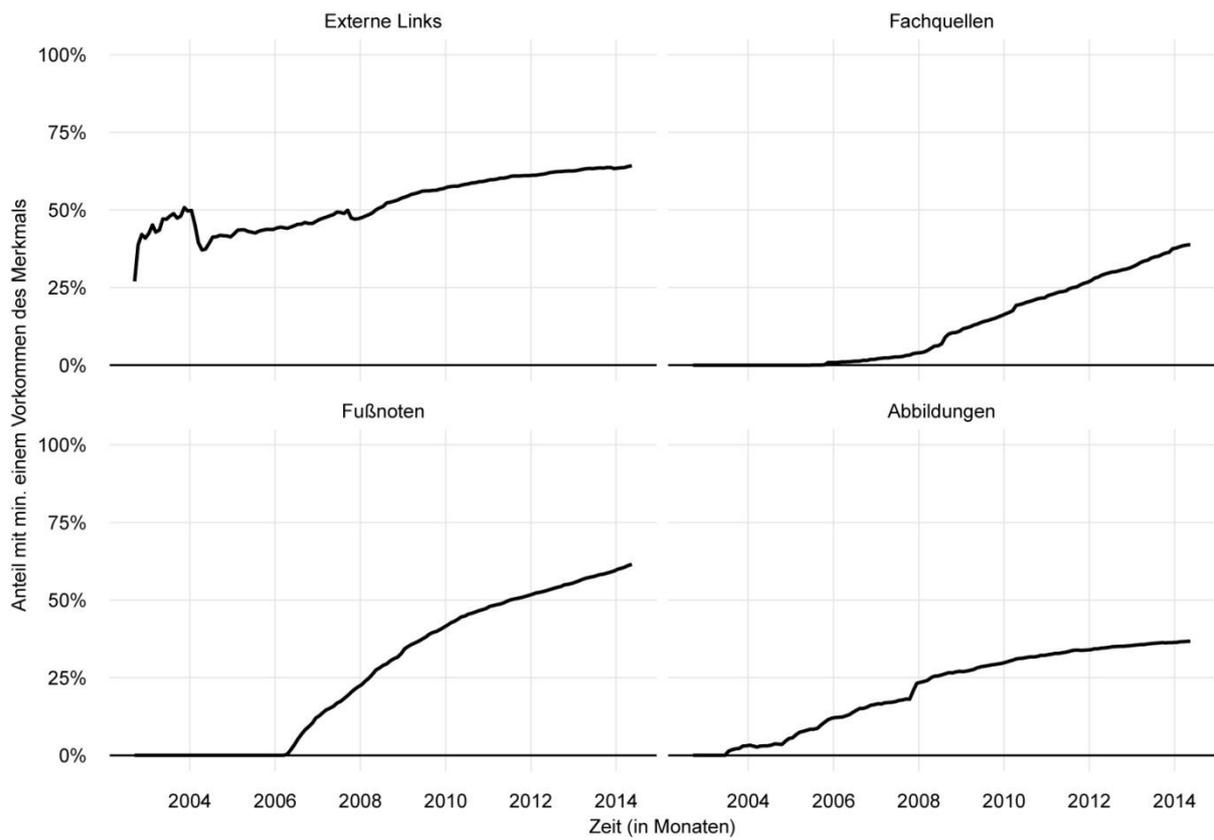


Abbildung 4: Anteil der Artikel mit mindestens einem externen Link, einer Fachquellen, einer Fußnote bzw. einer Abbildung

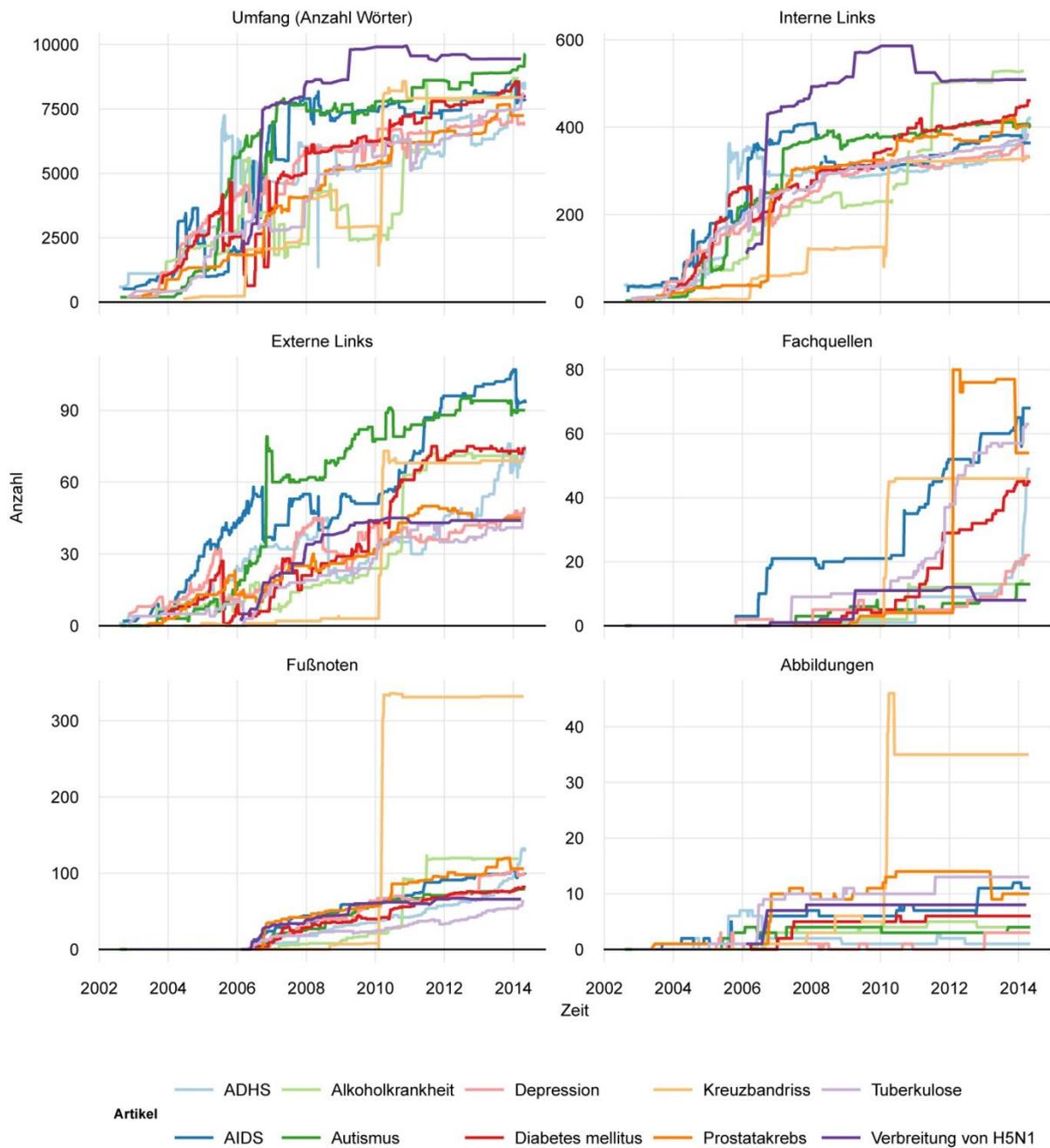


Abbildung 5: Entwicklung der zehn heute ausführlichsten Artikel

**Literatur:**

- Hasty, R. T., Garbalosa, R. C., Barbato, V. A., Valdes, P. J., Powers, D. W., Hernandez, E., . . . Somji, A. A. (2014). Wikipedia vs peer-reviewed medical literature for information about the 10 most costly medical conditions. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*, 114 (5), 368-373. doi: 10.7556/jaoa.2014.035
- Jones, R. K. & Biddlecom, A. E. (2011). Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *Journal of Health Communication*, 16 (2), 112-123. doi: 10.1080/10810730.2010.535112
- Laurent, M. R. & Vickers, T. J. (2009). Seeking Health Information Online: Does Wikipedia Matter? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16 (4), 471-479. doi: 10.1197/jamia.M3059
- Rajagopalan, M. S., Khanna, V. K., Leiter, Y., Stott, M., Showalter, T. N., Dicker, A. P. & Lawrence, Y. R. (2011). Patient-oriented cancer information on the internet: A comparison of Wikipedia and a professionally maintained database. *Journal of Oncology Practice*, 7 (5), 319-323. doi: 10.1200/jop.2010.000209
- Rossmann, C. (2010). Gesundheitskommunikation im Internet. In W. Schweiger & K. Beck (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 338-363). Wiesbaden: VS.
- Santana, S., Lausen, B., Bujnowska-Fedak, M., Chronaki, C., Prokosch, H.-U. & Wynn, R. (2011). Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. *BMC Family Practice*, 12 (1), 20. doi: 10.1186/1471-2296-12-20
- Statistik. Daten aus der ARD/ZDF-Onlinestudie 2013. (2013). *Media Perspektiven, o.J.* (7-8), 400-406.
- von Muhlen, M. & Ohno-Machado, L. (2012). Reviewing social media use by clinicians. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19 (5), 777-781. doi: 10.1136/amiajnl-2012-000990

## **Decision making processes of bystanders: the role of narrative perspective, self-referencing and social distance?**

Violence in intimate relationships (Intimate Partner Violence IPV) is, according to the World Health Organization, a key health risk (World Health Organization 2002). However, it is often trivialized in public discourse. In recent years, efforts have increased in employing a particular behavior change in the social environment. A supportive environment against IPV should be aware of the active role of a society that recognizes forms of violence and that is enabled to use suitable means of prevention. Pro social communication campaigns are a popular mean of addressing the tabooization and trivialization of IPV (Winstok, 2007). However, bystander addressed campaigns are faced with the challenge to reach an audience that is not itself directly affected by the problem but should still be encouraged to readiness to act, even though their health is not at immediate risk in this population and their action causes personal efforts. Against this background, the question arises, how effective bystander-addressed communication can be designed and what factors contribute to bring about a change in attitude among its recipients.

Referring to tabooization processes of the topic, two aspects need more clarification.

First, recipients are bystanders against their will and want to avoid any insights into the topic. However, insights should be most intense when reading about emotional loaded experiences of a victim suffering from IPV. The effectiveness of narrative communication strategies is explained by their potential to transport readers into the story world and allow perspective taking processes with the characters (for an overview see Busselle & Bilandzic, 2013). When perspective taking with a victim is actively avoided by recipients, narrative persuasion is hindered. This individual strategy of social distancing would be in line with the tabooization process on a social level. Thus, the question emerges, if shifting the perspective used in a narrative from a victim- to a bystander-perspective has the potential to reduce the perceived social distance with the character in the campaign and as a consequence make transportation experiences more likely. We therefore assume that a narrative message against IPV, written from the 1<sup>st</sup> person perspective of an active bystander, should be more effective in terms of reducing social distance, increasing self-referencing, and increasing helping intention compared to campaigns based on a victim's perspective.

Second, the perception of the situation by potential bystanders should be analyzed

more carefully. Regarding the decision making process of bystanders according to Darley and Latané the perception of the situation and its evaluation as an emergency is essential for further action. By referring to a severe case, trivialization processes of IPV should be reduced (Winstok, 2007). However by focusing on very severe and complex cases that include different forms of physical and psychological violence, taboozation processes should be increased and by this narrative engagement may be avoided. The perception of the situation should be more comprehensible when the campaign refers to distinct cases of violence that have a clear causal structure. Therefore it should be worthwhile to differentiate between physical and mental types and outcomes of IPV, since both forms of IPV are typical but less often in combination (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012). Moreover, portraying psychological violence is often a minor matter in IPV campaigns, which in general focus on severe physiological violence and shocking images of brute force.

To address those two aspects a 2 (victim versus bystander perspective) x 2 (1<sup>st</sup> versus 3<sup>rd</sup> person perspective) x 2 (emotional versus factual argumentation) x 2 (physic versus psychological violence) online experiment was conducted. Two hundred and forty one people participated in the online experiment ( $M_{age} = 26,53$ ,  $SD = 15,11$ , 77 male (32 %), 164 female (68 %)). Links to the online-questionnaire were posted on Facebook and on the Website of the online magazine *Psychology today*. Furthermore an invitation was sent via mailing lists at several German universities and colleges. In contrast to our predictions texts written from the perspective of a bystander were perceived as less self-relevant than texts written from the perspective of a victim. In terms of type of violence an interaction effect with perspective and argumentation strategy becomes visible, indicating that understanding processes of both violence forms is different.

#### **Literatur:**

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012). Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung. Online abgerufen Juni 14, 2014 unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewalt-paarbeziehungen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Busselle, R., & Bilandzic, H. (2013). Narrative Persuasion. In Dillard, J. & Shen, L. (Eds.). *The SAGE Handbook of Persuasion. Developments in Theory and Practice* (2<sup>nd</sup> Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 200-219.

Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior, 12*(3), 348-363. doi: 10.1016/j.avb.2006.12.001

## **PANEL 2: EFFEKTIVITÄT UND GRENZEN DER MODERNEN KAMPAGNENGESTALTUNG: (NICHT-)INTENDIERTE EFFEKTE VON GESUNDHEITSBOTSCHAFTEN**

*Doreen Reifegerste, Constanze Rossmann*

### **Gemeinsam aktiver? Der Einfluss von Gruppenbildern auf die körperliche Aktivität**

Es deutet einiges darauf hin, dass Gesundheitsinformationen, die bildlich dargestellt werden, besser verstanden werden, mehr Aufmerksamkeit erhalten, besser erinnert werden und eine höhere Bereitschaft erzeugen, das empfohlene Verhalten zu übernehmen oder beizubehalten, als rein textbasierte Botschaften (Chang, 2013). Befunde zur sozial-kognitiven Theorie weisen darüber hinaus darauf hin, dass ein visuell dargestelltes oder vorgestelltes Rollenmodell die Selbstwirksamkeit für das empfohlene Verhalten eher verstärkt als die reine Beschreibung eines solchen Modells (Bandura, 2004; Gollwitzer & Oettingen, 1998). In der Gesundheitskommunikation wurde die Wirksamkeit visueller Botschaften im Vergleich zu textlichen bislang allerdings nur unzureichend erforscht (Chang, 2013). Bisherige Untersuchungen konzentrierten sich vor allem auf furcht- und ekelerregende Bildmotive, die u.a. auf Zigarettenschachteln zur Prävention von Tabakkonsum eingesetzt werden (z. B. Timmers & van der Wijst, 2007), vernachlässigen aber positive visuelle Frames. Eine aktuelle Studie von Chang (2013) zeigt allerdings, dass durch die bildliche Darstellung von Handlungsempfehlungen die Selbstwirksamkeit erhöht werden kann. Bislang ist jedoch unklar, welche Bildmotive dafür konkret geeignet sind.

Allgemein versprechen Botschaften dann eine hohe Persuasionswirkung, wenn sie Motive ansprechen, die für Rezipienten relevant sind (Bonfadelli & Friemel, 2010; Reifegerste, 2013). Im Kontext körperlicher Aktivität deuten verschiedene Studien darauf hin, dass Handlungsintentionen und Verhalten – insbesondere bei Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko – durch die Gemeinschaft mit anderen gefördert werden können (Göhner, 2007; Rossmann, 2013; Sudeck, Lehnert, & Conzelmann, 2011). Diese Bindungsmotivation lässt sich sowohl durch die Orientierung an sozialen Normen (vgl. Theory of Planned Behavior; Rogers, 1983) als auch das Bedürfnis nach

Geselligkeit erklären (Sokolowski & Heckhausen, 2010). Zur Förderung körperlicher Aktivität durch Gesundheitskampagnen erscheinen daher insbesondere solche Bildmotive zielführend zu sein, die gemeinsame sportliche Aktivitäten in der Gruppe darstellen.

Konkret sollten Bilder, die gemeinsame sportliche Aktivitäten darstellen, einen stärkeren Einfluss auf verhaltensbezogene Einstellungen, wahrgenommene Normen, Selbstwirksamkeit und Intentionen, körperlich aktiv zu sein, haben als Abbildungen von Einzelpersonen (Hypothese 1). Zudem vermuten wir, dass Personen mit hohem Gesundheitsrisiko (durch einen hohen BMI, wenig körperliche Aktivität und geringes Gesundheitsinteresse) eher durch Gruppenbilder von körperlicher Aktivität überzeugt werden können als durch Einzelbilder (Hypothese 2). Wie wir aus der psychologischen Forschung wissen, weisen Menschen ein unterschiedliches Bindungsbedürfnis auf. Dies kann entweder auf einer grundsätzlichen Persönlichkeitseigenschaft (sog. Need-to-Belong; Baumeister & Leary, 1995) oder auf einer situationsspezifischen Aktivierung des Bindungsmotivs beruhen. Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass der Einfluss von Bildern mit gemeinsamer Aktivität bei Personen, die eine hohe Bindungsmotivation aufweisen, noch deutlicher ausfällt (Hypothese 3).

Um dies zu untersuchen, haben wir im Frühjahr 2014 ein zweifaktorielles Online-Experiment (Faktor 1: Einzel- vs. Gruppenbild, Faktor 2: Aktivierung des Bindungsmotivs vs. keine Aktivierung) durchgeführt. Die Stichprobe wurde über das Sosci-Panel (Leiner, 2014) rekrutiert. Die Probanden sahen randomisiert entweder eine Bilderserie mit Einzelpersonen oder Bilder mit mehreren körperlich Aktiven. Jede Serie enthielt zu gleichen Teilen weibliche und männliche Aktive zu den Sportarten Laufen, Radfahren, Walken und Wandern. Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Qualität der Bilder, die Professionalität der Sportler, die Größe und das Alter der dargestellten Personen jeweils vergleichbar waren.

Um das Bindungsmotiv vor der Betrachtung der Bilder zu aktivieren (sog. Priming), erhielt eine Hälfte der Teilnehmer (ebenfalls zufallsbasiert) Fragen mit bindungsrelevantem Inhalt (Krajewski, Sauerland, & Muessigmann, 2011). Die andere Hälfte erhielt lediglich neutrale Fragen. Als abhängige Variablen wurden die Intention und die Selbstwirksamkeit zur körperlichen Aktivität (Fuchs & Schwarzer, 1994) sowie Einstellungen und soziale Normen (Rossmann, 2012) gemessen. Die Total-Activity-Intention wurde basierend auf der Godin-Leisure-Skala als gewichtete Summe aus Frequenz und Dauer anstrengender, mittlerer und leichter körperlicher Aktivität berechnet (Lippke et al., 2012). Zudem wurden das Bindungsbedürfnis (Stumpf,

Angleitner, Wieck, Jackson, & Beloch-Till, 1985), die bisherige körperliche Aktivität (Godin & Shephard, 1985), das Gesundheitsbewusstsein (BCN, 2006) und der Body-Mass-Index als mögliche moderierende Variablen erhoben.

Die nach Datenbereinigung verbliebenen 585 Probanden (56,1 % Frauen) im Alter von 14 bis 84 Jahren weisen ein mittleres Gesundheitsbewusstsein ( $M=3,32$ ;  $SD=0,91$  auf einer Skala von 1 bis 5) und einen BMI zwischen 16 und 54 auf. Fast die Hälfte der Befragten (46,8%) ist überwiegend zusammen mit anderen körperlich aktiv.

Eine multivariate Kovarianzanalyse mit BMI, Alter und Geschlecht als Kovariaten zeigt signifikante Haupteffekte der unterschiedlichen Bildtypen auf die Bildbewertung und die Selbstwirksamkeit. Gruppenbilder wurden zwar schlechter bewertet als Einzelbilder, erreichten aber eine höhere Einschätzung der Selbstwirksamkeit für körperliche Aktivitäten. Betrachtet man lediglich Personen, die einen BMI  $> 25$  (Übergewicht), geringe körperliche Aktivität oder geringes Gesundheitsinteresse aufweisen, bestätigt sich dieser Effekt auf die Selbstwirksamkeit. Zudem zeigt sich ein Interaktionseffekt: Wird (durch Priming) Bindungsmotivation aktiviert, führen Bilder von gemeinsamer sportlicher Aktivität bei Hochrisikopersonen zu höherer Intention, höherer Normwahrnehmung oder wahrgenommener Verhaltenskontrolle als Darstellungen einzelner Sportler. Allerdings wird die beschriebene Wirkungsweise eher durch situationsspezifische Aktivierung des Bindungsmotivs als durch stabilere Eigenschaften beeinflusst, da das Persönlichkeitsmerkmal zwar signifikante Haupteffekte aber keine Interaktionseffekte aufweist.

Somit zeigt sich, dass Gruppenbilder eine höhere Persuasionskraft als Einzelbilder aufweisen und die Wirkungsweise von Bildern motivbasiert unterschiedlich ausfällt. Bislang lässt sich auf Basis der Befunde vermuten, dass der Einsatz von bildlichen Darstellungen für Gesundheitskampagnen durchaus aussichtsreich ist, obwohl Darstellungen von körperlicher Aktivität bislang vor allem für Anzeigen von Privatunternehmen genutzt werden (Berry, McCarville, & Rhodes, 2008). Die konkrete Auswahl der Bildmotive sollte sich dabei nicht nur an der Zielstellung der Kommunikatoren, sondern auch an den relevanten Motiven der Zielgruppe (z. B. Bindungsmotivation) orientieren.

#### **Literatur:**

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164.

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- BCN. (2006). *Typologie der Wünsche: Methodenbeschreibung, Modelle, Grundzählung*. Offenburg.
- Berry, T. R., McCarville, R. E., & Rhodes, R. E. (2008). Getting to know the competition: a content analysis of publicly and corporate funded physical activity advertisements. *Journal of health communication*, 13(2), 169–180.
- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2010). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen (2nd ed.)*. Kommunikationswissenschaft. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.
- Chang, C. (2013). Seeing Is Believing: The Direct and Contingent Influence of Pictures in Health Promotion Advertising. *Health Communication*, 28(8), 822–834.
- Fuchs, R., & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 15(3), 141–154.
- Godin, G., & Shephard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian journal of applied sport sciences. Journal canadien des sciences appliquees au sport*, 10(3), 141–146.
- Göhner, W. (2007). Gruppenprogramme zum Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. In R. Fuchs, W. Göhner, & H. Seelig (Eds.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis* (S. 254–273). Hogrefe Verlag.
- Gollwitzer, J. M., & Oettingen, G. (1998). The emergence and implementation of health goals. *Psychology & Health*, 13, 687–715.
- Krajewski, J., Sauerland, M., & Muessigmann, M. (2011). The effects of priming-induced social approach and avoidance goals on the exploration of goal-relevant stimuli: An eye-tracking experiment. *Social Psychology*, 42(2), 152.
- Lippke, S., Ernsting, A., Richert, J., Parschau, L., Koring, M., & Schwarzer, R. (2012). Nicht-lineare Zusammenhänge zwischen Intention und Verhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20(3), 105–114.
- Reifegerste, D. (2013). Gesundheit ist das Wichtigste. Oder nicht? Die Bedeutung sozialer Motive für die Kampagnenplanung. In C. Rossmann & M. Hastall (Eds.), *Medien und Gesundheitskommunikation*.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection. In J. T. Cacioppo (Ed.), *Social psychophysiology. A sourcebook* (S. 153–176). New York: Guilford Press.
- Rossmann, C. (2012). „Gemeinsam ist es leichter“ – Zur Relevanz der Psychologie und Kommunikationswissenschaft für die Planung einer Kampagne zur Förderung körperlicher Aktivität. In S. E. T. Fengler & J. Jorch (Eds.), *Theoretisch Praktisch!? Anwendungsoptionen und*

gesellschaftliche Relevanz der Kommunikations- und Medienforschung // Theoretisch praktisch!?  
Anwendungsoptionen und gesellschaftliche Relevanz der Kommunikations- und Medienforschung  
(S. 255–269). Konstanz: UVK.

Rossmann, C. (2013). Identification of effective messages to promote physical activity. *International Journal of Communication and Health*, 1(2), 1-11.

Sokolowski, K., & Heckhausen, H. (2010). Soziale Bindung: Anschlussmotivation und Intimitätsmotivation. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), *Springer-Lehrbuch. Motivation und Handeln* (S. 193-210). Springer Berlin Heidelberg. Online unter: [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-12693-2\\_7](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-12693-2_7)

Stumpf, H., Angleitner, A., Wieck, T., Jackson, D. N., & Beloch-Till, H. (1985). PRF-D. Personality research form-German version: Göttingen, Germany: Hogrefe.

Sudeck, G., Lehnert, K., & Conzelmann, A. (2011). Motivbasierte Sporttypen. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 18(1), 1–17.

Timmers, R., & van der Wijst, P. (2007). Images as anti-smoking fear appeals: the effect of emotion on the persuasion process. *Information Design Journal (IDJ)*, 15(1), 21–36.

*Marcus Capellaro, Diethard Sturm, Hans-Guido Mücke, Patricia Sadre Dadras,  
Pia Kahn, Marian Schmidt*

## **Können Hitzewarnungen die gesundheitlichen Schäden durch Hitzewellen reduzieren? – Evaluation und Weiterentwicklung nationaler Informationssysteme vor dem Hintergrund des demografischen und klimatischen Wandels**

Der Klimawandel wirkt sich durch kontinuierliche Veränderungen, durch ein häufigeres und/oder verstärktes Auftreten von extremen Wetterereignissen und durch zunehmende Klimavariabilität auch auf die menschliche Gesundheit aus.

So starben in Deutschland im Hitzesommer 2003 rund 7.000 Menschen an Hitze assoziierten Erkrankungen (wie Herzinfarkt, Herz-Kreislaufkrankungen etc.). Verstärkte Sonneneinstrahlung könnte z.B. das Hautkrebsrisiko erhöhen. Eine Zunahme von allergischen Reaktionen kann durch längeres und zeitlich verschobenes Auftreten von Pollen erfolgen. Häufigere sommerliche Hochdruckwetterlagen könnten die Bildung von bodennahem Ozon begünstigen, das zu Atembeschwerden führen kann. Der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft vergrößert zudem insbesondere den Anteil der für Hitze vulnerablen Bevölkerung.

So verfolgt das vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit geförderte Evaluationsvorhaben „Anpassung an den Klimawandel: Evaluation bestehender nationaler Informationssysteme (UV-Index, Hitzewarnsystem, Pollenflug- und Ozonvorhersage) aus gesundheitlicher Sicht — Wie erreichen wir die empfindlichen Bevölkerungsgruppen“ (FKZ: 371262207) die Ziele:

- Evaluation der Informationssysteme,
- Entwicklung eines Kommunikationskonzeptes und
- Entwicklung einer Strategie für die Versorgung.

In diesem Vortrag soll das Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes exemplarisch evaluiert werden. Gesundheitsgefährdung durch Hitze betrifft spezifische vulnerable Bevölkerungsgruppen, wie ältere Personen, chronisch Erkrankte, Menschen mit psychiatrischer Grunderkrankung, pflegebedürftige Personen, Kinder, aber auch Menschen die berufsbedingt keine Möglichkeit haben sich ausreichend vor Hitze zu schützen oder in ihrer Freizeit hohe körperliche Leistung im Freien erbringen.

Wirkungsvolle Informationen bzw. Warnungen bei Extremwetterereignissen sind

notwendig, um negative gesundheitliche Folgen, Leid und auch Tod zu vermeiden. Ebenso können sie kontrollierend sowie minimierend auf die Entstehung von extremwetterbezogenen Gesundheitskosten wirken. Es wird überprüft in wieweit Warnungen rezipiert werden und zur schützenden Handlung führen.

Seine theoretische Fundierung erhält das Projekt durch das PRECEDE-PROCEED Modell<sup>1</sup>, das einen größeren Zusammenhang der Gesundheitsförderung beschreibt. In neun Phasen wird ein gesundheitsrelevantes Thema analysiert (Phasen 1-5), die Entwicklung und Implementierung einer Intervention (Phase 6) und deren Evaluation (Phasen 7-9) durchgeführt. Obwohl in diesem Projekt keine neue Intervention entwickelt und implementiert wird, ist das Modell nützlich, um das Verhalten der Bevölkerung, sowie die das Verhalten bestimmenden Faktoren systematisch zu analysieren und die durch die Informationssysteme bewirkten Verhaltensänderung zu evaluieren.

Das methodische Vorgehen fand mittels einer bundesweiten CATI<sup>2</sup>- Befragung statt. Befragt wurden 4.000 per Zufall ausgewählte Personen. Alle Befragten beantworteten einen allgemeinen Fragenteil zu Extremwetterereignissen. Entsprechend ihrer Antworten konnten potentielle vulnerable Personen Risikogruppen zugeordnet werden und wurden zu einem spezifischen, das Risiko betreffenden, Thema weiter befragt. Die Datenauswertung fand mittels deskriptivem und varianzanalytischem Vorgehen statt (SPSS).

Einige vorläufige Ergebnisse zu Hitze sind folgende:

Die subjektive Belastung ist bei Hitze akut und ausgeprägt, somit betrifft sie sowohl vulnerable als auch nicht vulnerable Personen. Die Schutzmöglichkeiten sind unter anderem sehr von individuellen Lebensumständen beeinflusst, zum Beispiel ist das Aufsuchen kühler Räume für Personen, die sich beruflich im Freien aufhalten müssen, nur schwer möglich.

Die Hitzewarnungen sind bei 71% der Befragten bekannt. Eine Verwechslung mit der Wettervorhersage an heißen Tagen kann nicht ausgeschlossen werden. Jedoch antworten 51,1% der Personen, die schon einmal von einer Hitzewarnung gehört haben, dass es sich bei der Hitzewarnung um eine Warnung des Deutschen Wetterdienstes gehandelt habe.

---

<sup>1</sup> Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield

<sup>2</sup> Computer assisted telephone interview

Es besteht jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kenntnis der Hitzewarnung und der Nutzung von Schutzmaßnahmen. Trotzdem gibt die Mehrheit der Bevölkerung an, dass der Erhalt von Warnungen bzw. Informationen helfen würde, entsprechende Schutzmaßnahmen zu ergreifen (64,3%).

In Regressionsmodellen konnten einige signifikante kausale Zusammenhänge identifiziert werden. So wird die Nutzung von Schutzmaßnahmen gegen Hitzeeinflüsse von der Einschätzung der Eignung und der Wirksamkeit dieser Maßnahme beeinflusst.

Keinen signifikanten Einfluss dagegen hat die Informiertheit, die Informationsquelle oder das Gesundheitsinteresse in dem aus dieser Befragung abgeleiteten statistischen Modell.

Die Präsenz im Alltag von Hitze als Risikofaktor in der Wahrnehmung der Befragten hatte einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, Hitze als gesundheitsgefährdend für sich selbst einzuschätzen. Ebenfalls signifikanten Einfluss hat die persönliche Betroffenheit.

Die Regressionsmodelle wurden mit einem Nullmodell bestehend aus den erhobenen demographischen Faktoren abgeglichen. Diese Faktoren hatten jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Outcome Variablen, weshalb sie nicht als Störfaktoren gelten und die Ergebnisse nicht beeinflussen.

Aktuell befindet sich das Projekt in der Phase der Entwicklung eines Kommunikationskonzeptes basierend auf den Ergebnissen der Evaluation. Die Empfehlungen betreffen die kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie die Optimierung der akuten Warnungen.

## **Nicht-intendierte Effekte von Gesundheitskommunikation**

Welche Wirkung haben Aufklärungskampagnen auf die Konsumenten von Produkten, die mit Gesundheitsrisiken verbunden sind? Diese Frage prägt zunehmend gesundheitspolitische Diskussionen weltweit. Vor dem Hintergrund der in den Industrienationen epidemisch zunehmenden Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen erhalten die Kommunikationspolitik und ihre staatliche Regulierung zentrale Bedeutung.

In unserem Beitrag sollen die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage (n=1036) berichtet werden, die das Ziel verfolgt, die Wirksamkeit von kommunikativen Verbraucherschutzmaßnahmen in Abhängigkeit von Merkmalen der Konsumenten zu untersuchen. Individuelle Unterschiede spielen bei der Rezeption von Gesundheitskommunikation eine entscheidende Rolle. Auf der Basis bisheriger Untersuchungsergebnisse (Mowen et al., 2004; Hirsh et al., 2012; Black et al., 2010) kann postuliert werden, dass konsumentenseitige Determinanten maßgeblich durch persönlichkeitspsychologische Faktoren abgebildet werden können. Im Fokus der Untersuchung stehen daher Beziehungen zwischen der Persönlichkeitsstruktur der Konsumenten und deren individueller Reaktion auf eine Gesundheitsbotschaft.

Zur genaueren Klärung der Wirkungsweisen solcher kommunikativen Maßnahmen stehen diejenigen nicht-intendierten Effekte im Mittelpunkt, die in bisherigen Untersuchungen nur selten umfassend operationalisiert wurden, insbesondere die dispositionale und die situative Reaktanz, sowie der Third-Person-Effekt: Die *dispositionale Reaktanz*, verstanden als Persönlichkeitsvariable, wird auch Trait-Reaktanz genannt (Merz, 1983). Darunter wird eine interindividuell unterschiedlich ausgeprägte Tendenz verstanden, situative Reaktanz zu mobilisieren. Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit hohen Reaktanzwerten eher dominant, unabhängig und selbstsicher sind und internale Kontrollüberzeugungen aufweisen (Brehm, 1966). Die Messung der dispositionalen Reaktanz könnte Aufschluss darüber geben, inwiefern Personen, die sensibel auf Anweisungen und Ge- und Verbote reagieren, auch eher zur Ablehnung von Gesundheitskampagnen tendieren. Die 11 Items zur dispositionalen Reaktanz wurden dem Vierfaktoren-Modell der Reaktanz von Hong (Hong, 1992; Hong & Faedda, 1996; Brown, Finney & France, 2009) entnommen und Merz (1983; Herzberg, 2002) folgend ins Deutsche übersetzt. Die *situative Reaktanz* beschreibt spezifische Reaktionen, die auf eine unmittelbar erlebte Freiheitsbeeinflussung folgen, z. B. ausgelöst durch die Rezeption von

Gesundheitsbotschaften. Sie ist von der zeitlich stabilen und situationsübergreifenden, dispositionalen Reaktanz zu differenzieren. Die Erfassung dieser so genannten State-Reaktanz erfolgt über die beiden Subskalen *Perceived Threat to Choice* und *Counter-Arguing* der Skala von Gardner (2010), die mit fünf selbst generierte Items ergänzt wurden. Welche Wechselwirkungen zwischen den beiden Konstrukten der situativen State-Reaktanz und der dispositionalen Trait-Reaktanz im Kontext von Gesundheitskommunikation bestehen, wurde noch nicht hinreichend erforscht (Dillard, & Shen, 2005; Silvia, 2006). Insbesondere hierzu soll die vorliegende Studie einen ersten Beitrag liefern.

Es liegen zahlreiche Belege dafür vor, dass Menschen der Meinung sind, dass Massenmedien andere beeinflussen, während sie selbst nicht von dieser Medienwirkung betroffen seien (Dohle, 2013). Lewis, Watson, Tay und White (2007) konnten zeigen, dass dieser *Third Person-Effekt* mit geringeren Einstellungsänderungen korreliert. Zur Erfassung des Third Person Effekts wurden Items von Dohle und Vowe (2010) verwendet, die durch Messung der Wahrnehmungsdifferenz (Mittelwertvergleiche zwischen First- und Third-Person-Items) die Stärke des Effekts indizieren und dadurch weitere Analysen (z. B. zu Zusammenhängen mit Reaktanz) erlauben.

Zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen wurden Items aus den Subskalen des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars (Borkenau & Ostendorf, 2008, nach Costa & McCrae, 1989) integriert. Als relevant erachten wir die Faktoren *Neurotizismus* und *Verträglichkeit*. Neurotizismus beschreibt die emotionale Stabilität bzw. Instabilität einer Person: Während sich Personen mit hohen Ausprägungen auf dieser Skala eher als nervös, ängstlich, verlegen oder traurig beschreiben, gelten emotional stabile Charaktere als ruhig, ausgeglichen und sorgenfrei. Da in der Gesundheitskommunikation häufig Furchtappelle verwendet werden, können unterschiedliche Wirkmechanismen in Abhängigkeit von Neurotizismuswerten erwartet werden. Wir vermuten, dass Personen mit hohen Werten stärker (i.S.v. besorgter bis aversiv) auf Furcht evozierende Botschaften reagieren. Die Subdimension *Verträglichkeit* bezeichnet Eigenschaften wie Empathie, Kooperationsbereitschaft und Nachsichtigkeit. Auch hinsichtlich dieser Persönlichkeitseigenschaft lassen sich Zusammenhänge mit der erlebten Reaktanz bei der Rezeption von Verbraucherschutzmaßnahmen erwarten: Kooperationsbereitschaft kann als eine Voraussetzung für *Compliance*, also der Folgsamkeit gegenüber einem Therapievorschlag, betrachtet werden. Im Zusammenhang mit präventiver Gesundheitskommunikation, die i.d.R. Verhaltensvorschläge beinhaltet, vermuten wir

einen negativen Zusammenhang zwischen *Verträglichkeit* und Reaktanz.

Weiterhin wurde das Konstrukt *Need for Control* berücksichtigt. *Need for Control* (Bleuel & Suckfüll, 2011; Burger & Cooper, 1979; siehe auch Skinner, 1996) bezeichnet das Bedürfnis einer Person, die externe Umwelt zu kontrollieren, einhergehend mit der Ablehnung von Fremdkontrolle. Diesbezüglich erwarten wir negative Auswirkungen von hohen Werten auf *Need for Control* auf die Bereitschaft, sich mit restriktionskommunikativen Maßnahmen auseinanderzusetzen.

Demographische Variablen sowie das präventive Gesundheitsverhalten (erhoben über eine 17-Item-Skala von Jayanti und Burns, 1998) werden als mögliche Kovariaten und Kontrollvariablen mit erhoben.

Da das Konstrukt *Werbeskepsis* (Obermiller und Spangenberg, 1998) als generelle Tendenz, Werbeaussagen nicht zu glauben, unseres Erachtens einem zeitgemäßen Verständnis von Werbekommunikation, das die Alltagspraxen der Konsumenten ernst nimmt, nicht gerecht wird, ist eine selbst entwickelte Skala in den Fragebogen integriert, die zunächst getestet werden soll. Zum einen dient die angestrebte Skala der Erfassung der Werbekompetenz im Sinne von *Persuasion Knowledge* (Friestad, & Wright, 1994) bzw. *Advertising Literacy* (O'Donohoe, & Tynan, 1998). Diese Konstrukte beschreiben die Fähigkeit zur Entschlüsselung von Manipulationsversuchen und zur Dekonstruktion von Werbekampagnen. Zum anderen erweitert die Skala die Perspektive, indem sie die konsumentenseitige Einstellung zur Werbung aus vier Perspektiven zu erfassen versucht: dem Produktnutzen, der Erweiterung von Handlungsspektren, als Teil eines Lifestyles sowie als intellektuelle Faszination.

Nach Abfrage der ausgewählten Persönlichkeitseigenschaften dienen uns zwei Spots aus einer Kampagne, die vor den Gefahren durch übermäßigen Konsum zuckerhaltiger Getränke warnt, als Stimuli zur Mobilisierung einer situativen Reaktion. Ein Spot versucht eine der gesundheitlichen Folgen von übermäßigem Zuckerkonsum, in diesem Fall Fettablagerungen im Körper, in einer potentiell ekel-erzeugenden Form zu visualisieren. Der andere Spot visualisiert die Zuckermenge, die in einem Soft-Drink enthalten ist, indem er einen Mann beim Konsum von entsprechend vielen portionierten Zuckertüten zeigt. In Abbildung 1 ist das Befragungsdesign schematisch dargestellt.

Für *Counter arguing* als Subdimension der situativen Reaktanz ergibt sich ein spotabhängiger Unterschied, der jedoch nur bei Männern auftritt. Bei der Spotevaluation korreliert die Subdimension *Einstellungsänderung* stark hochsignifikant mit *cognitive engagement*, jedoch mit *emotional engagement* nur schwach

hochsignifikant. Die neu entwickelte Skala zur Messung der allgemeinen Einstellung gegenüber Werbung weist ein Cronbachs Alpha von .835 auf. Wir finden keine korrelativen Zusammenhänge zwischen den einbezogenen Persönlichkeitsvariablen und Reaktanz. Der Vortrag beschließt mit einem Versuch, dieses unvermutete Ergebnis zu interpretieren und daraus Schlussfolgerungen für Folgestudien zu unterbreiten.

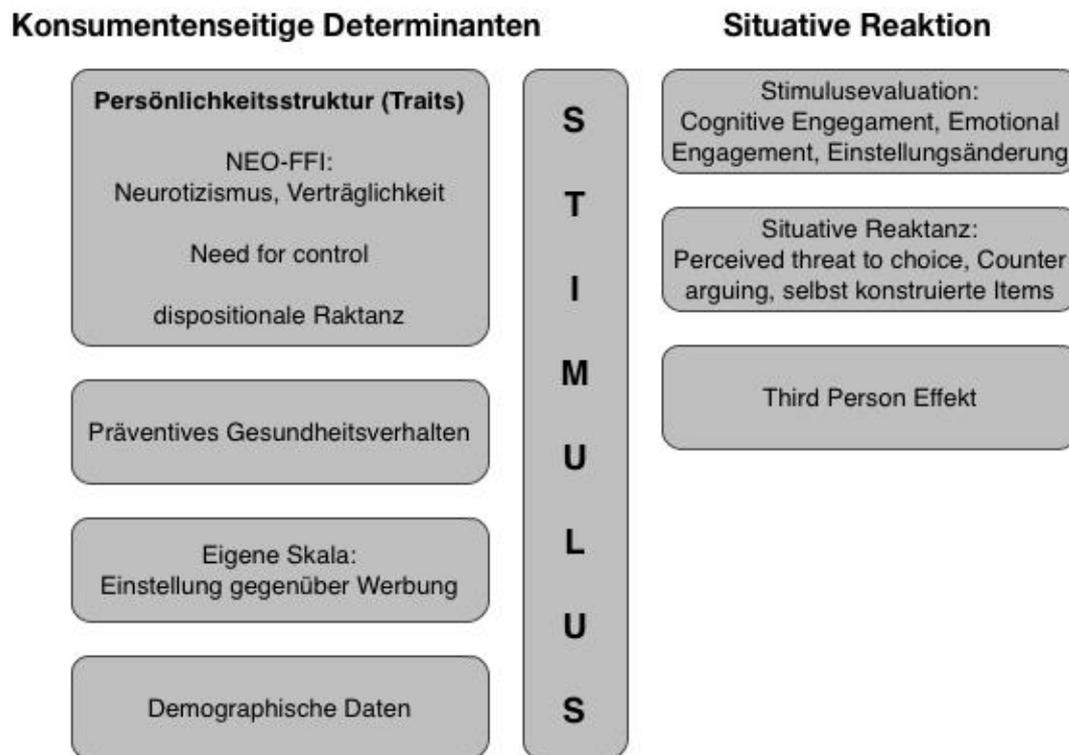


Abbildung 1: Befragungsdesign

**Literatur:**

Black, I. R., Organ, G. C., Morton, P. (2010). The effect of personality on response to sexual appeals, *European Journal of Marketing*, 44(9), 1453-1477.

Bleuel, F., & Suckfüll, M. (2011). Under Control. Emotion Regulation in Film Reception. In: A. Freitas-Magalhães (Ed.), *Emotional Expression: The Brain and the Face. 3rd Volume – Studies in Brain, Face, and Emotion* (pp. 239ff., ca. 30 pages). Edições Universidade Fernando Pessoa/E-book: Porto, Portugal.

- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). NEO-FFI, NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McGrae. 2., neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Brehm, J. W. (1966). A theory of psychological reactance. New York: Academic Press.
- Brown, A. R., Finney, S. J. & France, M. K. (2009). Examining the Dimensionality of the Hong Psychological Reactance Scale.
- Burger, J. M., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. *Motivation and Emotion*, 3, 381-393.
- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72, 144-168.
- Dohle, Marco (2013). *Third-Person-Effekt*. Baden-Baden: Nomos.
- Dohle, Marco & Vowe, Gerhard (2010). Wahrnehmung der politischen Einflüsse von Medienangeboten. Third-Person-Effekte bei Bürgern, Journalisten und Politikern im Vergleich. In: Christian Schemer, Werner Wirth & Carsten Wunsch (Hrsg.), *Politische Kommunikation: Wahrnehmung, Verarbeitung, Wirkung* (S. 11-29). Baden-Baden: Nomos.
- Friestad, M., & Wright, P. (1994). The Persuasion Knowledge Model: How People Cope with Persuasion Attempts. *Journal of Consumer Research*, 21(1), 1-31.
- Gardner, E. (2010). *Ease the résistance: The role of narrative and other-referencing in attenuation psychological reactance to persuasive diabetes messages*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia, MO.
- Hirsh, J. B., Kang, S. K., & Bodenhausen, G. V. (2012). Personalized persuasion: tailoring persuasive appeals to recipients' personality traits. *Psychological science*, 23(6), 578-81.
- Hong, S. M. (1992). Hong's psychological reactance scale: A further factor analytic validation. *Psychological Reports*, 70, 512-514.
- Hong, S. M., & Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 173-182.
- Jayanti, R. K. & Burns, A. C. (1998). The Antecedents of Preventive Healthcare Behavior: An Empirical Study. *Journal of the Academy of Marketing Science* 26(1), 6-15.
- Lewis, I. M., Watson, B. C., Tay, R. & White, K. M. (2007). The Role of Fear Appeals in Improving Driver Safety: A Review of the Effectiveness of Fear-arousing (threat) Appeals in Road Safety Advertising. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy* 3(2), 203-222.
- Merz, J. (1983). Fragebogen zur Messung der psychologischen Reaktanz. *Diagnostica*, 29(1), 75-82.
- Mowen, J. C., Harris, E. G., Bone, S. A. (2004). Personality traits and fear response to print advertisements: Theory and an empirical study. *Psychology & Marketing*, 21(11), 927-943.

- O'Donohoe, S., & Tynan, C. (1998). Beyond sophistication: Dimensions of advertising literacy. *International Journal of Advertising*, 17(4).
- Obermiller, C. & Spangenberg, E. R. (1998). Development of a Scale to Measure Consumer Skepticism Toward Advertising. *Journal of Consumer Psychology*, 7(2), 159-186.
- Schulz, J.; Müller, R. C.; Bresinsky, P.; Dissen G. (2013): Projektbericht Forschungsbereich II: Aktiver Konsum, Konsumentensouveränität und Warenästhetik, in: <http://restriktionen.org/forschungsergebnisse/>
- Silvia, P. J. (2006). Reactance and the dynamics of disagreement: Multiple paths from threatened freedom to resistance to persuasion. *European Journal of Social Psychology*, 36(5), 673-685.
- Skinner, E. A. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology* 7(3). 549-570.
- Suckfüll, M.; Reuter, M.; Schmidt, J. (2013): Projektbericht Forschungsbereich I: Empirische Rezeptionsforschung, in: <http://restriktionen.org/forschungsergebnisse/>

*Eva Baumann, Sarah Geber, Christoph Klimmt, Marcus Maurer, Corinna Oschatz, Michael Sülflow*

## **Zielgruppe = Gesundheitsrisiko plus Resistenz gegen gut gemeinte Ratschläge. Grenzen der Wirksamkeit präventiver Botschaften am Beispiel von Verkehrssicherheitskampagnen**

### *Problemstellung*

Die überzeugende, verständliche, motivierende Ansprache von (Hoch-)Risikogruppen gilt als zentrale Strategie von Kampagnen der Gesundheitskommunikation (z. B. Salmon & Atkin, 2003). Nur wenn es gelingt, Personenkreise mit erhöhter Risikodisposition, etwa für eine Krankheit oder für eine gesundheitsschädigende Gewohnheit, zu erreichen und bei ihnen eine günstige Kommunikationswirkung auszulösen, besteht die Chance für erfolgreiche Prävention durch Kampagnen. Entsprechend intensiv sollten neben Risikofaktoren auch die Kommunikationsprofile von betroffenen Personengruppen untersucht werden, um die Zielgruppenansprache zu optimieren (z. B. Autoren, 2014a).

In der Kampagnenumsetzung stehen diesem Ziel vor allem Probleme der medialen Informationsüberflutung (Ha & McCann, 2008) entgegen. Daneben drohen bei der Realisierung intendierter Wirkprozesse Probleme, die in den angezielten Personenkreisen liegen. Vielfach sind sich Angehörige von Risikogruppen der Tatsache bewusst, dass sie in den Augen anderer (oder der Öffentlichkeit) problematische Gewohnheiten pflegen. Sie darauf anzusprechen – unabhängig von der konkreten Persuasionsstrategie – dürfte daher oftmals mit dem Risiko aversiver Reaktionen (z. B. Reaktanz, Dillard & Shen, 2005) einhergehen. Der vorliegende Beitrag geht anhand mehrerer empirischer Beispiele der Frage nach, inwiefern Risikogruppen (die dadurch Zielgruppen von Gesundheitskommunikation werden) auch eine besondere Neigung zu opponierender, kritischer Verarbeitung von an sie gerichteten Botschaften aufweisen. Sofern Gesundheitsrisiken mit erschwerter kommunikativer Empfänglichkeit korrelieren, steht die strategische Kampagnenplanung vor erhebliche zusätzliche Herausforderungen, denn zu den Schwierigkeiten der optimalen Kanalwahl treten dann Komplexitäten der Überwindung besonderer Ansprache-Barrieren auf inhaltlicher Ebene hinzu.

### *Konzeptioneller Hintergrund*

Die Annahme einer besonderen Reserviertheit von Risikogruppen gegenüber gut gemeinten Präventionsbotschaften lässt sich durch mehrere theoretische

Perspektiven begründen. Zum einen könnte die Neigung zu Reserviertheit oder sogar aversiven Reaktionen wie Ärger oder gezielter Verweigerung gedanklicher Elaboration durch die schiere Häufigkeit erlebter Anspracheerfahrungen im sozialen Umfeld, aber auch bei der allgemeinen Mediennutzung begründet sein (z.B. Erceg-Hurn & Steed, 2011). Eine alternative Erklärung besteht darin, dass die (Persönlichkeits- und/oder Umfeld-)Faktoren, die für das gesteigerte Gesundheitsrisiko verantwortlich sind, gleichzeitig auch die Verarbeitung von thematischen Präventionsbotschaften ungünstig beeinflussen. Für das Beispiel des Autofahrens mit überhöhter Geschwindigkeit ließe sich etwa argumentieren, dass die bekannte Hochrisikogruppe der jungen Fahrer insbesondere durch die Kombination aus starkem ‚Sensation Seeking‘ und einer massiven Überschätzung der eigenen Fahrfähigkeiten geprägt ist (Holte, 2012). Diese Eigenschaften würden auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Risikopersonen negativ auf Botschaften von Verkehrssicherheitskampagnen reagieren.

### *Method*

Ausgehend von diese Überlegungen wurden drei Repräsentativbefragungen zur Beurteilung von Botschaften der seit 2008 betriebenen bundesweiten Verkehrssicherheitskampagne „Runter vom Gas!“ daraufhin reanalysiert, ob für eine gut bekannte Risikogruppe (junge männliche Fahrer zwischen 18 und 24 Jahren, vgl. Holte, 2012) negativere Reaktionen auf Präventionskommunikation zu erwarten sind als für Vergleichspopulationen mit geringerer Risikoneigung. Die Datenbasis stammt aus regelmäßig seit 2008 vom Institut für Demoskopie Allensbach realisierten Großumfragen (jeweils zwischen 1800 und 2000 Fälle), in denen Motive der aktuellen Kampagnenwelle entlang verschiedener Dimensionen von den Befragten beurteilt wurden. Durch den Vergleich der gemittelten Urteile der Risikogruppe mit der restlichen Vergleichspopulation konnte die Frage nach erhöhter Reserviertheit der jungen Fahrer beantwortet werden (vgl. ausführlich: Autoren, 2012; 2014b).

### *Ergebnisse*

Das erste Beispiel stammt aus dem Auftaktjahr der Kampagne und bezieht sich auf das damals viel beachtete Motiv „Todesanzeige“, das explizit die Gefährdung junger Fahrer anspricht. Die Gruppenvergleiche zeigen relativ wenige Muster, die deutlich für die Reserviertheit der Hochrisikogruppe sprechen; noch am deutlichsten ausgeprägt ist die Bewertung des Plakatmotivs als „belehrend, besserwiserisch“, was als Hinweis auf einer erhöhte Reaktanzneigung interpretiert werden kann. Auch deuten die erhöhten Mittelwerte bei „langweilig“ und niedrigeren Werte bei

„schockierend“ auf eine kritischere Rezeptionshaltung in der Risikogruppe hin.

Das zweite Beispiel wurde 2010 erhoben und stammt aus der Untersuchung der Publikumsresonanz auf das im Jahr 2009 verbreitete Motiv „Abi 2009 / Unfallwagen“. Der Vergleich der erfragten Bewertungen dieses mit Furchtappellen auf Unfallfolgen verweisenden Motivs zeigt deutlich, dass sich die Risikogruppe der jungen Fahrer weniger angesprochen fühlt als junge Fahrerinnen oder auch ältere Fahrer und Fahrerinnen. Besonders auffällig sind die kritischeren Urteile junger Fahrer bei den Items „macht nachdenklich“, „macht vorsichtig“ und „glaubwürdig“, zeugen sie doch von einer relativ erhöhten Weigerung, sich auf die Botschaft einzulassen und sie als legitim zu betrachten.

Das dritte Beispiel wurde 2013 erhoben und beinhaltet die Evaluation einer Motivserie, die erstmals nicht mehr mit ‚Verlust-Frames‘ arbeitet, sondern auf eine positive Ansprache über wohlgemeinte Ratschläge auf Notizzetteln setzt. Die deskriptiven Befunde deuten auf eine von jungen Fahrern durchweg schlechtere Bewertung der Motive hin, jedoch scheint diese Botschaftsstrategie insgesamt weniger stark zu polarisieren. Hervorzuheben ist die von der Risikogruppe geäußerte deutlich schlechtere Gesamtbeurteilung der Motive sowie die ihnen signifikant geringere zugeschriebene Wirksamkeit („macht nachdenklich“, „macht vorsichtig“).

### *Diskussion*

Die Reanalyse der Kampagnenevaluationen hat Hinweise darauf erbracht, dass junge Fahrer gut gemeinten Präventionsbotschaften skeptischer gegenüber stehen als weniger gefährdete Publikumssegmente. Reaktanz scheint bei ihnen mit größerer Wahrscheinlichkeit aufzutreten. Diese aversive-emotionale Reaktion verdient deswegen in der künftigen Forschung und Kampagnenplanung mehr Berücksichtigung (Dillard & Shen, 2005). Möglicherweise steht dahinter die erlebte Bedrohung des Selbstkonzepts („ich als guter Fahrer“) durch die Kampagnenbotschaft, möglicherweise aber auch Gereiztheit wegen bereits zahlreicher vorheriger ‚Belehrungserlebnisse‘. Unabhängig vom konkreten Anwendungsfall verweisen die berichteten Daten auf die Notwendigkeit, Kampagneninhalte gerade auch an Hochrisikogruppen vorzutesten und Gründe für ablehnende Rezeptionshaltungen frühzeitig und umfassend zu ermitteln. Denn nur dann bleibt die Chance gewahrt, intendierte Wirkungen bei der Zielgruppe zu erreichen und nicht an deren Ärger oder geistiger Blockadehaltung zu scheitern.

**Literatur:**

- Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, 72(2), 144-168.
- Erceg-Hurn, D. M., & Steed, L. G. (2011). Does exposure to cigarette health warnings elicit psychological reactance in smokers? *Journal of Applied Social Psychology*, 41(1), 219-237.
- Ha, L., & McCann, K. (2008). An integrated model of advertising clutter in offline and online media. *International Journal of Advertising*, 27(4), 569-592.
- Holte, H. (2012). Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Straßenwesen, M229). Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW.
- Salmon, C. & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Hrsg.), *Handbook of health communication* (S. 449-472). Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum.

## **PANEL 3: DER ORGANSPENDESKANDAL UND SEINE FOLGEN – MEDIALE FRAMES UND LÖSUNGSANSÄTZE**

*Mareike Schwepe, Alexandra Sowka, Helmut Scherer*

### **Skandalöse Systemfehler: Framing der Organspende in der deutschen Printberichterstattung (2012 – 2013)**

Die Situation der Organspende ist prekär: Während die Zahl der Organbedürftigen infolge des demographischen Wandels in Deutschland ansteigt, nimmt die Spendebereitschaft in der Bevölkerung kontinuierlich ab (DSO, 2013). Dieser Negativtrend wurde durch die Organspendeskandale in 2012 und 2013 weiter verschärft. Auch das 2012 eingeführte *Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz* hat bislang nicht, wie angestrebt, zu einer wachsenden Zahl von Spenderausweis-Trägern geführt. Gesundheitskommunikationsexperten stehen daher vor der Herausforderung, effektive Kommunikationsstrategien zu entwickeln, um die Organspendebereitschaft zu erhöhen.

Der Problemkontext Organspende wird vornehmlich über die (Massen-)Medien konstruiert und vermittelt (Feeley & Vincent, 2007; Morgan, 2009). Detaillierte Kenntnisse über die Medienrealität können demnach Anhaltspunkte für die angestrebten Gesundheitskommunikationsstrategien bieten (Tian, 2010). In der vorliegenden Studie wurden daher die medialen Interpretationsmuster zur Organspende anhand einer quantitativen Inhaltsanalyse untersucht.

#### *Framing-Ansatz als theoretischer Bezugsrahmen*

Der Framing-Ansatz postuliert, dass Kommunikatoren durch Selektion und Hervorhebung (*Saliency*) Elemente einer Geschichte in den Vorder- und andere in den Hintergrund stellen. Dadurch kreieren sie ein bestimmtes Deutungsmuster (Frame), das den interpretativen Zugang des Rezipienten (mit-)formt (Entman, 1993; Scheufele, 2003). Der Prozess der Selektion und Hervorhebung erfolgt in der Regel entlang der vier Frame-Elemente *Problemdefinitionen*, *Ursachenidentifikation*, *moralische Bewertungen* und *Lösungsvorschläge* (Entman, 1993; Matthes, 2007).

#### *Methodisches Vorgehen*

Analysiert wurde die einschlägige Berichterstattung in der *Süddeutschen Zeitung*, der

tageszeitung, der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* und der *WELT*. Da die Organspende im zeitlichen Kontext der Reform des Transplantationsgesetzes untersucht wurde, erstreckte sich der Untersuchungszeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 30. September 2013. Als Anfangspunkt galt die erste Diskussion im Bundestag zum neuen Gesetz, den Endpunkt bildete die Aufdeckung des vorerst letzten Transplantationsskandals. Die Aufgreifkriterien waren die Schlagworte *\*organ\**, *Transplantation* sowie *Entscheidungslösung*; die Artikel mussten einen eindeutigen Bezug zum Thema Organspende bzw. -transplantation aufweisen. Aus der Grundgesamtheit von  $N = 396$  wurde eine proportional geschichtete Stichprobe gezogen. Die erste Schicht bildeten die Untersuchungsjahre 2012 und 2013; danach wurden die Artikel, die in diesen Jahren erschienen sind, nach den einzelnen Tageszeitungen gruppiert. Es wurde eine Stichprobe von 198 Artikeln gezogen, die proportional der Artikelverteilung in der Grundgesamtheit entspricht. Als zentrale Berichterstattungsmerkmale wurden neben dem Resonanzverlauf die erwähnten Frame-Elemente erhoben. Die kennzeichnenden Kategorien wurden zuvor in einer qualitativen Vorstudie induktiv am Untersuchungsmaterial generiert:

- *Problemdefinition*: Stellenwert des Themas, Themenkontext, spezifische Problemstellung, Reichweite, Schadens-/Nutzenbewertung
- *Ursachen*: Ursachen, verantwortliche Akteure
- *Handlungsempfehlungen*: Geforderte Maßnahmen, problemlösende Akteure
- *Moralische Bewertung*: Bewertung der Organspende, Prognose, Kriminalität

Durch eine Clusteranalyse werden die Frames in der Berichterstattung identifiziert.

### *Ergebnisse*

Die Medienresonanz von Organspende-Themen ist gemessen an der Artikelanzahl bei Beschluss und Verabschiedung des neuen Transplantationsgesetzes (März, Mai 2012) als auch beim Inkrafttreten der Entscheidungslösung (November 2012) besonders hoch. Der größte Anteil an der Berichterstattung entfällt jedoch auf den Zeitraum nach Aufdeckung der Skandale in den Transplantationszentren in Göttingen, München und Leipzig (Juli, August 2012; Januar 2013).

In der Berichterstattung konnten vier Frames identifiziert werden. In der betrachteten Zeitspanne bestimmt zunächst der *Entscheidungslösungs-Frame* ( $n = 36$ ; 18%) die Medienrealität. Betont werden die niedrige Spendenbereitschaft in der Bevölkerung und die Notwendigkeit, dieser Entwicklung durch weitere Änderungen

am Transplantationsgesetz entgegenzuwirken. Der Organspendeausweis, also der „Träger“ der Entscheidungslösung, spielt eine auffallend untergeordnete Rolle. Der *Organmangel-Frame* ist während des gesamten Untersuchungszeitraums auf niedrigem Niveau präsent ( $n = 31$ ; 16%). Akzentuiert wird die geringe Spendenbereitschaft bei gleichzeitiger positiver Bewertung des Konzepts der Organspende. Um dem Organmangel entgegenzuwirken, wird mehr Information über die Organspende abseits der Skandale gefordert. Mit Bekanntwerden des ersten Transplantationsskandals etablierten sich der *Skandal-* und der *System-Frame*. Die Skandale im Transplantationssystem sind die Ausgangspunkte des *Skandal-Frames*, der mit 79 Fällen (40%), den größten Anteil an der Berichterstattung hat. Es wird hervorgehoben, dass nur eine von institutioneller und gesetzlicher Seite initiierte Verbesserung der internen Kontrollmechanismen ärztliches Fehlverhalten zukünftig verhindern kann. Artikel mit *System-Frame* ( $n = 49$ ; 25%) beschäftigen sich allgemein mit den Missständen des Transplantationssystems. Bemängelt wird das Vergabesystem, das immer stärker einem Ökonomisierungsdruck unterworfen ist. Folglich wird es für notwendig befunden, die Qualität systeminterner Kontrollprozesse zu steigern. Entsprechende Verbesserungsmaßnahmen sind von staatlichen Institutionen anzustoßen.

### *Diskussion*

Die vorliegende Inhaltsanalyse verweist auf eine stark negativ aufgeladene Organspende-Berichterstattung in der deutschen überregionalen Presse. Unter den journalistischen Deutungsmustern dominieren der *Skandal-* und der *System-Frame*, die auf skandalöse Organspende-Praxen und gravierende Fehler im Vergabesystem hinweisen. Eher neutral-informative Aspekte wie der Organspendeausweis oder der konkrete Ablauf des Transplantationsprozesses werden kaum angesprochen. Es ist anzunehmen, dass der negative Tenor der Berichterstattung über die verschiedenen Tageszeitungen hinweg zum Rückgang der Organspendebereitschaft der Bevölkerung beiträgt. Vor dem Hintergrund des, nun auch gesetzlich festgeschriebenen Ziels, die Spendebereitschaft zu erhöhen, sollten zukünftige Gesundheitskommunikationsaktivitäten vor allem darauf ausgerichtet sein, über das Spendensystem und den gesamten Spendenprozess aufzuklären.

**Literatur:**

- DSO (2013). *Organspendezahlen stabilisieren sich auf niedrigerem Niveau*. Verfügbar unter: <http://www.dso.de/dso-pressemitteilungen/einzelansicht/article/organspendezahlen-stabilisieren-sich-auf-niedrigerem-niveau.html> [06.11.2013].
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Feeley, T. H. & Servoss, T. R. (2005). Examining College Students' Intentions to Become Organ Donors. *Journal of Health Communication*, 10(237), S. 237–249.
- Feeley, T. H. & Vincent, D. (2007). How organ donation is represented in newspaper articles in the United States. *Health Communication*, 21, S. 125-131.
- Fromm, B., Baumann, E. & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Matthes, J. (2007). *Framing-Effekte. Zum Einfluss der Politikberichterstattung auf die Einstellung der Rezipienten*. München: Reinhard Fischer.
- Morgan, S. E. (2009). The intersection of conversation, cognitions, and campaigns: The social representation of organ donation. *Communication Theory*, 19(1), S. 29-48.
- Scheufele, B. (2003). *Frames - Framing - Framing-Effekte. Theoretische und methodische Grundlegung des Framing-Ansatzes sowie empirische Befunde zur Nachrichtenproduktion*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Tian, Y. (2010). Organ Donation on Web 2.0: Content and Audience Analysis of Organ Donation Videos on YouTube. *Health Communication*, 25, S. 238–246.

*Lisa Meyer, Constanze Rossmann*

## **Organspende und der Organspendeskandal in den Medien. Frames in der Berichterstattung von SZ und Bild**

### *Aktueller Hintergrund & Forschungsinteresse*

Im Juli 2012 wurde der Vorwurf öffentlich, am Uni-Klinikum Göttingen sei bei der Vergabe von Spenderorganen manipuliert worden. Dies löste den größten transplantationsmedizinischen Skandal in der Geschichte der Bundesrepublik, den so genannten Organspendeskandal, aus, der sich in den folgenden Monaten auf weitere Kliniken ausweitete und die Bevölkerung erheblich verunsicherte. 2012 wurden laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, 2013) im Vergleich zum Vorjahr 12,8 Prozent weniger Organspenden durchgeführt und auch die Organspendebereitschaft der Bevölkerung sank drastisch – eine Tendenz, die nach Ansicht der DSO auf die unangemessene, skandalisierende Medienberichterstattung zurückzuführen ist (DSO, 2012).

Wie das Beispiel Organspende zeigt, kann Skandalisierung gerade im Kontext von Gesundheitsthemen schwerwiegende Folgen haben. Die Darstellungsweise und Schwerpunktsetzung der Medien ist auch deshalb von besonderer Relevanz, weil das Bedürfnis der Menschen nach Orientierung in Krisensituationen besonders ausgeprägt ist. Da direkte Erfahrungswerte mit Organspenden meist fehlen, und Medien die vorrangige Informationsquelle für das Thema darstellen (BZgA, 2010; Feeley & Servoss, 2005; Guadagnoli et al., 1999; Rubens & Oleckno, 1998), sind es eben auch Letztere, die in diesem Kontext Orientierung bieten können (Flick, 1998; Moscovici, 1998). Vor dem aktuellen Hintergrund wurde daher untersucht, welche Frames die Berichterstattung über Organspende dominieren und wie sich das Framing durch Bekanntwerden der Missbrauchsfälle an deutschen Kliniken verändert hat. Theoretisch siedelt sich die Studie im Bereich von Skandaltheorie und Framing an und bezieht Erkenntnisse der Gesundheitskommunikation mit ein.

### *Theoretische Fundierung*

Während politische Skandale häufig Gegenstand kommunikationswissenschaftlicher Studien sind (u.a. Jansen & Maier, 2012; Kepplinger & Hartung, 1993; Maier, 2003), stellen Untersuchungen zur Skandalberichterstattung im Gesundheitsbereich, zumal im Kontext von Organspenden, bislang ein kaum beachtetes Forschungsfeld dar (Ausnahmen sind etwa Böcker & Mahlau, 1999; Linzmaier, 2007; Meyer-Hullmann, 1999). Dabei gilt die von Burkhardt (2006: 34) konstatierte zunehmende Kopplung

von Skandalen an die mediale Kommunikation nicht nur für den politischen Bereich: Als spezifisches Konstrukt des Mediensystems erzeugen Skandale öffentliche Erregung über ein allgemein empfundenes Ärgernis (Schütze, 1985: 8). Sie wurzeln oftmals in moralischen Verfehlungen von Personen oder Institutionen, die enthüllt werden und so kollektive Empörung hervorrufen (Hondrich, 2002: 40). Wenn über derartige soziale Normverletzungen berichtet wird, benennen Massenmedien mögliche oder entstandene Schäden und attribuieren Verantwortlichkeit (Kepplinger et al., 2012). Nach dem Framing-Ansatz wird die mediale Präsentation und Thematisierung gesellschaftlicher Probleme dabei vom jeweiligen Verfasser der Medientexte in bestimmte Interpretationsrahmen eingebettet, wodurch die Perspektive auf den Gegenstand definiert ist und das Ereignis mit einer bestimmten Bedeutung versehen wird (Scheufele, 1999; Scheufele, 2003). Diese Bedeutungsrahmen, als Medien-Frames bezeichnet, definieren Probleme in Bezug auf einen konkreten Gegenstand sozialer Realität, diagnostizieren Ursachen, fällen moralische Urteile und bieten Lösungen an (Entman, 1993). Berichten Medien über Missstände, ist ihre Wirkung nach Kepplinger et al. (2012) abhängig von (a) den Arten, (b) der Menge und (c) der Vollständigkeit der Frames. Da Medien-Frames sowohl auf der Einstellungs-, als auch auf der Wissensebene wirken (Scheufele, 2004), ebenjenen Bereichen, die das Organspendeverhalten maßgeblich beeinflussen (Horton & Horton, 1990), ist es denkbar, dass die Berichterstattung der Medien bzw. die darin enthaltenen Deutungsmuster und Interpretationsrahmen die Spendebereitschaft beeinflusst haben. Daraus ergibt sich die erste Forschungsfrage:

*Forschungsfrage 1: Welche Frames lassen sich in der in der Berichterstattung über Organspende identifizieren?*

Eine Besonderheit des Organspendeskandals liegt in der wiederholten Bekanntwerdung neuer Missstände. Während Skandale, die sich auf einen bestimmten Zeitpunkt beschränken, bereits nach kurzer Zeit an Medienresonanz verlieren (Linzmaier, 2007), erregte der Organspendeskandal wiederholt mediale und öffentliche Aufmerksamkeit. Somit lassen sich die Dynamiken der Berichterstattung über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgen.

*Forschungsfrage 2: Wie verändern sich die Frames in der Berichterstattung über Organspende im Zeitverlauf?*

Boulevard- und Qualitätszeitungen richten sich nicht nur an unterschiedliche Zielpublika, sondern unterscheiden sich auch in Bezug auf Aufmachung, Themengewichtung und Lesersprache (Schrag, 2007). Vor diesem Hintergrund

stellt sich auch im Kontext der Berichterstattung über die Organspendeskandale die folgende Forschungsfrage:

*Forschungsfrage 3: Wie unterscheiden sich Boulevard- und Qualitätszeitungen in der Berichterstattung über den Organspendeskandal?*

### *Methodisches Vorgehen*

Um die genannten Forschungsfragen zu beantworten, wird die Berichterstattung in zwei Stufen inhaltsanalytisch untersucht. Als Untersuchungszeitraum wurde der 1. Januar 2009 bis 31. Januar 2013 gewählt, da die prozentuale Organspendebereitschaft im Jahr 2009 mit der Bereitschaft vor Bekanntwerden der Missstände vergleichbar ist (Eurotransplant, 2012) und auf diese Weise ausreichend Zeit vor und nach Beginn des Organspendeskandals im Juli 2012 abgedeckt werden kann. Mit der Süddeutschen Zeitung und Bild Zeitung werden die beiden auflagenstärksten überregionalen Tageszeitungen untersucht, die in der deutschen Presselandschaft als meinungsbildend gelten (Meyn, 2004; Reinemann, 2004).

Zunächst wurde eine qualitative Inhaltsanalyse von insgesamt 100 Artikeln zum Thema Organspende durchgeführt, um die in der Berichterstattung über Organspende relevanten Frames zu identifizieren. In einem zweiten Schritt werden die qualitativ erhobenen Frames in einer größeren Stichprobe quantitativ identifiziert und ihr Vorkommen im Zeitverlauf erfasst.

### *Erste Ergebnisse*

Die qualitative Inhaltsanalyse offenbarte neun Frames, die die Berichterstattung über Organspende charakterisieren: Mangel (z.B. Organmangel, fehlende Spendenbereitschaft, lange Wartelisten, sterbende Patienten), Systemfehler (z.B. Organhandel, Bestechung, Korruption, kriminelle/mafiose Strukturen, Bevorzugung von Privatpatienten), Krimineller Einzelner (z.B. Bestechung, Korruption, Bevorzugung von Privatpatienten, Manipulationen), Konsequenz (z.B. Vertrauensverlust, Rückgang der Spenderzahlen bzw. der Spendebereitschaft, Verunsicherung, personelle Konsequenzen), Appell (z.B. Spendenaufrufe, Kampagnen, Infoveranstaltungen, Aktionstag), Reform (z.B. Neuregelung der Organspende, gesetzliche Veränderungen), Altruismus (z.B. Geschichte eines Organspenders, prominente Spender), Erfolg (z.B. geglückte Transplantation, Forschungserfolge, neuartige Transplantationsverfahren), Angst (z.B. vor unzureichender Behandlung von Spendern, vor Benachteiligungen, vor Organmafia). Der Einsatz von skandalisierenden Stilmitteln konnte vor allem nach Bekanntwerden der Betrugsfälle

beobachtet werden: Mit der Veränderung des Themenfokus veränderte sich auch die Sprache der journalistischen Beiträge. So wurden häufiger Mittel wie rhetorische Fragen, Schlagworte (z.B. Super-Gau, Trickserie), Ausrufezeichen oder Horror-Ettiketten (z.B. Organ-Makler) verwendet.

Weitere Analysen werden sich genauer mit dem quantitativen Vorkommen der Frames sowie der skandalisierenden Stilmittel beschäftigen. Besonderer Fokus soll dabei auf der Veränderung der Deutungsrahmen im Zeitverlauf liegen. Die Ergebnisse der Studie werden abschließend im Hinblick auf ihre Relevanz im Bereich des Framing-Ansatzes, der Skandaltheorie und der Gesundheitskommunikation diskutiert.

## **Überwindung von Ambivalenz und Reaktanz im Kontext der Organspende – Sind in Narrationen eingebettete Informationen, die spezifische Ängste ansprechen, die Lösung?**

Obwohl 78 Prozent der deutschen Bevölkerung Organspende gegenüber positiv eingestellt sind, besitzen derzeit lediglich 28 Prozent einen Spenderausweis (BZgA, 2014). Zurückzuführen ist dies unter anderem auf erhebliche Wissensdefizite (Watzke, Schmidt & Stander, 2013) sowie spezifische Ängste z. B. vor dem Hirntod oder dem Missbrauch durch Organhandel (BZgA, 2014; Newton, 2011; Sanner, 1994). Gerade bei diesem Thema, das die Rezipienten mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert, sind Ambivalenz – die gleichzeitige Existenz positiver und negativer Evaluationen (Conner & Armitage, 2008) – und Reaktanz – die Abwehrreaktion aufgrund einer subjektiv empfundenen Freiheitseinschränkung (Brehm & Brehm, 1981) – fast vorprogrammiert. Versuche der Aufklärung in Form von sachlich präsentierten Informationen sind meist wenig erfolgreich (z. B. Murphy, Frank, Chatterjee & Baezconde-Garbanati, 2013), da Menschen motiviert sind, die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod zu vermeiden (Horton & Horton, 1991; Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 1999). Um Rezipienten zur Organspende zu motivieren, sollten daher relevante Informationen zu Ängsten in Reaktanz und Ambivalenz reduzierender Form vermittelt werden. Eine mögliche Strategie hierfür wäre die Einbettung dieser Informationen in narrative Botschaften, da diese Einstellungen, Intentionen und Gesundheitsverhalten von Rezipienten positiv beeinflussen können (Hinyard & Kreuter, 2007). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Narrationen effektiv die Reaktanz gegenüber den dargebotenen Inhalten reduzieren (Moyer-Gusé & Nabi, 2010; Shen, 2010), indem sie immersive Zustände wie das narrative Erleben hervorrufen (Green, 2006; Moyer-Gusé, 2008). Der Bereich der narrativen Persuasion soll in dieser Arbeit mit der Theory of Planned Behavior (TPB; Ajzen, 1991) kombiniert werden. Ziel ist es, den positiven Einfluss von Narrationen auf Verhaltensintentionen über Einstellungen, die subjektive Norm – gleichbedeutend mit normativen Erwartungen Anderer – und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (WVK) – das Ausmaß, in dem eine Person überzeugt ist, die erwünschte Handlung ausführen zu können – zu erklären (Ajzen, Joyce, Sheikh & Cote, 2011; Fishbein & Ajzen, 2010).

Wir postulieren dabei folgenden Zusammenhang: Indem sie über höheres narratives Erleben Reaktanz reduzieren (*H1*), ermöglichen Narrationen die Zuwendung zu den eingebetteten Informationen. Diese wiederum sollten Ambivalenz gegenüber der

Organspende verringern (H2). Reaktanz und Ambivalenz sollten die Beziehungen vom narrativen Erleben bzw. den Informationen zur Einstellung, zur subjektiven Norm und zur WVK mediiieren (H3). Eine höhere WVK, positivere Einstellungen zur Organspende sowie eine stärkere subjektive Norm sollten entsprechend zu positiveren Verhaltensintentionen führen (H4). Das vollständige Modell ist in Abbildung 1 dargestellt.

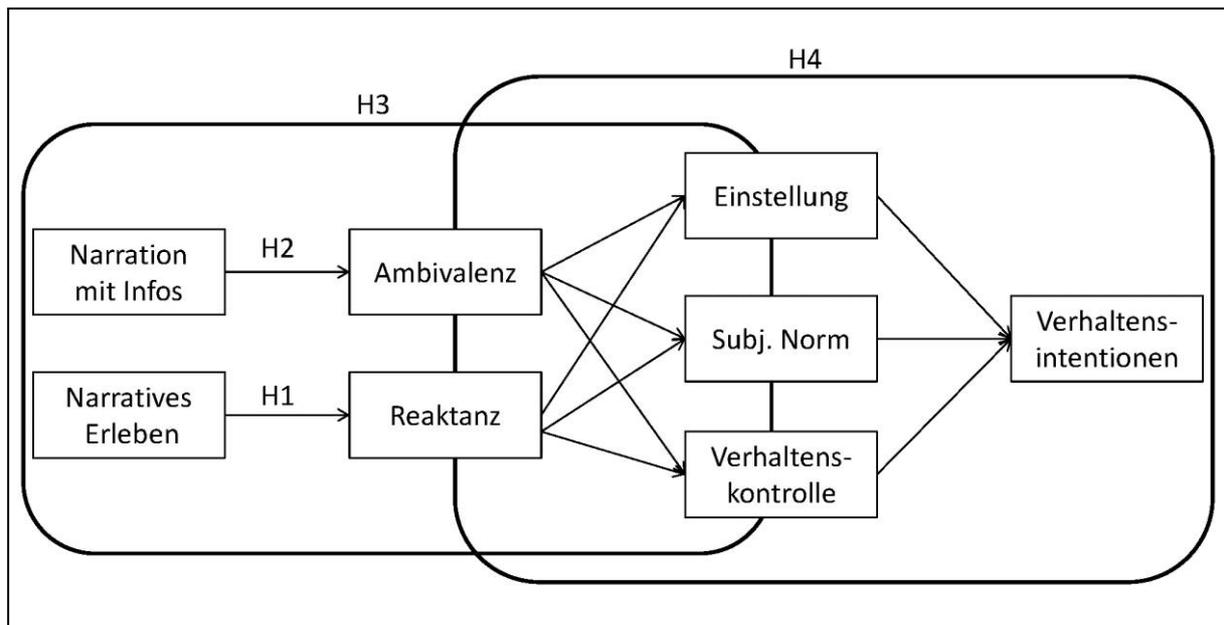


Abbildung 1: Theoretisches Modell der Studie

### Methode

Zur Prüfung der Hypothesen führten wir ein Online-Experiment mit einem 2 (Kontrollfaktor: Text) × 2 (Information) Between-Design durch. Das Sample (N = 330) war im Durchschnitt 35,3 Jahre alt (SD = 17,4; Range: 17 bis 82) und überwiegend weiblich (64,5 Prozent). Als Stimulusmaterial verwendeten wir zwei eigens verfasste narrative Texte, die jeweils die Geschichte einer Organspende (Kontrollfaktor Text: Robert vs. Luisa) mit dem Fokus auf die Spender und ihre Angehörigen erzählen. Anschließend wurde durch das Hinzufügen einzelner Informationen, die spezifische Ängste zur Organspende adressieren, für jeden Text eine zweite Version erstellt (Faktor Information: ohne vs. mit). Die Informationen zielten u. a. auf folgende Ängste ab: den Hirntod; die Sorge, die zu spendenden Organe nicht einschränken zu können; sowie befürchtete Verzögerungen bei der Planung und Durchführung der Beerdigung. Als abhängige Variablen verwendeten wir das narrative Erleben (Busselle & Bilandzic, 2009; 12 Items, Cronbach's  $\alpha = .82$ ,  $M = 5.20$ ,  $SD = 0.96$ ), Reaktanz (Dillard & Shen,

2005; 4 Items,  $\alpha = .84$ ,  $M = 2.66$ ,  $SD = 1.52$ ), Ambivalenz (Zhao & Cai, 2008; 6 Items,  $\alpha = .89$ ,  $M = 3.17$ ,  $SD = 1.71$ ), die Einstellung zur Organspende (Morgan et al., 2003; 6 Items,  $\alpha = .73$ ,  $M = 5.30$ ,  $SD = 1.13$ ), die subjektive Norm (eigene; 2 Items,  $r = .82$  ( $p < .001$ ),  $M = 5.01$ ,  $SD = 1.58$ ), die WVK (Ajzen et al., 2011; 8 Items,  $\alpha = .89$ ,  $M = 5.51$ ,  $SD = 1.33$ ) sowie die Verhaltensintentionen zum Spenden bzw. Unterschreiben eines Organspendeausweises (eigene; 3 Items,  $\alpha = .80$ ,  $M = 5.55$ ,  $SD = 1.57$ ). Wie erwartet ergaben sich keinerlei Interaktionen der Faktoren *Text* und *Information*, so dass wir die Daten für beide Texte gepoolt analysierten. Unsere Hypothesen prüften wir in einem Pfadmodell mit *Amos 22* (Arbuckle, 2013) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Ausweisbesitz, Erfahrung sowie Krankheit und Religion als Einschränkungsgründe und unter Verwendung von Bootstrapping (10000 Samples, 95% Bias-korrigierte Konfidenzintervalle (CI)).

### *Ergebnisse*

Vor der Pfadanalyse untersuchten wir zunächst, ob das Hinzufügen der Informationen das narrative Erleben der Teilnehmer reduziert hatte. Eine einfaktorielle ANCOVA ergab, dass sich das narrative Erleben zwischen den Geschichten ohne und mit Informationen nicht signifikant unterscheidet ( $F(1, 301) = 0.37$ ,  $p = .543$ ). Dies ist zwar noch kein statistischer Beweis, dass das Hinzufügen von Informationen generell keinen Einfluss auf das narrative Erleben hat, zeigt aber, dass es in unserer Studie nicht das spezifische Potential des Einsatzes von Narrationen unterminiert. Außer zweier gut erklärbarer zusätzlicher direkter Pfade zwischen narrativem Erleben und Einstellungen ( $B = .20$ ,  $SE = .06$  (95% CI: .086, .320),  $p = .001$ ,  $\beta = .17$ ) sowie zwischen Reaktanz und Verhaltensintentionen ( $B = -.17$ ,  $SE = .05$  (95% CI: -.255, -.080),  $p < .001$ ,  $\beta = -.17$ ) konnte unser Pfadmodell mit einem sehr guten Model Fit bestätigt werden ( $\chi^2 = 12.12$ ,  $df = 11$ ,  $p = .355$ ; CFI = 1.00, RMSEA = 0.02 (90% CI: 0.00 - 0.06) SRMR = 0.03). Ein höheres narratives Erleben führt demnach zu weniger Reaktanz ( $B = -.24$ ,  $SE = .09$  (95% CI: -.409, -.047),  $p = .016$ ,  $\beta = -.14$ ) und in die Narration eingebundene Informationen reduzieren Ambivalenz ( $B = -.40$ ,  $SE = .20$  (95% CI: -.785, -.020),  $p = .039$ ,  $\beta = -.12$ ). Reaktanz wiederum mediiert den Effekt des narrativen Erlebens auf Einstellungen, die subjektive Norm und die WVK (Indirekte Effekte: Einstellungen: .023,  $SE = .013$ , 95% CI: .004, .057,  $p = .015$ ; Norm: .035,  $SE = .020$ , 95% CI: .006, .084,  $p = .013$ ; WVK: .031,  $SE = .016$ , 95% CI: .007, .069,  $p = .010$ ), während Ambivalenz selbiges für den Effekt der eingebundenen Informationen tut (Indirekte Effekte: Einstellungen: .060,  $SE = .033$ , 95% CI: .006, .140,  $p = .029$ ; Norm: .089,  $SE = .049$ , 95% CI: .009, .206,  $p = .029$ ; WVK: .171,  $SE = .086$ , 95% CI: .011, .349,  $p = .037$ ). Entsprechend der TPB führen positivere Einstellungen, eine höhere subjektive Norm und eine größere WVK zu stärkeren Verhaltensintentionen

(Einstellungen:  $B = .38$ ,  $SE = .07$  (95% CI: .242, .510),  $p < .001$ ,  $\beta = .27$ ; Norm:  $B = .12$ ,  $SE = .05$  (95% CI: .024, .218),  $p = .016$ ,  $\beta = .12$ ; Kontrolle:  $B = .44$ ,  $SE = .06$  (95% CI: .323, .549),  $p < .001$ ,  $\beta = .37$ ) und vermitteln die Effekte von Ambivalenz und Reaktanz auf die Intentionen (Indirekte Effekte: Ambivalenz:  $-.268$ ,  $SE = .034$ , 95% CI:  $-.336$ ,  $-.204$ ,  $p < .001$ ; Reaktanz:  $-.112$ ,  $SE = .029$ , 95% CI:  $-.174$ ,  $-.058$ ,  $p < .001$ ).

### *Diskussion*

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass eine gezielte Einbettung von relevanten Informationen den Vorteil von Narrationen, über höheres Involvement Reaktanz zu reduzieren, verstärken und dabei gleichzeitig bestehende Informationsdefizite und Unsicherheiten in Form von Ambivalenz vermindern kann. Darüber hinaus verdeutlicht unsere Studie die theoretische und praktische Relevanz der beiden Konstrukte Ambivalenz und Reaktanz sowohl für die Gesundheitskommunikation im Allgemeinen als auch für die TPB im Spezifischen. Im Kontext von Organspende-Kampagnen verdeutlichen unsere Ergebnisse, dass es neben dem Einsatz von Narrationen wichtig ist, auch die Ängste und Unsicherheiten der Menschen gezielt zu adressieren.

### **Literatur:**

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Theories of Cognitive Self-Regulation*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I., Joyce, N., Sheikh, S., & Cote, N.G. (2011). Knowledge and the prediction of behavior: The role of information accuracy in the Theory of Planned Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 101–117.
- Arbuckle, J. L. (2013). *Amos 22 reference guide*. Crawfordville, FL: Amos Development Corporation.
- Brehm, S.S. & Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. London: Academic Press.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). *Wissen, Einstellung und Verhalten der deutschen Allgemeinbevölkerung (14 bis 74 Jahre) zur Organspende: Bundesweite Repräsentativbefragung 2013 – Erste Studienergebnisse*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Busselle, R. & Bilandzic, H. (2009). Measuring Narrative Engagement. *Media Psychology*, 12(4), 321–347.
- Conner, M., & Armitage, C. J. (2008). Attitudinal ambivalence. In W. D. Crano & R. Prislin (Hrsg.), *Attitudes and attitude change* (S. 261–286). New York, NY: Psychology Press.

- Dillard, J.P. & Shen, L. (2005). On the Nature of Reactance and its Role in Persuasive Health Communication. *Communication Monographs*, 72(2), 144–168.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.
- Green, M.C. (2006). Narratives and cancer communication. *Journal of Communication*, 56, 163–183.
- Hinyard, L. J., & Kreuter, M. W. (2007). Using narrative communication as a tool for health behavior change: A conceptual, theoretical, and empirical overview. *Health Education & Behavior*, 34(5), 777–792.
- Horton, R.L. & Horton, P.J. (1991). A Model of Willingness to Become a Potential Organ Donor. *Social Science & Medicine*, 33(9), 1037–1051.
- Morgan, S.E., Miller, J.K., & Arasaratnam, L.A. (2003). Similarities and differences between African Americans' and European Americans' attitudes, knowledge, and willingness to communicate about organ donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(4), 693-715.
- Moyer-Gusé, E. (2008). Toward a theory of entertainment persuasion: Explaining the persuasive effects of entertainment-education messages. *Communication Theory*, 18, 407–425.
- Moyer-Gusé, E. & Nabi, R.L. (2010). Explaining the effects of narrative in an entertainment television program: Overcoming resistance to persuasion. *Human Communication Research*, 36, 26–52.
- Murphy, S.T., Frank, L.B., Chatterjee, J.S., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus nonnarrative: The role of identification, transportation, and emotion in reducing health disparities. *Journal of Communication*, 63, 116–137.
- Newton, J.D. (2011). How Does the General Public View Posthumous Organ Donation? A Meta-synthesis of the Qualitative Literature. *BMC Public Health*, 11, 791–801.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J. & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of Terror Management Theory. *Psychological Review*, 106(4), 835–845.
- Sanner, M. (1994). Attitudes toward organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death. *Social Science and Medicine*, 38(8), 114–152.
- Shen, L. (2010). Mitigating psychological reactance: The role of message-induced empathy in persuasion. *Human Communication Research*, 36, 397–422.
- Watzke, D., Schmidt, K. & Stander, V. (2013). *Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Zhao, X., & Cai, X. (2008). The role of ambivalence in college nonsmokers' information seeking and information processing. *Communication Research*, 35(3), 298–318.

## PANEL 4: GESUNDHEITSKOMMUNIKATION ONLINE

*Yvonne Prinzellner, Nicola Döring*

### **Gesundheitskommunikation von Mädchen in Online-Foren<sup>1</sup>**

#### *Einleitung*

Wenn im Internet *Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation* stattfindet, dann häufig in *Online-Foren*. Hier kann man sich pseudonym und textbasiert, orts- und zeitunabhängig Rat und Unterstützung zu allen erdenklichen gesundheitsbezogenen Fragen holen. Entsprechend ausdifferenziert und umfangreich ist das Spektrum gesundheitsbezogener Online-Foren allein im deutschsprachigen Raum (zur Übersicht s. Döring, 2014). Inhalte und Inhaltsqualität der von Gesundheitslaien geschriebenen Forumsbeiträge sowie positive und negative Konsequenzen der Forumsbeteiligung werden seit den 1980er Jahren sozialwissenschaftlich untersucht. Dennoch sind viele Sachverhalte ungeklärt. Das betrifft sowohl die differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Gruppen von Beteiligten als auch unterschiedlicher Gesundheitsthemen sowie die Wirkungen der Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation in Online-Foren.

Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Gruppe der *weiblichen Jugendlichen*, die sich in deutschsprachigen Online-Foren über Gesundheitsfragen austauschen. Der Fokus auf Mädchen hat folgende Relevanz: Mädchen haben rund um die Pubertät mit verstärkten Gesundheitsproblemen zu kämpfen, was u.a. mit der Geschlechterrollensozialisation zusammenhängt und sich z.B. in deutlich verringertem Selbstwertgefühl, Wohlbefinden und Problemen mit dem Körperbild niederschlägt (Gille, Leyer & Hinzpeter, 2008). Gleichzeitig sind Mädchen im Internet besonders kommunikativ aktiv und nutzen u.a. Online-Foren intensiver als Jungen (Feierabend, Karg & Rathgeb, 2013). Daraus ergibt sich prinzipiell eine Chance des *gesundheitsbezogenen Empowerment von Mädchen*, wenn sie sich in Online-Foren wechselseitig in ihren gesundheitsbezogenen Belangen unterstützen und ihre Fähigkeiten der Problembewältigung ausbauen (Barak et al. 2008).

---

<sup>1</sup> Der Beitrag entstand im Rahmen des Forschungsprojekts "Chancen und Risiken des Internet für die Mädchengesundheit", gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) Nordrhein-Westfalen.

## *Forschungsstand*

Zwar sind gesundheitsbezogene Online-Foren und Online-Selbsthilfegruppen seit längerem Thema der Kommunikationswissenschaft, Psychologie und Medizin (zusammenfassend Döring, 2014), speziell die Beteiligung von Mädchen mit ihren geschlechts- und altersspezifischen gesundheitsbezogenen Anliegen und Kommunikationsgewohnheiten ist jedoch selten beleuchtet worden. Wenn die Beteiligung von Mädchen an gesundheitsrelevanten Foren-Diskussionen thematisiert wird, dann geht es oft um *problematische Inhalte*, etwa die Propagierung von Essstörungen in sog. Pro-Ana- (Pro-Anorexie) und Pro-Mia-(Pro Bulimie)-Foren oder um selbstverletzendes Verhalten (z.B. in Foren rund um das "Ritzen"). Zudem liegen Studien zu geschlossenen Online-Selbsthilfegruppen bei *schwerwiegenden Problemen* wie sexuellem Missbrauch vor (Jones, Sharkey, Ford, Emmens, Hewis, Smithson & Owens 2011).

Eine Forschungslücke ist jedoch auszumachen hinsichtlich der Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation von Mädchen, die nicht in Spezial-Szenen oder geschlossenen Foren, sondern in *stark frequentierten öffentlichen Online-Foren* stattfindet. So etwa in den gesundheitsbezogenen Online-Foren der Mädchenzeitschrift "Mädchen" (wo Mädchen und junge Frauen weitgehend unter sich diskutieren).

## *Fragestellung*

Die Fragestellung der Studie gliedert sich auf der Basis des Forschungsstandes in folgende vier konkrete Forschungsfragen:

1. Welche Aspekte körperlicher und seelischer Gesundheit werden von Mädchen in gesundheitsbezogenen Online-Foren angesprochen?
2. Welche konkreten Anliegen äußern die Mädchen in den von ihnen eröffneten gesundheitsbezogenen Diskussionssträngen (z.B. allgemeine Orientierung im Umgang mit Körperlichkeit und Gesundheit oder konkrete Hilfestellung bei einem Problem)?
3. Inwiefern werden diese Anliegen im Verlauf des Diskussionsstrangs erfüllt?
4. Welche Hinweise auf gesundheitsbezogenes Empowerment zeigen sich bei denjenigen Mädchen, die den Diskussionsstrang eröffnet haben, und bei denjenigen, die im Diskussionsstrang mitdiskutieren?

## *Method*

Mit den Foren „Gesundheit“ (rund 5.000 Diskussionsstränge mit 100.000 Postings seit 2008) sowie „Frust“ (rund 6.000 Diskussionsstränge mit 150.000 Beiträgen seit 2008) von der Plattform Mädchen.de wurde eine bekannte, von Mädchen genutzte gesundheitsbezogene öffentliches Online-Forum ausgewählt. In den Mädchen.de-Foren diskutieren überwiegend Mädchen und junge Frauen unter sich. Die genannten beiden „Gesundheits“-Foren auf Mädchen.de fokussiert körperliche Gesundheit, das „Frust“-Forum dagegen seelische Gesundheit.

Aus beiden Foren wurde jeweils eine Zufallsstichprobe von 100 gesundheitsbezogenen Diskussionssträngen aus den Jahren 2012, 2013, 2014 von problembezogenen Threads die von Mädchen eröffnet wurden, gezogen. Das Materialkorpus besteht also aus 600 Diskussionssträngen mit rund 10.000 Beiträgen.

Die Datenanalyse erfolgte mittels quantitativer Inhaltsanalyse. Auf der Basis vorliegender Literatur und einer Inspektion der Forumdiskussionen wurde ein Kategoriensystem zur Kodierung formaler und inhaltlicher Merkmale der Diskussionsstränge als erste Analyseeinheit sowie ihrer Beiträge als zweiter Analyseeinheit entwickelt, gepretestet und überarbeitet. Die Kodiererübereinstimmung des finalen Kategoriensystems wurde für alle Kategorien geprüft und war zufriedenstellend. Für die statistische Auswertung wird SPSS 21 genutzt.

## *Ergebnisse*

Aktuell befindet sich die Studie in der Phase der Datenanalyse, so dass noch keine abschließenden Ergebnisse berichtet werden können. Festgehalten werden kann jedoch bereits, dass Mädchen in den betrachteten zwei Online-Foren in den von ihnen eröffneten Diskussionssträngen ein sehr breites Spektrum an körperlichen und seelischen Gesundheitsthemen ansprechen, von Depressionen und Essstörungen über Pickel und Rauchen bis zu spezielleren Themen wie Milzzysten oder Reizdarmsyndrom. Die meisten Anfragen der Mädchen beziehen sich entweder auf gesuchte Problemlösungen bei akuten gesundheitlichen Problemen oder auf einen offenen Erfahrungsaustausch und sozialen Vergleich. Es zeigen sich diverse Hinweise auf gesundheitsbezogenes Empowerment durch die aktive Beteiligung an Online-Foren im Sinne des Verfassens von Beiträgen. Empowerment-Effekte durch reines Mitlesen können im Zuge der inhaltsanalytischen Studie nur indirekt erschlossen werden.

## *Diskussion*

Online-Diskussionsforen sind die traditionsreichsten Orte der gesundheitsbezogenen Peer-to-Peer-Kommunikation im Internet. Sie sind auch heute unter Jugendlichen noch beliebt. Forumsbeiträge gehören oft zu den ersten Treffern bei einer Google-Suche. Deswegen sind Online-Gesundheitsforen ein relevanter Gegenstand für die Forschung ebenso wie für die Praxis der Gesundheitskommunikation. Aus den Befunden der vorliegenden Studie lassen sich – im Rahmen ihrer Limitationen – Anregungen für Anschlussstudien ableiten. Aber auch zahlreiche praktische Implikationen liegen auf der Hand. So können die gesundheitsbezogenen Forumdiskussionen der Mädchen wichtige Anregungen für die Mädchenarbeit sowie die Gesundheits- und Medienbildung liefern.

## **Literatur:**

- Barak, A. Et al., (2008) Fostering empowerment in online support groups, *Computers in Human Behavior*, doi:10.1016/j.chb.2008.02.004
- Döring, N. (2014). Peer-to-Peer Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In Hurrelmann/Baumann (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Verlag Hans Huber. S. 286-305
- Feierabend, S., Karg, U., Rathgeb, T. (2013). JIM 2013. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- 19-Jähriger in Deutschland. Retrieved June 2014, <http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf13/JIMStudie2013.pdf>
- Gille, G., Leyer, C., & Hinzpeter, B. (2008) Mädchengesundheit in der Pubertät. Den Körper mit seinen Äußerungen und Zuschreibungen akzeptieren. *Deutsches Ärzteblatt*. Heft 12, 564-566.
- Jones, R., Sharkey, S., Ford, T., Emmens, T., Hewis, E., Smithson, J., & Owens, C. (2011). Online discussion forums for young people who self-harm: User views. *Psychiatric Bulletin*, 35, 364-368

## **Feeling empowered? – Der Einfluss interaktiver Applikationen von E-Health-Interventionen auf die Ermächtigung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen**

### *Hintergrund*

*E-Health*-Interventionen bieten eine vielversprechende Alternative zu traditionellen Interventionen im Bereich der Patientenbildung. Mit dem Begriff „Patientenbildung“ ist dabei nicht nur die reine Vermittlung von Gesundheitsinformationen gemeint. Patientenbildung umfasst auch Maßnahmen, die die Patienten und Patientinnen dazu ermächtigen (engl. *empower*), angemessen mit ihrer chronischen Krankheit umzugehen und dabei ein so normal wie mögliches Leben zu führen (Lorig & Holman, 2003). Im Bereich der Vermittlung von Gesundheitsinformationen haben *E-Health*-Interventionen neben der Überwindung von räumlichen und zeitlichen Grenzen vor allem den Vorteil, dass sie auf die Patienten und Patientinnen abgestimmte Informationen in multimedialen Darstellungsformen anbieten können, die wiederum deren Wissen und Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen (Camerini et al., 2013). Weniger ist hingegen bekannt über die Bedeutung von *E-Health*-Interventionen bei der Patientenermächtigung (engl. *patient empowerment*) durch die Bereitstellung von Online-Support mittels Testimonials, Foren oder anderen interaktiven Anwendungen. Obwohl es nur wenig Belege für den Zusammenhang von Interaktivität und Patientenermächtigung gibt (Camerini & Schulz, 2012; Camerini et al., 2012), haben Studien gezeigt, dass Interaktivität die Patientenermächtigung positiv beeinflussen kann, indem sie eine positive Einstellung zum Lernen vermittelt, das Gefühl von Selbstbestimmung steigert und allgemein hilft, aktiver zu werden (Chernova & Veloso, 2009; Mohammad & Nishida, 2009).

### *Methode*

Um ein besseres Verständnis von der Bedeutung interaktiver Applikationen als Teil von *E-Health*-Interventionen für die Patientenermächtigung zu erhalten, wurde ein randomisiertes kontrolliertes Experiment durchgeführt. Dazu wurde eine im Rahmen früherer Forschungsprojekte entwickelte *E-Health*-Intervention zum Thema Rückenschmerzen (Schulz et al., 2010) auf Basis bestehender Evaluationen abgewandelt, indem ausgewählte Applikationen deaktiviert und neue mit aufgenommen wurden. Die abgewandelte Intervention enthielt drei auf die Informationsvermittlung ausgerichtete Applikationen (z.B. „Virtuelle Bibliothek“, „Erste Hilfe“) und weitere vier interaktive Applikationen (z.B. „Aktionsplan“,

„Testimonials & Kommentare“), die auf den praktischen und emotionalen Online-Support ausgerichtet waren. Für das Experiment wurden einundfünfzig Patienten und Patientinnen mit chronischen Rückenschmerzen über ihre behandelten Ärztinnen bzw. Ärzte im Tessin (Schweiz) und in der Lombardei (Italien) rekrutiert. Folgende Einschlusskriterien kamen dabei zum Einsatz: mehr als drei Monate bestehende Rückenschmerzen, Besitz eines PCs mit Internetzugang und ausreichende Zuversicht im Umgang mit demselben. Studienteilnehmende brauchten zudem fließende Italienischkenntnisse, da die *E-Health*-Intervention ausschließlich in italienischer Sprache zur Verfügung stand. Nachdem die rekrutierten Patienten und Patientinnen ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben haben, wurden sie zufällig der Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe zugeordnet. Das Experiment hatte eine Dauer von acht Wochen und umfasste drei Messzeitpunkte, bei denen Daten mit Hilfe eines Onlinefragebogens erhoben wurden. Bevor die Studienteilnehmenden Zugang zur *E-Health*-Intervention erhielten, fand eine Nullmessung statt, in der sie unter anderem Auskunft über ihre soziodemographischen Merkmale gaben sowie Items eines multidimensionalen Instruments zur Messung der wahrgenommenen Patientenermächtigung beantworteten. Das Messinstrument umfasste drei Items gemessen mit einer 7-Punkte-Likert-Skala für die folgenden vier Dimensionen, die das übergeordnete Konzept der Patientenermächtigung darstellen: *Bedeutung* der Rückenschmerzen und des angemessenen Umgangs mit der Krankheit im Alltag (z.B. „Ein angemessener Umgang mit meinen Rückenschmerzen ist sehr wichtig für mich.“), *Selbstvertrauen* in die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit Rückenschmerzen (z.B. „Ich bin sicher im Umgang mit meinen Rückenschmerzen.“), *Selbstbestimmung* bei Entscheidungen zum Umgang mit Rückenschmerzen (z.B. „Ich kann gut selbst entscheiden, wie ich mit meinen Rückenschmerzen umzugehen habe.“) sowie der wahrgenommene *Einfluss* des eigenen Handelns auf gesundheitliche Folgen (z.B. „Ich habe die Kontrolle über den Umgang mit meinen Rückenschmerzen.“) (Schulz & Nakamoto, 2013). Im Anschluss an die Nullmessung hatten die Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe (n=24) Zugang zu den auf die Informationsvermittlung ausgerichteten Applikationen über einen Zeitraum von vier Wochen. Die Personen in der Interventionsgruppe (n=27) hatten über denselben Zeitraum ebenfalls Zugang zu den informativen Applikationen. Sie erhielten darüber hinaus jedoch jede Woche Zugang zu einer neuen interaktiven Applikation. Die zeitlich versetzte Einführung der interaktiven Applikationen diente dazu, die Studienteilnehmenden in der Interventionsgruppe nicht mit der Vielzahl von Stimuli zu überfordern. Nach vier Wochen fand die erste Follow-Up-Messung statt. Dabei wurden die Teilnehmenden beider experimenteller Gruppen wiederum zu ihrer

wahrgenommenen Patientenermächtigung gefragt. Darüber hinaus enthielt der Onlinefragebogen Fragen zur Nutzung und zum Nutzen der *E-Health*-Intervention sowie zur Zufriedenheit im Allgemeinen und mit den einzelnen Applikationen. Nach nochmals vier Wochen, in denen die Patienten und Patientinnen weiterhin Zugang zu den ihnen zugewiesenen Applikationen der *E-Health*-Intervention hatten, fand die zweite Follow-Up-Messung statt, in der wiederum die wahrgenommene Patientenermächtigung erfasst wurde. Dadurch war es möglich, Schlussfolgerungen über die kurz- und mittelfristigen Effekte interaktiver Applikationen von *E-Health*-Interventionen auf die Patientenermächtigung zu ziehen.

### *Ergebnisse*

Etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden war weiblich (KG: 50% IG: 52%). Die Patienten und Patientinnen in der Kontrollgruppe waren im Durchschnitt 51 Jahre alt (SA = 14,1) und litten seit durchschnittlich 9 Jahren (SA = 8,7) an Rückenschmerzen. Die Patienten und Patientinnen in der Interventionsgruppe waren mit durchschnittlich 44 Jahren (SA = 13,6) jünger und litten seit 8 Jahren (SA = 7,2) an Schmerzen im Rückenbereich. Die Mehrheit hatte Abitur oder eine abgeschlossene Berufsausbildung (KG: 54% IG: 52%). Ebenfalls die Mehrheit der Studienteilnehmenden war zum Zeitpunkt des randomisierten kontrollierten Experiments berufstätig (KG: 58% IG: 59%). Chi<sup>2</sup>-Tests und t-Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass sich die beiden experimentellen Gruppen nicht signifikant in ihrer soziodemographischen Zusammensetzung unterschieden.

Für die Beurteilung der Effektivität interaktiver, support-orientierter *E-Health*-Applikationen wurden t-Tests für unabhängige Stichproben für den Vergleich zwischen beiden experimentellen Gruppen zu den einzelnen Messzeitpunkten durchgeführt. Dabei kam zum Vorschein, dass sich die beiden experimentellen Gruppen vor Interventionsbeginn nicht signifikant in ihrer wahrgenommenen Patientenermächtigung unterschieden. Die erste Follow-Up Messung nach vier Wochen zeigte jedoch einen marginal signifikanten Unterschied: Patienten und Patientinnen in der Interventionsgruppe fühlten sich ermächtiger als diejenigen in der Kontrollgruppe. Dieser signifikante Unterschied verschwand jedoch nach weiteren vier Wochen in der zweiten Follow-Up Messung. T-Tests für abhängige Stichproben ergaben, dass die wahrgenommene Patientenermächtigung in der Interventionsgruppe zur ersten Follow-Up Messung signifikant anstieg und auch zur zweiten Follow-Up Messung unverändert blieb, was für einen stabilen Effekt der interaktiven Applikationen der *E-Health*-Intervention auf die Patientenermächtigung hinweist (siehe Tabelle 1).

Über Unterschiede in der wahrgenommenen Patientenermächtigung hinaus wurden ebenfalls Unterschiede in der Nutzung und im Nutzen sowie in der Zufriedenheit mit der *E-Health*-Intervention zwischen den beiden experimentellen Gruppen ermittelt. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, wurden die Angebote der *E-Health*-Intervention signifikant häufiger von den Teilnehmenden der Interventionsgruppe genutzt, was nicht zuletzt auf die regelmäßige Stimulation durch die wöchentlich hinzugekommenen interaktiven Applikationen zurückzuführen ist. Obwohl die Patienten und Patientinnen der Interventionsgruppe nur marginal signifikant zufriedener waren mit der Intervention als Ganzes, so bewerteten sie deren Nutzen für die Verbesserung der Rückenschmerzen im Alltag jedoch deutlich höher als die Patienten und Patientinnen der Kontrollgruppe.

Die hier dargestellten Resultate werden im Rahmen des Vortrags ausführlich diskutiert und in die Interpretation der Ergebnisse zum positiven Einfluss interaktiver Applikationen auf die Patientenermächtigung integriert.

### *Schlussfolgerung*

Interaktive, support-orientierte Applikationen stellen eine wichtige Ergänzung in *E-Health*-Interventionen dar, die auf die Ermächtigung von Patienten und Patientinnen für den angemessenen Umgang mit chronischen Krankheiten wie z.B. Rückenschmerzen ausgerichtet sind. Es bedarf jedoch weiterer Studien, um ein verbessertes Verständnis von kurz- bis mittelfristigen Effekten von interaktiven *E-Health*-Interventionen auf die Ermächtigung von chronisch kranken Patienten und Patientinnen zu erhalten.

|  | Nullmessung (A) |     |      | 1. Follow-Up Messung (B) |     |                   | 2. Follow-Up Messung (C) |     |          | Differenz zwischen A und B |       | Differenz zwischen A und C |        | Differenz zwischen B und C |          |
|--|-----------------|-----|------|--------------------------|-----|-------------------|--------------------------|-----|----------|----------------------------|-------|----------------------------|--------|----------------------------|----------|
|  | KG              | IG  | Diff | KG                       | IG  | KG                | KG                       | IG  | Diff     | KG                         | IG    | KG                         | IG     | KG                         | IG       |
| Anzahl besuchter Seiten pro Woche  |                 |     |      | 4,0                      | 7,0 | +3,0 ***          | 2,8                      | 5,0 | +2,2 *** |                            |       |                            |        | -1,2 *                     | -2,0 *** |
| Nutzen für die Verbesserung von Rückenschmerzen im Alltag<br>(1 „überhaupt nicht“ bis 7 „sehr“)              |                 |     |      | 2,5                      | 4,0 | +1,5 ***          | 2,4                      | 4,0 | +1,6 *** |                            |       |                            |        | -0,1                       | 0,0      |
| Generelle Zufriedenheit mit der Intervention<br>(1 „überhaupt nicht zufrieden“ bis 7 „vollkommen zufrieden“) |                 |     |      | 2,9                      | 3,3 | +0,4 <sup>†</sup> |                          |     |          |                            |       |                            |        |                            |          |
| Patientenermächtigung<br>(1 „überhaupt nicht einverstanden“ bis 7 „vollkommen einverstanden“)                | 4,5             | 4,0 | -0,5 | 4,1                      | 4,8 | +0,7 <sup>†</sup> | 4,5                      | 4,8 | +0,3     | -0,4                       | +0,8* | 0,0                        | +0,8** | +0,4                       | 0,0      |

Werte sind Mittelwerte; n = 51; KG = Kontrollgruppe, IG = Interventionsgruppe; † p < ,10; \* p < ,05; \*\* p < ,01; \*\*\* p < ,001.

Tabelle 1: Gruppenmittelwerte und -differenzen für Nutzung, Nutzen, Zufriedenheit mit der E-Health-Intervention und Patientenermächtigung

**Literatur:**

- Camerini, A. L., Camerini, L., & Schulz, P. J. (2013). Die Bedeutung multimedialer und nach partizipatorischem Ansatz entwickelter Webinhalte für die Verarbeitung und den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen im Internet: Ergebnisse zweier web-basierter Studien. In: Rossmann, C., & Hastall, M.R. (Eds.) *Medien und Gesundheitskommunikation: Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen* (pp. 287-302). Baden-Baden: Nomos.
- Camerini, L., & Schulz, P.J. (2012). Effects of functional interactivity on patients' knowledge, empowerment, and health outcomes: An experimental model-driven evaluation of a web-based intervention. *Journal of Medical Internet Research*, 14: e105.
- Camerini L., Schulz, P.J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counselling*, 89, 337-344.
- Chernova, S., & Veloso, M. (2009). Interactive policy learning through confidence-based autonomy. *Journal of Artificial Intelligence*, 34, 1-25.
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7.
- Mohammad, Y., Nishida, T. (2009). Toward combining autonomy and interactivity for social robots. *AI & Society*, 24, 35-49.
- Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counselling*, 90, 4-11.
- Schulz, P. J., Rubinelli, S., Zufferey, M. C., & Hartung, U. (2010). Coping with chronic lower back pain: Designing and testing the online tool ONESELF. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 15, 625-645.

## **Gesundheitskommunikation auf YouTube: Fallstudien zu 25 Fitness- und Lifestyle-Kanälen**

### *Einführung*

Neben der Suchmaschine Google und der Social-Networking-Plattform Facebook ist die Video-Plattform *YouTube* aktuell laut Alexa-Ranking ([www.alexa.com/topsites](http://www.alexa.com/topsites)) in Deutschland wie international die *meistbesuchte Website* im Internet. Die große Mehrzahl der Jugendlichen nutzt YouTube inzwischen täglich oder mehrmals pro Woche (mpfs, 2013). Das Spektrum der YouTube-Inhalte ist breit und umfasst diverse gesundheitsrelevante (z.B. halsbrecherische Mutproben, extreme Schönheitsideale) als auch ausdrücklich gesundheitsbezogene (z.B. Fitness- und Ernährungs-Tipps) Inhalte. Diese Inhalte werden sowohl in einzelnen YouTube-Videos als auch ganzen YouTube-Kanälen (das sind die YouTube-Präsenzen der YouTube-Mitglieder, die mehr oder minder regelmäßig mit neuen Videos bestückt werden) präsentiert. Alle Abonnentinnen und Abonnenten eines YouTube-Kanals erhalten die neuen Videos im Push-Verfahren zugespielt, können sie anschauen und kommentieren und mit den YouTuber/innen, die den Kanal betreiben, in (para-) soziale Interaktionen eintreten. Recht beliebt auf YouTube sind Fitness- und Lifestyle-Kanäle, in denen Training, Ernährung und andere Aspekte eines gesundheitsbewussten Lebensstils behandelt werden. Sie erreichen zum Teil Abonnement-Zahlen im fünf- und sechsstelligen Bereich.

Die 2005 gegründete Video-Plattform YouTube stellt sich heute somit als ein noch relativ neuer Kommunikationskanal der Gesundheitskommunikation dar.

Gleichzeitig ist mit den Gesundheits- bzw. Fitness- und Lifestyle-YouTuber/innen eine neue Akteursrolle in der Gesundheitskommunikation entstanden. Bei den Gesundheits-YouTuber/innen handelt es sich zum Teil um Gesundheits-Laien (z.B. Menschen unterschiedlicher Ausbildung, die zu veganer Lebensweise gefunden haben und diese nun öffentlich propagieren), zum Teil aber auch um Gesundheits-Profis (z.B. ausgebildete Fitnesswirt/innen oder Physiotherapeut/innen). In jedem Fall entwickeln sich die Gesundheits-YouTuber/innen zunehmend zu Medien-Profis, die inzwischen oft von ihrer YouTube-Tätigkeit leben können.

### *Forschungsstand*

Die bisherige Forschung zu Gesundheitskommunikation auf YouTube beschränkt sich im Wesentlichen auf Inhaltsanalysen von Stichproben einzelner (d.h. über die

YouTube-Suchmaske aus diversen Kanälen gesammelten) Videos zu sehr spezifischen Themen wie Angst vor dem Zahnarzt (Gao et al., 2013), Epilepsie (Kerson, 2012), Adipositas (Yoo & Kim, 2012) oder HPV-Impfung (Briones et al., 2012).

Das Gesamtgefüge von YouTube-Gesundheits-Kanälen, jeweils bestehend aus den YouTuber/innen und ihren Zuschauer/innen bzw. Abonnent/innen, den Videos und Videokommentaren sowie diversen, den YouTube-Gesundheits-Kanal flankierenden weiteren Social-Media-Auftritten (Facebook, Instagram, Twitter, Ask.fm etc.) wurde bislang noch gar nicht untersucht.

### *Fragestellung*

Ziel der vorliegenden Studie war es deswegen, die Gesundheitskommunikation auf YouTube erstmals im Kontext der gesundheitsbezogenen YouTube-Kanäle zu erforschen, die von YouTuber/innen über Monate und Jahre hinweg betrieben und gepflegt und von jeweils einem Stamm von Abonnent/innen regelmäßig rezipiert werden - was (para-)soziale Interaktionen mit den Gesundheits-YouTuber/innen beinhaltet.

Im Rahmen dieser ganzheitlichen Analyse sollten Informationen über die Gesundheits-YouTuber/innen als Kommunikatoren und neue Akteure in der Gesundheitskommunikation, über die Zuschauer/innen als aktives Publikum, über die Video-Inhalte sowie die Rezeptionsprozesse und möglichen positiven wie negativen Wirkungen gewonnen werden. Die Studie war angesichts der Novität des Gegenstandes und fehlender Vorläuferstudien explorativ, d.h. gegenstandsbeschreibend und theoriebildend ausgerichtet.

### *Methode*

Gemäß Theoretical Sampling wurde eine bewusste Auswahl von 25 Gesundheits-Kanälen auf YouTube zusammengestellt. Das Sample besteht aus deutschsprachigen Fitness- und Lifestyle-Kanälen und umfasst sowohl Kanäle von Gesundheits-Laien als auch von Gesundheits-Profis, von Frauen wie von Männern, von Einzelpersonen und Teams, mit kleinerem sowie größerem Abonnentenkreis, längerer wie kürzerer Historie auf YouTube.

Jeder einzelne Kanal wurde im Sinne einer Fallstudie unter Rückgriff auf verschiedene quantitative wie qualitative Datenquellen im Hinblick auf Kommunikator, Inhalte, Rezipienten und Rezeption sowie Wirkungen untersucht (zur Fallstudien-Methodik siehe Yin, 2003). Untersuchungsmethoden umfassten Online-Feldbeobachtungen, Leitfaden-Interviews mit Kanal-Betreibenden sowie Kanal-Zuschauenden, Inhalts-

analysen von Videos sowie von Videokomentaren und Logfile-Analysen von Abrufdaten der Kanäle. Die Fallstudien wurden zunächst fallbezogen ausgewertet und anschließend fallübergreifend betrachtet.

### *Ergebnisse*

Bei den untersuchten Gesundheits-YouTuber/innen handelt es sich überwiegend um junge Erwachsene im Alter von Mitte bis Ende 20 Jahre. Unter ihren Zuschauer/innen und Fans befinden sich viele Jugendliche. Bei einer Altersdifferenz von rund 10-15 Jahren haben die Gesundheits-YouTuber/innen gegenüber ihrem jugendlichen Publikum die Rolle von älteren Geschwistern und bewunderten Vorbildern, die laut Aussage der Jugendlichen dazu motivieren, sich selbst gesünder zu ernähren und/oder mehr zu bewegen. Auffällig ist eine starke Geschlechter-Segregation: Jugendliche orientieren sich bevorzugt an Gesundheits-YouTuber/innen des eigenen Geschlechts.

Die auf den Gesundheits-Kanälen publizierten Videos nutzen die Visualität und Zeitbasiertheit des Mediums: Häufig werden Übungen Schritt für Schritt vorgeführt, Rezepte vorgekocht, es wird gezeigt, wie gesunde Lebensmittel verzehrt werden oder welche körperlichen Transformationen sich durch den Lebensstil einstellen. Über flankierende weitere Social-Media-Kanäle wie Instagram und Twitter können die Fans der Gesundheits-YouTuber/innen täglich mitverfolgen, wann ihre Vorbilder morgens aufstehen, was sie zu Mittag essen und in welchem Outfit sie abends Sport treiben. Die Rückkopplung mit dem Publikum ist eng. In den meisten Gesundheits-Videos wird ausdrücklich auf Zuschauer-Fragen eingegangen und das Publikum aufgefordert, Feedback zu geben. Die Darstellung der Gesundheits-Inhalte basiert dabei meist auf eigenen subjektiven Erfahrungen und anekdotischen Evidenzen. Die Gesundheits-Profis unter den YouTuber/innen verweisen aber zuweilen auch auf wissenschaftliche Quellen, manche zeigen sich dozierend am Flipchart stehend.

Ein Hauptmotiv zum Anschauen der gesundheitsbezogenen Videos ist die Veränderung des eigenen Gesundheitsverhaltens, wobei die Verbesserung des Aussehens und ethische Aspekte (z.B. keine Tiere essen) eine wichtige Rolle spielen. Über entsprechende Wirkungen wird von den Zuschauer/innen berichtet. Durch die starke Kommerzialisierung der Videos (Empfehlungen, Tests, Verlosungen, Verlinkungen diverser Gesundheitsprodukte) findet zudem ein Einfluss auf das Kaufverhalten statt. Über das Gesundheitsverhalten und den Konsum gesundheitsbezogener Produkte hinausgehend zeigen sich die Gesundheits-Kanäle auch als einflussreiche Sozialisationsagenten, wenn es um Lebensziele und

Geschlechterbilder geht.

### *Diskussion*

Anhand der 25 Fallstudien zu deutschsprachigen Fitness- und Lifestyle-Kanälen auf YouTube lassen sich (im Rahmen der methodischen Limitationen der Studie) zahlreiche Besonderheiten dieser neuen Form der videobasierten Gesundheitskommunikation über Soziale Medien aufzeigen und Fragestellungen für die zukünftige Forschung ableiten. Hinweise auf parasoziale Beziehungsbildung zwischen Fans und Gesundheits-YouTuber/innen sind deutlich erkennbar. Die sozial-kognitive Lerntheorie ist angesichts der Vorbildrolle der Gesundheits-YouTuber/innen und der Beliebtheit von Demonstrations- und Anleitungs-Videos gut anwendbar. Erste Schritte in Richtung auf die Bildung eines theoretischen Rahmenmodells der Gesundheitskommunikation über YouTube-Kanäle werden diskutiert.

## **PANEL 5: GESUNDHEITSBEZOGENES INFORMATIONS- VERHALTEN IN ZEITEN DES MEDIALEN WANDELS**

*Michael Grimm, Stefanie Wahl, Claudia Lampert, Johannes Ebenau, Lisa Eißfeldt*

### **Die richtige Information zur richtigen Zeit. Zum Informationsverhalten von Krebspatienten im Krankheitsverlauf**

In der Diskussion um die Therapie von Krebs ziehen Behandlungen aus dem Feld der Komplementär- und Alternativmedizin (Complementary and Alternative Medicine, kurz: CAM) zunehmend die Aufmerksamkeit von Patienten und Medien auf sich. Als CAM werden Verfahren und Substanzen verstanden, die nicht Teil der schulmedizinischen Versorgung sind, sondern zusammen mit oder anstelle von Standardbehandlungen angewandt werden (National Cancer Institute, 2014), wie z. B. Akupunktur oder Homöopathie. Während 80 Prozent aller Krebspatienten in Deutschland CAM nutzen (Horneber et al., 2010), gibt es aufgrund eines Mangels an evidenzbasierten Informationen eine kontroverse Debatte um den Status von CAM bei der Krebsbehandlung. Viele Onkologen pflegen daher eine „culture of ‚pervasive silence‘ and ‚professional disinterest‘“ (Evans et al., 2007, S. 2) und Patienten nutzen wiederum Ärzte entsprechend nur relativ selten als Informationsquelle zu CAM (Molatossiotis et al., 2005). Wenn sich Patienten im Rahmen einer informierten Entscheidungsfindung (z. B. Ream et al., 2009, S. 10) mit CAM-Behandlungen auseinandersetzen, kommt medialen Informationsangeboten daher eine bedeutende Rolle zu (Walsh-Childers et al., 2012, S. 137). In Zeiten der Medienkonvergenz steht Patienten hierfür in zunehmend komplexen Informationsumgebungen eine Vielfalt an medialen Informationsangeboten zur Verfügung, aus denen sich die Patienten individuelle Informationsrepertoires zusammenstellen. Neben diesen gesellschaftlichen und medialen Wandlungsprozessen unterliegen auch diese individuellen Informationsrepertoires einem Wandel im Krankheitsverlauf. Wenngleich Aspekte des Informationsverhaltens von Krebspatienten von mehreren empirischen Untersuchungen in den Blick genommen werden (z. B. Park & Park, 2014), bleibt der dynamische Charakter des Informationsverhaltens dabei bislang weitgehend außer Acht (anders z. B. Baumann (2009) am Beispiel von Essstörungen). Gleichwohl zeigen Studien, dass CAM-Behandlungen in verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufs eine große Bedeutung für Krebspatienten haben (Horneber et al.,

2010, S. 590) und dass sich deren Informationsbedürfnisse stark an den Krankheitsphasen orientieren (Tariman et al., 2014).

Im Mittelpunkt des vorgeschlagenen Beitrags stehen am Beispiel von CAM daher folgende Fragen: Welche *Informationsbedürfnisse* haben Krebspatienten in unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs und welche *Informationsquellen* nutzen sie dabei?

Den theoretischen Rahmen bildet das Informationsmodell von Hasebrink und Domeyer (2010), das eine zeitliche Perspektive auf biografischer und gesellschaftlicher Ebene berücksichtigt und das hier um eine krankheitsphasenspezifische Perspektive erweitert wird. Diesem zufolge ist immer ein bestimmtes *Informationsbedürfnis* Anlass für ein Informationsverhalten (z. B. zu Gesundheitsthemen). Die Autoren differenzieren dabei vier Ebenen von Informationsbedürfnissen mit steigender Problemspezifität (nach Situation und betroffenen Personen, ebd., S. 54-55): *Ungerichtete Informationsbedürfnisse* liegen vor, wenn Personen nicht nach konkreten Informationen suchen, ihre Umwelt aber im Hinblick auf potentiell relevante Informationen beobachten. *Thematische Interessen* beschreiben „aktive Orientierungen in Richtung auf bestimmte Gegenstandsbereiche“, um in diesen weitergehende Expertise zu erwerben. *Gruppenbezogene Bedürfnisse* richten sich auf „Informationen aus und über die für die Menschen relevanten Bezugsgruppen“. *Konkrete Problemlösebedürfnisse* schließlich entstehen in konkreten Situationen, in denen individualisierte Informationen erforderlich sind.

Die Spezifität der Informationsbedürfnisse, auf die hin ein Patient sein Informationsverhalten ausrichtet, hängt immer auch von der jeweiligen Situation ab, in der er sich befindet. Diese lässt sich in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung unterscheiden: 1) nach der Diagnose, 2) während der Behandlung und 3) in der Nachsorge, weshalb sich mitunter unterschiedliche Informationsbedürfnisse in den unterschiedlichen Krankheitsphasen finden.

Diesen Informationsbedürfnissen auf Seiten der Patienten stehen dann wiederum bestimmte Informationsquellen gegenüber, die interpersonal, medienvermittelt und auch massenmedial sein können. Jede Informationsquelle hat dabei ein spezifisches kommunikatives und informatives Potential und ist damit mehr oder weniger geeignet, bestimmte Informationsbedürfnisse zu befriedigen (Hasebrink & Domeyer, 2010; vgl. Hölig, 2012), so dass davon auszugehen ist, dass sich die Nutzung einer Informationsquelle je nach Situation verändert.

Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts wurden 50 qualitative Leitfadeninterviews mit Krebspatienten in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung durchgeführt. Das Alter der 37 befragten Frauen und 13 Männer lag bei durchschnittlich 60 Jahren. Etwa die Hälfte der Befragten war an Brustkrebs erkrankt ( $n = 27$ ), eine zweite größere Gruppe an Prostatakrebs ( $n = 7$ ). Bei den übrigen Patienten wurde ein breites Spektrum an verschiedenen anderen Krebsarten diagnostiziert. Die Interviewpartner wurden u. a. danach befragt, welche Informationsbedürfnisse sie in verschiedenen Situationen bzw. Phasen ihrer Erkrankung hatten und welche Informationsquellen sie in diesen nutzten. Die Transkripte wurden mittels einer qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse in MAXQDA ausgewertet.

Für alle drei Phasen des Krankheitsverlaufs ließen sich aus den Interviews markante Informationsbedürfnisse herausarbeiten, denen die Patienten mit allgemeinen oder spezifischen Informationsquellen begegneten:

1) *Nach der Diagnose* zeigt sich bei einigen der befragten Patienten ein hohes thematisches Interesse an CAM. Ihnen geht es vor allem darum, einen Überblick davon zu bekommen, welche CAM-Behandlungen es überhaupt gibt und wer diese anbietet. Dafür greifen sie auf Informationen von ihren behandelnden Ärzten bzw. persönlich Bekannten zurück oder recherchieren im Internet via Google oder nach spezifischen Klinik- bzw. Therapeutenseiten.

2) Mit Beginn des *Behandlungsstadiums* geht es den Patienten häufig darum, konkretere Probleme anzugehen. Daher suchen sie vor allem Informationen zu spezifischen CAM-Verfahren, z. B. eine Einschätzung des Forschungsstandes einer bestimmten Therapie und verschiedene Meinungen dazu. Diese können sowohl fachlicher Natur sein als auch aus Erfahrungsberichten von anderen Betroffenen stammen. In dieser Phase werden von Patienten gerade die gruppenbezogenen Bedürfnisse herausgestellt, da es ihnen wichtig ist, sich an anderen Patienten orientieren zu können (z. B. in Selbsthilfeforen). Neben ärztlichen bzw. persönlichen Ratschlägen anderer Krebserkrankter greifen Patienten in dieser Phase auch auf Internetrecherche, Flyer, Ratgeberhefte oder Fachzeitschriften zurück.

3) Im *Nachsorgestadium* der Krebserkrankung zeigt sich bei einigen Befragten entweder ein zunehmend ungerichtetes Informationsbedürfnis bezüglich CAM oder ein anhaltendes konkretes Problemlösebedürfnis, besonders hinsichtlich der Vor- und Nachteile sowie dem aktuellen Forschungsstand zu CAM im Allgemeinen. Weiterhin werden auf andere Patienten bezogene Informationsbedürfnisse wichtiger. Die

Befragten greifen dafür zum Teil auch auf das breite Quellenspektrum der Behandlungsphase zurück.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie, dass sich die Informationsbedürfnisse von Krebspatienten hinsichtlich CAM-Behandlungen in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung unterscheiden und im Zuge der Erkrankung auch verändern. Es wird diskutiert, inwieweit sich die Befunde auch auf andere Krankheitssituationen übertragen lassen und für die Entwicklung bedürfnisorientierter Informationsangebote eignen. Die methodischen Limitationen, die sich vor allem durch die Zusammensetzung des Samples ergeben, werden reflektiert.

## **Wer die Qual hat, hat die Wahl. Wie informieren sich die Deutschen im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes?**

### *Einleitung*

Ihre Gesundheit ist den Deutschen besonders wichtig und steht, wenn es um individuelle Werte geht, noch über der Familie, den Freunden oder der Freizeit (TNS Infratest & Trendbüro, 2013). Wird eine Krankheit körperlicher bzw. psychischer Natur diagnostiziert oder steht die Geburt eines Kindes bevor, stellt dies die Menschen vor vielfältige Herausforderungen. Insbesondere wenn ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist, sind medizinische Laien auf vertrauenswürdige Informationen vor allem über die behandelnden Kliniken angewiesen. Dabei steht den Betroffenen eine ganze Reihe von Kommunikationswegen und Informationsquellen offen: Gespräche mit Fachärzten sowie mit Freunden und Familien, Berichte in den Massenmedien, Klinikführer und Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Webseiten von Krankenkassen und -häusern und nicht zuletzt Foren und Bewertungsportale im Internet.

Doch ist die Idealvorstellung des informierten Patienten nur Utopie oder nutzt er diese Angebote und Quellen tatsächlich vor der Krankenhauswahl und wenn ja, welche davon erscheinen ihm am nützlichsten? Lassen sich Typen von Patienten bilden, die sich in ihrem Kommunikations- und Informationsverhalten bei der Krankenhauswahl unterscheiden?

### *Theoretischer Rahmen und Forschungsstand*

Das Kommunikations- und Informationsverhalten von Patienten ist in verschiedene Prozesse eingebettet, welche anhand eines Drei-Sphären-Modells der Rahmenbedingungen einer Krankenhauswahl skizziert werden: Zu den Rahmenbedingungen auf gesellschaftlicher Ebene gehören der Prozess einer Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft und die gesetzliche Neuregelung der Krankenhausfinanzierung (Simon, 2001, S. 7). Weiterhin können den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Recht zur freien Krankenhauswahl (§§ 39, 76 SGB V), die Präsenz gesundheitsbezogener Themen in der massenmedialen Berichterstattung sowie demografische Prozesse („Überalterung“ der Bevölkerung) zugeordnet werden. Zur institutionellen Ebene zählt vor allem das von Kliniken betriebene Marketing, welches jedoch zum Schutz der Patienten strengen Werbebeschränkungen unterliegt. Die Informationssuche selbst findet schließlich auf individueller Ebene statt. Als Kunde einer Dienstleistung sucht der „souveräne Patient“ (Simon, 2010,

S. 41) aktiv nach Informationen und möchte über seine Behandlung mitentscheiden. Diese Informationssuche stellt den vorgeschalteten Teil einer Krankenhauswahl dar. Im Rahmenmodell der Teilprozesse des Entscheidens (Betsch, Funke & Plessner, 2011, S. 75) wird sie in die präselektionale Phase der Entscheidung eingeordnet. Neben der Suche nach Entscheidungsalternativen wird nach Attributen jeder Handlungsoption gesucht, um in der darauffolgenden selektionalen Phase die Wahl für das „beste“ Krankenhaus treffen zu können.

Im Rahmen dieser Studie wurde das theoretische Modell zum Kommunikations- und Informationsverhalten bei der Krankenhauswahl (MoKIK) entwickelt, welches die Messung verschiedener direkter Einflussfaktoren auf die Nutzung der einzelnen Informationsquellen ermöglicht. Neben der wahrgenommenen Betroffenheit von der Notwendigkeit eines Krankenhausbesuches (Evans & Clarke, 1983, S. 239) und der Überzeugung von der Effektivität der Informationssuche sind soziodemografische Faktoren sowie die Primärerfahrung von Bedeutung. Erwartet werden kann, dass sich Patienten in Abhängigkeit des Grades direkter Vorerfahrung als Behandler oder Besucher eines Krankenhauses verschiedenartig informieren. Zudem wird angenommen, dass die wahrgenommene Schwere der Krankheit Einfluss auf das Informationsverhalten von Patienten nehmen kann (Harrison, Mullen und Green, 1992, S. 112). Darüber hinaus lässt sich vermuten, dass auch Persönlichkeitsmerkmale von Patienten das Kommunikations- und Informationsverhalten bei der Krankenhauswahl bedingen (Finn, 1997, S. 520 ff.). Aus dem Nutzen, den ein Patient aus der Verwendung einer Informationsquelle zieht und den Kosten, die er für deren Nutzung aufbringen muss, wird letztlich die individuell wahrgenommene Nützlichkeit einer Informationsquelle berechnet, welche als Moderatorvariable Einfluss auf die Wahl einer Informationsquelle nimmt (Johnson, 1997). Die individuelle Einschätzung dieser Nützlichkeit kann auch von den übermittelten Inhalten (Sobhani & Bär, 2010, S. 430) sowie von den Charakteristika der Quelle (Johnson, 1997, S. 100) abhängen.

Das MoKIK stellt eine Adaption und Weiterentwicklung des Comprehensive Model of Information Seeking von Johnson (1997) dar, welches wiederum auf die Grundannahmen des Uses and Gratifications Approach (Bonfadelli, 1999) zurückgeht und Annahmen des Informational Utility Ansatzes (Atkin, 1973), des Health Belief Models (Rosenstock, 1966) und des Media Exposure and Appraisal-Ansatzes (Johnson, 1983) vereint.

## *Method*

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein zweistufiges Mehrmethodendesign aus einer qualitativen und einer quantitativen Befragung gewählt. Die Studie wurde aus retrospektiver Patientensicht konzipiert und in Kooperation mit einem maximalversorgenden Klinikum in einer großen Breite von medizinischen Fachbereichen durchgeführt. Die Grundgesamtheit des Fallbeispiels setzte sich aus allen Patienten und Schwangeren zusammen, welche im Befragungszeitraum (März–April 2014) vom medizinischen Fachpersonal der Klinik als befragbar eingestuft wurden. In der ersten Teilstudie wurden mithilfe teilstandardisierter qualitativer Leitfadeninterviews 19 Patienten zu ihrem Kommunikations- und Informationsverhalten bei der Krankenhauswahl persönlich befragt. Dadurch konnten Einblicke in die Hintergründe einer Krankenhauswahl und das damit verbundene Kommunikations- und Informationsverhalten gewonnen werden. Zudem konnten neue Informationswege identifiziert werden, welche dann in die Fragebogenkonzipierung der zweiten Teilstudie einfließen. Für diese quantitative Erhebung wurden die aus dem MoKIK entnommenen Konstrukte in Form eines standardisierten Fragebogens operationalisiert, welcher daraufhin persönlich an die Befragten übergeben wurde. Insgesamt konnten 805 Fragebögen ausgeteilt werden, von welchen 421 als gültige Fälle in die Datenauswertung gingen. Die Untersuchungen sowie deren Auswertung sind bereits abgeschlossen.

## *Results*

Auf Basis der Befragungsdaten der zweiten Teilstudie wurden vier Patiententypen ermittelt, die sich durch ein differenziertes Kommunikations- und Informationsverhalten auszeichnen. Während die Skeptisch-Desinteressierten – denen die Hälfte aller Befragten zuzuordnen ist – im Vorfeld einer Krankenhauswahl selten bis nie Informationsquellen nutzen, sind die Bequemen Allrounder (10 %), vor allem aber die Kommunikativ-Vernetzten (26 %), viel aktiver: Letztgenannte sind tendenziell älter, verfügen über ein hohes Maß an Vorerfahrung und nutzen Gespräche mit Ärzten und dem sozialen Umfeld, um Informationen einzuholen. Während die Aktiven Onliner (16 %) auch Internetquellen wie Websites und digitale Klinikführer nutzen, dominieren dennoch insgesamt die interpersonalen Quellen. Die Ergebnisse der quantitativ angelegten Befragung und korrespondierend auch der qualitativen Teilstudie offenbaren, dass der Rat nahe stehender Freunde und Familienangehöriger sowie medizinischer Experten (Fachärzte) am häufigsten eingeholt wird. Solche interpersonalen Quellen wie darüber hinaus auch online-basierte Informationen werden, so lässt sich varianzanalytisch zeigen, allerdings stets

in Abhängigkeit der zugeschriebenen Nützlichkeit des Kommunikations- und Informationsweges genutzt. Aus den Ergebnissen der Studie ließe sich ableiten, dass es den einzelnen „goldenen Weg“ der Informationssuche nicht gibt, sondern dass mehrere Quellen komplementär genutzt werden. Für Kliniken könnte dies bedeuten, dass neben eigenen PR-Tätigkeiten eben auch Wert auf die Kommunikation z. B. mit niedergelassenen Ärzten gelegt werden muss, können sie doch als Intermediäre bei der Krankenhauswahl verstanden werden. Insgesamt aber verdeutlicht der hohe Anteil von Nicht-Nutzern (55 %), dass die Idealvorstellung des informierten Patienten (noch) nicht erreicht ist und es bleibt abzuwarten, ob sich dies über einen Generationswechsel hinweg verändert.

## **Vertrauenswürdigkeit ohne Vertrauen – wie die Kommunikation wissenschaftlicher Unsicherheiten in Online-Gesundheitsinformationen die Bewertungen und Entscheidungen der Rezipienten beeinflusst**

Mehr und mehr Menschen suchen im Internet nach Gesundheitsinformationen (cf. Sillence et al. 2007) und nutzen diese teilweise auch für ihre Gesundheitsentscheidungen (cf. Weaver et al. 2008). Im Internet können verschiedene Quellen unmittelbar Informationen an die Rezipienten kommunizieren. So sind die Rezipienten auch mit Gesundheitsinformationen konfrontiert, die von Experten nach wissenschaftlichen Kriterien gestaltet wurden (z.B. Evidenzbasierte Patienteninformationen, cf. Steckelberg et al. 2005). Dabei besteht für die Rezipienten die Herausforderung, die Informationen der Experten zu bewerten und einzuschätzen, inwiefern sie vertrauenswürdig sind und ob sie sie für ihre Gesundheitsentscheidungen nutzen und ihnen vertrauen können (cf. Glenton et al. 2006). Ein Beispiel dafür ist die Kommunikation wissenschaftlicher Unsicherheiten. Darüber wie Rezipienten mit Informationen umgehen, in denen wissenschaftliche Unsicherheiten kommuniziert werden, ist noch relativ wenig bekannt (cf. Genius 2012). Deshalb wird im geplanten Beitrag eine empirische Studie vorgestellt, die die folgenden Fragen beantworten soll: Nehmen Rezipienten dargestellte Unsicherheiten als Indikator, um die Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen zu bewerten? Sind die Rezipienten bereit, unsichere Gesundheitsinformationen für ihre Entscheidungen zu nutzen, vertrauen sie diesen Informationen also? Welchen Einfluss haben dargestellte wissenschaftliche Unsicherheiten auf die Vertrauenswürdigkeitsbewertungen und das Vertrauen der Rezipienten?

Zur theoretischen Fundierung der Studie greift der Beitrag auf die Vertrauensstheorie von Kohring (2004, 2006) zurück. Vertrauen ermöglicht es, das Wissen anderer für sich zu nutzen, wenn man selbst zu wenig Wissen besitzt, um eine Entscheidung zu treffen (cf. Kohring 2006). Vor diesem Hintergrund formt der Rezipient spezifische Erwartungen an ein Online-Informationsangebot, dessen Informationen er für sich nutzen will (z.B. Vollständigkeit, Ausgewogenheit und Richtigkeit der Informationen). Anhand dieser Erwartungen bewertet der Rezipient die Vertrauenswürdigkeit der Informationen. Erfüllen die Informationen seine Erwartungen, ist der Rezipient bereit, dem Angebot zu vertrauen, ihm also Handlungsverantwortung für die Selektion der Informationen zu übertragen und die angebotenen Informationen für seine Entscheidung zu nutzen. Dabei besteht jedoch prinzipiell das Risiko, dass das Angebot die Erwartungen des Rezipienten nicht erfüllt und dadurch für ihn negative

Konsequenzen folgen könnten. Vertraut der Rezipient, toleriert er dieses Risiko jedoch (cf. Kohring 2004).

Bisherige Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dargestellten wissenschaftlichen Unsicherheiten und der Vertrauenswürdigkeit von Quellen, z.B. ihrer Ehrlichkeit, Kompetenz und Objektivität (cf. Retzbach/Meier 2014; Johnson/Slovic 1995; Jensen 2008). Daraus lässt sich die Annahme ableiten, dass dargestellte wissenschaftliche Unsicherheiten auch dazu führen können, dass Informationen als vertrauenswürdig (vollständig, richtig und objektiv) wahrgenommen werden. Im Gegensatz dazu weist die bisherige Forschung zur Risikokommunikation auf einen negativen Zusammenhang zwischen kommunizierten Unsicherheiten und der Vertrauenswürdigkeitsbewertung sowie der Vertrauensbereitschaft hin: Mit dem Konzept der Ambiguität wird angenommen, dass dargestellte Unsicherheiten auch zu einer Unsicherheit über die Verlässlichkeit der Informationen an sich führen und dadurch Entscheidungen eher vermieden werden (cf. Han et al. 2009). Dargestellte Unsicherheiten könnten demnach die Unsicherheit der Vertrauenssituation verstärken und damit das Vertrauen erschweren.

Der Einfluss dargestellter wissenschaftlicher Unsicherheiten wurde in einem Online-Experiment überprüft. Als Untersuchungsthema diente die HPV-Impfung für junge Mädchen, bei der tatsächlich noch wissenschaftliche Unsicherheiten bestehen. Als Stichprobe wurden Eltern gewählt, von denen angenommen wurde, dass das Thema für sie eine gewisse Relevanz hat. Die Versuchspersonen ( $n=151$ ; Alter  $M=36.11$ ,  $SD=11.64$ ; 84% weiblich) wurden randomisiert einer von 5 Versuchsbedingungen zugewiesen. Jede Gruppe las einen Text über die HPV-Impfung, in dem jeweils eine der folgenden vier Unsicherheiten dargestellt wurde: Unsicherheit in Bezug auf Wirksamkeit der Impfung (Bedingung W), Unsicherheit in Bezug auf langfristige Wirksamkeit (WL), Unsicherheit in Bezug auf Nebenwirkungen (N), Unsicherheit in Bezug auf langfristige Nebenwirkungen (NL). Die fünfte Gruppe las einen Text, in dem keine Unsicherheit kommuniziert wurde (Kontrollgruppe KG). Anschließend bewerteten die Probanden zum einen den Text hinsichtlich der wahrgenommenen Unsicherheit und der Vertrauenswürdigkeit der Informationen auf den Dimensionen Objektivität, Richtigkeit und Vollständigkeit (cf. Matthes/Kohring 2003). Zum anderen wurde die Vertrauensbereitschaft der Probanden erfasst: Sie wurden gebeten, zu entscheiden, ob sie auf Grundlage des zuvor gelesenen Textes der Tochter von engen Freunden raten würden, sich impfen zu lassen. Zudem wurden die Entscheidungsbereitschaft und die Sicherheit ihrer Entscheidung erhoben.

Die Ergebnisse einfacher geplanter Kontraste zeigen, dass die Probanden das Wissen

über die HPV-Impfung nur in den Bedingungen mit Unsicherheiten über die Wirksamkeit (W, WL) als unsicherer wahrnahmen als die Kontrollgruppe (W:  $t(146) = -1.68, p < .05$  und WL:  $t(146) = -2.91, p < .01$ ). Für die Bewertung der Vertrauenswürdigkeit zeigte sich nur auf der Dimension der Objektivität der Informationen ein Unterschied zwischen der Bedingung Unsicherheit über die Wirksamkeit im Kontrast zur Kontrollgruppe: der Text der Bedingung Unsicherheit über die Wirksamkeit wurde als signifikant objektiver wahrgenommen als der Text der Kontrollgruppe (W:  $t(146) = -2.33, p < .05$ ).

Geplante Kontraste in Bezug auf die Vertrauensbereitschaft mit der Voreinstellung als Kovariate zeigten, dass die Probanden in den Bedingungen Unsicherheit über Wirksamkeit, langfristige Wirksamkeit und Nebenwirkungen signifikant weniger bereit waren, die Impfung zu empfehlen als die Probanden in der Kontrollgruppe ((W:  $t(146) = -2.24, p < .05$ ; WL:  $t(146) = -4.03, p < .001$ ; N:  $t(146) = -2.13, p < .05$ ). Die Voreinstellung stellte sich als Kovariate heraus:  $F(1) = 296.25, p < .001$ . Probanden in den Bedingungen mit Unsicherheit über die (langfristige) Wirksamkeit (W und WL) waren zudem weniger bereit, eine eindeutige Entscheidung zu treffen (W:  $t(146) = -1.89, p < .05$ ; WL:  $t(146) = 2.09, p < .05$ ), dabei kovarierte die Stärke der Voreinstellung ( $F(1) = 12.19, p < .001$ ). Zudem waren die Probanden der Bedingung Unsicherheit über die Wirksamkeit unsicherer in ihrer Entscheidung als die Probanden in der Kontrollgruppe ( $t(146) = 1.84, p < .05$ ).

Die Studie konnte zeigen, dass Rezipienten das Expertenkriterium der wissenschaftlichen Unsicherheit erkennen, wenn es sich um Unsicherheiten über die (langfristige) Wirksamkeit der Impfung handelt und dass sie diese zumindest zur Bewertung der Objektivität der Informationen als positiven Indikator für die Vertrauenswürdigkeit nehmen. Um eine Entscheidung zu treffen, vertrauten die Rezipienten jedoch weniger auf die Informationen, sondern orientieren sich an ihren vorherigen Einstellungen zum Thema. Dies führt dazu, dass die kommunizierten Unsicherheiten auch nur einen geringen negativen Einfluss auf die Entscheidungssicherheit und die Entscheidungsbereitschaft haben. Die gegensätzlichen Annahmen aus der bisherigen Forschung konnten damit ansatzweise bestätigt werden: Kommunizierte Unsicherheiten führen zwar zu einer positiven Vertrauenswürdigkeitsbewertung, machen Entscheidungen und Vertrauen aber tendenziell schwieriger. Die Ergebnisse werden in Bezug auf den Einfluss der Voreinstellungen sowie im Hinblick auf Implikationen für Kommunikatoren und die Experten-Laien-Kommunikation diskutiert.

**Literatur:**

- Genius, S. K. (2012). Constructing "Sense" From Evolving Health Information: A Qualitative Investigation of Information Seeking and Sense Making Across Sources. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 63(8), 1553-1566.
- Glenton, C., Nilsen, E.S., Carlsen, B. (2006). Lay perceptions of evidence-based information - a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC Health Services Research*, 34(6).
- Han, P. K. J., et al. (2009). Laypersons' Responses to the Communication of Uncertainty Regarding Cancer Risk Estimates. *Medical Decision Making*, 29, 391-403.
- Jensen, J. D. (2008). Scientific Uncertainty in News Coverage of Cancer Research: Effects of Hedging on Scientists' and Journalists' Credibility. *Human Communication Research*, 34, 347-369.
- Johnson, B. B., Slovic, P. (1995). Presenting Uncertainty in Health Risk Assessment: Initial Studies of Its Effects on Risk Perception and Trust. *Risk Analysis*, 15(4), 485-494.
- Kohring, M. (2004). *Vertrauen in Journalismus: Theorie und Empirie*. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.
- Kohring, M. (2006). Zum Verhältnis von Wissen und Vertrauen. Eine Typologie am Beispiel öffentlicher Kommunikation. In K. Pühringer, S. Zielmann (Ed.), *Vom Wissen und Nicht-Wissen einer Wissenschaft* (Vol. 7, pp. 121-134). Berlin: Lit Verlag.
- Matthes, J., Kohring, M. (2003). Operationalisierung von Vertrauen in Journalismus. *Medien und Kommunikationswissenschaft*, 51(1), 5-23.
- Retzbach, A., Maier, M. (2014). Communicating Scientific Uncertainty Media Effects on Public Engagement With Science. *Communication Research*, 1-28.
- Sillence, E., et al. (2007). Going online for health advice: Changes in usage and trust practices over the last few years. *Interacting with Computers*, 19, 397-406.
- Steckelberg, A., et al. (2005). Criteria for evidence-based patient information. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 99, 343-351.
- Weaver, J. B., et al. (2008). Profiling Characteristics of Individual's Using Internet Health Information in Health Care Adherence Decisions. Paper presented at the 136. Jahrestagung der American Public Health Association, San Diego.

## **PANEL 6: EIGENSCHAFTEN UND FOLGEN GESUNDHEITSBEZOGENER MEDIENINHALTE**

*Farina Dobrick, Doreen Reifegerste, Dietram A. Scheufele*

### **Eine Frage der Auslegung. Der Begriff „Eigenverantwortung“ in der deutschen Gesundheitsberichterstattung.**

Das deutsche Gesundheitssystem ist seit langem durch eine Kostendämpfungspolitik geprägt (Gerlinger, 2010), die sich auch in den Gesetzgebungen und der Berichterstattung darüber niederschlägt. Da sich eine weitere Ausweitung des medizinischen Bedarfs abzeichnet, rückt die Finanzierung des Gesundheitssystems zunehmend in den Fokus der öffentlichen Debatte. In diesem Zusammenhang werden mit dem Begriff ‚Eigenverantwortung‘ oft die Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik auf die einzelnen Akteure kommuniziert. Verschiedene theoretische Ansätze gehen davon aus, dass in diesem Zusammenhang verstärkt Verantwortung vom Kollektiv zum Individuum verschoben wird (Bertelsmann Stiftung, 2004). Hierbei lassen sich verschiedene Ebenen von Verantwortungsübernahme im Sinne einer ‚Eigenverantwortung‘ unterscheiden: Auf der ersten Ebene ist die Verantwortung des einzelnen Versicherten für sich selbst zu nennen. Auf einer zweiten Ebene kann mit dem Begriff aber auch ein solidarisches Verständnis gemeint sein, welches den einzelnen Versicherten in der Gemeinschaft dazu anhält, durch sein Verhalten (wie z.B. die Vermeidung von Überinanspruchnahme) zur Entlastung des Gesundheitssystems beizutragen. Auf beiden Ebenen können jeweils das gesundheitsbewusste Verhalten aber auch die finanziellen Aspekte in Bezug auf die Gesundheitsversorgung stärker betont werden (Schmidt, 2008; Bertelsmann Stiftung, 2004).

Fraglich ist nun, inwieweit die verschiedenen Deutungsmuster des Begriffs und somit auch die verschiedenen Frames in der massenmedialen Darstellung gesundheitspolitischer Entscheidungen strategisch zum Einsatz kommen und wie sie sich im Verlauf unterschiedlicher Reformgesetze verändern.

Anhand einer Inhaltsanalyse der größten überregionalen Tageszeitungen (SZ, FAZ, Die Welt, Handelsblatt, taz, Frankfurter Rundschau) wurden die medial vermittelte Darstellung sowie das Framing von Eigenverantwortung anhand von vier Schlüsselereignissen der Gesetzgebung analysiert (u.a. Aust et al., 2006; Koyuncu,

2006; Grimmeisen & Leiber, 2009): dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004), dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007), dem GKV-Finanzierungsgesetz (2011) und dem zwar nicht in Kraft getretenen aber in den Medien viel diskutierten Präventionsgesetz (2013). Als Ausgangspunkt zur Untersuchung des Framings dienten dabei Definitionen zu thematischen und episodischen Frames nach Iyengar (1991) sowie Frames zur europäischen Politik nach Semetko und Valkenburg (2000). Sowohl die Frame-Definitionen nach Iyengar als auch der 'responsibility frame' nach Semetko und Valkenburg versuchen, die jeweilige Zuschreibung von Verantwortung zu einem bestimmten Thema oder Problem zu erfassen. So wird durch einen episodischen Frame nach Iyengar (z.B. durch die Darstellung eines Aspekts anhand von ereignisorientierten Berichten über eine bestimmte Person) die individuelle Verantwortung für ein gesellschaftliches Problem betont. Ein thematischer Frame hingegen beschreibt einen gesellschaftlichen Aspekt eher anhand von generelleren Informationen und schreibt damit dem Kollektiv die Verantwortung zu (Iyengar, 1991). Der 'responsibility frame' nach Semetko und Valkenburg untersucht auf eine ähnliche Weise, wer für ein gesellschaftliches Problem verantwortlich gemacht wird (Semetko & Valkenburg, 2000).

Codiert wurden neben den beschriebenen Frames und formalen Aspekten unter anderem die unterschiedlichen Akteure und ihre Rolle bei der Zuweisung von Verantwortung. Zudem waren die Bereiche bürgerlicher Verantwortungsübernahme und weitere sog. emphasis Frames (Scheufele & Iyengar, 2012) wie der 'conflict frame' oder der 'morality frame' (Semetko & Valkenburg, 2000) Teil des Codebuchs (durchschnittlicher Reliabilitätskoeffizient: .93 nach Holsti).

Insgesamt konnten im beschriebenen Untersuchungszeitraum 99 Beiträge als inhaltlich relevant, d.h. als geeignet zur Identifizierung von Frames und Darstellungen des Begriffs, identifiziert werden. Der Großteil der Artikel trat in Zusammenhang mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 (n=58) auf. Deutlich weniger relevante Artikel fanden sich in den darauf folgenden Untersuchungszeiträumen (zwischen 10-19 Artikel).

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass vor allem die erste Ebene von Eigenverantwortung beleuchtet wird. So findet in 77,8% der Artikel eine Zuweisung von Verantwortung vom Kollektiv zum Individuum statt. Mit der Bezeichnung ‚Kollektiv‘ ist in 57,3 % die Regierung und mit der Bezeichnung ‚Individuum‘ in 84,4% der Fälle der einzelne Versicherte gemeint. Die Betrachtung der Verantwortungszuschreibung nach Iyengar (1991) ist dabei ebenfalls durch ein episodisches Framing und damit durch eine Verantwortungszuweisung zum Individuum geprägt. Bezüglich

der Umsetzung von Eigenverantwortung ergibt sich folgendes Bild: 57,8 % der Artikel beschreiben eine Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit, während 54,7% die finanzielle Beteiligung an Gesundheitskosten als Eigenverantwortung definieren. Doch auch die zweite, solidarisch geprägte Ebene der Betrachtung von Eigenverantwortung, lässt sich in 35,9 % der Artikel nachweisen. Die Debatte ist insgesamt über alle Untersuchungszeiträume hinweg vornehmlich durch den 'responsibility frame' und somit durch die Thematisierung von Verantwortlichkeit geprägt.

Wirft man einen Blick auf die Entwicklung der Darstellung des Begriffs ist interessant, dass im gesamten Untersuchungszeitraum und mit steigender Tendenz die Regierung für die oft suggerierten Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems verantwortlich gemacht wird. Die Übernahme von Eigenverantwortung durch den Einzelnen fungiert hier als eine Art Lösungsvorschlag. Auch der ‚conflict frame‘ gewinnt innerhalb der Debatte zunehmend an Bedeutung. So nehmen beispielsweise die Darstellungen von Meinungsverschiedenheiten zwischen der Regierung und verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems zum GKV-Modernisierungsgesetz 29,3% und zum Ende des Untersuchungszeitraums 45,5% der Artikel ein.

Die Betonung moralischer Aspekte („morality frame“) in Form einer solidarischen Eigenverantwortung weist ebenso eine interessante Entwicklung auf. So wird das Konstrukt von Eigenverantwortung je nach Gesetzgebung und Finanzierungsstrategie entweder als Teil oder als Widerspruch des solidarischen Gesundheitssystems dargestellt. Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass zu drei der vier untersuchten Gesetze die CDU regierungsbildende Partei war. Der Einfluss der regierenden Partei auf das Framing und die Verwendung des Begriffs lässt sich anhand der untersuchten Gesetze demnach bisher nur unzureichend untersuchen.

Letztendlich bietet das Konstrukt der Eigenverantwortung gerade durch seine vielfältige Anwendbarkeit eine Plattform für unterschiedliche Frames und Argumente, die je nach Kommunikations- und Finanzierungsstrategie in der Gesundheitsversorgung anders ausgelegt wurden. Die Ergebnisse bestätigen die durch die Theorie generierte Annahme, dass durch das Konstrukt der Eigenverantwortung vorwiegend eine Verantwortungszuweisung vom Kollektiv zum Individuum sowohl für die finanzielle Absicherung als auch für das eigene Gesundheitsverhalten stattfindet.

Zwar konnte im Zuge der Untersuchung bisher nur eine beschränkte Fallzahl an Artikeln und Frames untersucht, die Ergebnisse können jedoch als eine erste

Systematisierung des Konstrukts von Eigenverantwortung verstanden werden. Eine Validierung anhand einer größeren Fallzahl und über weitere Untersuchungszeiträume wären sinnvoll, um weitreichendere Aussagen über die strategische Verwendung verschiedener Frames durch die unterschiedlichen Akteure (z.B. Parteien oder Medieninstitutionen) treffen zu können. Zudem könnte ein Vergleich mit den zugehörigen Pressemitteilungen aufzeigen, inwieweit die jeweiligen Deutungsmuster von den Journalisten übernommen werden. Zu prüfen wäre darüber hinaus welche weiteren Begriffe der Gesundheitspolitik in ähnlicher Weise offen für die Interpretation durch die diversen Kommunikatoren sind.

**Literatur:**

- Aust, J., Bothfeld, S., & Leiber, S. (2006). Eigenverantwortung – Eine sozialpolitische Illusion? WSI-Mitteilungen, Ausgabe 4, S.186–193.
- Bertelsmann Stiftung. (2004). Eigenverantwortung ein gesundheitspolitisches Experiment. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Gerlinger, T. (2010). Gesundheitspolitik und Parteienwettbewerb: Konzeption zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. In S. Schieren (Hrsg.), Gesundheitspolitik - Beiträge zur wissenschaftlichen Grundlegung und zur Unterrichtspraxis (S. 42–62). Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Grimmeisen, S., & Leiber, S. (2009). Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie: Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik, WSI-Diskussionspapiere, No. 163.
- Iyengar, S. (1991). Is anyone responsible? Chicago: University of Chicago Press.
- Koyuncu, A. (2006). Prävention und Eigenverantwortung. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), Prävention (S. 121–139). Heidelberg: Springer.
- Scheufele, D. A., & Iyengar, S. (2012). The state of framing research: A call for new directions. In The Oxford Handbook of Political Communication Theories (S.1–25). New York: Oxford University Press.
- Schmidt, B. (2008). Eigenverantwortung haben immer die Anderen - Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European Politics: A Content Analysis of Press and Television News. In: Journal of Communication 50,(2), S.93–109.

## **Patientengerichtete Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente (DTCA) - Überblick und Forschungslücken**

Pharmaunternehmen dürfen derzeit nur in den USA und in Neuseeland mögliche Abnehmer ihrer verschreibungspflichtigen Medikamente direkt ansprechen (Pol & Bakker, 2010; Ventola, 2011). Der übliche Weg in den anderen Ländern führt über die Ärzteschaft, die die Interaktion zwischen der Branche und den Patienten moderiert (Auton, 2006). Innerhalb der Europäischen Union ist die Pharmabranche seit Anfang der 2000er Jahre um eine Aufhebung dieser Einschränkungen bemüht<sup>1</sup> (MiEP, 2007). Die Ressourcen, die dafür eingesetzt werden, sind enorm: Die jährlichen Lobby-Ausgaben bei europäischen Institutionen durch die Pharma-Branche werden auf etwa 90 Mio. € geschätzt (Nizińska, 2012). Die Entwicklungen, die verzeichnet werden, sind relativ langsam, aber sie gehen in die Richtung einer Lockerung der Richtlinien im Sinne der Pharmabranche (EPHA, 2004; MiEP, 2010). Insofern gehen einige Wissenschaftler davon aus, dass patientengerichtete Werbung mittelfristig auch in den Ländern der EU zugelassen wird. Metzl (2007) z.B., fasst die „American Experience“ mit dieser Art von Werbung zusammen, und zieht daraus Lehren für die EU (Metzl, 2007).

Im deutschsprachigen Raum setzen sich hauptsächlich Wissenschaftler der Betriebswirtschaftslehre (z.B., Abdelmoumene, 2007; Fritz, Simon, & Röthele, 2008), der Medizin bzw. des Gesundheitswesens (z.B., Diekwisch & Schaaber, 2009) mit der patientengerichteten Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente auseinander. Dabei stehen häufig die Interessen der Pharma-Branche im Vordergrund; diese Forschung mündet oft in Handlungsempfehlungen zur Umsatzsteigerung bzw. zur Ausnutzung gesetzlicher Lücken. Trotz intensiver Suche konnten keine wissenschaftlichen Texte gefunden werden, die sich mit den möglichen Folgen der Einführung dieser Art von Werbung in Deutschland auseinandersetzen. Insofern fehlt eine sozialwissenschaftliche Perspektive im Allgemeinen und eine kommunikationswissenschaftliche im Speziellen.

Diese Einreichung widmet sich dieser Forschungslücke und ist folgendermaßen aufgebaut. (1.) Als erstes wird der Forschungsstand ausgearbeitet. Daraus entsteht

---

<sup>1</sup> Damit ist insbesondere die Richtlinie 2001/83/EC angesprochen, die direkte Werbung verbietet vgl. (Delnoij & Sauter, 2011) (Velo & Moretti, 2008). Siehe auch: [http://ec.europa.eu/health/human-use/information-to-patient/legislative\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/human-use/information-to-patient/legislative_en.htm); [http://ec.europa.eu/health/human-use/information-to-patient/legislative-developments\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/human-use/information-to-patient/legislative-developments_en.htm); <http://www.ephpa.org/spip.php?article5014>

eine Arbeitsdefinition der direkten Werbung für rezeptpflichtige Medikamente, welche auf Englisch „DTCA“ abgekürzt wird („direct-to-consumer advertising“ bzw. „direct-to-consumer pharmaceutical advertising“). (2.) In einem zweiten Schritt wird ein historischer Umriss der DTCA in den USA vorgestellt, sowie die bisherigen Entwicklungen in der EU thematisiert. (3.) Anschließend werden Umfragedaten aus den USA herangezogen um die Einstellungen der Patienten den Einstellungen der Ärzte gegenüberzustellen; dies erlaubt eine ausdifferenzierte Betrachtung der Beweggründe als eine einfache Pro-Kontra Gegenüberstellung. (4.) Darauf folgt eine Darlegung der wirtschaftlichen und der gesellschaftlichen Argumente. (5.) In einem nächsten Schritt werden die Eigenschaften der Rezipienten zusammengetragen, die positiv auf DTCA reagieren, d.h. die ihre Ärzte nach den beworbenen Mitteln fragen. (6.) Abschließend werden konkrete Forschungslücken in der Gesundheitskommunikation aufgezeigt.

Nun sollen diese Bestandteile angerissen werden.

(1.) Direkte Werbung für rezeptpflichtige Medikamente (DTCA) wird definiert als die kostenpflichtige massenmediale Vermittlung von Informationen über Medikamente, die nur auf Vorlage einer ärztlichen Verschreibung erhalten werden können. Die Informationen richten sich an Menschen, die nicht über eine formelle medizinische Ausbildung verfügen (*Zielgruppe*). Zu den Zielen der DTCA gehören in erster Linie die Steigerung des Umsatzes, aber auch die Positionierung gegenüber der Konkurrenz, der Gewinn von Sympathie, die Steigerung des Bekanntheitsgrads (*betriebswirtschaftliche Ziele*). Die damit beabsichtigte Aufklärung von Patienten durch Wissensvermittlung über Beschwerden und Behandlungsmöglichkeiten soll zur Ermächtigung der Patienten und somit zu einer Begegnung auf Augenhöhe mit der Ärzteschaft beitragen (*normative Ziele*). DTCA beabsichtigt, die Rezipienten dazu zu bringen, den Arzt aufzusuchen und zu versuchen, auf die Verschreibung des beworbenen Medikaments hinzuwirken – und somit den Umsatz zu steigern (*betriebswirtschaftliche Strategie*). Um die normativen Ziele zu erreichen sollen die Rezipienten mit unvoreingenommenen, vollständigen und unmissverständlichen Informationen versorgt werden (in Wort und Bild) (*„normative“ Strategie*). Dadurch werden Rezipienten/Patienten zu Verbraucher (*Folgen*).

(2.) wurde bereits in der Einleitung zu diesem Abstract angedeutet.

(3.) Bisherige Forschung zeigt, dass US-Verbraucher positiv gegenüber der DTCA eingestellt sind, da sie diese für eine legitime Informationsquelle halten (Fisher & Ronald, 2008; Greene & Herzberg, 2010; Moradkhani, Kerwin, Dudley-Brown, &

Tabibian, 2011; J. Reast, Palihawadana, & Shabbir, 2008). Somit haben Patienten das Gefühl, mehr für ihre Gesundheit zu tun, was wiederum die Beziehung zum Arzt stärken soll (Bonaccorso & Sturchio, 2002). US-Amerikanische Ärzte waren anfangs gegenüber der DTCA (Aikin, Swasy, & Braman, 2004) aufgeschlossen. Diese Unterstützung hat in den letzten Jahren nachgelassen. So wird der Inhalt der Materialien kritisiert, die die Vorteile übertreiben und Nebenwirkungen untertreiben (Wyke, 2004), zudem Stereotype bedienen (Cline & Young, 2004) und Krankheiten durch positive Bilder verharmlosen (Klausner, Kim, & Kent, 2002). Ärzte sehen zudem die Arzt-Patient-Beziehung belastet (Perri, Shinde, & Banavali, 1999), weil sie sich unter Druck gesetzt fühlen, die gewünschten Medikamente zu verschreiben, um die Patienten nicht zu verlieren (Auton, 2006); zudem klagen sie über erhöhten Aufwand (Pinto, Pinto, & Barber, 1998; J. D. Reast & Carson, 2000).

(4.) Zu den wirtschaftlichen Argumenten zählen die Wirkung der DTCA auf die Kosten im Gesundheitssystem. So gibt es einerseits ausreichend Stimmen für und gegen die Sorge, dass die Werbekosten eine wichtige Rolle bei der Preisbildung der verschreibungspflichtigen Medikamente spielt (z.B., Almasi, Stafford, Kravitz, and Mansfield (2006) vs. Baukus (2004)). Andererseits gibt es die Sorge, dass die Dauer und Frequenz der Arztbesuche und somit die Kosten im System aufgrund von DTCA zunimmt, was von manchen bestätigt (Avorn, 2000), von anderen abgelehnt wird (Sellers, 2000). Zu den wichtigsten gesellschaftlichen Argumenten gegen die DTCA zählt die Medikalisierung von normalen Zuständen und die damit einhergehende Überversorgung (Mintzes, 2001) und Hypochondrie. Als pro-Argument wird angeführt, dass Krankheiten schneller erkannt und behandelt werden, was zu einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit führt.

(5.) Die Rezipienten, die am positivsten auf DTCA reagieren sind weiblich (Schommer, Doucette, & Mehta, 1998), weiß (Huh & Becker, 2005), haben eine positive Einstellung zu DTCA (Wilson & Till, 2007), sehen viel fern (Huh & Becker, 2005), verfügen über eine Krankenversicherung (Bell, Kravitz, & Wilkes, 1999) und vertrauen darauf, dass die verantwortlichen Behörden die DTCA ausreichend regulieren (Menon, Deshpande, Zinkhan, & Perri III, 2004).

(6.) Folgende Forschungslücken wurden identifiziert: (a) Ausnutzung gesetzlicher Lücken durch das Ghostwriting vermeintlich objektiver Presseartikel, (b) legale und illegale Produktplatzierungen in Unterhaltungsformaten, (c) ethische Bewertung der Werbestrategien (Wort, Bild, Stimmlage, Musik), (d) Untersuchung der Rezeptionssituation (z.B. stummgeschaltete Werbespots erhöhen die Bedeutung visueller Inhalte), (e) Wirkungsforschung in Deutschland bzw. in der EU (insb.

Einstellungen, Empfänglichkeit und Werbekompetenz).

**Literatur:**

- Abdelmoumene, A. (2007). Direct-to-Consumer-Marketing in der Pharmaindustrie In C. Rennhak & G. Nufer (Eds.), Reutlinger Diskussionsbeiträge zu Marketing & Management (Vol. 4). Reutlingen, Germany: Hochschule Reutlingen.
- Aikin, K. J., Swasy, J. L., & Braman, A. C. (2004). Patient and Physician Attitudes and Behaviors Associated with DTCA Promotion of Prescription Drugs. Summary of FDA Survey Research Results Retrieved from [www.fda.gov/cder/ddmac/Final%20Report/FRfinal111904.pdf](http://www.fda.gov/cder/ddmac/Final%20Report/FRfinal111904.pdf)
- Almasi, E. A., Stafford, R. S., Kravitz, R. L., & Mansfield, P. R. (2006). What are the Public Health Effects of Direct-to-Consumer Drug Advertising? *PLoS Medicine*, 3(3), 284-288.
- Auton, F. (2006). Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) of Pharmaceuticals: An Updated Review of the Literature and Debate Since 2003. *Economic Affairs*, 26(3), 24-32.
- Avorn, J. (2000). Post-modern drug evaluation. The deconstruction of evidence-based regulation. *Pharmacoeconomics*, 18(Suppl. 1), 15-20.
- Baukus, R. (2004). DTC Advertising. *Journal of Health Communication*, 9(6), 563-564. doi: 10.1080/10810730490882775
- Bell, R. A., Kravitz, R. L., & Wilkes, M. S. (1999). Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising and the Public. *Journal of General Internal Medicine*, 14(11), 651-657.
- Bonaccorso, S. N., & Sturchio, J. L. (2002). Direct to Consumer Advertising is Medicalizing Normal Human Experience: For and Against. *British Medical Journal*, 324(7432), 910-911.
- Cline, R. J. W., & Young, H. N. (2004). Marketing Drugs, Marketing Health Care Relationships: A Content Analysis of Visual Cues in Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising. *Health Communication*, 16(2), 131-157.
- Delnoij, D., & Sauter, W. (2011). Patient information under the EU patients' rights Directive. *The European Journal of Public Health*, 21(3), 271-272. doi: 10.1093/eurpub/ckr053
- Diekwisch, H., & Schaaber, J. (2009). Direktwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel – Verbraucheraufklärung oder Beitrag zur Medikalisierung? *ZFA. Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(8), 329-334. doi: 10.3238/zfa.2009.0329
- European Public Health Alliance. (2004). Direct-To-Consumer Advertising - for or against? <http://www.eph.org/a/533>
- Fisher, J. A., & Ronald, L. M. (2008). Direct to Consumer Responsibility: Medical Neoliberalism in Pharmaceutical Advertising and Drug Development. *Patients, Consumers and Civil Society*, 10, 29-51.

- Fritz, W., Simon, J., & Röthele, S. (2008). Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt – Stand und Entwicklungschancen Schriftenreihe „Wissen schafft Wissen“. Hübner & Sturk Werbeagentur GmbH, 2.
- Greene, J. A., & Herzberg, D. (2010). HIDDEN in PLAIN SIGHT. Marketing Prescription Drugs to Consumers in the Twentieth Century. *American Journal of Public Health*, 100(5), 793-803. doi: 10.2105/ajph.2009.181255
- Huh, J., & Becker, L. B. (2005). Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Understanding Its Consequences. *International Journal of Advertising*, 24(4), 441-466.
- Klausner, J. D., Kim, A., & Kent, C. (2002). Are HIV drug advertisements contributing to increases in risk behavior among men in San Francisco, 2001? *AIDS*, 16(17), 2349-2350. doi: 10.1097/00002030-200211220-00021
- Medicines in Europe Forum. (2007). BigPharma's health information: a growing danger in Europe.
- Medicines in Europe Forum. (2010). Rapporteur insists on patients' rights to information. *Europolitique*, 3988(5).
- Menon, A. M., Deshpande, A., Zinkhan, G. M., & Perri III, M. (2004). A Model Assessing the Effectiveness of Direct-to-Consumer Advertising: Integration of Concepts and Measures from Marketing and Healthcare. *International Journal of Advertising*, 23(1), 91-118.
- Metzl, J. M. (2007). If direct-to-consumer advertisements come to Europe: lessons from the USA. *The Lancet*, 369(9562), 704-706. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60321-3
- Mintzes, B. (2001). Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising. The European Commission's Proposals for Legislative Change. [http://www.haiweb.org/campaign/DTCA/BMintzes\\_en.pdf](http://www.haiweb.org/campaign/DTCA/BMintzes_en.pdf)
- Moradkhani, A., Kerwin, L., Dudley-Brown, S., & Tabibian, J. H. (2011). Disease-specific knowledge, coping, and adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.*, Oct.(56), 2972-2977. doi: 10.1007/s10620-011-1714-y
- Nizińska, M. (2012). Pharmaceutical lobbying. *PMR Consulting*.
- Perri, M., III, Shinde, S., & Banavali, R. (1999). The past, present, and future of direct-to-consumer prescription drug advertising. *Clinical Therapeutics*, 21, 1798-1811.
- Pinto, M. B., Pinto, J. K., & Barber, J. C. (1998). The impact of pharmaceutical direct advertising: Opportunities and obstructions. *Health Marketing Quarterly*, 15(4), 89-101.
- Pol, P. K. C., & Bakker, F. G. A. (2010). Direct-to-Consumer Advertising of Pharmaceuticals as a Matter of Corporate Social Responsibility? *Journal of Business Ethics*, 94(2), 211-224. doi: 10.1007/s10551-009-0257-z
- Reast, J., Palihawadana, D., & Shabbir, H. (2008). The Ethical Aspects of Direct to Consumer Advertising of Prescription Drugs in the United Kingdom: Physician versus Consumer Views. *Journal of Advertising Research*, 48(3), 450-464.

- Reast, J. D., & Carson, A. M. (2000). UK Physicians' Attitudes towards Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs: An Exploratory Analysis. *International Journal of Advertising*, 19(3), 397-415.
- Schommer, J. C., Doucette, W. R., & Mehta, B. H. (1998). Rote Learning after Exposure to a Direct-to-Consumer Television Advertisement for a Prescription Drug. *Clinical Therapeutics*, 20(3), 617-632.
- Sellers, J. A. (2000). The two faces of direct-to-consumer advertising. *American Journal of Health-Systems Pharmacy*, 51, 1401.
- Velo, G., & Moretti, U. (2008). Direct-to-consumer information in Europe: the blurred margin between promotion and information. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 66(5), 626–628. doi: 10.1111/j.1365-2125.2008.03283.x
- Ventola, C. L. (2011). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising. Therapeutic or Toxic? *Pharmacy and Therapeutics*, 36(10), 669-674, 681-684.
- Wilson, R. T., & Till, B. D. (2007). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Building and Testing a Model for Advertising Effectiveness. *Journal of Advertising Research*, 47(3), 270-282.
- Wyke, A. (2004). Direct-to-Consumer (DTC) Marketing Patient Views: DTC Advertising. *International Journal of Medical Marketing*, 4(4), 310-312.

*Linda Mummer, Juliane Wagner, Doreen Reifegerste, Wolfgang Donsbach,  
Martin Degen*

## **Panikmache oder autonome Rezipienten. Müssen Lebensmittelkandale zwangsläufig zu Verunsicherung führen?**

Ernährung ist für jeden Menschen eine essentielle Lebensgrundlage, weshalb Informationen über mangelnde Qualität von Lebensmitteln mit großem Interesse verfolgt werden. Die Berichterstattung zu Lebensmittelkandalen, wie BSE oder EHEC, hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen (Liebrich 2013) und enthält neben sachlichen Informationen oft zahlreiche z.T. dramatisierende Stilmittel, die potentiell große Verunsicherung bei den Verbrauchern auslösen können (Linzmaier 2007). Übertrieben sensationalistische Aufbereitung, wie sie häufig bei Skandalen vorkommt (Kepplinger 2005) - sog. Fear-mongering - kann aufgrund der meist großen Betroffenheit der Rezipienten zu Verunsicherung und zu Vertrauensverlust in die Lebensmittelindustrie, aber auch in die Medien und die Wissenschaft führen (Schwitzer 2010).

Verschiedene Befragungen und Längsschnittuntersuchungen zu Konsumgewohnheiten (insb. zum BSE-Skandal) deuten an, dass die vermehrte negative Berichterstattung über die Lebensmittelqualität das Verbraucher- und Ernährungsverhalten (wie Biotrend und Vegetarismus) nachhaltig verändern (Lippl 2012). In den Medien werden die potentiellen Gefahren, die mit dem Konsum bestimmter Lebensmittel einhergehen, durch sog. Risikoattribute (wie Anzahl der Betroffenen, Toxizität oder Belastungsgrad) unterschiedlich dargestellt (Linzmaier 2007).

Fraglich ist nun, inwieweit sich die unterschiedlichen Darstellungen der Skandale in den Medien und das in Inhaltsanalysen angenommene Verunsicherungspotential der medialen Berichterstattung (Linzmaier, 2007) auf die tatsächliche Verbraucherverunsicherung bei den Rezipienten auswirken. Wir vermuten, dass die Verunsicherung und die Absicht zur Verhaltensveränderung umso größer sind, je mehr Attribute zur Risikodarstellung ein Artikel über Lebensmittelkandale enthält. Hierbei dient das Transtheoretische Modell (TTM; Prochaska/DiClemente 1982) als Grundlage, um die ausgelösten Veränderungen in die entsprechenden Stadien (von Risikowahrnehmung über Vorbereitung und Handlung) einzustufen. Gleichzeitig sollte überprüft werden, ob dieser Zusammenhang auch themenübergreifend nachzuweisen ist und welche weiteren Einflussfaktoren (z.B. Ernährungsweise) relevant sind.

Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine Methodenkombination aus Inhaltsanalyse und experimenteller Befragung durchgeführt. Die Inhaltsanalyse untersuchte 424 Artikel im Zeitraum Mai 2010 bis Mai 2013 aus zehn regionalen und überregionalen deutschen Zeitungen zu Lebensmittelskandalen. Codiert wurden mit einer Intercoderreliabilität von  $>0,80$  (nach Holsti) zum einen Elemente sensationalistischer Aufbereitung (wie Relativierung, Tendenz Überschrift, Etikettierung Skandal) und zum anderen die Anzahl und Art der Risikoattribute eines Berichts. Dadurch konnten Artikel mit unterschiedlich hohem Versicherungspotenzial identifiziert werden.

Anschließend wurde in einem Online-Experiment mit 122 Probanden die Wirkung unterschiedlicher Beiträge zu Lebensmittelskandalen getestet. In einem 2x2-Design wurden dabei Artikel zu zwei verschiedenen Lebensmittelskandalen (EHEC vs. Pferdefleischskandal) mit hohem Verunsicherungspotenzial solchen mit niedrigem gegenübergestellt. Die Artikel unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer sensationalistischen Aufbereitung und Darstellungsform. Als abhängige Variable wurde die URICA-Skala (CPRC 2013) verwendet, die die verschiedenen Stufen des TTM abbildet. Zudem wurden potentielle Einflussfaktoren wie Ernährungsgewohnheiten und Mediennutzung erfasst.

Die Inhaltsanalyse zeigt, dass im untersuchten Zeitraum am häufigsten über die Skandale zu EHEC (46%), Dioxin (22%) und zum Pferdefleisch (18%) berichtet wurde. Insgesamt zeigt sich eine eher geringe sensationalistische Aufbereitung ( $M=1,23$  auf einer Skala von 1 bis 6) in den Tageszeitungen, wobei erwartungskonform Artikel aus der Bild-Zeitung deutlich sensationalistischer aufbereitet sind ( $M=3,34$ ),  $F(8, 407) = 21,267$ ,  $p < .001$ . Die übrigen Medien unterscheiden sich dagegen nicht signifikant voneinander. Auch das Verunsicherungspotential, das auf einem Summenindex der Risikoattribute beruht, unterscheidet sich zwischen den Medien,  $F(8,407) = 7,68$ ,  $p < .001$ . Überraschenderweise fällt hier neben der Bild-Zeitung ( $M=7,09$ ) auch die Onlineausgabe der Süddeutschen Zeitung ( $M=8,68$ ) und die der FAZ ( $M=7,21$ ) durch ein relativ hohes Verunsicherungspotential auf.

Vergleicht man die Berichterstattung der einzelnen Lebensmittelskandale, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei Themen. Während EHEC nahezu stets mit einer gesundheitlichen Gefahr verbunden wird (93,3%), wurde das Risikoattribut in der Berichterstattung zu Pferdefleisch deutlich seltener genannt (45,5%). Die Risikoattribute in der Darstellung von Dioxin weisen überraschender Weise ein hohe Ähnlichkeit zu dem Pferdefleischskandal auf.

Diese Themenabhängigkeit zeigt sich auch bei der experimentellen Untersuchung der tatsächlichen Wirkung auf die Rezipienten. Für die Messung der Verunsicherung der Probanden wurden die Einzelitems der URICA-Skala (nach entsprechender Transformation) zu einem Index (mit einem theoretischer Maximalwert von 40) zusammengefasst. In der untersuchten Stichprobe lag der Mittelwert bei  $M=16,0$  ( $SD=4,3$ ) und es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Verunsicherung der Probanden ( $Min=8,1$ ,  $Max=28,4$ ).

Allerdings zeigt eine ANOVA der vier Experimentalgruppen weder signifikante Haupteffekte, noch Interaktionseffekte, was sicherlich auch mit der geringen Stichprobengröße zusammenhängt. Tendenziell deutet sich ein Interaktionseffekt an. Betrachtet man nur die 61 Rezipienten der Artikel zum EHEC-Skandal, zeigt sich ein Unterschied in der erwarteten Richtung,  $t(59)=2,209$ ,  $p < .05$ . Probanden, die die Berichterstattung mit hohem Verunsicherungspotential lasen, waren signifikant mehr verunsichert ( $M=17,2$ ,  $SD=4,2$ ) als solche, die den Artikel mit niedrigem Verunsicherungspotential lasen ( $M=17,2$ ,  $SD=3,4$ ). Für die Testgruppen, die den Text zum Pferdefleischskandal lasen, wurde jedoch kein solcher Effekt zwischen den Gruppen festgestellt. Tendenziell wirkte der Text mit dem niedrigeren Verunsicherungspotenzial sogar offensichtlich verunsichernder auf die Probanden ( $M=16,2$ ,  $SD=4,8$ ) als der Text mit dem hohen Verunsicherungspotenzial ( $M=15,6$ ,  $SD=4,6$ ). Kontrollvariablen wie das Ernährungsbewusstsein haben zwar einen Einfluss auf die Höhe der Verunsicherung, weisen aber keine Interaktionseffekte mit den unterschiedlichen Artikelversionen auf.

Zusammenfassend lässt sich aus der vorliegenden Untersuchung schlussfolgern, dass sich Rezipienten trotz verunsichernder Aufbereitung von Lebensmittelskandalen nicht von jedem Skandal gleichermaßen verunsichern lassen. Wir konnten somit erstmals experimentell zeigen, dass das in Inhaltsanalysen angenommene Verunsicherungspotential nicht themenunabhängig angenommen werden kann. Zudem müssen die einzelnen Risikoattribute unterschiedlich gewichtet werden. Eine „Panikmache“ mit zahlreichen Risikoattributen ist nicht singulär ausschlaggebend für Verunsicherung. Wenn allerdings eine gesundheitliche Bedenklichkeit vorliegt, wie im Fall von EHEC, ist auch ein Verunsicherungspotential durch die Medien vorhanden. Dies führt dann auch zu einem temporär erhöhten Informationsbedarf (Hohlbach/Maurer 2014). Die Berichterstattung zu Lebensmittelskandalen mit vielen Risikoattributen kann dann auch erhöhte Risikowahrnehmung und Intensionsänderungen auslösen. Allerdings ist dieser Zusammenhang nicht für alle Lebensmittelskandale generalisierbar. Da jeder Skandal einzigartig ist (Kepplinger 2005), müssen weitere Merkmale der

Lebensmittelskandale (z.B. Anzahl der potentiell Betroffenen und gesundheitliche Bedenklichkeit) berücksichtigt werden.

Dies macht zum einen die Verantwortung der Journalisten deutlich, weist aber auch auf die Entscheidungskompetenz der Verbraucher hin, die trotz gleicher inhaltlicher Darstellung unterschiedliche Schlussfolgerungen für ihr eigenes Ernährungsverhalten aus der Berichterstattung ziehen.

#### **Literatur:**

Cancer Prevention Research Center. (2013). *Measures - Other: URICA (Long Form) (University of Rhode Island Change Assessment)*. Verfügbar unter: <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/urica.htm> [22.05.2013]

Holbach, T., & Maurer, M. (2014). Wissenswerte Nachrichten. *Publizistik*, 59(1), 65–81.

Kepplinger, H. M. (2005). *Die Mechanismen der Skandalisierung. Die Macht der Medien und die Möglichkeiten der Betroffenen* (2., aktual. Aufl. ed.). München: Olzog,

Liebrich, S. (2013). „Skandale sind kein Zufall“. Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/lebensmittelskandale-skandale-sind-kein-zufall-1.1631814> [25.04.2013].

Linzmaier, V. (2007). *Lebensmittelskandale in den Medien. Risikoprofile und Verbraucherverunsicherung*. München: Verlag Reinhard Fischer.

Lipl, M. (2012). *Organic food boom-Biofoodkonjunktur als Reaktion auf medial vermittelte Risiken beim Lebensmittelkonsum*. Dissertation. Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät III.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288.

Schwitzer, G. (2010). The Future of Health Journalism. *Public Health Forum*, 18(68), 19. e1-19. e3.

## KONTAKT

Ansprechpartner: Markus Schäfer & Oliver Quiring

Institut für Publizistik  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Jakob Welder-Weg 12  
55128 Mainz

E-Mail: [gesundheitskommunikation2014@uni-mainz.de](mailto:gesundheitskommunikation2014@uni-mainz.de)

## HOMEPAGE

[www.gekom2014.uni-mainz.de](http://www.gekom2014.uni-mainz.de)

**Wir bedanken uns bei allen Sponsoren und Förderern für die freundliche Unterstützung!**



**Nomos**



**Springer VS**