



universität
wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Gesundheitskommunikation – Empfehlungen für eine
erfolgreiche Kampagnengestaltung“

verfasst von / submitted by

Anna Maria Schwendinger, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Ing. Mag.rer.soc.oec. Dr.phil. Klaus Lojka

ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitskommunikation als Teildisziplin des Social Marketings verfolgt das Ziel, Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu bewegen. Dabei wird angestrebt, sowohl gesundheitsschädliche Verhaltensweisen bei Rezipienten zu beenden, als auch aktiv neue, gesundheitsfördernde Handlungen zu etablieren. Die vorliegende Arbeit widmet sich mittels Meta-Analyse der Erstellung von Handlungsempfehlungen, welche eine zielführende Planung und Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen zu ermöglichen. Basis der Handlungsempfehlungen sind relevante Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens sowie der Kommunikation. Die generierten Empfehlungen wurden aus den Ergebnissen bisheriger Studien der Verhaltensforschung im Bereich Gesundheit sowie der Medienwirkungsforschung abgeleitet, die sich auf diese Theorien und Modelle stützen. Demnach ist zur Zielerreichung ein wesentliches strategisches Element bei der Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen die Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenzerwartung und Handlungsergebniserwartung. Den Rezipientinnen und Rezipienten muss das Gefühl vermittelt werden, neues Verhalten auch eigenständig umsetzen zu können und dabei ein erstrebenswertes Ziel in Aussicht zu haben. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung ist ein zentrales Element für die Durchführung von Verhaltensänderungen und –neuerungen. Zudem zeigte sich, dass es für Menschen wesentlich leichter ist, neues Verhalten zu etablieren als bestehendes zu verändern. Demnach erweist es sich auch als sinnvoll, bei gesundheitsschädigendem Verhalten „Ersatzleistungen“ zu fördern. Als Beispiel lässt sich anführen, für Raucher, die vorwiegend in Stresssituationen zur Zigarette greifen, in Gesundheitskampagnen Stressausgleichs-Möglichkeiten zu kommunizieren, die in jenen „schwierigen“ Situationen Abhilfe schaffen, in denen nikotinsüchtige Menschen rauchen.

Von Vorteil bei der Kampagnenplanung ist es, die Zielgruppe möglichst genau zu definieren und vorab Informationen darüber zu sammeln, auf welcher „Stufe“ der Verhaltensänderung die durchschnittlichen Personen der Zielgruppe stehen. Dies bedeutet abzuklären, ob Problem- und Risikobewusstsein oder möglicherweise auch der Wunsch einer Verhaltensänderung bereits gegeben sind. Dieses Wissen lässt möglicherweise Rückschlüsse darauf ziehen, wie groß der Grad der Informiertheit ist und welche Art der Informationssuche und –aufnahme bei den Rezipienten zu erwarten ist. Besser informierte Personen mit höherem Bildungsniveau neigen zu aktiver Informationssuche und sind daher für Botschaften mit mehr Information empfänglicher. Bei passiver Informationssuche und peripherer Rezeption erweisen sich einfache, emotionale Botschaften als geeignet. Eine sinnvolle Strategie um Aufmerksamkeit zu gewinnen ist es, erst einen emotionalen Reiz zu setzen, der anschließend durch Information in den richtigen Sinnzusammenhang gebracht wird. In

Hinblick auf die Gestaltung der Gesundheitskommunikationskampagnen erweisen sich tendenziell emotionale, positive Botschaften als sinnvoll. Bei Furchtappellen besteht die Gefahr, bei den Rezipienten verschiedenste Abwehr- und Schutzmechanismen auszulösen und daher die eigentliche Botschaft nicht vermitteln zu können. Auch narrative Botschaften eignen sich, allerdings ist die leichte Verständlichkeit dabei ein Muss. Die Information, die vermittelt wird, sollte aus teilweise Bekanntem und teilweise Neuem bestehen, dabei darf die Botschaft keine redundanten Inhalte implizieren. Weitere Elemente, die der Zielerreichung dienlich sind, sind die direkte Ansprache der Rezipienten ebenso wie das Abbilden von Rollenvorbildern zur Identifikation, welche allerdings nicht überidealisiert sein sollten.

Ein kurzer Blick in die Praxis macht deutlich, dass bei staatlichen Kampagnen in Österreich durchaus noch Optimierungspotenzial vorhanden ist und noch längst nicht alle Empfehlungen aus der Wissenschaft umgesetzt wurden.

VORWORT

Die Wirkung der Kommunikation auf unser Leben und unser Verhalten sind Kern der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, ebenso wie anderer verwandter sozialwissenschaftlicher Disziplinen. Die Gesundheitskommunikation hat sich zu einer wachsenden Disziplin entwickelt. Demografische Entwicklungen wie die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung fordern neue Maßnahmen seitens der Gesundheitspolitik, um die älter werdende Bevölkerung möglichst lange gesund zu halten. Die Maßnahmen setzen nicht nur bei einer Verbesserung der medizinischen Versorgung an, sondern bereits im Bereich der Prävention. In breitenwirksamen Kampagnen und zahlreichen Gesundheitsinitiativen wird versucht, breitenwirksam die Bevölkerung für einen gesunden Lebensstil zu motivieren und Aufklärungsarbeit zu leisten. Vorliegende Arbeit richtet sich an Kommunikatorinnen und Kommunikatoren medial vermittelter Gesundheitsbotschaften und soll mit ihren Ergebnissen zukünftig eine zielführende strategische Planung und Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen und -botschaften unterstützen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich während des Erstellens dieser Magisterarbeit unterstützt haben. Dieser Dank gilt besonders meiner Familie, für die immerwährende Unterstützung im Studium und ihren Beistand in allen Lebenslagen, und er gilt meinem Freund Alexander sowie meiner besonderen Freundin Doris, die mir während des Verfassens dieser Arbeit mit guten Ratschlägen und fachlichem Feedback zur Seite gestanden ist.

Mein ganz besonderer Dank richtet sich außerdem an Ass. Prof. Mag. Dr. Klaus Lojka, der mich nicht nur durch die perfekte fachliche Betreuung unterstützt, sondern auch als Mentor im Prozess der Fertigstellung dieser Arbeit motiviert und begleitet hat.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	i
VORWORT.....	iii
INHALTSVERZEICHNIS.....	iv
1. EINLEITUNG	1
1.1 Definition des Forschungsproblems.....	1
1.2 Forschungsinteresse.....	2
1.3 Umsetzung und Aufbau	3
2. GESUNDHEIT.....	6
2.1 Begriffsentwicklung und Verständnis von Gesundheit	6
2.2 Gesundheit in den Sozial- und Geisteswissenschaften	10
2.3 Lebensstil.....	10
2.4 Prävention	12
3. SOCIAL MARKETING.....	14
3.1 Kampagne – die Sozialkampagne	16
3.2 Gesundheitskommunikation – Definition	18
4. LEBENSSTILMODIFIKATION DURCH GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN	19
4.1 Theory of Reasoned Action nach Ajzen und Fishbein	19
4.1.1 Anwendbarkeit bei der Prognose von Gesundheitsverhalten.....	22
4.2 Erweiterung mit der Theory of Planned Behavior	22
4.3 Soziale Lerntheorie nach Bandura	24
4.3.1 Studien: Tabakentwöhnung	25
4.3.2 Studie: Sexuelles Risikoverhalten	27
4.3.3 Studie: Schmerztoleranz.....	29

4.3.4	Studien: Gewichtskontrolle, präventive Ernährung	30
4.3.5	Studie: Körperliche Aktivität.....	32
4.4	Theorie der Schutzmotivation	34
4.5	Transtheoretisches Modell	35
4.5.1	Studie: Anwendung des TTM zur Motivation zu Bewegung.....	36
4.6	Health-Belief-Modell	37
4.7	Health Action Process Approach	39
4.8	Salutogenese Modell nach Antonovsky	43
5.	KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	45
5.1	Agenda-Setting-Ansatz: Wirkungsverläufe.....	46
5.2	Theorie der kognitiven Dissonanz.....	47
5.3	Third-Person-Effekt	49
5.4	Wissenskluft-Theorie	50
6.	REZEPTIONSMECHANISMEN	52
6.1	Aktive Informationssuche	53
6.2	Situationale Informationssuche.....	54
6.3	Framing und Priming	55
7.	BOTSCHAFT.....	58
7.1	Meta-Analysen der Effektivität unterschiedlicher Kampagnen	58
7.2	Narration	60
7.3	Emotionale Reize	61
7.3.1	Meta-Analyse von Barth und Bengel.....	62
7.3.2	Studie: Emotionen und Gesundheit	63
7.3.3	Sonstige Studien	65
8.	VERARBEITUNG	67
8.1	Elaboration-Likelihood Model	67

8.2 Identifikation	69
8.3 Komplexitätstheorie	70
9. ERGEBNISSE – THEORETISCHE ABLEITUNGEN	73
9.1 Handlungsempfehlungen:	74
10. ANWENDUNGSBEISPIEL: GESUNDHEITSKAMPAGNEN IN DER ANALYSE.....	79
10.1 Analysegegenstand im Überblick.....	79
10.2 Kampagne 1 „YOLO – Leb’ ein Leben ohne Rauch“	80
10.3 Kampagne 2 „Ernährung kann was“	81
10.4 Kampagne 3 „Masern sind kein Kinderspiel“	83
11. KAMPAGNENANALYSE	85
11.1 Ergebnisse	87
11.1.1 Detail-Analyse „YOLO – Leb’ dein Leben ohne Rauch“	88
11.1.2 Detail-Analyse „Ernährung kann was“	89
11.1.3 Detail-Analyse „Masern sind kein Kinderspiel“	91
12. FAZIT UND AUSBLICK	93
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	95
LITERATURVERZEICHNIS	97

1. EINLEITUNG

Von „Körper und Geist im Einklang“ spricht man oftmals in Verbindung mit dem Gesundheitsbegriff. Die Autoren Luckman und Schütz beschreiben 1975 Gesundheit und Krankheit als Wissen, als kommunikative Ressource, die sich in den Strukturen der Lebenswelt ausbildet. Unsere Vorstellungen und Handlungsweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit zeigen demnach auch Auswirkungen auf individuelle, soziale sowie ökonomische und kulturelle Parameter.¹ Geprägt werden unsere Vorstellungen auch von der Gesundheitskommunikation, sowohl auf interpersoneller als auch auf massenmedialer Ebene. Vorliegende Arbeit widmet sich der medienvermittelten Gesundheitskommunikation und damit, wie sie unser Verhalten beeinflussen kann.

1.1 Definition des Forschungsproblems

Gesundheit - Was einst als passives Gut und schicksalsgeprägter Zustand galt, ist heute aktives Lebensgefühl, stark selbstgesteuerter Lebensstil und oftmals Ausdruck einer höheren Bildungsschicht. Die Problematiken rund um schlechte Ernährung mit zu viel Fett und Zucker ebenso wie die negativen Folgen von Rauchen, Bewegungsmangel und anderen „Lifestyle-Sünden“ sind längst weitläufig bekannt, die Qualitätskriterien „Green“, „Bio“ und „Veggie“ sind Trends, die sich immer mehr durchsetzen – die gleichzeitig aber besonders Menschen aus höheren Bildungsschicht ansprechen. Nicht nur aufgrund des Durchsickerns der ernährungswissenschaftlichen Informationen, sondern vor allem aufgrund dessen, dass „Bio“, sowohl im Bereich Lebensmittel als auch bei Drogerieware nicht billig ist, gelangen qualitativ hochwertige Lebensmittel oftmals nur an einkommensstärkere Bevölkerungsschichten. Dennoch sind derartige Produkte mittlerweile auch beim Discounter erhältlich und gelten dort als „Premiumware“. Mit Aufklärungsarbeit sowohl seitens des Staates als auch seitens verschiedenster Vereinigungen wird versucht, breitenwirksam die Bevölkerung auf ihre Selbstverantwortung bei der Gesundheitsvorsorge durch einen gesunden Lebensstil aufmerksam zu machen. Dabei geht es einerseits um Aufklärungsarbeit durch Information, gleichzeitig haben es sich Staat, Organisationen und Vereine auch zur Aufgabe gemacht, besonders in Österreich, auf Basis eines generell verbesserten Gesundheitsniveaus der Bevölkerung ein im internationalen Vergleich eher teures, jedoch auch vielfältiges Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten.

¹ Vgl. Schütz & Luckmann 2003.

Um einen gesunden Lebensstil nicht nur zum Trend im gebildeten oder sozial besser gestellten Bevölkerungsteil zu machen, sondern in sämtlichen Bevölkerungsschichten mehr Bewusstsein mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheit etablieren zu können, werden Präventionskampagnen in Form von medialer Aufklärungsarbeit und Bewusstseinsbildung, kombiniert mit einem erweiterten Angebot an vielfach kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen und vielen weiteren Aktionen initiiert. Ein „gesunder“ Lebensstil impliziert allerdings nicht einfach ein Leben der Enthaltensamkeit von „süßen Sünden“ oder Suchtmitteln wie Alkohol und Zigaretten. So tragen zwar diese Faktoren zu einem biologisch gesehen gesunden Körper bei, dem zufolge sprichwörtlich auch ein gesunder Geist inne wohnt, dennoch ist mittlerweile auch weitgehend die enge Verbindung zwischen körperlichem und seelischem Wohlbefinden anerkannt. Es gilt nicht als unumstritten einziges Lebensziel, den Körper medizinisch gesehen so lange wie möglich zu „erhalten“, sondern auch die Qualität des Lebens, die neben Gesundheit auch durch Glücksgefühle, Zufriedenheit, Lebensfreude und viele weitere Faktoren geprägt ist, zählt. Zudem beeinflussen gerade eben diese Faktoren bekanntlich auch die körperliche Gesundheit positiv. Man spricht von einer Lebensstilmodifikation, wenn man in verschiedensten Bereichen Lebensoptimierung anstrebt.

Für die Sozialwissenschaft, insbesondere die Kommunikationswissenschaft, ergeben sich daraus eine Vielzahl an Fragen. Obgleich zahlreiche Kampagnen auf kommunikationstheoretische Aspekte hin nach und nach in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht werden, beschäftigen sich nur wenige Abhandlungen mit Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kampagnen, die Menschen zur Lebensstilmodifikation motivieren sollen. Im Bereich der Gesundheitsprävention, vielfach als Subkategorie von „Social Marketing“ betrachtet, ist das Ziel eine langfristige, nachhaltige und gezielte Veränderung, welche im Gegensatz zu herkömmlichen kommerziellen Einschaltungen und dem nachfolgenden Kauf eines Produkts besonders schwer zu erreichen ist. Dabei greifen Marketingagenturen oft tief in die Trickkiste: Mit schockierenden Bildern, Guerilla Marketing, Humor, emotionalen Bildern, aber auch ganz klassischen Sujets soll sich die Bevölkerung motiviert und aufgefordert fühlen.

1.2 Forschungsinteresse

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Rahmen einer Magisterarbeit für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft auf meta-analytischer Ebene mit dem Thema Gesundheitskommunikation und der strategischen Kampagnenplanung, die zum Ziel hat, bei Rezipientinnen und Rezipienten ein neues Verhalten oder eine Verhaltensänderung zu etablieren.

Folgende Fragen stehen im Fokus dieser wissenschaftlichen Abhandlung:

- Welche Strategien helfen bei der Kampagnengestaltung, das Ziel einer Verhaltensänderung bzw. einer Lebensstilmodifikation zu erreichen?
- Welche Studien brachte die sozialwissenschaftliche Forschung diesbezüglich aktuell hervor?
- Welche Hinweise finden sich in der wissenschaftlichen Literatur für eine bessere Planung und Gestaltung von Kampagnen der Gesundheitskommunikation?
- Welche Botschaft muss ausgesendet werden, damit breitenwirksam die Aufmerksamkeit der Bevölkerung erregt und Verhalten effektiv verändert werden kann?
- Wie viel Information und Emotion sollen in Gesundheitskommunikationskampagnen stecken, um die Rezipientinnen und Rezipienten zu erreichen?

Ziel dieser Meta-Analyse ist es, aus den in der Literatur gefundenen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Studien ein Set an Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen zu entwickeln, das einerseits als Hilfestellung zur Konzeptionierung der Botschaft dienen sollen, andererseits aber auch Auskunft über zielführende strategische Ausrichtungen geben soll, auch unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich Verarbeitung und Rezeption.

Nicht miteinbezogen werden Studien zur Wahl der Kommunikationsinstrumente bei medial vermittelten Kampagnen.

1.3 Umsetzung und Aufbau

Um diesbezüglichen, wissenschaftlichen Ergebnissen näher zu kommen und der kommunikationswissenschaftlichen Forschung gerecht zu werden, ist es notwendig, vorweg die zentralen Begrifflichkeiten dieser Arbeit wie Gesundheit, Prävention und Kampagne zur besseren Verständlichkeit der Thematik zu definieren. Anschließend werden die als Grundlagen manifestierten Erkenntnisse rund um den Begriff des Social Marketings, der in der Literatur vielfach zitiert ist und gleichzeitig in unterschiedlichen Auslegungen Platz gefunden hat, erläutert. Im nächsten Schritt widmet sich diese Arbeit einigen Theorien und Modellen der Verhaltensänderung sowie der Wirkungsforschung und ihrer wissenschaftlichen Überprüfung.

Für die Beantwortung der forschungsleitenden Fragen wird eine Meta-Analyse der zugänglichen aktuellen Forschungsergebnisse durchgeführt und ein Blick in die wissenschaftliche Literatur geworfen.

Im Fokus stehen Papers und Abhandlungen aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation sowie des Social Marketings. Die Zahl an fundierten Forschungsarbeiten, die sich mit der Wirkung massenmedialer Sozialkampagnen im Bereich Gesundheit auseinandersetzen, ist bislang sehr begrenzt, daher werden in dieser wissenschaftlichen Abhandlung auch Studien aus dem Bereich der Verhaltensforschung miteinbezogen. Diese sollen grundlegende Antworten liefern auf die Fragen: Wie ändern Menschen ihr Verhalten und wie etablieren sie neue Verhaltensweisen? Welche Art der Intervention bringt Erfolg und wie lassen Menschen sich zu einer Verhaltensänderung motivieren?

Langfristige Verhaltensänderungen sind besonders bei angelegten Studien sehr schwer messbar, da der Kontakt zu dem Studienteilnehmern über viele Jahre hinweg gehalten werden müsste.

Die Suche erfolgte dabei mittels universitärer Datenbanken, wobei besonders im Elsevier Verlag dafür zahlreiche passende Studien gefunden werden konnten. Dabei ist zu beachten, dass bei der Darstellung der Studien kein Anspruch auf absolute Vollständigkeit gestellt werden kann, da nur jene Quellen genutzt werden können, die für den universitären und öffentlichen Bereich kostenfrei zur Verfügung stehen.

Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Studien im Bereich der Gesundheitskommunikation und Verhaltensforschung lassen sich anschließend Hypothesen formulieren, die wiederum die Grundlage für die erzielten Handlungsempfehlungen bilden. Die Empfehlungen stellen das Ziel und die Beantwortung der forschungsleitenden Fragen dar. (s.o.)

Anschließend wird noch ein kurzer Blick in die Praxis geworfen. Im Fokus steht dabei die Frage, wie genau sich österreichische, breitenwirksame Gesundheitskommunikationskampagnen in Bezug auf ihren strategischen Aufbau und die Gestaltung ihrer Botschaft mit den Ergebnissen aus der Wissenschaft decken. Oftmals stoßen genau bei diesem Punkt Kommunikationsabteilungen auf scharfe Kritik, weil ihre Empfehlungen und Vorgehensweisen nicht mit den Ergebnissen aus dem Bereich der Wirkungsforschung einhergehen und somit oft nicht die gewünschte Wirkung hervorbringen. In diesem Kapitel werden drei, vom Bundesministerium für Gesundheit ausgehende, breitenwirksame Kampagnen analysiert, wobei hierfür die zur Verfügung stehenden Materialien wie Presstexte, Sujets etc. heran gezogen werden. Dabei soll einerseits die Frage nach der Miteinbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse beantwortet werden, andererseits auch überprüft werden, ob die genannten Handlungsempfehlungen auch für die Umsetzung in der Praxis geeignet sind. Impulsgeber für diese Auseinandersetzung im Rahmen der Magisterarbeit war Bonfadelli und Friemels Buch „Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich“, in dem die Autoren ebenfalls Handlungsempfehlungen abgeben, diese aber sehr unpräzise und mit begrenzten wissenschaftlichen Ausführungen ausgestattet haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2. GESUNDHEIT

Die Begriffe „Gesundheitspräventionskampagne“ oder noch zeitgemäßer auch „Lebensstilmodifikationskampagne“ genannt, die den zentralen Kern dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung darstellen, lassen zahlreiche Fragen offen. Um das Themenfeld und auch unterschiedliche Interpretationen der einzelnen Begriffsbestandteile der dieser Arbeit zugrunde liegenden Definition deutlich zu machen, werden im Folgenden die zentralen Begriffe Gesundheit, Lebensstil, Prävention und Kampagne erläutert. Abschließend soll darauf der Begriff „Gesundheitskommunikation“ definiert werden.

2.1 Begriffsentwicklung und Verständnis von Gesundheit

Im Jahr 1948 formulierte die Weltgesundheitsorganisation WHO ihr Verständnis von Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“²

Bereits damals lag es im Interesse der Gesundheitspolitik sowie der Gesellschaft, das Verständnis von Gesundheit von rein medizinischen Sichtweisen loszulösen und einem ganzheitlichen Verständnis eines Wohlbefindens von Körper und Geist näherzubringen. Vielfach haben persönliche Probleme, seelisches Leid und Unbehagen psychosomatische Auswirkungen. Auch ein schlechter Lebensstil, der von schlechter Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder auch Bewegungsarmut geprägt ist, zeigt meist im körperlichen Gesamtzustand seine Auswirkungen durch Diabetes, Übergewicht oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in den meisten Fällen ergibt sich ein Zusammenspiel aus Folgewirkungen unterschiedlicher Erkrankungsbilder. Immerhin 68,4 Prozent aller Todesfälle in Österreich lagen im Jahr 2011 Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zu Grunde und beiden dieser Todesursachen spricht man

² „Gesundheit und Gesundheitsförderung“ o. J.

einen deutlichen Zusammenhang mit Lebensführung und Ernährungsverhalten zu.³ Auch in zahlreichen anderen Industrieländern sieht die Statistik der Todesursachen sehr ähnlich aus. Während man einerseits die Anzahl der Sterbefälle aufgrund von Infektionskrankheiten stark senken und somit die Lebenserwartung steigern konnte, stellt heute die steigende Anzahl chronischer Erkrankungen eine enorme Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Dabei entwickeln in Österreich laut einer Befragung der Statistik Austria aus 2006/2007 Männer ihren Lebensstil verglichen zum Jahr 1999 in puncto Tabakkonsum und Übergewicht sowie Adipositas durchwegs gesünder, während Frauen zunehmend zu vermehrtem Rauchen und Übergewicht neigen. Dies bilden folgende Grafiken ab:

Altersgruppe	Tägliche Raucherinnen und Raucher	Übergewicht ¹⁾		Adipositas ¹⁾		Mischkost mit viel Fleisch	Körperlich inaktiv ²⁾
		BMI 25 bis unter 30		BMI 30 und mehr			
		1999	2006/2007	1999	2006/2007		
Prozent							
Männer							
Zusammen	27	54	45	9	13	40	18
15-29 Jahre	32	42	24	4	6	53	15
30-44 Jahre	35	53	44	7	11	43	18
45-59 Jahre	28	60	52	13	17	40	20
60-74 Jahre	15	60	53	14	19	28	20
75 Jahre und älter	6	56	52	7	8	17	19
Frauen							
Zusammen	19	22	30	9	13	14	22
15-29 Jahre	29	9	14	3	6	16	27
30-44 Jahre	25	16	23	6	9	16	21
45-59 Jahre	21	27	33	12	17	15	22
60-74 Jahre	9	32	41	16	21	11	21
75 Jahre und älter	2	27	41	8	15	9	21
Geschlechterproportion (Männer = 1)							
Frauen	0,7	0,4	0,7	1	1	0,4	1,2
Veränderung 1999 bis 2006/2007 in Prozentpunkten							
Männer			-9		4		
Frauen			8		4		

Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

1) Um einen Vergleich mit dem Mikrozensus-Programm „Fragen zur Gesundheit“ aus dem Jahr 1999 anstellen zu können, wurde in die BMI-Berechnung nur die Bevölkerung im Alter ab 20 Jahren einbezogen. - 2) Frage nach körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres: Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten weniger als vier Stunden pro Woche.

Abbildung 1: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ausgewählte Aspekte des gesundheitsbeeinflussenden Lebensstils

³ Vgl. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014 2015*, S. 41.

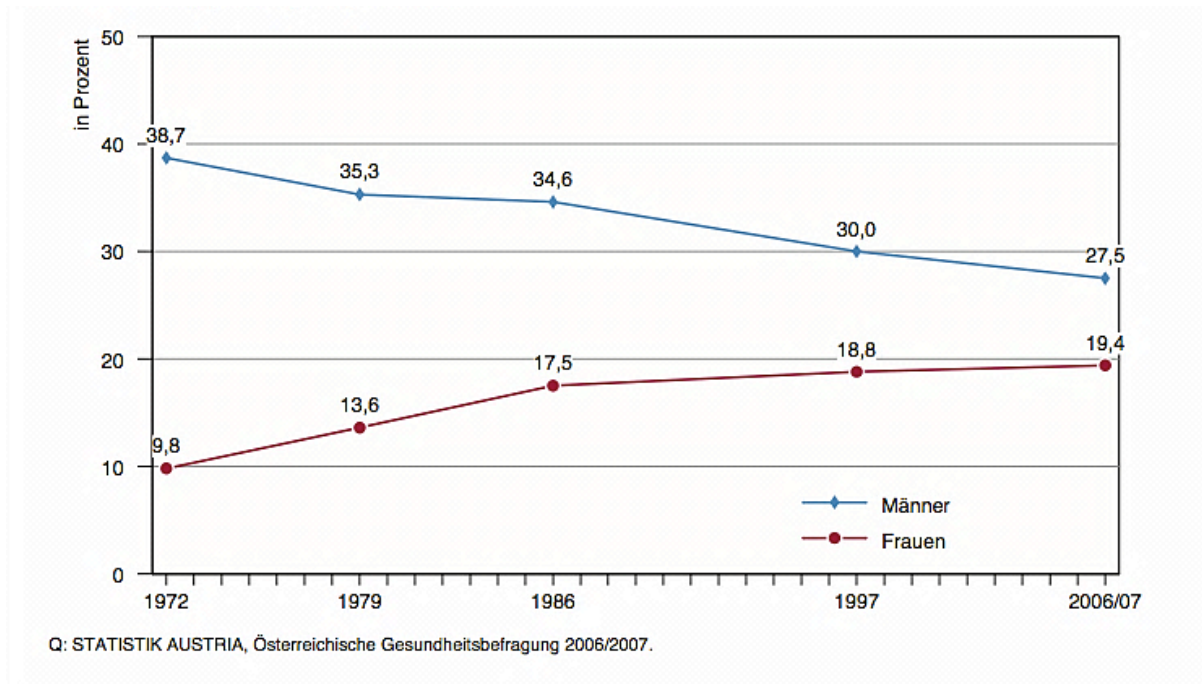


Abbildung 2: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren

So sollte man meinen, dass in einer Gesellschaft, die über Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, Rauchen, mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung aufgeklärter ist als Generationen zuvor, sich die Bevölkerungsgesundheit maßgeblich zum Positiven hin verändern müsste. Ungeachtet dessen, dass in den Achtzigerjahren dem Ziel einer gesunden Bevölkerung seitens vieler Staaten zunehmend mehr Bedeutung beigemessen wurden, stellen die Ergebnisse der Statistik Austria Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Bevölkerungsgesundheit nicht das beste Zeugnis aus.

1986 wurden die sogenannte „Ottawa Charta for Health Promotion“ in Kanada bei der ersten Internationalen Gesundheitskonferenz verabschiedet, die sämtliche teilnehmende Staaten zur Förderung der Gesundheit mit dem gemeinsamen Ziel „Gesundheit für alle“ aufrufen sollte. Die Charta geht dabei von Gesundheit als Grundvoraussetzung des Lebens aus und deklariert auf drei Seiten sämtliche Voraussetzungen für Gesundheit. Dabei inkludiert sie sowohl die Faktoren in den Bereichen der medizinischen Versorgung als auch jene der gesellschaftlichen Einbindung sowie die Befähigung der Menschen zu einer gesunden, ausgewogenen Lebensführung im Sinne der Schaffung aller notwendigen Faktoren sowie letztendlich auch der richtigen Informationsversorgung. Dabei lässt die Charta nicht unerwähnt, dass die Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung sich auch regional unterscheiden können. Daher müssen auch in der Maßnahmensetzung bei der Schaffung einer gesundheitsfreundlichen Umwelt, der Bürgerinformation etc. regionale Aspekte berücksichtigt werden. Als politische Kernaufgabe wird dabei unter anderem die Förderung der persönlichen Kompetenz

erwähnt, wobei man auf die Befähigung zur Eigenverantwortung der Bevölkerung für ein gesundheitsförderndes Verhalten verweist. Die Charta formuliert diese folgendermaßen:

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.“⁴

1997 bestätigte und ergänzte man die Ottawa-Charta bei der Vierten Internationalen Gesundheitskonferenz durch die „Jarkata Erklärung“. Das politische Interesse am gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsbegriff zeigt klar, dass die Gesundheit nicht nur als persönliches Gut, sondern zunehmend auch als Recht der Bürgerinnen und Bürger und als Aufgabe eines Staates angesehen wird. Die Auslegung und Umsetzung der formulierten Charta gestaltet sich allerdings äußerst breitgefächert. Während vor allem die westlichen Länder mehr oder weniger ausgeprägte und weitläufig greifende Gesundheitssysteme bieten, ist in Entwicklungsländern die (kostenlose) Verfügbarkeit medizinischer Versorgung längst keine Selbstverständlichkeit, selbst in einem Wirtschaftsstandort wie den USA gilt das Gesundheitssystem als massiv lückenhaft.⁵ In der Medizin versteht man unter Gesundheit oftmals auch einfach das Nichtvorliegen einer Krankheit.

⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

⁵ „Gesundheit und Gesundheitsförderung“ o. J.

2.2 Gesundheit in den Sozial- und Geisteswissenschaften

Um eine konsensfähige Definition des Gesundheitsbegriffs zu erhalten, lässt es sich nicht umgehen, sowohl ethische, kulturelle und soziale als auch psychische und somatische Definitionen von Gesundheit festzuhalten und zusammenzuführen.

Der deutsche Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann sucht nach einer Definition von Gesundheit auf sozialisationstheoretischer Ebene und verwendet dabei genau diese konsensfähige Festmachung, wobei er zu folgender Erkenntnis kommt:

„der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist demnach beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich unter bestimmten Umständen in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren.“⁶

Es ist demnach abzuleiten, dass Gesundheit nicht mehr nur als passives Gut, sondern als aktives und – in einem gewissen Rahmen – auch als selbst steuerbares Gut perzipiert wird. Gesundheit als Zustand, der durch einen sportlich aktiven, ernährungsmäßig ausgewogenen und bewussten Lebensstil beeinflussbar ist, wird damit zum erstrebenswerten Lebenszustand. Längst zeigen die Ergebnisse aus Krebs- und Diabetesforschung, wie negativ sich falsche Ernährung, Rauchen und andere „Sünden“ des Lebens wie Bewegungs- und Schlafmangel, ebenso wie Stress und psychische Belastungen auf den menschlichen Körper auswirken können. Daraus ergibt sich die hohe Bedeutung der Begrifflichkeit „Prävention“, die für die rechtzeitige gesundheitliche Vorsorge zur Vermeidung von Krankheit steht.

2.3 Lebensstil

Das Verständnis eines „gesunden Lebensstils“ impliziert im Jahr 2016 nicht nur das Führen eines gesunden Lebens mit ausgewogener, vielseitiger Ernährung, frei von Suchtmitteln wie Alkohol und Zigaretten und ausreichend Bewegung für körperliche Fitness. Vielmehr weiß man heute, dass zu

⁶ Hurrelmann 1990, S. 93, in: Belz-Merk 1995, S. 19f.

einem langen, erfüllten Leben auch „Geist und Seele“ eines Menschen gesund und glücklich sein sollten. So kann beispielsweise strenges Verzicht auf die einen oder anderen Genüsse als eine Form der „Selbst-Geißelung“ zu hoher psychischer Belastung führen, die sich wechselwirkend negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Die Lebensstilforschung beschäftigt sich mit unterschiedlichen Elementen der Lebensgestaltung und nimmt Typisierungen vor. Unter diesen Elementen versteht man beispielsweise Ernährungsgewohnheiten, Konsumgewohnheiten, persönliche Werte oder die Gestaltung der Freizeit.⁷ Dabei wird zumeist eine Unterscheidung in einen aktiven und passiven Typ vorgenommen. Dem passiven Typ ordnet man Menschen mit sogenanntem „oral fixiertem Verhalten“ zu. Passive Typen neigen zu Alkoholkonsum, Rauchen, unkontrolliertem Essverhalten und eher unreflektiertem, optisch-akustisch gesteuertem Medienkonsum – ein riskantes Gesundheitsverhalten, das eher wenig Chance auf Lebensstilmodifikationen birgt. Der Glaube, nur passive Typen würden dem ungesunden Lebensstil frönen, ist allerdings ein Trugschluss. Beispielsweise konnten Studien zeigen, dass *„bei nicht manuell arbeitenden Männern und Frauen eine ungesunde Verhaltensweise wie das Trinken alkoholischer Getränke positiv korreliert mit dem körperlichen Training, das eine Person absolviert.“*⁸ Der aktive Typus handelt in Bezug auf seine Gesundheit weniger riskant und birgt bei seinem Verhalten wesentlich mehr Modifikationsmöglichkeiten.⁹

Lebensstilmodifikationen sind meist keine spontanen Veränderungen, sondern Folge eines gesundheitlichen Leidensdrucks, gesellschaftlichen Drucks oder auch einer Suggestion. Oftmals geht Lebensstilmodifikation auch mit Selbstverwirklichung einher und zwar dann, wenn wir unser Leben ändern um uns selbst und damit unseren Vorstellungen von idealem und richtigem Verhalten und Leben gerecht zu werden. In psychotherapeutischen Theorien wird im Zuge dessen von einem Lebensskript gesprochen, das zumeist von früheren Botschaften, die beispielsweise von einem Elternteil verstärkt an das Kind gerichtet wurden, geprägt ist. Besonders beispielhaft dafür ist die Betonung von Stereotypen. Demnach kann die Botschaft „Auf Frauen/Männer sind kann man sich nicht verlassen“, maßgeblich das spätere Bindungsverhalten beeinflussen. Wenn die betroffenen Personen sich im späteren Leben dann anderen Menschen gegenüber destruktiv verhalten und dies nicht ändern können, sich aber damit unwohl fühlen, macht sich im Unterbewussten ihr Lebensskript bemerkbar. Zumeist eignet man sich verschiedene Abwehrmechanismen an, um notwendigen Veränderungen auszuweichen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der „Ja, aber-Mechanismus“, der sich bei Menschen

⁷ Vgl. Eder 1991.

⁸ Lüdke H. (1989), in: Lehofer, M./Kriechbaum, N. (2000): Lebensstilmodifikation. *Journal für Hypertonie – Austrian Journal of Hypertension* 2000; 4 (Sonderheft 3A), 13-18.

⁹ Vgl. Lüdtker 1989, S. 13.

bemerkbar macht, die sich ihre Angst vor Veränderung nicht eingestehen möchten und die daher die Schuld am eigenen Fehlverhalten ihrem Gegenüber zuschieben.¹⁰

2.4 Prävention

Im Vordergrund der Prävention oder auch der Präventivmedizin steht ein pathogenetischer Ansatz. Im Gegensatz zur Salutogenese, bei der man sich die Frage stellt wie Gesundheit entsteht, widmet man sich bei einer pathogenetischen Annäherung der Frage: Wie entsteht Krankheit? Leppin definiert Prävention im Kontext von Gesundheit und Krankheit folgendermaßen: „*Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.*“ Hüter-Becker und Dölken formulieren „*Prävention hat die Aufgabe, die ersten Symptome für zukünftige Probleme zu erfassen und entsprechende Handlungsmaßnahmen zu setzen.*“¹¹ Bei dieser Art der „Vorsorge“, die gerne auch als Primärprävention bezeichnet wird, werden die körperlichen oder auch psychischen Beschwerden zukunftsorientiert beschrieben. Von Prävention spricht man in Zusammenhang mit körperlichen, allgemeinen (z.B.: Haltungsprobleme einer bestimmten Berufsgruppe) oder individuellen Problemen. Als „Früherfassung“ diverser Problembereiche bezeichnet man die Schnittstelle zwischen der Prävention und der späteren Therapie oder Behandlung.¹² Leppin stellt die Prävention in den Kontext von Gesundheit und Krankheit und definiert Prävention folgendermaßen: „*Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.*“¹³

Grundlegend lassen sich drei Arten der Prävention unterscheiden:

- Die **Primärprävention** soll verhindern, dass Krankheiten überhaupt entstehen. Dabei wird einerseits auf der strukturellen Ebene, wie durch politische Entscheidungen etc., andererseits auf der individuellen Ebene durch Information und Aufklärung versucht, präventive Maßnahmen zu setzen.
- Die **Sekundärprävention** widmet sich der frühzeitigen Erkennung von Veränderungen, die Krankheiten auslösen können. Sie kommt auch beim Aufspüren von Krankheitsfrühstadien zum

¹⁰ Vgl. Lüdtkke 1989, S. 13ff.

¹¹ Hüter-Becker, Dölken & Bertram 2008, S. 38.

¹² Vgl. Hüter-Becker u. a. 2008, S. 38.

¹³ Leppin 2004, in: *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* 2004, S. 31.

Einsatz. Eine zentrale Maßnahme der Sekundärprävention ist das Verändern von Lebensgewohnheiten.

- Die **Tertiärprävention** soll Folgeerscheinungen von Krankheiten und einer Rückfälligkeit entgegenwirken. Dabei soll die Lebensqualität so gut wie möglich wiederhergestellt werden.¹⁴

Nachdem gesamtgesellschaftliche Gesundheitsprävention auch einer Öffentlichkeit bedarf, sind die Massenmedien hierfür ein zentrales Instrument, um Aufmerksamkeit für verschiedenste wichtige Themen zu generieren. Diese Aufmerksamkeit allein reicht allerdings noch nicht, um Veränderungen zu erzielen, und Information allein ist kein Garant für Verstehen und auch noch für risikominderndes Verhalten.¹⁵ Die massenmedial vermittelte Kommunikation eignet sich besonders im Bereich der Primärprävention, da sie eine große Bevölkerungsgruppe erreichen kann. Nachdem – wie bereits erwähnt - davon ausgegangen werden kann, dass viele Menschen an den angesprochenen Themen noch nicht interessiert sind beziehungsweise Aufklärung und Information nicht in direkter Verbindung mit Verhaltensänderung steht, ist die Herausforderung für die Gesundheitskommunikation besonders groß.¹⁶ Demnach braucht es wissenschaftlich fundierte Strategien, um Verhaltensänderungen durch medial vermittelte Inhalte zu erreichen.

In der vorliegenden Arbeit beziehen sich die abschließend generierten Handlungsempfehlungen ausschließlich auf Kampagnenthemen der primären und sekundären Prävention von allgemein gesellschaftlichen, gesundheitlichen Problemfeldern wie Übergewicht, Diabetes oder Krebs etc. und auch auf jene Themen, die Ursache für diese Erkrankungen sein können (Anti-Raucher-Kampagnen).

¹⁴ Vgl. Hurrelmann 2000, in: Doppler 2010, S. 32f.

¹⁵ Vgl. Gottschlich 1998, S. 155.

¹⁶ Vgl. Göpfert 2001, in: *Moderne Gesundheitskommunikation* 2001, S. 131ff.

3. SOCIAL MARKETING

Social Marketing ist als Überbegriff für eine Technik der medialen Kommunikation zu sehen, bei der versucht wird, mithilfe von klassischen Marketinginstrumenten nicht Gegenstände, Artikel oder Leistungen zu verkaufen, sondern soziale Werte und Einstellungen oder auch Verhaltensweisen, die mit einer bestimmten Werthaltung einhergehen, in der Bevölkerung zu etablieren. Die Wirksamkeit von Social Marketing Kampagnen sowie deren Ausführung sind seit jeher umstritten. Im Laufe der Jahre versuchten die unterschiedlichsten Forschungsrichtungen sich diesem Thema anzunähern. Bereits im Jahr 1952 stellte G.D. Wiebe die Frage „Why can't you sell brotherhood like you sell soap?“¹⁷, welche die Tatsache implizierte, dass zwar der Verkauf von herkömmlichen Artikeln wie Seife via Marketing einfach wäre, aber Kampagnen beim Verkauf von sozialen Werten oder mit der Zielvorgabe einer positiven Verhaltensänderung innerhalb der Gesellschaft kaum Erfolg verzeichneten. Wiebes Untersuchungen ergaben, dass viele Sozialkampagnen nicht auf den Markt ausgerichtet waren und daher ihr Ziel kaum erreichen konnten. Gleichzeitig kontierte der Erfolgsautor Joe McGinniss in seinem Verkaufsschlager „The Selling of the President“, erstmals erschienen 1968, dass auch das Image von Personen „wie Seife“ verkauft werden könnte – damals in Anlehnung an die damalige Präsidentschaftswahl von Richard Nixon in den Vereinigten Staaten von Amerika im Jahr 1967, der sich seinem Gegenkandidaten Hubert Humphrey stellte. In seinem Buch beschreibt McGinniss die breitgefächerte und umfassende Kampagne der Imagebildung, die den Präsidentschaftskandidaten Nixon zu genau der Person machen sollte, die den amerikanischen Idealen der Bevölkerung entsprach.¹⁸

Wie bereits anfangs erwähnt, impliziert der Begriff Social Marketing die Umsetzung von sozialen Kampagnen zur Verbreitung von bevölkerungsrelevanten Botschaften, die wiederum durch die Nutzung von Instrumenten und Durchführungswegen der kommerziellen Absatzwirtschaft ein bestimmtes Verhalten erreichen sollen (Nichtrauchen, mehr Bewegung, gesündere Ernährung etc.). Dabei haben die „sozialen Produkte“, die hier „verkauft“, also vermittelt werden sollten, einen bestimmten Grundnutzen, der meist über die Massenmedien weitergegeben werden soll. In vielen Fällen stellt genau dies eine große Herausforderung bei der „Produktpolitik“ von Social Marketing Kampagnen dar, da dieser Grundnutzen meist ein langfristiges, oft auch „abstraktes“ Ziel abbildet, wie zum Beispiel eine bessere Gesundheit und damit ein längeres Leben durch bessere Lebensführung,

¹⁷ Vgl. Wiebe 1951, S. 679.

¹⁸ Vgl. McGinniss 1988.

durch das Aufhören zu rauchen, durch regelmäßige Gesundheitsvorsorge etc. Dieser Nutzen des Produktes ist nicht immer leicht zu vermitteln, da Verhaltensänderungen für eine verbesserte Gesundheit meist in Verbindung mit Verzicht (auf Süßigkeiten, ungesunde Nahrungsmittel, Rauchen) oder mit Aufwand (Vorsorgeuntersuchung, Blutabnahme, Sport etc.) stehen.¹⁹

Um ein entsprechendes Kampagnenziel zu erreichen, wird meist versucht einen Zusatznutzen zu generieren und abzubilden, der sich auch kurzfristig einstellt, wie beispielsweise Anerkennung oder rasch verbessertes Körpergefühl. Eine möglichst zielgruppenorientierte und -gerechte Kommunikation wird daher – wie auch bei herkömmlichen Produktmarketing-Kampagnen – von Experten oftmals als existenzieller Erfolgsfaktor gesehen. Gleichzeitig werden Social Marketing Kampagnen, besonders im Bereich Gesundheit, von zahlreichen Risiken begleitet. Eine stetig begleitende Evaluation sowie Analyse werden bei derartigen Kampagnen besonders empfohlen. Im Gegensatz zu herkömmlichem Produkt-Marketing, bei dem das Risiko vor allem bei der Nichterreichung des Kommunikationszieles, nämlich dem Kauf liegt, kann beispielsweise die Fehlinterpretation der Botschaft seitens der Rezipientinnen und Rezipienten bei einer Gesundheitspräventionskampagne schwerwiegende Folgen mit sich bringen. Durch die meist empfohlene Notwendigkeit von knappen und eindeutigen, oftmals emotionalisierten Botschaften werden beispielsweise weitere Gesundheitsrisiken, Nebenwirkungen etc. ausgeblendet oder verharmlost (Krebsfrüherkennung, Vorsorgeimpfungen etc.). Bevorzugt werden solche Kampagnen, die weniger das Instrument der Information, als viel mehr das der Emotionalisierung der Botschaft nutzen – gerade hier besteht die Gefahr einer inhaltlich falschen Botschaft, die eher einer Manipulation als der Aufklärung entspricht. Gleichzeitig bestehen auch andere Risiken wie die Stigmatisierung von Personengruppen – als besonders kritisches Beispiel ist hier die Stigmatisierung von übergewichtigen Menschen oder auch von HIV-positiven Personen zu nennen.²⁰

Kotler und Roberto beschreiben 1991 den Begriff Social Marketing als *„Managementtechnik, die sozialen Wandel einleiten soll und sich aus Planung, Umsetzung und Kontrolle von Programmen zusammensetzt, die das Ziel haben, die Akzeptanz einer gesellschaftspolitischen Vorstellung oder einer Verhaltensweise bei einer oder mehreren Zielgruppen zu erhöhen. Es werden hierzu Konzepte der Marktsegmentierung, Konsumforschung, Produktkonzipierung und -prüfung, zielgerichtete Kommunikation, soziale Aktivierung, Anreize und die Austauschtheorie zur Maximierung der Reaktion einer Zielgruppe eingesetzt.“*²¹

¹⁹ Vgl. Loss & Nagel 2010, S. 54f.

²⁰ Vgl. Loss & Nagel 2010, S. 54f.

²¹ Kotler & Roberto 1991, S. 37.

Social Marketing Kampagnen grenzen sich in zahlreichen weiteren Punkten von kommerziellem Marketing ab. Während kommerzielle Produkt-Kampagnen mit sofortigem Nutzen und Bedürfnisbefriedigung werben, geht es im Social Marketing um einen langfristigen Nutzen, den Konsumentinnen und Konsumenten oftmals erst Jahre später erfahren. Das Budget im Social Marketing ist zumeist um ein vielfaches kleiner als im kommerziellen Marketing, dafür werden die Aussender/Kommunikatoren von Gesundheitskampagnen etc. von Rezipientinnen und Rezipienten meist als vertrauenswürdiger und glaubwürdiger wahrgenommen.²²

3.1 Kampagne – die Sozialkampagne

Der deutsche Duden beschreibt die „Kampagne“ als „Feldzug“ – im Bereich der Werbung und Öffentlichkeitsarbeit steht der Begriff für den strategischen Einsatz von aufeinander abgestimmten Kommunikationsinstrumenten zur Erreichung eines bestimmten Zieles.²³ Rice und Atkin definieren im Vorwort ihrer Publikation „Public Communication Campaigns“ auch in ihrer vierten Auflage 2013 den Kampagnenbegriff folgendermaßen:

„Public communication campaigns can be defined as purposive attempts to inform or influence behaviors in large audiences within a specified time period using an organized set of communication activities and featuring an array of mediated messages in multiple channels generally to produce noncommercial benefits to individuals and society. The campaign as process is universal across topics and venues, utilizing systematic frameworks and fundamental strategic principles developed over the past half century. Campaign designers perform a situational analysis and set objectives leading to development of a coherent set of strategies and implement the campaign by creating informational and persuasive messages that are disseminated via traditional mass media, new technologies, and interpersonal networks.“²⁴

Nach Rogers und Storey zeichnen sich Kampagnen durch folgende vier Merkmale aus:

1. Kampagnen sind zielgerichtet. Durch den Einsatz spezifischer Kommunikationsinstrumente und -maßnahmen werden unterschiedliche Verhaltensänderungen (kognitiv, sozial, individuell, strukturell) angestrebt.
2. Kampagnen zeichnen sich durch Anfang und Ende aus, sie sind in ihrer Dauer begrenzt, obgleich sich dieser Zeitraum über wenige Wochen oder auch mehrere Jahre erstrecken kann.

²² Vgl. Fritz 2004, S. 5 f.

²³ Vgl. „Duden Onlineportal“ o. J.

²⁴ Atkin & Rice 2013, S. 3.

3. Mit Kampagnen soll ein großes Publikum angesprochen werden, sie richten sich an eine breite Öffentlichkeit. Wissenschaftler weisen dennoch auf die interpersonalen Persuasionstheorien in den Kampagnen hin.
4. Kampagnen sind genau geplant und bestehen aus organisierten Serien an Kommunikationsaktivitäten. Lineare Modelle, die als Instrument Massenmedien nutzen, erfordern eine genaue Planung für den Einsatz der diversen Maßnahmen. Kampagnen abseits der linearen Modelle werden zumeist von einer ständigen Evaluation begleitet.²⁵

Ziel einer öffentlichen, medialen Kampagne ist es grundsätzlich, Informationen zu vermitteln, die von der Öffentlichkeit wahr- und auch aufgenommen werden, um eine bestimmte Entscheidung herbeizuführen, beispielsweise in Bezug auf Verhaltensweisen, Kaufentscheidungen etc.

Während es im Konsumsektor hauptsächlich gilt, potenzielle Kundinnen und Kunden vom Kauf eines Produktes oder einer Dienstleistung zu überzeugen, steht bei Sozialkampagnen vorwiegend das Erreichen einer einmaligen (Spenden im Katastrophenfall etc.) und auch grundlegenden Verhaltensänderung (Bewusstseinsbildung, Beenden von Suchtmittelkonsum, gesünderer Lebensstil etc.) im Vordergrund.²⁶

Verschiedenste Studien wie auch jene von Snyder und Hamilton 2004 haben bereits Vergleiche zwischen medialen Kampagnen im Themenfeld Gesundheit sowie schulischen und klinischen Interventionskampagnen angestellt.

Interessanterweise zeigten sich vor allem bei Anti-Raucher-Kampagnen bei verschiedensten Interventionen sehr ähnliche, niedrige Erfolge. Obwohl es einige Studien gibt, die diese Feststellung bestätigen, kommen Mullen, Simons-Morton, Ramirez, Frankowski, Green und Mains in ihrer Studie 1997 zu einem anderen Resultat und verzeichnen eine weitaus höhere Erfolgsquote von klinischen Anti-Raucher und Anti-Alkohol-Interventionen.²⁷ Ein Punkt, der hier allerdings weitgehend unbeleuchtet, aber nicht von geringerer Relevanz ist, ist die Kosteneffizienz der Interventionen. Während einzelne Interventionen direkt an der Patientin beziehungsweise dem Patienten sehr teuer, dafür aber erfolgsversprechend sind, erreicht man mit medialen Kampagnen eine weitaus größere Menschenmenge.²⁸

²⁵ Vgl. Roger & Storey 1987.

²⁶ Vgl. McGuire 1981, in: Atkin & Rice 2013.

²⁷ Vgl. Mullen u. a. 1997, in: Snyder & Hamilton 2002, S. 89 f.

²⁸ Vgl. Snyder & Hamilton 2002.

3.2 Gesundheitskommunikation – Definition

Der Begriff der Gesundheitskommunikation ist in seiner Verwendung breit gefächert. Die Vielzahl an Definitionen unterscheidet sich vor allem im Umfang der Kommunikationsebenen sowie in punkto Kommunikationsinhalt. Besonders weitgreifend definieren Laurel Lindhout Northouse und Peter Guy Northouse den Begriff der Gesundheitskommunikation mit jeglichem kommunikativen Austausch, dessen Fokus auf der Gesundheit liegt. Sie ist somit ein Teilbereich der menschlichen Kommunikation und kann sowohl auf massenmedialer als auch auf interpersoneller Ebene stattfinden.²⁹

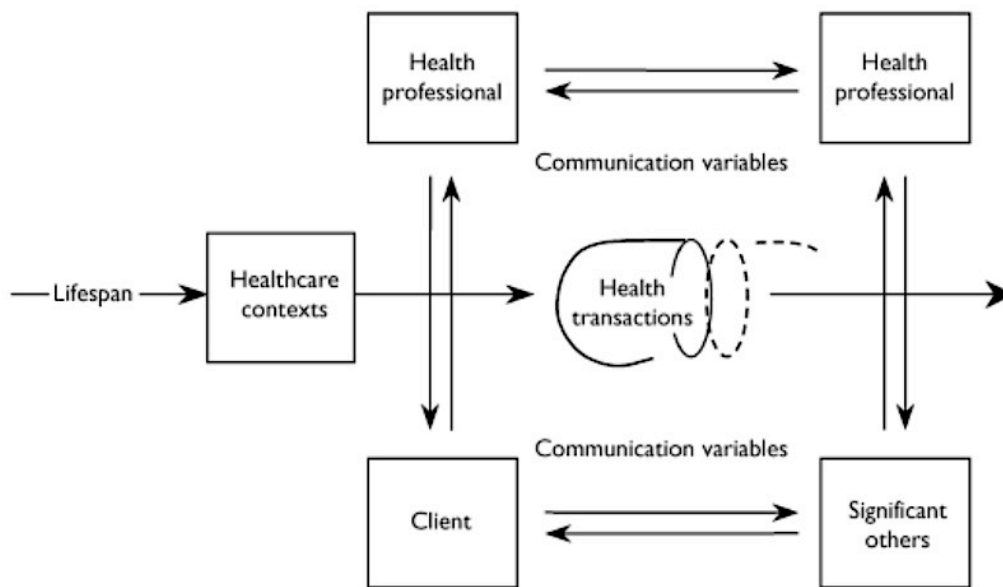


Abbildung 3: Modell der Gesundheitskommunikation von Northouse und Northouse

Das Modell von Northouse und Northouse beschreibt die vier Beziehungstypen, die in der Gesundheitskommunikation miteinander kommunizieren können: Professionalist (Mediziner, Pharmazeuten, Wissenschaftler etc.) mit Professionalist, Betroffene (Patienten) mit Professionalist, Professionalist mit einer ausgewählten Öffentlichkeit (Familie, Freunden, Arbeitskollegen etc.) ebenso wie Betroffene mit einer ausgewählten Öffentlichkeit. Dabei ist davon auszugehen, dass sowohl die Professionalisten als auch die Kunden – gemeint sind damit die Betroffenen – mit ihren eigenen Werten, Vorstellungen und Meinungen zum Thema Gesundheit kommunizieren. Die ausgewählte Öffentlichkeit und das persönliche soziale Umfeld spielen laut Northouse und Northouse eine entscheidende Rolle im Kommunikationsprozess.

²⁹ Vgl. Northouse & Northouse (1998), in Berry 2007, S. 34

4. LEBENSSTILMODIFIKATION DURCH GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN

Oft wird unkritisch davon ausgegangen, dass die Einstellung einer Person auch direkten Rückschluss auf ihr Verhalten gibt. Diese angebliche Konsistenz untersucht erstmals LaPierre im Jahre 1942 und stellt dabei fest, dass der Zusammenhang zwischen Verhalten und Einstellung keineswegs monokausal ist. Die Einstellung impliziert das, was wir über Dinge denken, was wir fühlen und auch wie wir uns in diesen Dingen verhalten möchten. Allerdings müssen die Verhaltensabsicht und das tatsächliche Verhalten nicht unbedingt übereinstimmen. Zahlreiche später folgende Theorien beschäftigen sich genau mit jenen Faktoren, die das Verhalten beeinflussen. Im folgenden Kapitel werden verschiedene Modelle der Verhaltensänderung erläutert.³⁰ Die Auswahl erschließt sich aus Ralf Schwarzers Einführung in die Gesundheitspsychologie und wird ergänzt durch weitere bekannte Modelle. Auf einige davon beziehen sich auch die Autoren Bonfadelli und Friemel bei ihren grundlegenden Überlegungen als Basis ihrer Toolbox, wie im späteren Verlauf dieser Arbeit deutlich wird. Bei der Erklärung von unterschiedlichen Verhaltensmustern im Bereich der Gesundheitskommunikation reicht ein einseitiger Zugang nicht, die hohe Komplexität des Verhaltensmusters erfordert zum besseren Verständnis eine Abbildung der Einflussgrößen und Wirkmechanismen. Die Abhandlung wird durch aktuelle Studien der Verhaltensforschung im Bereich der Lebensstilmodifikation ergänzt, welche die vorliegenden Theorien und Modelle in unterschiedlichem Ausmaß bestätigen oder falsifizieren. Um den Überblick nicht zu verlieren und um nicht zu weit auszuschweifen, werden in der folgenden Auflistung jene Theorien, die sich mit der Vermeidung von Rückfällen in „schlechtes“ Gesundheitsverhalten beschäftigen, nicht genannt.

4.1 Theory of Reasoned Action nach Ajzen und Fishbein

Die Theory of Reasoned Action von Fishbein und Ajzen entstand in den 1980ern und 1990er und hatte im Ursprung das Ziel, den Zusammenhang von Einstellung und Verhalten zu erklären. Dabei werden verschiedene Komponenten genannt, die für die Voraussage von Verhalten wichtig sind. Um eine möglichst genaue Prognose abgeben zu können, müssen die Intention und das Verhalten möglichst detailliert formuliert werden. Man geht also davon aus, dass das menschliche Verhalten immer einer bestimmten Intention folgt. Daraus ist zu schließen, dass globalen, allgemeinen Intentionen auch globale, allgemeine Handlungen folgen. Umgekehrt folgen spezifischen Intentionen auch immer

³⁰ Vgl. Bonfadelli & Friemel 2011, S. 150.

spezifische Handlungen. Ein Beispiel dafür ist das Gewicht: Der Intention „Ich möchte abnehmen“ folgen aller Voraussetzung nach wesentlich ungenauer prognostizierbare Handlungen als der Intention „Ich möchte abnehmen, kalorienbewusst und Kohlenhydrate-arm essen und auf Süßigkeiten verzichten“. Folgende Abbildung zeigt den Prozess³¹:

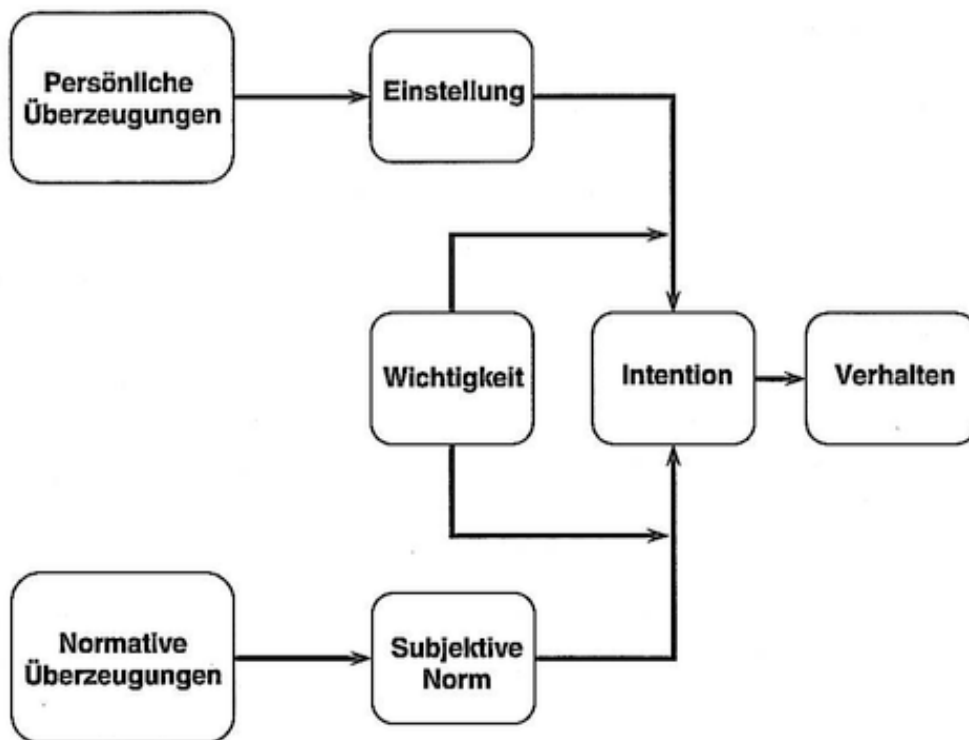


Abbildung 4: Theory of Reasoned Action nach Ajzen und Fishbein

Entsprechen die Handlungen nicht der Prognose, die aufgrund der Intention abgegeben wurde, ist davon auszugehen, dass sich interne oder externe Barrieren aufgetan haben. Ein wesentlicher Faktor ist die Zeit. Je länger die Zeitspanne zwischen Intention und Verhalten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass externe oder interne Barrieren auftauchen. Möchte jemand eine Freundin treffen, weil er sie vermisst und mit ihr eine Tasse Kaffee trinken möchte, legen die beiden einen Termin fest. Je weiter entfernt dieser Termin in der Zukunft liegt, desto größer ist die Chance, dass externe Faktoren eintreffen und das Wiedersehen verhindert wird. Daraus ergibt sich, dass Intention und Verhalten möglichst zeitnah beieinander liegen sollten, um Prognosen abgeben zu können. Genauer werden Verhaltensvorhersagen, wenn bedingte Intentionen formuliert werden, wie zum Beispiel: „Ich fahre jeden Tag mit dem Rad, außer es regnet“. Abgeschwächt werden Vorhersagen beispielsweise durch Mangel an Erfahrung, als Beispiel kann hier angeführt werden: „Ich nehme mir

³¹ Vgl. Schwarzer 2004, S. 43f.

vor, im Sommer jeden Tag zu surfen. Ich habe keine Erfahrung mit Surfen, mache einen Anfängerkurs und stelle fest, es gefällt mir nicht oder ist so anstrengend, dass ich es nur zwei Mal in der Woche machen kann. Dann folgt meiner ursprünglichen Intention nicht das geplante Verhalten“.³²

Weitere Komponenten bei der Annahme von Verhalten sind die Einstellung sowie die subjektive Norm. Diese zwei Komponenten sind streng von der Überzeugung, Intention und der Handlung zu trennen. Die Einstellung meint damit die Bewertung eines Verhaltens und wird meist mit Attributs-Zuweisungen wie „gut-schlecht“, „negativ-positiv“ in verschiedenen Abstufungen gemessen. Wichtig dabei ist, dass Personen nicht nach der Einstellung zu einem Gegenstand, sondern tatsächlich zu einem Verhalten befragt werden. Dabei gilt es, nicht ein universelles, gesellschaftliches Verhalten zu bewerten, sondern immer das eigene nicht „Rauchen finde ich schlecht“, sondern „Dass ich rauche, finde ich schlecht“.³³

Nachdem der Mensch aber oft nicht tut, was seiner eigenen Einstellung entspricht, spielt auch die subjektive Norm eine wesentliche Rolle. In vielen Fällen ist es uns wichtig, was unser nächstes Umfeld von uns erwartet. Unser „nächstes Umfeld“ impliziert meist Freunde, Familie, Verwandte, die wir generalisiert „die anderen“ nennen. Daher genügt es nicht, die Einstellung von jemandem zu kennen, um Intention und Handlung vorhersagen zu können. Bestenfalls decken sich Einstellung und subjektive Norm in Hinblick auf die Intention. In der Theorie of Reasoned Action findet aber auch die Tatsache Berücksichtigung, dass Einstellung und subjektive Norm nicht immer die gleiche Gewichtung haben, sondern hier die persönliche Wichtigkeit der beiden Komponenten eine entscheidende Rolle spielt.³⁴

Einstellungen und subjektiven Normen liegen zahlreiche, oft komplexe Informationsverarbeitungsprozesse zu Grunde. Diese Prozesse ergeben sich aus einer Vielzahl von Überzeugungen. Verhaltensüberzeugungen, also persönliche Überzeugungen (behavioral beliefs), können beispielsweise sein: Rauchen ist schlecht, weil es Krebs verursacht, weil es Geld kostet und weil es stinkt. Aber Rauchen ist auch gut, weil ich dadurch weniger esse und so mein Gewicht reguliere. Alle diese Überzeugungen spielen für unsere Einstellung und die subjektive Norm eine wesentliche Rolle. Die normativen Überzeugungen sind im Grunde wie subjektive Normen. Im Unterschied zu subjektiven Normen, die generalisiert „den anderen“, also den Menschen in unserem nächsten Umfeld zugeschrieben werden, beziehen sich normative Überzeugungen auf konkrete Personen. „Mein Freund findet, ich sollte nicht rauchen“, „Meine Mutter ist der Meinung...“. Im Anschluss daran richtet man die Fragen an sich selbst und entscheidet, in wie weit man diesen Wünschen nachgeht.

³² Vgl. Schwarzer 2004, S. 43 f.

³³ Vgl. Schwarzer 2004, S. 44 f.

³⁴ Vgl. Schwarzer 2004, S. 46.

Es zeigt sich also, dass die Überzeugungen, die im vorangehenden Modell ganz links stehen, Ausgangspunkt für Einstellungen, Intention und Verhalten und die gesetzten Handlungen sind. Dennoch ist nicht davon auszugehen, dass allein die Überzeugungen das Verhalten ändern. Vielmehr gelten in der Theory of Reasoned Action alle der einzelnen Komponenten als unantastbar. Obgleich Studien diese Vorgangsweise der Berechnungen, die hier oberflächlich kurz vorgestellt wurden, bestätigen, gibt es auch entgegen der Theory of Reasoned Action empirische Beweise dafür, dass nicht immer alle einzelnen Komponenten bemessen werden müssen für Rückschlüsse über Verhalten. Oft reicht ein Blick auf die Beziehungskonstellationen, der dann auf einzelne Komponenten des Modells schließen lässt.³⁵

4.1.1 Anwendbarkeit bei der Prognose von Gesundheitsverhalten

Beim Blick auf das Modell der Theory of Reasoned Action entsteht schnell der Eindruck, dass Persönlichkeitsmerkmale, Alter, Geschlecht, Demografie, Extrovertiertheit etc. nicht beachtet werden. Tatsächlich werden sie im Modell nur als externe Faktoren bewertet, die nur unwesentlich eine Rolle spielen. Dennoch zeigte sich, dass das Modell auch in punkto Gesundheitsverhalten auf viele Themen anwendbar ist. Ajzen und Timko versuchten 1986 außerdem, das Modell mit anderen Verhaltensmodellen zu kombinieren und kamen in ihren Studien zu dem Resultat, dass spezifische Verhaltensweisen rund um das Thema Gesundheit oft nicht mit allgemeinem Gesundheitsverhalten gleichzusetzen sind. Eine weitere wesentliche Frage ist, ob Personen glauben, ein Verhalten umsetzen zu können. Wenn jemand glaubt, eine an sich erstrebenswerte Handlung wie „nicht rauchen“, nicht ausführen zu können, dann bildet er oder sie auch keine Intention diesbezüglich. Das Bilden von Intentionen ist demnach nicht nur von Einstellungen und subjektiven Normen, sondern auch vom persönlichen Empfinden der eigenen Kompetenz und Kontrollierbarkeit abhängig.³⁶

4.2 Erweiterung mit der Theory of Planned Behavior

Trotz zahlreicher Erfolge, die die Theory of Reasoned Action vorweisen kann, zeigte sie auch einige Lücken auf, wie beispielsweise das mangelnde Miteinbeziehen bestimmter externer Faktoren. Externe, unkontrollierbare Faktoren wurden deswegen nicht einbezogen, weil das Modell nur für vollkommen kontrollierbare Situationen vorgesehen war. Die Theory of Planned Behavior nach Ajzen wertet den

³⁵ Vgl. Schwarzer 2004, S. 48 ff.

³⁶ Vgl. Schwarzer 2004, S. 55 ff.

Faktor Kontrollierbarkeit ebenbürtig mit Einstellung und subjektiver Norm.³⁷ Auch die persönliche Einschätzung der Kontrollierbarkeit ist geprägt von verschiedensten Überzeugungen hinsichtlich Ressourcen und Gelegenheiten (control beliefs). Das ergänzte Modell zeigt in folgender Abbildung die zwei Varianten von direktem und indirektem Einfluss der Kontrollierbarkeit auf die Handlung. Dabei stellen die durchgezogenen Linien Kausalfade dar, die gestrichelte Linie bildet ab, dass die Kontrollierbarkeit auch direkten Einfluss auf das Verhalten ausüben kann und der Weg nicht ausschließlich indirekt über die Intention erfolgt.³⁸

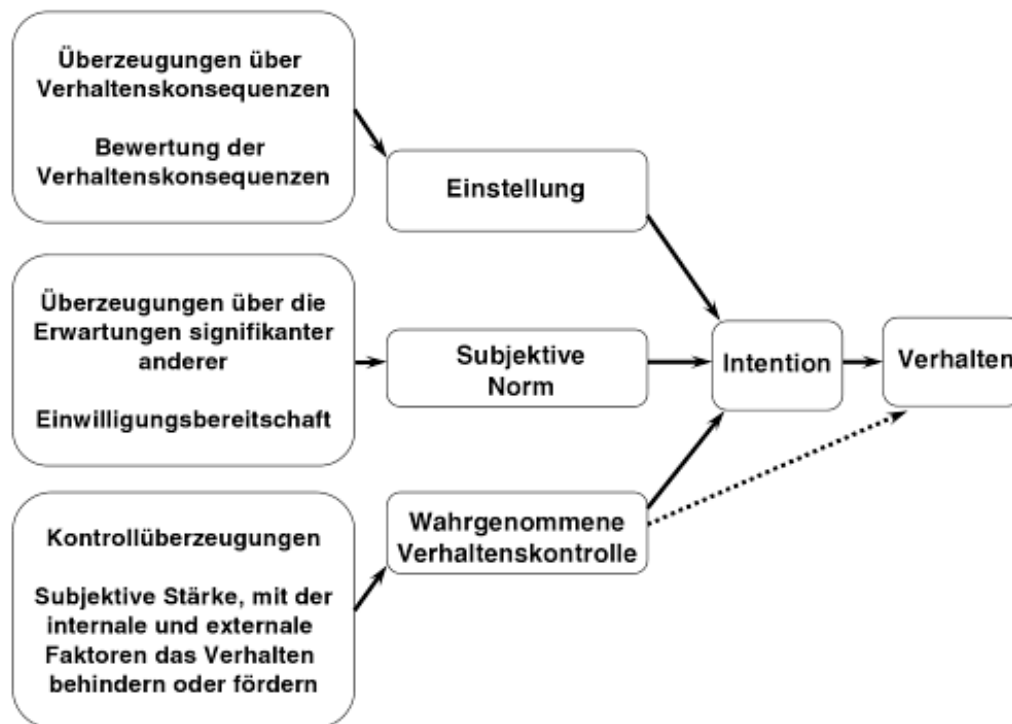


Abbildung 5: Die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen 1985

Hat jemand Überzeugungen, denen sie oder er gerne eine Handlung folgen lassen möchte, bildet man eine Intention, auf die ein Verhalten folgt. Mangelt es aber beispielsweise objektiv an Ressourcen und Möglichkeiten der Umsetzung, wird die Handlung mangels Kontrollierbarkeit nicht durchgeführt. Auch eine Wechselwirkung zwischen Intention und Verhaltenskontrolle gibt Ajzen an, empirisch belegt wurde diese allerdings kaum.³⁹

³⁷ Vgl. Ajzen 2011.

³⁸ Vgl. Schwarzer 2004, S. 50 ff.

³⁹ Vgl. Schwarzer 2004, S. 55 ff.

4.3 Soziale Lerntheorie nach Bandura

Ein Kernelement der Sozialen Lerntheorie, die von Albert Bandura später zur sozial-kognitiven Lerntheorie adaptiert wurde, ist die Selbstwirksamkeitserwartung. Seine zahlreichen theoretischen Konstrukte sowie die Ergebnisse seiner Studien führen immer wieder darauf zurück. In seinem Grundmodell geht Bandura davon aus, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung immer direkt oder indirekt auf das Verhalten auswirkt: Der eine Weg führt über die Intention, oder auch dazwischen noch über die Ergebniserwartung und andere Faktoren, der andere führt direkt zum Verhalten. Im Gegensatz zur Ajzen's Theory of Reasoned Action wird bei Bandura deutlich, dass ein eigener sozialer Einflussfaktor wie die subjektive Norm nicht vorhanden sein muss. Er setzt soziale normative Erwartungen gleich mit Handlungsergebniserwartungen („Wenn ich mich gesünder ernähre, freut sich meine Mutter“). Die Handlungsergebniserwartung teilt er in soziale, selbstwertende und körperliche Faktoren ein. Für jahrelange Diskussion in der Scientific Community sorgte auch Banduras Meinung, die Risikowahrnehmung ließe sich unter der Handlungsergebniserwartung einordnen.⁴⁰

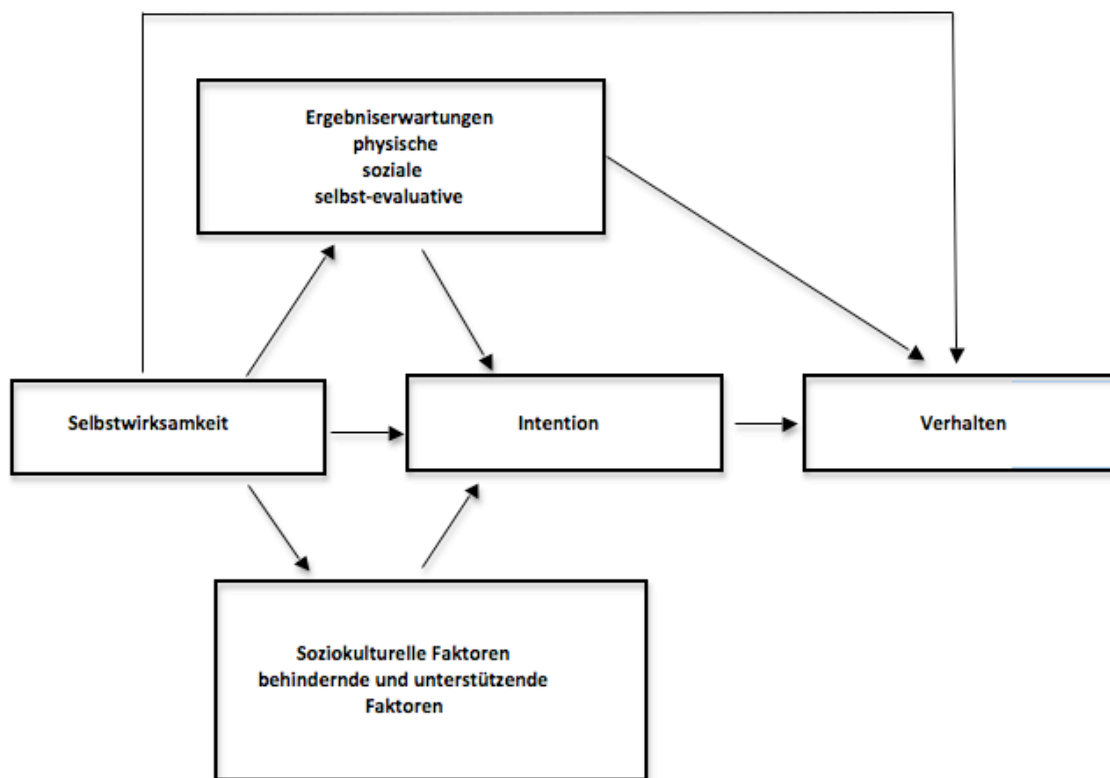


Abbildung 6: Skizze zur sozial-kognitiven Lerntheorie nach Banduras

⁴⁰ Vgl. Schwarzer 2004, S. 61 ff.

Im folgenden Überblick werden kurz einige der Studien dargestellt, in denen die Selbstwirksamkeitstheorie auf gesundheitspsychologische Probleme angewandt wurde. Eines der Ergebnisse war, dass Menschen mit hoher Kompetenzerwartung eher fähig sind, riskante Verhaltensweise in Bezug auf ihre Gesundheit zu mindern und positive Verhaltenszüge über längere Zeit zu halten. Wesentlich sind dabei die Überzeugung von der Notwendigkeit und das Formulieren eines festen Entschlusses.

4.3.1 Studien: Tabakentwöhnung

Verhaltenstherapeutische Programme, die zum „Nein zur Zigarette“ auffordern, zeigen – wie weitgehend bekannt ist – meist wenig Erfolg. Ein großes Problem dabei ist die hohe Rückfallquote. Rund drei Viertel all jener, die während des Programmes auf die Zigarette verzichten konnten, wurden binnen einem Jahr wieder rückfällig. Die Kompetenzerwartung bezieht sich hier auf drei Aspekte: Die subjektive Fähigkeit,

1. das Rauchen zu reduzieren beziehungsweise zu unterlassen,
2. dies auch auf Dauer durchzuhalten und
3. nach einem Rückfall wieder Selbstkontrolle zu bekommen und sich wieder zu regenerieren.⁴¹

Colletti, Supnick und Payne entwickelten für ihre Studie im Rahmen eines Verhaltensmodifikationsprogrammes eine Kompetenzerwartungs-Skala für Raucherinnen und Raucher. Dabei stellte sich eine enge Korrelation zwischen der Kompetenzerwartung und der Rückfallquote heraus. Überprüft wurde das Ergebnis auch mit zwei Extremgruppen, die das Ergebnis bestätigten, dass geringe Kompetenzerwartungswerte mit höheren Rückfallquoten zusammenhängen.⁴² Conditte und Lichtenstein identifizierten 1981 in ihren Studien⁴⁵ riskante Situationen, in denen das Bedürfnis nach einer Zigarette besonders hoch ist, wie beispielsweise „wenn du nervös bist“, „wenn du Alkohol trinkst“ oder „wenn du in einer Situation bist, in der das Rauchen zu deinem Selbstbild gehört“. Aus diesen Kategorisierungen entstand eine Clusteranalyse, aus der sich sieben Skalen der Kompetenzerwartung ergaben. Ihre Untersuchungen bestätigten, dass mit einer niedrigen Kompetenzerwartung nicht nur das Risiko eines Rückfalls steigt, sondern, dass es auch eine zeitliche Korrelation gibt, das heißt, dass Menschen mit niedriger Kompetenzerwartung auch früher wieder rückfällig werden. Gleichzeitig wurden durch die Studie auch situationsspezifische Besonderheiten aufgezeigt: War die Kompetenzerwartung in einem von sieben angelegten Clustern besonders niedrig,

⁴¹ Vgl. Schwarzer 2004, S. 62 / Bonfadelli & Friemel 2015, S. 166.

⁴² Vgl. Colletti, Supnick & Payne 1985.

erfolgte auch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit der Rückfall in genau diesem Bereich. Gab jemand an, besonders in einer Stresssituation gefährdet zu sein zur Zigarette zu greifen, passierte dies auch zumeist in Stresssituationen. Die Studie ergab außerdem, dass jene Einschätzungen, also Kompetenzerwartungen, zutreffender waren, die am Ende der Therapie abgegeben wurden als jene, die zu Beginn abgegeben wurden.⁴³

Weitere Studien untersuchten beispielsweise auch die Korrelation zwischen Kompetenz- und Ergebniserwartung, doch diese Kombination brachte kaum Ergebnisse. Als Fazit ist daraus abzuleiten, dass die Kompetenzerwartung die ausschlaggebende Komponente darstellt.

Eine Studie in den Niederlanden, durchgeführt von Mudde, Kok und Strecher 1989, untersuchte Kompetenzerwartungen einer Gruppe starker Raucherinnen und Raucher. Drei Wochen lang wurde die Gruppe behandelt. Die Befragungen zur Kompetenzerwartungen fanden zu Beginn, am Ende dieser drei Wochen, dann nach sechs Wochen und zuletzt nach einem Jahr statt. Während bei den wirklichen Entsagerinnen und Entsagern die anfangs niedrige Kompetenzerwartung bereits in den ersten drei Wochen stark anstieg und dann nach sechs Wochen noch einmal einen intensiven Anstieg verzeichnete, erreichte die Kompetenzerwartung bei den Raucherinnen und Rauchern, die rückfällig wurden, nach drei Wochen ihren Höhepunkt und fiel dann wieder. Seitens der Wissenschaftlichen Community gibt es dennoch Kritik an diesen Studien. Gwaltney, Metrik, Kahler et. al. kamen in ihrer Meta-Analyse von 54 Studien, die sich mit der Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit Rauchen beschäftigten, zu dem Ergebnis, dass die Korrelation zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Rauchen wesentlich niedriger war als Studien zuvor zeigten, wenn der Status quo des Rauchens zum Zeitpunkt der Intervention miteinbezogen wurde. Es zeigte sich, dass zwar eine hohe Korrelation vorwiegend bei Messungen mit Nicht-Rauchern sichtbar war, dieser aber bei von Nikotin abhängigen Personen sehr gering war.⁴⁴

Zusammenfassend wurden folgende Ergebnisse generiert: Während die Kompetenzerwartung vor einer Behandlung eher wenig aussagekräftig ist, sind jene Aussagen über die Kompetenzerwartung am Ende der Behandlung der beste Prädiktor für kurz- und langfristige Prognosen. Grundsätzlich lässt es sich auch in verschiedensten anderen Lebenszusammenhängen feststellen, dass Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung eher in der Lage sind, ohne externe Hilfe das Rauchen zu vermeiden. Zudem wurde festgestellt, dass bei Personen, die bereits von einem Suchtmittel abhängig sind

⁴³ Vgl. Condiotte & Lichtenstein 1981.

⁴⁴ Vgl. Gwaltney, Metrik, Kahler & Shiffman 2009.

beziehungsweise ein gesundheitsschädliches Verhalten zeigen, weniger Korrelation zwischen Verhalten und Selbstwirksamkeitserwartung besteht.⁴⁵

Hypothese: Je höher Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung, desto höher ist auch die Erfolgswahrscheinlichkeit, das gewünschte Verhalten zu praktizieren.

Hypothese: Je stärker ein gesundheitsschädigendes Verhalten bereits praktiziert wird, desto weniger wirksam sind Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, da die Korrelation zwischen Verhalten und Selbstwirksamkeitserwartung sinkt.

Fazit: Um Rezipientinnen und Rezipienten eine neue Verhaltensweise näher zu bringen, muss das Gefühl vermittelt werden, sie könnten die Situation verändern und neues Verhalten praktizieren.

Die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Kompetenzerwartung ist besonders beim Umsetzen von neuem Verhalten beziehungsweise beim Abweisen von negativen Verhalten hilfreich.

4.3.2 Studie: Sexuelles Risikoverhalten

Sexuelles Risikoverhalten meint beispielsweise ungeschützten Geschlechtsverkehr. Diesbezüglich wurden verschiedene Studien durchgeführt, die sich mit der Kompetenzerwartung und Selbstwirksamkeitserwartung bei der Benutzung von Präservativen auseinandersetzen. Dabei meint die Kompetenzerwartung tatsächlich nicht die technische Umsetzung, sondern die Einschätzung, eine Verhaltensweise umsetzen zu können. Im Bereich Sexualverhalten bezieht sich dies auch auf „*die subjektive Gewissheit, schwierige soziale Situationen bewältigen und dabei das intendierte Gesundheitsverhalten verwirklichen zu können.*“⁴⁶

Die Ergebnisse einer Stichprobe von 13- bis 15-Jährigen im Jahr 2001 ergaben, dass die Korrelation zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und der Benutzung von Kondomen durchaus positiv war, es zeigte sich aber auch, dass die Ergebniserwartung eine wesentliche Rolle spielte.

In der homosexuellen Community konnten zwar in den vergangenen Jahren starke Verbesserungen diesbezüglich erzielt werden, dennoch zeigten Studien, dass bei wenig Kompetenzerwartung, das eigene Sexualverhalten regulieren zu können, sich auch die Umsetzung in die Tat schwierig gestaltete.

⁴⁵ Vgl. Schwarzer 2004, S. 62 ff.

⁴⁶ Fishbein 2001, in: Schwarzer 2004): S. 67.

1990 identifizierte eine Studie von McKusick, Coates, Morin, Pollack und Hoff drei Prädiktoren, die den Abbau von riskantem Gesundheitsverhalten zu einem späteren Zeitpunkt prognostizieren lassen:

1. Die Kompetenzerwartung, sich schützen zu können
2. Die soziale Integration in eine Gruppe, in der Safer Sex als Norm etabliert ist
3. Das Wissen über den HIV-Status.

In dieser Stichprobe ist zwischen 1984 und 1987 der Anteil an ungeschütztem Geschlechtsverkehr bei den Probanden von fünfzig Prozent auf vier Prozent zurückgegangen.⁴⁷

Gerade im Bereich des Sexualverhaltens gab es unterschiedliche Versuche „richtiges“ Verhalten zu erlernen. Im Jahr 1983 brachten Gilchrist und Schinke Jugendliche dazu, ihr Sexualverhalten zu regulieren. Anfangs erhielten sie sämtliche Informationen über bestehende Risiken und verschiedene Präventionstechniken, dann wurde durch Modell-Lernen vermittelt, wie man offen sexuelle Angelegenheiten und Erwartungen anspricht. Ebenso versuchte man zu zeigen, wie man auf unerwünschte sexuelle Anforderungen reagieren kann. Tatsächlich war das Ergebnis ein Anstieg an Regulationsfertigkeit sowie ein Anstieg an Kompetenzerwartung, schwierige Situationen in Hinblick auf Sexualität bewältigen zu können. Ein ähnlicher Versuch mit Modell-Lernen, Rollenspielen und Rückmeldungen wurde auch von Kelly, St. Lawrence, Hood und Brasfield durchgeführt. Hierfür wurden 104 homosexuelle Männer, die seit Langem ein Risikoverhalten praktizierten und ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, per Zufallsprinzip in eine Versuchs- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Der Versuchsgruppe wurde jede Woche eine Intervention geschickt. Es zeigte sich, dass die Männer wesentlich souveräner im Umgang mit sexuellen Risikosituationen waren und sie regelmäßiger Kondome benutzten, die durchschnittliche Benutzung von Präservativen stieg immerhin von 40 auf 70 Prozent an.⁴⁸

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Kombination aus Information, Modell-Lernen, Rollenspiel und Feedback positive Ergebnisse in Bezug auf den Aufbau von Kompetenzerwartung und das Erlernen von Fertigkeiten zeigt.⁴⁹

Hypothese: Je höher Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung, desto höher die Chancen auf eine erfolgreiche Verhaltensänderungen. Eine mögliche Strategie, richtiges Verhalten zu erlernen und zu etablieren sind Interventionen durch Modell-Lernen.

⁴⁷ Vgl. Schwarzer, R. (2004): S. 67 f.

⁴⁸ Vgl. Schwarzer 2004, S. 67 f.

⁴⁹ Vgl. Schwarzer 2004, S. 67 f.

Fazit: Um Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung zu steigern, bietet es sich auch in Kampagnen an, Modell-Lernen zu praktizieren. Unterstützend erwiesen sich auch zusätzliche Informationen. Rollenspiel und Feedback lassen sich in der medienvermittelten Massenkommunikation nicht umsetzen.

4.3.3 Studie: Schmerztoleranz

Auch in Bezug auf Schmerztoleranz belegen Studien den Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Heute weiß man, dass Schmerzintensität kein Ergebnis rein physiologischer Prozesse ist. Wesentliche Faktoren bei der unterschiedlichen Wahrnehmung und auch Toleranz von Schmerz sind Symptominterpretation, soziale Umgebung, emotionaler Zustand, wahrgenommene Kontrollierbarkeit und Aufmerksamkeitssteuerung.⁵⁰

Es ist davon auszugehen, dass Menschen, die zuversichtlich gestimmt sind und hohe Kompetenzerwartung haben, auch weniger ängstlich sind und im Falle von Verletzungen, Zahnbehandlungen etc. weniger nach Schmerzmitteln fragen. Einher geht damit auch die Überzeugung von der eigenen Robustheit gut mit Schmerzen umgehen und sie auch gut ertragen zu können.⁵¹

Ein interessantes Beispiel für dieses Zusammenspiel ist auch der Placebo-Effekt. Demnach ertragen Patientinnen und Patienten mit der Einnahme von Placebos (Schein-Präparaten), ihre Schmerzen etwas besser. Durch die Einnahme wird die Kompetenzerwartung erhöht, indem man glaubt, jetzt widerstandsfähiger zu sein, dementsprechend verhält man sich auch. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch Studien, die bei Frauen vor und während der Geburt ihres Kindes durchgeführt wurden. Auch hier ging es um den Bedarf an Schmerzmitteln. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass die Korrelation zwischen Kompetenzerwartung und dem Bedarf an Schmerzmitteln hoch ist. Frauen, die glaubten, nicht ohne Schmerzmittel durchzuhalten, verlangten schon relativ früh nach ihnen.

1988 erforschte Litt die Kausalwirkung von Selbstwirksamkeit, indem er wissen wollte, ob eine Veränderung der Kompetenzerwartung auch mit einer Veränderung der Schmerztoleranz einhergehe. In seinem Versuch bat er 63 Studentinnen insgesamt drei Mal ihre Hand möglichst lange in Eiswasser zu halten. Vor jedem Versuch füllten sie eine Kompetenzerwartungsskala aus. Nach dem ersten Versuch erhielten die Studentinnen falsche Rückmeldungen auf ihre Leistung, eine Hälfte erhielt positive, die andere Hälfte negative. Nach dem zweiten Versuch, wurden die zwei Gruppen jeweils wieder geteilt: je eine Hälfte jeder Gruppe erhielt positive, die andere Hälfte negative Rückmeldungen.

⁵⁰ Vgl. Schwarzer 2004, S. 68ff.

⁵¹ Vgl. Schwarzer 2004, S. 68ff.

Daraus ergaben sich also vier Gruppen, deren Rückmeldungen wie folgt waren: positiv-positiv, positiv-negativ, negativ-positiv, negativ-negativ. Es zeigte sich wie erwartet, dass der höchste Anstieg an Leistung bei der Gruppe mit positiv-positiv Rückmeldungen und der gesteigerten Kompetenzerwartung zu verzeichnen war. Umgekehrt zeichnet sich das Bild ab bei zweimal negativen Rückmeldungen.⁵²

Ähnliche Ergebnisse brachte eine Studie von Litt, in der auch die Rolle der subjektiven Kontrollierbarkeit hinterfragt wurde. Bei diesem Versuch mussten die vierzig teilnehmenden Studentinnen vor dem Kaltwassertest die Aufgabe erfüllen, ihre Handtemperatur autosuggestiv zu erwärmen. Die Studierenden bekamen dabei unterschiedliches, gefälschtes Feedback. Im Anschluss folgte wieder der Versuch mit der Hand im Kaltwasser. Die Ergebnisse zeigen klar, dass die höchste Kompetenzerwartung bei den Studierenden mit hoher Selbstkontrolle lag. Die zahlreichen Studien weisen darauf hin, dass die verschiedenen Methoden der Schmerzbewältigung einem gemeinsamen Mechanismus zugrunde liegen, der im Wesentlichen an die Kompetenzerwartung geknüpft ist, wie gut wir Schmerzen ertragen können.⁵³

Hypothese: Je höher die Kompetenzerwartung, desto höher ist auch die Erfolgswahrscheinlichkeit, sein Verhalten ändern zu können.

Fazit: Um in Kampagnen Verhaltensänderungen bewirken zu können, muss den Rezipientinnen und Rezipienten das Gefühl vermittelt werden, sie würden auch kompetent genug für die gewünschte Veränderung sein.

4.3.4 Studien: Gewichtskontrolle, präventive Ernährung

Gerade im Bereich der Gewichtskontrolle und Ernährung erwies sich die sozial-kognitive Theorie von Bandura immer wieder als geeignete Grundlage. In zahlreichen Studien wurde bestätigt, dass die Kompetenzerwartung gerade sowohl für die Motivation als auch direkt beim Umsetzen von Diätvorhaben eine wesentliche Rolle spielt. In immerhin 90 Prozent der 265 Studien, die in den 1980er- und 1990er-Jahren durchgeführt wurden, finden sich Erhebungsinstrumente für Selbstwirksamkeitserwartung oder Ergebniserwartung.

In einer Studie von Weinberg, Hughes, Critelli, England und Jackson 1984 wurde versucht, sowohl Unterschiede in der Kompetenzerwartung als auch experimentell erzeugte Unterschiede zu

⁵² Vgl. Litt 1988.

⁵³ Vgl. Litt 1988.

verdeutlichen. Die Untersuchungsgruppe bestand aus 34 Teilnehmern, die alle entweder 15 Prozent Übergewicht oder zumindest den Wunsch 6,8 Kilo (15 Pfund) abzunehmen hatten. Vorab wurde ihre Kompetenzerwartung ermittelt, in dem die Teilnehmer zu ihrem Ziel-Gewicht in den nächsten zwei Monaten und nach ihrer Einschätzung des Erfolgs befragt wurden. Danach wurden die Probandinnen und Probanden verdeckt in zwei Gruppen geteilt: Bei einer Gruppe lag die erwartete Erfolgssicherheit bei mindestens sechzig Prozent, sie galten als hoch selbstwirksam. Diejenigen, die nur zu maximal fünfzig Prozent sicher waren, galten als niedrig selbstwirksam. Jede Gruppe wurde noch einmal in zwei Gruppen unterteilt und jeweils einer Hälfte jeder Gruppe wurde suggeriert, sie verfüge über besonders hohe Kompetenzerwartung. Dies geschah, indem man den Personen erklärte, sie wären besonders ideal für dieses Behandlungsprogramm, weil sie durch ihre Fähigkeit zur Selbstkontrolle über besonderes geeignete Persönlichkeitswerte verfügen würden. Tatsächlich zeigten die Ergebnisse, dass jene, die über mehr Kompetenzerwartung von vornherein verfügten, auch am meisten Gewicht abnahmen. Außerdem wurde festgestellt, dass auch diejenige Gruppe, der suggeriert wurde, sie wäre besonders gut geeignet, bessere Ergebnisse erzielte, als jene Gruppe ohne die Falschinformation vorab.⁵⁴

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass sich sowohl die Kompetenzerwartung vor der Behandlung, als auch die Beeinflussung während der Behandlung hin zu mehr Kompetenzerwartung positiv auf die erzielten Ergebnisse auswirkten.

Leppin führte 1994 eine Studie mit 146 übergewichtigen Frauen durch, bei der sich herausstellte, dass sich bei spezifischer Kompetenzerwartung nur dann Prognosen für das spätere Ernährungsverhalten erschließen ließen, wenn auch andere Bedingungen gegeben waren. Die Frauen entschieden sich beispielsweise dann für gesündere Ernährung, wenn ihnen vorher gesagt wurden, sie hätten ein Bluthochdruck-Risiko. Die besten Ergebnisse bei der Reduktion ihres Körpergewichtes erzielten jene Frauen, die einerseits glaubten, ein erhöhtes Gesundheitsrisiko zu haben und andererseits über hohe Kompetenzerwartung verfügten.⁵⁵

Als Schlussfolgerung daraus kann man ziehen, dass man über eine gewisse persönliche Betroffenheit hinsichtlich des Risikos verfügen muss, um die Selbstwirksamkeitserwartung wirklich in präventiven Handlungen umsetzen zu können.

Bei Kindern versuchte man die ernährungsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung durch ein Multimediaspiel zu verbessern, welches die gesunde Ernährung fördern sollte. Durch das Spiel sollte

⁵⁴ Vgl. Weinberg, Hughes, Critelli, England & Jackson 1984.

⁵⁵ Vgl. Leppin 1994.

die Neigung verstärkt werden, Obst und Gemüse zu essen und auch in Restaurants konkret danach zu fragen. Die Ergebnisse waren durchwegs zufriedenstellend, so entwickelten die geschulten Kinder ein besseres Ernährungsverhalten und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung als Kinder der unbehandelten Kontrollgruppe.⁵⁶

Rund um das Thema der Gewichtskontrolle wurde – ähnlich wie auch bei den Untersuchungen zur Nikotinentwöhnung – versucht, verschiedene Skalen zu generieren und Situationsdimensionen zu formulieren, in denen Betroffene gefährdet sind, negatives Essverhalten an den Tag zu legen, wie negative Gefühlszustände, Stress, sozialer Druck, körperliches Unbehagen etc.

Hypothese: Je höher die Kompetenzerwartung, desto erfolgreicher die Verhaltensänderung. Je stärker die persönliche Betroffenheit durch Risikobewusstsein, desto eher kann die Kompetenzerwartung für präventives Verhalten umgesetzt werden.

Fazit: Um die Kompetenzerwartung zu steigern, muss in der Kommunikation vermittelt werden, dass das Verhaltensziel erreichbar und umsetzbar ist. Zusätzliche Erfolge werden bei hoher Kompetenzerwartung mit persönlicher Betroffenheit erzielt. Besonders wenn präventive Verhaltensweisen das Ziel darstellen, muss persönliche Betroffenheit in Form von Risikobewusstsein gegeben sein, um die Selbstwirksamkeitserwartung in das gewünschte Verhalten umsetzen zu können.

4.3.5 Studie: Körperliche Aktivität

Gerade wenn es um Interventionsprogramme zur Verbesserung der körperlichen Fitness und zur Mobilisierung geht, gilt die sozial-kognitive Theorie von Bandura als wesentliche Grundlage. Besonders bei älteren Menschen, aber auch durch die steigende Zahl an Jugendlichen mit Übergewicht werden Interventionsprogramme zur öffentlichen Angelegenheit. Die Selbstwirksamkeitserwartung gilt ganz unabhängig vom Alter als wesentliche Einflussgröße bei der Teilnahme an Interventionsprogrammen beziehungsweise der aktiven Beeinflussung der eigenen körperlichen Fitness und der Aufrechterhaltung eines Trainingsprogrammes. Gerade die Kompetenzerwartung ist oft ausschlaggebend, wenn es um die Motivation zum Sport geht: Einerseits kann sie sich auf die körperlichen Anforderungen, andererseits auch auf das psychische Durchhaltevermögen beziehen. Wichtig ist immer, dass Menschen davon überzeugt sind, ein Trainingsprogramm, eine Trainingseinheit schaffen zu können.

⁵⁶ Vgl. Baranowski u. a. 2003.

Eine Studie von Kaplan, Atkins und Reinisch ging 1984 der Frage nach, ob und wie psychologische Interventionen die körperliche Aktivität beeinflussen. Im Rahmen der Studie wurden sechzig Patienten im durchschnittlichen Alter von 65 Jahren und mit chronischer Bronchitis, Lungenemphysemen oder Asthma einem Compliance–Training, das heißt dem Training eines kooperativen Verhaltens im Rahmen einer Therapie, unterzogen. Gerade Menschen mit derartigen Beschwerden sind angehalten, durch Bewegung ihr Lungenvolumen zu vergrößern und so ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Nachdem aber dieser Patientengruppe schnelles Gehen und andere sportliche Betätigungen schwer fallen, stellt es sich als umso schwieriger heraus, sie zu mobilisieren. Nachdem in der Risikopopulation die Anweisung der Ärzteschaft nach mehr Bewegung kaum befolgt wurde, versuchte man diese Situation zu ändern. Die Studienautoren teilten im Zuge ihres Compliance-Trainings die Personen in vier Gruppen, wobei die vierte Gruppe die Kontrollgruppe bildete und unbehandelt blieb. Im Vorhinein wurden wieder spezifische Kompetenzerwartungen auf einer siebenstufigen Skala erfragt, dabei ging es um sportliche Einschätzungen wie Spazierengehen, Gewichtheben, etc. Ziel der Patientinnen und Patienten sollte Spazierengehen nach Vorschrift der Ärzteschaft sein. Ergebnis war, dass die psychologisch behandelten Patientinnen und Patienten wesentliche Verbesserungen im Gegensatz zur Kontrollgruppe erzielen konnten. Ihre Leistungen in einem Tretmühlentest waren signifikant besser und die Korrelation zwischen Kompetenzerwartung und Leistung stieg ebenso an. Die Ergebnisse zeigten außerdem, dass hier besonders die spezifische Kompetenzerwartung eine Rolle spielte. Es wurde primär das Zielverhalten (Spazierengehen) verfolgt, weniger die anderen körperlichen Tätigkeiten. Das Festhalten an dem verordneten Spazierprogramm stand im Zusammenhang mit der Erwartung, längere Strecken beschwerdefrei gehen zu können, die Gehleistung stand wiederum mit der spezifischen Kompetenzerwartung in Verbindung. Dies bestätigte auch die gegenseitige Beeinflussung von Kognition und Handlung, auch Bidirektionalität genannt. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass die Erwartungen nicht auf alle behandelten Gruppen gleichermaßen eintrafen, sondern dass die genannten Zusammenhänge nur für jene Gruppe stimmten, die eine höhere interne Gesundheitskontrollerwartung hatten.⁵⁷

Daraus abzuleiten ist, dass zwei Erwartungen präsent sein müssen, um eine Verhaltensänderung zu erreichen: Einerseits die Ergebniserwartung, andererseits die Selbstwirksamkeit. Die Studie bestätigt zudem auch die Annahme Banduras, dass spezifischen Erwartungen den allgemeinen Erwartungen überlegen sind. Dies bedeutet auch, dass spezifische Handlungen, denen spezifische persönliche Erfahrungen vorausgehen, im besten Fall auch von spezifischen Erwartungen beeinflusst werden. Umgekehrt werden allgemeine, zu erwartende Handlungen durch generalisierte Erwartungen vorhersagbar gemacht.

⁵⁷ Vgl. Kaplan & Atkins & Reinisch 1984, in: Schwarzer 2004, S. 73 f.

Hypothese: Je höher die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung und die spezifische Ergebniserwartung, desto bessere Ergebnisse werden auf dem Weg zur Verhaltensänderung erzielt.

Fazit: Um ein übergeordnetes Ziel wie bessere Gesundheit zu erreichen, empfiehlt es sich, Menschen für ein spezifisches Ziel zu motivieren und dabei die Personen in ihrer Kompetenzerwartung zu bestärken.

4.4 Theorie der Schutzmotivation

Im Rahmen der Risikokommunikationsforschung untersuchte bereits Rogers in den 1980er-Jahren die Auswirkungen von Angst auf das Verhalten von Rezipientinnen und Rezipienten. Später ergänzte er bei seinen Studien auch Faktoren umweltbezogener und intrapersoneller Einflüsse, wie Vorerfahrungen in der Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory). In Bezug auf das Gesundheitsverhalten geht man davon aus, dass dabei zwei Kriterien zur Bewertung einer Situation herangezogen werden. Zum einen die Einschätzung der Bedrohung, zum anderen die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten. Grundlage und Kern der Bewertungen stellt die Wahrnehmung der gesundheitsbezogenen Information dar. Je nach Wahrnehmung bildet sich eine Schutzmotivation, eine Intention, ein bestimmtes Risikoverhalten wie beispielsweise das Rauchen aufzugeben oder auch proaktiv etwas Gesundheitsförderndes zu tun. Bei der Theorie der Schutzmotivation wird dieses Verhalten, ausgelöst durch die Schutzmotivation, als Bewältigungsreaktion bezeichnet. Im Zuge dieser Einschätzung stellt der Mensch eine Art „Kosten-Nutzen-Rechnung“ auf. Als Kosten gilt der Schweregrad einer gesundheitlichen Bedrohung, ebenso wie die empfundene Vulnerabilität. Dabei geht die Bedrohungseinschätzung der Bewältigungseinschätzung logisch zeitlich voraus. Interessant dabei ist, dass wir viele Dinge diesbezüglich in punkto Vulnerabilität gleich einschätzen. Beispielsweise bewerten wir Krebs zumeist mit dem gleichen Schweregrad, unabhängig von der Art der Erkrankung.⁵⁸

Zu einem Ergebnis im Bewertungsprozess findet man durch die Bildung der Differenz zwischen der wahrgenommenen Vulnerabilität und den Vorteilen, die wir einer Handlung zuschreiben. Durch Furchtappelle, die als Basis dieser Studien dienten, wird versucht, das Empfinden der Vulnerabilität zu steigern.

Bei der Einschätzung der Bewältigung wiegt die Person die positiven und negativen Ergebnisse ab, die eine Handlung mit sich ziehen würde. Bei der Berechnung werden Handlungswirksamkeit und

⁵⁸ Vgl. Schwarzer, R. (2004): S. 57 ff.

Selbstwirksamkeit abzüglich der Handlungskosten berechnet. Ursprünglich entstammen diese Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und der Handlungsergebniserwartung der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura, der davon ausgeht, dass kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert werden. Die Handlungsergebniserwartung meint den Zusammenhang zwischen der eigenen Handlung und den Ergebnissen. Sie sagt allerdings nichts darüber aus, ob sich eine Person wirklich in der Lage sieht, eine Handlung auch auszuführen – dies bezeichnet die Selbstwirksamkeitserwartung. Sie benennt die Erwartung, die persönliche Einschätzung an uns selbst, ob wir etwas trotz erwarteter Hindernisse ausführen können. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst unser Fühlen, Denken und Handeln und ist heute bekannt als maßgeblicher Einflussfaktor auf Motivation und Volition.⁵⁹

Hypothese: Je größer das Risiko ist, von einem Verhalten Schaden zu tragen und je größer die Vorteile einer Verhaltensänderung sind, desto eher wird eine Person ihr Verhalten ändern.

Fazit: Für Gesundheitskommunikationskampagnen empfiehlt es sich, diese Kosten-Nutzen-Rechnung zu thematisieren und die Vorteile einer Verhaltensänderung durch bekräftigende Argumente zu unterstreichen. Dabei ist allerdings darauf zu achten, keine Abwehrmechanismen wie kognitive Dissonanz, Third-Person-Effekt⁶⁰ oder Ähnliches in den Rezipientinnen und Rezipienten hervorzurufen.

4.5 Transtheoretisches Modell

Das Transtheoretische Modell (TTM) der Verhaltensänderung ist eines der meist angewandten Stadienmodelle und zeigt sich als besonders relevant für die Planung und Umsetzung von Kampagnen. Ursprünglich wurde es vor allem zur Konzipierung von Raucherkampagnen herangezogen. Es definiert sechs Phasen bzw. Stufen der Verhaltensänderung. Die Zuordnung richtet sich nach der motivationalen Ausgangslage, nach Absichten hinsichtlich zukünftigen Verhaltens und auch nach vergangenem Verhalten: In der Phase der *Präkontemplation* befinden sich Menschen, die sich noch nicht mit der Problematik ihres eigenen Verhaltens beschäftigt haben und somit eine Änderung noch nicht in Erwägung ziehen. Der *Kontemplations*-Phase werden Menschen zugeordnet, die ein problematisches Verhalten bereits erkannt haben und zwar nicht im nächsten Monat, aber binnen neun Monaten eine Verhaltensänderung andenken. Personen, die bereits in der Vergangenheit den Versuch einer Veränderung gestartet haben und auch im nächsten Monat etwas ändern wollen, sind in der

⁵⁹ Vgl. Schwarzer 2004 S. 57 ff.

⁶⁰ Siehe Kapitel 5.3.

Vorbereitung. Offen bleibt dabei die Frage, wie diese Personen das erste Mal in diese Phase gekommen sind. Von der *Handlungs-Phase* spricht man dann, wenn Personen bereits seit maximal sechs Monaten, aber mindestens einen Tag lang aktiv dabei sind und zum Ziel haben, ihr „neues“ Verhalten beizubehalten. Gelingt dies sechs Monate lang, kommen sie in das Stadium der *Aufrechterhaltung*, in der intensiv daran gearbeitet wird, die Veränderung beizubehalten und Rückfälle zu vermeiden. Die Autoren des Modells, Prochaska und Velicer, schreiben dieser Stufe eine Dauer von fünf Jahren zu. Sind die Personen in dieser Zeit nicht rückfällig geworden, geht man davon aus, dass sie es geschafft haben und die Gefahr eines Rückfalls quasi nicht mehr besteht. Wenn das Gefühl der Selbstwirksamkeit hoch, und die Versuchung in alte Verhaltensmuster zu fallen gering ist, rückt die Person in das Stadium der *Termination*. Slater versuchte im Jahr 1999 das Modell in Bezug auf die Kampagnenplanung zu optimieren und die wichtigsten, kampagnenrelevanten Ansätze wie die Theorie der Schutzmotivation, die Theorie des überlegten Handelns, die sozial-kognitive Lerntheorie sowie das Elaboration-Likelihood Model in das TTM zu integrieren.⁶¹

Durch das TTM ist es möglich, die Zielgruppen in Kommunikationskampagnen zu definieren und sie den richtigen Stadien zuzuordnen. In Folge kann auch ihre Ansprache individuell erfolgen. Je nachdem, in welchem Stadium sich die Person befindet, kann man im Zuge der Kommunikation versuchen, Menschen auf die nächste Phase vorzubereiten. Es ist das erste Modell, das die psychologischen Phasen miteinbezieht, formuliert allerdings keine strukturellen Annahmen. Diese Brücke schlägt später das HAPA-Modell nach Schwarzer.⁶² Die Suche in den zugänglichen universitären Datenbanken hat ergeben, dass es nur sehr wenige Studien gibt, die sich mit dem wirklichen Vorhandensein der fünf Stufen auseinandersetzen. Eine der wenigen wissenschaftlichen Abhandlungen wird im nächsten Kapitel kurz erläutert.

4.5.1 Studie: Anwendung des TTM zur Motivation zu Bewegung

Im TTM geht man davon aus, dass für das Aufsteigen auf die nächst höhere Stufe unterschiedliche Hürden überwunden werden müssen. Dies impliziert, dass jede Stufe unterschiedliche Anforderungen für eine Stufenverbesserung stellt. Daraus kann man ableiten, dass speziell auf die jeweilige Stufe abgestimmte Interventionen auch konkret besser funktionieren als standardisierte Interventionen. Die Frage, ob spezifische Interventionen pro Stufe zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, und ob die

⁶¹ Vgl. Prochaska, J.& DiClemente 1983, in: Schwarzer 2004, S. 86 ff.

⁶² Vgl. Prochaska & DiClemente, 1983, In: Lippke, S./Wiedemann, A. 2007: S. 144.

Faktoren der Stufenverbesserung auch mit jenen der Stufenverschlechterung in Verbindung stehen, ist allerdings weitgehend ungeklärt.⁶³

Die Dissertation von Veronika Ströbl aus dem Jahr 2007 widmet sich genau diesem Thema. Sie testete das TTM in ihrer Studie in Bezug auf die Motivation für Sport als Gesundheitsverhalten. Ströbl untersuchte, ob den Modellvariablen *Selbstwirksamkeitserwartung*, *wahrgenommene Nachteile* und *wahrgenommene Vorteile* auf den verschiedensten Stufen unterschiedliche Bedeutung zukommt für die Verbesserung auf die nächste Stufe oder eben auch für die Verschlechterung. Zudem untersuchte die Studienautorin die kausalen Zusammenhänge. Methodisch setzte Ströbl sowohl eine Querschnitts- als auch eine Längsschnittstudie ein. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Verhaltensänderung in Stufen vollzieht, von den Variablen her erwiesen sich allerdings nur die *wahrgenommenen Vorteile* sowie das *Verhalten* stufenspezifisch relevant, wobei hier kognitiven Variablen noch mehr Bedeutung zukommt als der Variable *Verhalten*. Die Untersuchungen wiesen nur drei verschiedene Stufen auf. Die erste Stufe war geprägt durch das Wahrnehmen von wenigen Vorteilen und auch wenig sportlicher Aktivität der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Auf Stufe zwei steigerten die Teilnehmer zwar noch nicht ihre sportliche Aktivität, allerdings wurden mehr Vorteile einer Verhaltensänderung gesehen. Auf Stufe drei wiesen sie sowohl eine gesteigerte Aktivität, als auch eine gesteigerte Wahrnehmung von Vorteilen auf. Es zeigt sich allerdings, dass jene Faktoren, die entscheidend für eine Stufenverbesserung waren, nicht denen entsprachen, die eine Stufenverschlechterung herbeiführten. Sozialkognitive Variablen oder jene, eine Verhaltensänderung betreffend, fanden keine Berücksichtigung in der Untersuchung.⁶⁴

Hypothese: Je genauer eine Zielgruppe definiert ist in Bezug auf ihr „Verhaltenslevel“, desto besser lassen sich Interventionen abstimmen.

Fazit: Um ein Verhaltensziel zu erreichen, sollte genau abgeklärt werden, auf welcher Stufe sich die Personen der Zielgruppe befinden.

4.6 Health-Belief-Modell

Das Health-Belief-Modell, im Deutschen auch das „Modell der Gesundheitsüberzeugung“ genannt, wurde in den 1950er-Jahren von Rosenstock entwickelt, der sich zu dieser Zeit mit der geringen

⁶³ Vgl. Ströbl 2007: S.124.

⁶⁴ Vgl. Ströbl 2007: S. 17 f.

Nutzung der angebotenen Vorsorgeuntersuchungen beschäftigte. Das Modell sollte dabei zur Prognose von „gesundheitsgerechtem“ Verhalten dienen. Ziel seiner Überlegungen war die Darstellung und Beantwortung der Frage, wie Menschen zu der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, zum Aufsuchen eines Arztes etc. motiviert werden können und was sie daran hindert.⁶⁵ Auch demographische, sozialpsychologische und verhaltensbeeinflussende Faktoren werden in diesem Modell, wenn auch nachrangig, miteinbezogen. Das Health-Belief-Modell nach Irwin M. Rosenstock 1966 geht demnach davon aus, dass Menschen nur dann aktiv Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit ergreifen, wenn sie ihre körperliche Gesundheit tatsächlich als gefährdet erachten, sie einen Nutzen in den zu setzenden Maßnahmen sehen und die Hürde der „Unbequemlichkeiten“, die eine Vorsorgeuntersuchung und präventives Verhalten möglicherweise mit sich bringen, überwunden werden kann. Es wird – wie auch bei der Theorie der Schutzmotivation – davon ausgegangen, dass Menschen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten stets nach einer „Kosten-Nutzen-Rechnung“ vorgehen, und die positiven Effekte einer Vorsorgeuntersuchung den zu tätigenden Anstrengungen und zu überwindenden Barrieren gegenüberstellen.⁶⁶

Laut Health-Belief-Modell ist die Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmtes Gesundheitsverhalten bei einer Person vorliegt, immer Folge eines vorangehenden „Health Belief“. Folgende vier „Health Beliefs“ stehen dabei im Zentrum:

1. Die eigene, subjektiv empfundene Anfälligkeit für Krankheiten. Konkret wird hier das Empfinden der eigenen Verwundbarkeit, die „subjektive Vulnerabilität“ angesprochen. Man geht davon aus, dass Menschen, die sich selbst für krankheitsanfällig halten, eher Vorsorgeuntersuchungen nutzen, als jene, die sich für wenig krankheitsgefährdet halten.
2. Die empfundene Ernsthaftigkeit und Schwere der Krankheit. Oftmals werden Krankheitssymptome nicht ernst genommen oder ihr Schweregrad unterschätzt, sodass präventive Maßnahmen nicht für nötig gehalten werden.
3. Die Sinnhaftigkeit und der Nutzen einer Gesundheitsmaßnahme bzw. von gesundheitsbewusstem Verhalten. Dabei wird hinterfragt, ob das Setzen von Maßnahmen (z.B.: Untersuchung) tatsächlich eine gesundheitliche Problemstellung beheben könnte.

⁶⁵ Vgl. Waller 2007: S. 128 f.

⁶⁶ Vgl. Wipplinger/Amann 1998: S. 30

4. Die zu überwindenden Hindernisse und Unbequemlichkeiten, die mit den positiven Gesundheitsmaßnahmen verbunden sind.⁶⁷ Diese Hindernisse können sowohl individuell sein, wie Gewohnheiten, die verändert werden müssen, oder sich auch aus sozialen Lebenssituationen heraus entwickeln.⁶⁸

Das Rosenstock'sche Modell liegt auch in der Praxis vielen Kampagnen der Öffentlichkeitsarbeit zur Gesundheitsvorsorge zu Grunde. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass obgleich des hohen Anklangs des Modells in der Psychologie und im Therapiebereich empirische Studien durchwegs zu unterschiedlichen Ergebnissen bei der Überprüfung der im Modell formulierten Variablen kamen, dementsprechend werden an dieser Stelle keine Handlungsempfehlungen abgeleitet.⁶⁹

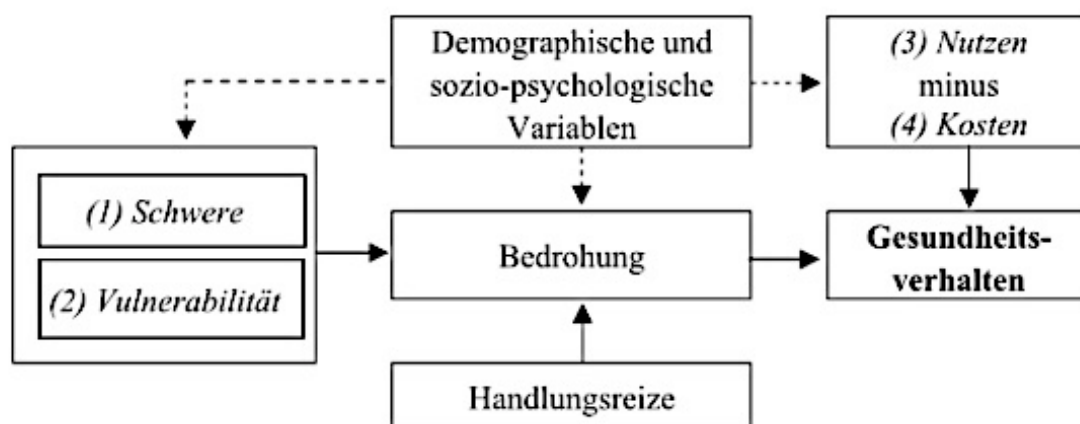


Abbildung 7: Health-Belief-Modell nach Schwarzer

4.7 Health Action Process Approach

Das sozial-kognitive Prozessmodell, das später unter dem Namen Health Action Process Approach (HAPA) Bekanntheit erreichte, wurde in den 1980er-Jahren in Berlin rund um Professor Ralf Schwarzer entwickelt, infolge einer bisher nicht zufriedenstellenden theoretischen Fundierung von Forschungs- und Praxisprogrammen zur Gesundheitsverhaltensänderung. Das Modell wird als dynamisch verstanden und soll die Erklärung und auch die Vorhersage von gesundheitsförderlichem sowie gesundheitsschädigendem Verhalten ermöglichen. Das HAPA-Modell wird auch als Hybridmodell bezeichnet, weil es beispielsweise im Gegensatz zum Transtheoretischen Modell neben *motivationalen*

⁶⁷ Vgl. Ströbl 1998: S. 32f.

⁶⁸ Vgl. Raithel 2011, S. 52 f.

⁶⁹ Vgl. Wipplinger & Amann 1998, S. 30.

Variablen auch *volitionale Variablen* (z.B. Planung, Barrieren und Ressourcen) sowie psychologische *Stadien* im Prozess der Verhaltensänderung miteinbezieht. Die Berücksichtigung der Stadien wurde erstmals eingeführt durch das TTM.⁷⁰ Das TTM macht jedoch keine strukturellen Annahmen über die relevanten Variablen. Dieses Desiderat überwindet das HAPA-Modell, indem es strukturelle Vorhersagen über die zentralen Variablen trifft. Darüber hinaus definiert das HAPA-Modell seine Stadien nicht über Zeitintervalle, was ein Hauptkritikpunkt am TTM ist⁷¹, sondern nur über Variablen wie Intention und Verhalten.

Das Modell unterscheidet zwischen einem präintentionalen, motivationalen Prozess und einen postintentionalen Willensprozess (Volitionsprozess) und geht laut Schwarzer von zwei Prinzipien aus:

1. Es gibt eine bestimmte Sequenz, ein Schritt folgt auf den anderen.
2. Der Weg hin zur Verhaltensänderung wird keinen Schritt weiter gegangen, wenn nicht ein bestimmter Grad an Selbstwirksamkeitserwartung gegeben ist.⁷²

Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass drei konkrete Selbstwirksamkeitsüberzeugungen auf die Motivationsphase einwirken: Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Risikowahrnehmung meint die subjektive Selbsteinschätzung einer Verwundbarkeit sowie die subjektive Wahrnehmung des Schweregrades einer Erkrankung. Die eigene Verwundbarkeit kann auch als Situationsergebniserwartung verstanden werden, sie meint die *„(...)Kontingenzen der aktuellen Situation einschließlich des gewohnten Verhaltens zu nachfolgenden Ergebnissen(...)“*.⁷³

Klassische Beispiele dafür sind beispielsweise „Wenn ich weiter so viel rauche, bekomme ich irgendwann Lungenkrebs“ oder „Wenn ich weiter so viel essen, werde ich dick und bekomme einen Herzinfarkt“.

Eine Verhaltensänderung erfordert neben der Bedrohung durch die Wahrnehmung eines Risikos auch die Erwartung eines Ergebnisses bei gesetzten Handlungen. Die sogenannte Handlungsergebniserwartung impliziert auch das Relativieren von verschiedenen Handlungsalternativen und ihren Ergebnissen, die das wahrgenommene Risiko minimieren sollen. Ein Beispiel für eine Handlungsergebniserwartung ist „Wenn ich mit dem Rauchen aufhöre, werde ich wieder gesünder und aktiver sein“. Laut Schwarzer sind die Handlungsergebniserwartungen die

⁷⁰ Vgl. Prochaska, J./DiClemente 1983, in: Schwarzer 2004, S. 86 ff.

⁷¹ Vgl. Weinstein, Rothman & Sutton 1998, S. 290–9.

⁷² Vgl. Schwarzer 2004, S. 90.

⁷³ Vgl. Schwarzer 2004, S. 91.

wichtigsten Überzeugungen für die Änderungsmotivation. Wird also eine Bedrohung wahrgenommen, wie eine mögliche Erkrankung aufgrund des Rauchens, erwägen wir positive und negative Handlungsergebniserwartungen, das heißt wir denken über die Vorteile sowie die Nachteile einer Verhaltensänderung nach und versuchen, rationale Entscheidungen zu treffen. Dies impliziert noch nicht, dass wir die bessere Entscheidung wirklich umsetzen, aber wir kennen zumindest die „richtige“ Strategie.⁷⁴

Der dritten einflussnehmenden Komponente, der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura, wird heute aufgrund zahlreicher Forschungsergebnisse eine besonders hohe Relevanz für den Aufbau sowie für die Aufrechterhaltung eines Gesundheitsverhaltens zugeschrieben. Diese beschreibt die eigene subjektive Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten rückführend auf die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen durchführen zu können (oder auch nicht). Ein Beispiel dafür wäre die Aussage „Auch wenn alle anderen auf diesem Fest rauchen, kann ich Nein zur Zigarette sagen“. Wer hier positive Selbstwirksamkeitserwartungen hat, setzt leichter Ziele, bildet Intentionen und zeigt auch mehr Ausdauer in seinem Verhalten. Dies bedeutet, dass die Intention, also der Wille etwas zu ändern, maßgeblich vom Vertrauen in die eigene Fähigkeit abhängt, Gewohnheiten in Bezug auf sein Gesundheitsverhalten kontrollieren zu können.⁷⁵

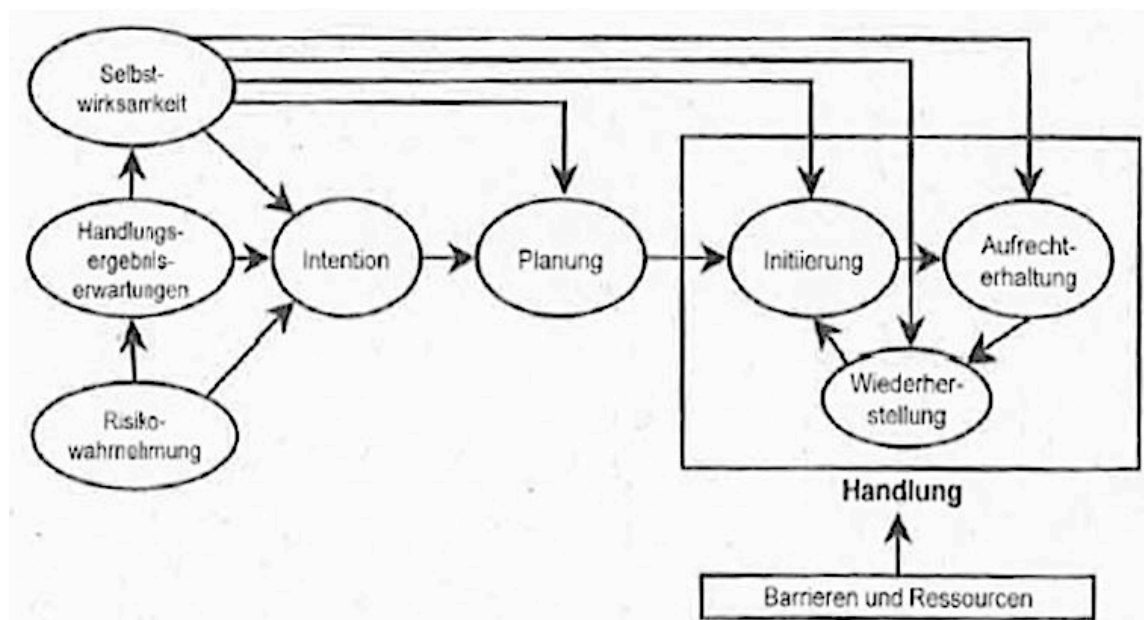


Abbildung 8: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns nach Schwarzer

⁷⁴ Vgl. Schwarzer 2004, S. 91 f.

⁷⁵ Schwarzer 2004, S. 91.

Nach der motivationalen Phase beginnt die Phase der Planung, der sogenannte postintentionale volitionale Prozess. Schwarzer geht im HAPA-Modell davon aus, dass diese Phase durch viele logische Sequenzen von Prozessen präaktionaler Phasen (Planung und Initiative), aktionaler Phasen (Umsetzung und Aufrechterhaltung) und postaktionaler Phasen (Wiederherstellung und Aufrechterhaltung) geprägt ist.⁷⁶ Dennoch ist zu erwähnen, dass die postintentionalen Phasen bislang noch wenig untersucht sind. In der präaktionalen Phase wird genau geplant, wie ein Verhalten zu realisieren ist: Das „Wann“, „Wo“ und „Wie“. Die Handlung, die aufgrund einer Intention beabsichtigt ist, wird umsetzbereit konkretisiert. In diesen Handlungsplänen finden auch mögliche externe Einfluss- und Risikofaktoren Berücksichtigung.⁷⁷

In zahlreichen Studien wurden Messwerte für die drei benannten Komponenten Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung generiert und immer wieder ihr Einfluss auf die Intentionsbildung abgebildet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in allen Phasen von hoher Bedeutung ist, während die Risikoerwartung, ebenso wie das Abwägen von Handlungsalternativen vorwiegend in der anfänglichen Zeit der Intentionsbildung eine Rolle spielen. Der motivationale Prozess endet mit einer Zielintention. Je stärker die Intention, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung eines Verhaltens. Man geht allerdings davon aus, dass die Intention in der Regel dennoch nur zirka zwanzig bis dreißig Prozent der Varianz eines Verhaltens erklären. Dies zeigen Untersuchungen, in denen Personen mit Intention bei der Umsetzung scheiterten.⁷⁸

Hypothese 1: Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung, desto höher die Erfolgchancen bei einer Verhaltensänderung. Je weiter der motivationale Prozess einer Person fortschreitet, desto weniger wichtig werden die Risikoerwartung und das Abwägen von Handlungsalternativen.

Hypothese 2: Je stärker die Intention, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung eines Verhaltens.

Fazit: Richtet sich eine Kampagne an Personen, die ganz am Anfang einer gewünschten Verhaltensänderung stehen, ist es sinnvoll die Risikoerwartung und das Abwägen von Handlungsalternativen zu aktivieren. Die wichtigste zu steigernde Komponente bei allen Rezipientinnen und Rezipienten ist die Selbstwirksamkeitserwartung.

⁷⁶ Vgl. Schwarzer 2004, S. 91 f.

⁷⁷ Vgl. Schwarzer 2004, S. 91 f.

⁷⁸ Vgl. Orbell/Sheeran 1998 in: Schwarzer 2004, S. 93.

4.8 Salutogenese Modell nach Antonovsky

In dem vom Antonovsky erstellten Modell wird der Salutogenese hohe Bedeutung beigemessen. Im Vergleich zu Pathogenese-Modellen, bei denen man nach der Ursache von Krankheiten fragt und Stress eindeutig als negativen Faktor einstuft, interessiert man sich beim Salutogenese-Modell für die Ursachen von Gesundheit und stellt sich den Fragen:

- Wie gelingt es einer Person, gesund zu bleiben?
- Welche Ressourcen hat sie?
- Wie geht die Person anders mit Belastungen um als Personen mit Krankheiten?

Anotonvsky versucht in seinem Prozessmodell von der klassischen Unterscheidung krank versus gesund wegzugehen. Er geht davon aus, dass es immer einen Bereich dazwischen gibt, ein Kontinuum. Das heißt, dass Menschen mehr oder weniger gesund oder krank sind und meint damit auch, dass Gesundheit nie stabil, sondern dynamisch ist. Den andauernden Kampf um Gesundheit beschreibt er mit den Worten *„Er fokussiert unsere Aufmerksamkeit auf jene gesund erhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen im Laufe des Lebens umzugehen.“*⁷⁹

Antonovsky unterscheidet drei Arten von Stressoren, die, je nachdem welche Bedeutung eine Person einer Situation oder einem Ereignis beimisst sowie je nach persönlichen Ressourcen, unterschiedliche Belastungen für jemanden darstellen. Diese sind *chronische Stressoren*, *größere Lebensereignisse* und *alltägliche Ärgernisse*. Je nachdem wie viel Spannung ein Stressor bei einer Person auslöst, wirkt sich dies auf den emotionalen und physiologischen Zustand aus. Wesentlich dabei ist das Gefühl, eine Spannung bewältigen zu können.

Zentrale Komponenten eines beständigen Gefühls der Zuversicht entstehen, wenn man selbst fühlt, dass

1. alltägliche Ereignisse vorhersehbar und verstehbar sind,
2. die Anforderungen bewältigbar sind und
3. sie als sinnvolle Herausforderung gesehen werden.

Dieses Kohärenzgefühl, Orientierung zu haben und den Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein, ist laut Antonovsky auch ausschlaggebend für den Erhalt unserer Gesundheit. Ziel des Modells ist

⁷⁹ Antonovsky 1993: S.10–11, in Wolf/Mandl 2005: S. 10 f.

folglich die Stärkung des Kohärenzgefühl, die Förderung von Kompetenzen und Ressourcen. Dies kann laut Antonovsky durch die Vermittlung positiver Kommunikationsformen erreicht werden.⁸⁰

Das Modell ist jedoch nicht unumstritten. Durch seinen großen Umfang und die Komplexität ist es nur schwer möglich, die einzelnen Variablen zu überprüfen. Auch der direkte Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit ist nicht belegt. Antonovsky spricht zwar von einem Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit, nicht aber von einer Korrelation mit der psychischen Gesundheit.

Hypothese: Je mehr Menschen bestärkt werden, mit Stressoren umgehen zu können, desto eher erhalten sie ihre Gesundheit.

Fazit: Um das Kohärenzgefühl einer Person und somit ihre Gesundheit zu stärken, müssen die Botschaften in der Gesundheitskommunikation positiv formuliert werden.

⁸⁰ Bengel/Strittmatter/Willmann 1998, in: Süss/von Arx/Marxer 2002: S. 17 f.

5. KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN

In der Kommunikationswissenschaft schreibt man den Medien die Funktion des Agenda Settings, also der Thematisierung von Ereignissen und Botschaften in der Bevölkerung, zu. Die sogenannte Agenda-Setting-Theorie geht davon aus, dass durch die Selektion der Themen und Botschaften, die sie weitergeben, maßgeblich die relevanten Agenden der Rezipientinnen und Rezipienten geprägt werden. Vereinfacht gesagt: Themen, denen in den Medien sehr viel Gewichtung gegeben wird, werden auch bei der medienkonsumierenden Bevölkerung als wichtig erachtet werden. Durch starke Thematisierung von gesundheitsrelevanten Botschaften in den Medien wird somit zwar nicht unbedingt direkt das Verhalten der Bevölkerung beeinflusst, aber durch die Interaktion, also den Austausch zwischen den Rezipienten, wird der öffentliche Diskurs eröffnet. Viele Jahre lang wurde die Agenda-Setting-Theorie wissenschaftlich unter die Lupe genommen und sie gilt als eine der erfolgreichsten neuen Ansätze der Wirkungsforschung – über 425 Studien wurden zu ihr durchgeführt.⁸¹ Wanta und Ghanem kommen in ihrer Meta-Analyse, die neunzig Studien umfasste, zu dem Schluss, dass die meisten Studienergebnisse statistisch signifikante Agenda-Setting-Effekte belegen konnten.⁸² Viele Studien zeigen aber auch, dass Agenda-Setting nicht immer und nicht unter allen Umständen funktioniert. Dennoch ist man in der wissenschaftlichen Community vielfach der Meinung, Medien würden mit Agenda-Setting insbesondere die Funktion der sozialen Orientierung erfüllen.

Aber auch einige andere kommunikationswissenschaftliche Aspekte gilt es bei der massenmedial vermittelten Kommunikation von Botschaften zur Lebensstilmodifikation zu beachten. Seit den 1979er-Jahren wurde der Agenda-Setting-Ansatz weiter differenziert, man unterschied zwischen der Thematisierung per se und den Thematisierungsstrukturen, außerdem wurden unterschiedliche Konstellationen und Verläufe der Wirkung differenziert. Es entstand eine Vielzahl an Weiterentwicklungen.

Für die Gesundheitskommunikation interessant sind beim Agenda-Setting-Ansatz insbesondere die Wirkungsverläufe, da sie aufzeigen, ob und wie für gesellschaftsrelevante Themen Aufmerksamkeit und Bewusstsein geschaffen werden kann.

⁸¹ Vgl. McCombs/Reynolds 2009, in: Bonfadelli & Friemel o. J., S. 184.

⁸² Vgl. Wanta/Ghanem 2007, p. 45ff, in: Bonfadelli & Friemel o. J., S. 184.

5.1 Agenda-Setting-Ansatz: Wirkungsverläufe

Kepplinger unterscheidet in seinen Untersuchungen sechs mögliche Wirkungsverläufe bei Agenda-Setting-Effekten:

1. Kumulationsmodell

Im Kumulationsmodell entwickeln sich die Intensität der Thematisierung und das Problembewusstsein linear. Das heißt, verdoppelt man die Intensität der Thematisierung, verdoppelt sich auch der Effekt des Agenda-Settings. Die weiteren fünf von ihm formulierten Wirkungsverläufe sind nicht linear.

2. Schwellenmodell

Das Schwellenmodell bezeichnet, dass eine bestimmte Intensität einer Thematisierung gegeben sein muss. Wird dabei ein gewisser Schwellenwert nicht erreicht, bleiben die Agenda-Setting-Effekte gänzlich aus und ein Thema kann in der Gesellschaft keine Aufmerksamkeit gewinnen.

3. Beschleunigungsmodell

Besonders rasch und intensiv reagiert die Bevölkerung auf einen Themenimpuls beim Beschleunigungsmodell, beispielsweise wenn es um Skandalberichterstattung geht.

4. Trägheitsmodell

Gegenteilig entwickeln sich die Effekte beim Trägheitsmodell, bei dem Themen ab einer gewissen Stärke an Berichterstattungsintensität nur mehr ungleich schwächer wahrgenommen werden, weil – wie man sprichwörtlich sagt – „die Luft raus ist“ und ein Abnützungseffekt vorliegt.

5. Echomodell

Typisch für Katastrophen ist das Echomodell, bei dem die Berichterstattung ganz plötzlich endet, der Agenda-Setting-Effekt allerdings weiter anhält und sich noch einigermaßen gleichmäßig auf einem Niveau hält.

6. Spiegelmodell

Besonders interessant in der Kommunikationswissenschaft ist das Spiegelmodell. Demnach können nicht nur Medien Themen in der Gesellschaft streuen, sondern auch umgekehrt die Bevölkerung Themen in den Medien. Dies passiert dann, wenn innerhalb der Bevölkerung schon länger ein

Problembewusstsein oder eine Sensibilisierung für ein Thema besteht, aber die Medien verspätet reagieren und es thematisieren.⁸³

Eine weitere Entwicklung des Agenda-Setting-Ansatzes war das Identifizieren von sogenannten Priming-Effekten, die unterstreichen, dass Medien Themen nicht nur streuen können, sondern ihnen auch eine gewisse Bewertung zur Meinungsbildung mitgeben.

Trotz genannter Agenda-Setting- und Priming-Effekte können Botschaften an Rezipientinnen und Rezipienten „abprallen“ oder von ihnen ignoriert werden. In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass in der Gesundheitskommunikation – gerade wie beim Schwellenmodell beschrieben – manche Themen schnell an ihre Grenzen stoßen und die Bevölkerung nicht erreichen, weil hinter medialen Kampagnen oft Non-Profit-Organisationen stehen, deren Budgets meist klein sind und große Branchen-Lobbys wie jene der Tabakbranche mit ihren riesigen Kampagnen dagegen halten. Um einen Effekt ähnlich dem Beschleunigungsmodell zu erreichen, könnte ein aktueller Anlassfall wie zum Beispiel eine erschreckende Krankheitsstatistik in der Gesundheitskommunikation als notwendiger „Skandal“ und Impulsgeber dienen.

Im folgenden Abschnitt werden einige der möglichen Barrieren erläutert, die in der massenmedial vermittelten Kommunikation auftreten können und daher bei der Gestaltung von Kommunikationskampagnen unbedingt bedacht werden sollten. Dabei ist zu beachten, dass die hier genannten Abwehrmechanismen nur im Kontext der Gesundheitskommunikation negativ einzustufen sind. In der Praxis unterstützen sie Menschen oftmals bei der Orientierung und blenden negative Dinge zum eigenen Schutz aus – dieser Abwehrmechanismus kann demnach durchaus positive Effekte bringen.

5.2 Theorie der kognitiven Dissonanz

Festingers Theorie der kognitiven Dissonanz geht davon aus, dass Menschen immer nach Übereinstimmung aller Elemente der Kognition bestrebt sind. Dies bedeutet, dass sie immer nach einer Harmonie ihres Denkens, ihrer Einstellungen und ihres Verhaltens streben. Ein klassisches Beispiel ist, wenn jemand starker Raucher ist, sich aber dennoch dessen bewusst ist, dass Rauchen ungesund ist. Es entwickelt sich in ihm eine kognitive Dissonanz, eine Disharmonie, die er versuchen wird auszugleichen. Für diesen Ausgleich gibt es verschiedene Varianten. Die wünschenswerteste Variante,

⁸³ Vgl. Kepplinger 1989, in: Bonfadelli & Friemel o. J., S. 187.

die in diesem Fall auch das Ziel einer erfolgreichen Gesundheitskommunikation darstellt, wäre, dass er das Rauchen aufgibt. Dies ist allerdings bestimmt nicht die einfachste Strategie zur Abwehr einer kognitiven Dissonanz.

Eine weitere Möglichkeit wäre, eines der beiden kognitiven Elemente abzuändern. Im Falle dieses Beispiels würden die Gedanken des Rauchers folgendermaßen lauten: „Ich kenne andere Menschen, die rauchen, und sie sind schon über 90 Jahre alt.“ Somit würde die Spannung wieder herabgesetzt, das eigene Verhalten gerechtfertigt oder zumindest erklärt sein.

Die dritte Variante eine kognitive Dissonanz wieder auszugleichen ist, weitere kognitive Elemente zu integrieren. Als Kognition A in diesem Beispiel ist anzusehen „Ich rauche viel“, Kognition B ist „Rauchen schadet meiner Gesundheit“. Dies ergänzt der Raucher nun um zwei weitere Kognitionen, C „Rauchen ist so entspannend“ und D „Alkohol ist auch ungesund“. So soll das Verhältnis der konsonanten und dissonanten Kognitionen wieder ausgeglichen und dadurch ein erträgliches Maß an Spannung erzeugt werden.⁸⁴

Im Falle der Gesundheitskommunikation ist die Erkenntnis über die kognitive Dissonanz insbesondere deswegen relevant, weil man mit der Konfrontation der Menschen mit ihrem gesundheitsschädlichen Verhalten möglicherweise genau diesen Abwehrmechanismus bei den Rezipienten auslöst. Dies ist vor allem in Hinblick auf die Gestaltung der Botschaft ein wesentliches Faktum, das es zu beachten gilt. Im Fall einer breitenwirksamen Kampagne zur Lebensstilmodifikation ist zu bedenken, dass vermutlich die meisten Menschen verinnerlicht haben, dass beispielsweise unausgewogene Ernährung, Zigaretten, Alkohol etc. im Übermaß schlecht für den Körper sind.

Hypothese: Je negativer eine Gesundheitsbotschaft für einen betroffenen Rezipienten der Risikogruppe, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Dissonanz und somit einer Abwehr der Botschaft.

Fazit: Um kognitive Dissonanzen zu umgehen, sollten Kommunikationsbotschaften keine negativen Inhalte transportieren, die ohnehin als weitgehend bekannt gelten. Hier gilt es also, den Ist-Stand der Informiertheit innerhalb der Bevölkerung zu einem bestimmten Thema zu berücksichtigen und durch neue Informationen und Bewältigungsstrategien diese Reaktion zu vermeiden. Dass zu viel Zucker schlecht für die Zähne ist und Rauchen Lungenkrebs verursachen kann, sind zumeist bekannte

⁸⁴ Vgl. Bonfadelli & Friemel o. J., S. 159

Phänomene. Dementsprechend wahrscheinlich ist es auch, dass betroffene Personen einen Abwehrmechanismus einsetzen.

5.3 Third-Person-Effekt

1983 definierte W. Phillips Davison das Phänomen des Third-Person-Effekt, um auf einen bestimmten Effekt hinzuweisen: Es wird davon ausgegangen, dass Menschen in den meisten Fällen zu einem Thema über zu wenig Wissen verfügen, um sich selbst eine Meinung zu bilden. Daher suchen sie in ihrer Umwelt nach Unterstützung bei der Meinungsbildung und finden diese in der Meinung anderer. Wie auch Elisabeth Noelle-Neumanns Schweigespirale – eine über die Kommunikationswissenschaft hinaus renommierte Theorie der öffentlichen Meinung – deutlich machen soll, ist dies eine natürlich-reflexartige Struktur und die Basis für die Bildung der öffentlichen Meinung.⁸⁵ Der Third-Person-Effekt gilt als Schutzmechanismus, gleichzeitig wird der er in der Kommunikationswissenschaft aber auch als Abwehrmechanismus gesehen, und zwar dann, wenn wir beispielsweise in den Medien eine negative Botschaft oder einen Appell hören und diesen gedanklich direkt an eine dritte Person weitergeben. Am vorangehenden Beispiel des Rauchers würde dies folgende Situation bedeuten: Der Raucher sieht im Fernsehen eine Werbung „Rauchen schadet Ihrer Lunge“. Bei einem Third-Person-Effekt denkt sich der Raucher nun: „Stimmt. Mein Kollege XY raucht wirklich viel, er hat vermutlich eine geschädigte Lunge“. Dieser Effekt wird insbesondere im Zusammenhang mit Furchtappellen immer wieder als problematisch angesehen, weil die Appelle bei einem Third-Person-Effekt oftmals nicht die betroffenen Rezipienten und Rezipientinnen erreichen.⁸⁶ Botschaften aus der Gesundheitskommunikation sollen zumeist nicht nur etwas mitteilen, sondern die Rezipientinnen und Rezipienten auch überzeugen, ihr Verhalten zu ändern. Man spricht hier auch von Persuasion, der Überredung. Gerade bei dieser Art der Kommunikation ist die Gefahr hoch, bei seinem Gegenüber auf Abwehrreaktionen zu stoßen.

Hypothese: Je direkter man eine Person in der Kommunikation anspricht, desto weniger besteht die Gefahr eines Third-Person-Effekt.

Fazit: Um nicht verleitet zu sein, Risiken auf eine dritte Person abzuwälzen, sondern sein eigenes Verhalten zu reflektieren, eignet sich in der Kommunikation die direkte Ansprache der Rezipientinnen und Rezipienten.

⁸⁵ Merten (1993): S. 377.

⁸⁶ Vgl. Süß, von Arx & Marxer 2002, S. 25.

5.4 Wissenskluft-Theorie

Die Theorie des „Knowledge-Gap“, im deutschsprachigen Raum besser bekannt als Wissenskluft-Theorie, geht davon aus, dass die medienvermittelten Informationen nicht immer zu einer ausgewogenen Information der Bevölkerung führen, sondern dass sich durch die unterschiedlichen Bildungsniveaus der Rezipientinnen und Rezipienten auch unterschiedliche Grade an Informationsaufnahmefähigkeit ergeben. Dies wiederum führt zu einer Wissenskluft: Bildungsnähere Schichten nehmen relevante Informationen eher auf als bildungsfernere. Dadurch besteht insbesondere im Bereich von Sozialkampagnen die Gefahr, dass erst recht wieder nur jene (bildungsnäheren) Menschen die Botschaft erreicht, die ohnehin den gesünderen Lebensstil pflegen und sich eher über mögliche Gesundheitsrisiken und Präventionspotenziale im Klaren sind. Der Sozialpsychologe Heinz Bonfadelli beschäftigt sich schon lange mit dieser Theorie und stellte sie in verschiedensten Studien auf den Prüfstand. In seiner Studie „Die Wissenskluft Perspektive“ fasst er rückblickend den Forschungsstand zur Wissenskluft-Theorie zusammen: *„Grundsätzlich verdeutlichen die bis jetzt durchgeführten empirischen Untersuchungen, dass der Prozess der medienvermittelten gesellschaftlichen Informationsverteilung ein im Zeitlauf dynamisches Geschehen ist, bei dem verschiedenste Faktoren und Prozesse auf äußerst komplexe Art und Weise zusammenmischen.“*⁸⁷

Damit meint Bonfadelli, dass es vereinfacht wäre zu sagen, die Ungebildeten werden durch Massenmedien immer ungebildeter, und die Gebildeten immer gebildeter. Zu viele Faktoren spielen bei der Analyse derartiger Abläufe eine Rolle.

Ein schmaler Informationsfluss führt allerdings laut Bonfadelli tatsächlich zu unterschiedlichen Wissensniveaus. Um Informationen wirklich breit zu streuen, müsse man sie deutlicher, häufiger, nachhaltiger, ausdrücklicher und möglicherweise auch drastischer kommunizieren. Als weiteren problematischen Aspekt führt Bonfadelli an, dass bildungsfernere Schichten oft andere, lebenspraktischere Interessen haben würden und somit mangels Mediennutzungskompetenz Botschaften weniger gut selektieren und aufnehmen könnten.⁸⁸ Bonfadelli plädiert dafür, in Studien zur Wissenskluft-Theorie auch allgemeine, transssituationale und spezifische situationale Faktoren miteinzubeziehen und Studien durchzuführen, *„die den Lebensalltag und die darauf bezogenen Kommunikations- und Mediennutzungsmuster unterprivilegierter Gesellschaftsgruppen genauer thematisieren“*.⁸⁹ Schließlich stelle die Theorie lediglich fest, dass Menschen unterschiedlicher sozialer

⁸⁷ Bonfadelli (1994): S. 226.

⁸⁸ Magazin tv diskurs, Ausgabe 66 (2014): S. 64 ff.

⁸⁹ Bonfadelli 1994a, S. 231.

Herkunft, mit unterschiedlich geprägten Lebensanforderungen und auch einer anderen Art und Weise der Kommunikation⁹⁰ tatsächlich unterschiedlich kommunizieren, leben und agieren.⁹¹

Bonfadelli selbst führte eine derartige Studie durch und untersuchte verschiedene soziale Gruppen nach den Aspekten: Mediennutzungsverhalten, Medienkompetenz, Werterhaltung, politische Interessen und Grad der Informiertheit über beispielsweise politisch aktuelle Themen und Personen. Die Ergebnisse hinsichtlich der Wissenskluft-These zeigen zusammengefasst deutlich, dass „*das Sach- wie Personenwissen [...] sehr heterogen verteilt ist*“⁹². So wussten ältere Menschen zumeist mehr als die Jüngeren. Betreffend den abgefragten Themenbereiche ließen sich aber doch die sehr heterogenen Ergebnisse auf unterschiedliche Bildungsniveaus, soziale Schichten und allgemeine politische Interessen zurückführen. In Hinblick auf die Rezeption und Aufnahme von Informationen aus den Medien zeigten sich wenig überraschend Unterschiede in Hinblick auf die Qualität der rezipierten Zeitungen, der Medienkompetenz ebenso wie hinsichtlich der aktiven Informationssuche.⁹³

Im nächsten Kapitel wird ein kurzer Blick auf die Rezeption und die Arten der Informationssuche geworfen, um Hinweise darauf zu finden, wie Botschaften gestalten werden müssen, um sowohl bei aktiver als auch passiver Rezeption aufgenommen zu werden.

⁹⁰ Vgl. Bonfadelli 1994b, S. 231; in: Süß u. a. 2002, S. 25 f.

⁹¹ Vgl. Bonfadelli 1994b, S. 231 f.

⁹² Bonfadelli 1994b, S. 385.

⁹³ Vgl. Bonfadelli 1994b, S. 238 ff. Grau o. J., S. 66 f.

6. REZEPTIONSMECHANISMEN

Über die Rezeption von Massenmedien gibt es bereits ein breites Spektrum an Theorien und Modellen, die unterschiedliche Aspekte fokussieren. Vielfach genannt werden dabei der Dynamisch-Transaktionale Ansatz von Fröh⁹⁴, der Uses-and-Gratifications-Ansatz (Nutzenansatz) von Renckstorf⁹⁵ sowie der Information Seeking Approach von Charles Atkin⁹⁶ und der Sense-Making Approach von Dervin⁹⁷. Gemeinsam ist diesen Modellen ein publikumszentrierter Ansatz. Für die genauere Betrachtung im Bereich der Gesundheitskommunikation eignen sich besonders der Information-Seeking-Approach und der Sense-Making-Approach von Dervin, da sie beide von einer instrumentellen Nutzung von Information zur Lösung von Problemen oder zur besseren Orientierung ausgehen. Bis heute ist nicht eindeutig geklärt, warum Rezipienten sich in bestimmten Situationen auch bestimmten Informationen in den Medien zuwenden. Die neuesten Erkenntnisse weisen aber eher auf eine passive Mediennutzung hin, welche wenig Wissenstransfer oder Bildungsprozesse ermöglicht, da verschiedenste Informationsbarrieren nicht überwunden werden.⁹⁸

Während kommunikationswissenschaftliche Modelle wie der Uses-and-Gratifications-Ansatz von einer selektiven Medienwahl ausgehen, beschäftigen sich andere Theorien verstärkt damit, wie Menschen sich für die zur Auswahl stehenden Informationen entscheiden oder diese vermeiden. Aus dieser Grundüberlegung heraus entwickelten sich verschiedene Modelle der aktiven und passiven Zuwendung zu Information. Gerade im Bereich der Gesundheitskommunikation erscheint es sinnvoll, möglichst genau Zielgruppen zu identifizieren und zu wissen, wer möglicherweise aktiv oder passiv nach Informationen sucht. Insbesondere die Studien von Charles Atkin werden in der Gesundheitskommunikation als häufigste theoretische Grundlage herangezogen, da er seine empirischen Studien im Bereich der Medienrezeptionsmechanismen bereits in den 1990er-Jahren im Gesundheitssektor durchführte.

⁹⁴ Vgl. Fröh 2001, in: Voth 2008, S. 70.

⁹⁵ Vgl. Renckstorf 1996, in: Voth 2008, S. 70.

⁹⁶ Vgl. Atkin 1973, in: Voth 2008, S. 70.

⁹⁷ Vgl. Dervin 1981, in: Voth 2008, S. 70.

⁹⁸ Vgl. Case 2008, in: Bonfadelli & Friemel 2011, S. 108.

6.1 Aktive Informationssuche

Bei diesem prozessorientierten Modell von Charles Atkin 1973, auch bekannt als *Informational-Utility-Ansatz*, geht man davon aus, dass die Informationssuche abhängig von der Diskrepanz zwischen Informationsstand und Informationssicherheit ist. Zahlreiche Studien beschäftigten sich bereits davor mit dem Mediennutzungsverhalten und überprüften den viel genannten „Uses-and-Gratifications-Ansatz“. Ausgangspunkt von Atkins Modell der aktiven Informationssuche ist die Annahme, dass trotz quantitativ hoher Medienrezeption noch lange keine ebenso hohe Aufnahme von Informationen gegeben ist. Ein hoher Medienkonsum garantiert nicht zwangsläufig, dass dabei Wissenstransfer oder Bildungsprozesse vonstattengehen.

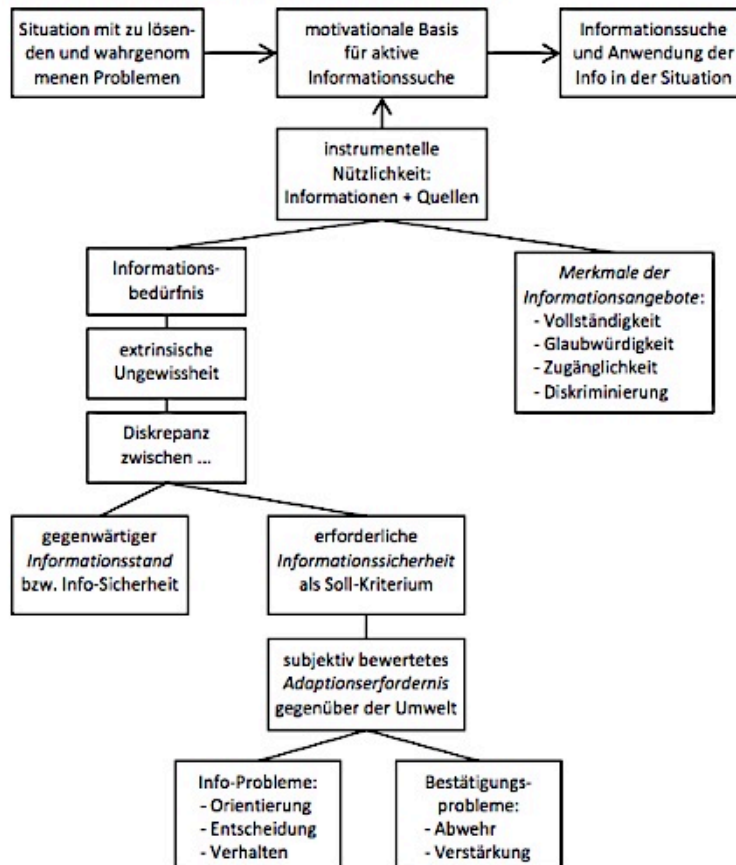
Laut Atkin steht die Suche nach Informationen immer in Verbindung mit subjektiv wahrgenommenen Problemen. Medienvermittelte Inhalte werden von Menschen nur zu instrumentellen Zwecken herangezogen, das heißt, wenn sie für (bessere) Orientierung sorgen oder Handlungen und Entscheidungen erleichtern oder erst möglich machen: *„when it provides him with a helpful input for responding to everyday environmental stimuli or for defending personal predispositions.“*⁹⁹

Der subjektive Wert der Information muss dabei höher sein als die Informationsbeschaffungskosten. Empirische Untersuchungen beschäftigen sich vorwiegend mit dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wie mit Persönlichkeitsmerkmalen, Demografie und Vorwissen der Personen, Identifikation des „Problems“ oder auch der Wertigkeit der Information im Vergleich zu intrapersoneller Information.¹⁰⁰

⁹⁹ Atkin, C. (1973), In: Clarke 1973, S. 205.

¹⁰⁰ Vgl. Bonfadelli & Friemel 2011.

Abb. 33 Prozessmodell der aktiven Informationssuche



(Quelle: nach Atkin 1973: 206)

Abbildung 9: Prozessmodell der aktiven Informationssuche nach Atkin

Hypothese: Je höher das empfundene Problem, desto wahrscheinlicher werden diesbezügliche Medieninhalte wahrgenommen.

Fazit: Bei der Kampagnengestaltung ist vorab abzuklären, wie hoch das Problembewusstsein innerhalb einer Zielgruppe ist. Ist es sehr gering, empfiehlt es sich, vorab dieses Bewusstsein zu verstärken und dafür Aufmerksamkeit zu generieren, bevor „Anleitungen zur Lösung“ kommuniziert werden.

6.2 Situationale Informationssuche

Bei diesem kommunikationstheoretischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass Menschen Antworten auf ihre situationsbedingten Fragen suchen. Die Information wird also aus der Sicht der jeweiligen Person entsprechend ihrem individuellen Empfinden und dem damit verknüpften Problem konstruiert. Dementsprechend formulierte Brenda Davids 1976 vier Situationstypen:

1. In Entscheidungssituationen ist das „Problem“, dass mehrere Handlungsalternativen zur Auswahl stehen.
2. In Beängstigungssituationen empfindet die Person eine Situation als ausweglos.
3. Blockierungssituationen beschreiben Situationen, in denen zwar Lösungen bekannt sind, aber diese durch etwas blockiert sind.
4. In Problemsituationen geraten Menschen, wenn ihre Umwelt sie unter Handlungszwang setzt.

Auf diese verschiedenen Problemsituationen kann bei breitgefächerten Gesundheitskommunikationskampagnen allerdings nicht individuell eingegangen werden. Dementsprechend werden von diesem theoretischen Ansatz keine Handlungsempfehlungen für die Gesundheitskommunikation abgeleitet.

6.3 Framing und Priming

Zumeist wird in der Medienwirkungsforschung Framing im Zusammenhang mit Priming genannt. Das Verständnis dieser Begriffe ergibt sich erst im Zuge einer näheren Auseinandersetzung mit den ihnen zugrunde liegenden Informationsverarbeitungsprozessen. Im Wahrnehmungsmodell Framing und Priming wird die menschliche Informationsverarbeitung als kognitive Netzwerkarchitektur¹⁰¹ verstanden, in der sämtliche Emotionen und Kognitionen, Wissen und Erfahrungen in einem Netzwerk verbunden und somit Basis und Rahmen unserer Wahrnehmung sind.¹⁰² Price und Tewksbury übernehmen 1997 diesen Netzwerk-Ansatz und beschreiben sämtliche Knoten in diesem individuellen Netzwerk jeder einzelnen Person als Vorerfahrungen, Erinnerungen, Emotionen, Stereotypen, die man mit etwas verbindet. Diese Knoten sind unterschiedlich stark geknüpft, und tragen ganz unterschiedlich positive und negative Attribute in sich. Wird ein Punkt dieses Netzwerkes aktiviert, beispielsweise beim Gespräch über Themen wie Familien, Bettler, Arbeitslose etc. werden auch sämtliche damit verbundene Erinnerungen und Emotionen aktiviert. Erinnert sich jemand beispielsweise in Zusammenhang mit einem Bettler an negative oder auch positive Begegnungen, verbindet er damit eine genaue Optik, möglicherweise auch Eigenschaften etc., die dann seine Wahrnehmung in der gegenwärtigen Situation beeinflussen.¹⁰³

Priming bezeichnet das experimentelle Vorgehen, bei dem davon ausgegangen wird, dass durch vorhergehende Reize die darauffolgende Aufgabe im Unterbewusstsein stärker wahrgenommen wird.

¹⁰¹ wie zum Beispiel Collins & Loftus 1975.

¹⁰² ebd.

¹⁰³ Vgl. Schemer 2013, S. 154 f.

Es wird also davon ausgegangen, dass ein Reiz dann verstärkt werden kann, wenn durch einen vorhergehenden impliziten Reiz bestimmte Gedächtnisinhalte aktiviert werden. Diese vorhergehenden Reize stellen die oben genannten Knoten des Netzwerkes da. Möchte man also die Reaktion auf ein bestimmtes Thema in die erwählte Richtung lenken, muss vorher eine Salienzerhöhung erfolgen.

Framing beschreibt hingegen in Bezug auf Medien, dass Journalisten bei ihrer Berichterstattung selektiv vorgehen und bestimmte Aspekte auf Kosten anderer hervorheben bzw. vice versa ausblenden. Entman beschrieb „framing“ in seinem Werk „Projections of Power: Framing News, Public Opinion, and U.S. Foreign Policy“ folgendermaßen: *„The verb „to frame“ (or „framing“) refers the process of selecting and highlighting some aspects of a perceived reality, and enhancing the salience of an interpretation and evaluation of the reality.“* Er ergänzte des Weiteren *„All of these help people interpret their perceptions, but distinguishing them from frames could enhance the precision of scholarly understanding and make them more salient in a communicating text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described“.*¹⁰⁴

Der Framing-Ansatz, den Bonfadelli und Friemel in ihrem Werk erläutern, geht auch davon aus, dass Berichterstattung niemals objektiv sein kann, sondern immer von der subjektiven Meinung, der eigenen Weltansicht und der eigenen Situationsdefinition eines Ereignisses des Journalisten abhängt. Selbiges gilt allerdings nicht nur für Journalisten, sondern auch für Stakeholder, die besonders im Kontext von sozialen Problemen nach eigener Definition subjektiv moralisch bewerten, und dann auch ihre präferierten Problemlösungen in der Öffentlichkeit medial durchbringen möchten. William Isaac Thomas, Mitbegründer des symbolischen Interaktivismus, beschrieb das Erleben und die Definition einer Situation als *„an interpretation, or point of view, and eventually a policy and a behaviour pattern.“*¹⁰⁵ So individuell die Darstellung einer Situation seitens des Aussenders ist, so individuell ist sie auch auf Seite des Rezipienten. Im Wahrnehmungsprozess geht die Framing-Perspektive davon aus, *„dass Mediennutzer oder Zielgruppen von Kampagnen, die (Kampagnen-) Botschaft nicht nur passiv aufnehmen, sondern ihnen aufgrund der vorhandenen kognitiven Strukturen und des thematischen Vorwissens aktiv Bedeutung zuschreiben.“*¹⁰⁶ Die Perspektive beinhaltet, dass Rezipienten nicht nur, wie vielfach in klassischen Einstellungstheorien der Psychologie angenommen wird, negative Informationen vermeiden, also passiv aufnehmen, sondern dass sie aktiv versuchen Informationen einen Sinn zuzuschreiben bzw. versuchen, diese in ein Sinnkonstrukt entsprechend ihres subjektiven

¹⁰⁴ Entman 2004, S. 26.

¹⁰⁵ Thomas 1937, S. 18.

¹⁰⁶ Bonfadelli & Friemel 2010, S. 54.

Erlebens einzubetten. Bonfadelli und Friemel weisen darauf hin, dass bei der Formulierung von Kampagnenbotschaften darauf zu achten ist, welche Problem-Frames und Lösungs-Frames platziert werden und ob diese von der Zielgruppe so wie vorgesehen wahrgenommen werden.¹⁰⁷

Hypothese: Wenn vorab ein gezielter Reiz gesetzt wird, ist die Aufnahme der darauffolgenden eigentlichen Botschaft unterbewusst größer.

Hypothese: Je deutlicher eine Botschaft auf den gewünschten Kontext hinweist, desto wahrscheinlicher können auch die Rezipientinnen und Rezipienten eine Botschaft in das gewünschte Sinnkonstrukt einbetten.

Fazit: Um für eine Botschaft die notwendige Aufmerksamkeit zur erzielen, kann vorab ein gezielter Reiz gesetzt werden. Anschließend muss eine Botschaft insofern richtig eingebettet sein, dass die Rezipienten diese auch direkt in den richtigen Sinnzusammenhang bringen.

Das nächste Kapitel widmet sich der Kommunikationsbotschaften, die bei Gesundheitskommunikationskampagnen von besonderer Bedeutung sind. Im Gegensatz zur Botschaftsgestaltung von Werbekampagnen wird bei Gesundheit für viele ein sehr emotionsbehaftetes Thema angesprochen. Missverständliche Botschaften können massive Folge haben, die von falscher Information zu Gesundheitsthemen, bis hin zu Beängstigung oder auch Verharmlosung eines Themas führen.

¹⁰⁷ Bonfadelli/Friemel 2010: S.53 f.

7. BOTSCHAFT

Die Gestaltung der Botschaft in der Kommunikation ist ein wesentlicher Faktor bei der Erreichung der Zielgruppe. Nur mit der richtigen Botschaft können Verhaltensänderungen erzielt werden, sei es die Vermeidung von negativen Gesundheitsverhalten oder auch das Ausführen von positivem Gesundheitsverhalten. Uneinig ist man sich in der Kommunikationswissenschaft, welche Botschaften mehr mediale Aufmerksamkeit generieren und auch, ob jede Art der Gewinnung von Aufmerksamkeit wirklich zielführend ist. Wie bereits angeführt, können die „falschen“ Botschaften verschiedenste Vermeidungsstrategien bei den Rezipientinnen und Rezipienten hervorrufen. Kritisch zu hinterfragen ist außerdem, ob alle Arten von Kampagnen, die zur Lebensstilmodifikation und einem gesunden Lebensstil aktiv oder passiv auffordern, gleichermaßen wirksam sind, obgleich sie mit ähnlichen Instrumenten und Botschaften arbeiten.

7.1 Meta-Analysen der Effektivität unterschiedlicher Kampagnen

Snyder, Hamilton et al. untersuchten im Rahmen einer Meta-Analyse den Effekt von Gesundheitskommunikationskampagnen in Bezug auf die zum Ziel gesetzte Verhaltensänderung der jeweiligen Kampagne. Konkret wurde hier versucht, einen Überblick über alle derartigen Kampagnen, von Anti-Raucher-Kampagnen über Vorsorge-Untersuchungskampagnen bis hin zu Verkehrskampagnen (wie „Den Gurt benutzen für mehr Sicherheit“), zu geben. Insgesamt nahmen 16.862 Menschen an ihren Studien teil, durchschnittlich 3.508 Personen pro Studie, insgesamt waren es 48 Untersuchungen, die die Autorinnen und Autoren durchführten. Kategorisiert wurde dabei nach Thema der Kampagne, Abhängigkeit (Rauchen wurde als einzige Kampagne in Anknüpfung an eine Sucht identifiziert), Art der erwünschten Anpassung sowie nach zu Grunde liegendem Verhalten im Pretest. Unter der „Art der erwünschten Anpassung“ in einer Kampagne wird verstanden, ob durch die Botschaft ein erwünschtes Verhalten wie „gesund essen“ herbeigeführt, ein unerwünschtes Verhalten wie „Alkohol trinken“ oder „Rauchen“ beendet oder präventiv ein zukünftiges unerwünschtes Verhalten wie beispielsweise bei Jugendlichen das Rauchen verhindert werden soll.

Die Analyse brachte folgende Ergebnisse hervor: Bei durchschnittlich acht Prozent der Personen konnte mithilfe der Kampagne eine Verhaltensänderung erzielt werden. Es zeigte sich, dass insbesondere das Thema der Kampagne ausschlaggebend für ihre Effektivität war. Die höchste positive Wirkung zeigten die Kampagnen, die auf die Verwendung von Gurten beim Autofahren hinwiesen. Insgesamt die Hälfte der untersuchten Kampagnen forderte zu einem neuen Verhalten auf

(Sicherheitsgurt anlegen im Auto, Mammografie, Prostata-Vorsorgeuntersuchung, Kondomverhütung, Zahnkontrolle, vitaminreiche Ernährung etc.). Jene vierzig Prozent der Kampagnen, die sich dem Beenden von unerwünschtem Verhalten widmeten, waren vorwiegend Anti-Raucher-Kampagnen. Nur zehn Prozent vermittelten Inhalte zur Prävention von negativem Verhalten. Am deutlich wirksamsten erwiesen sich jene Kampagnen, die zu besserem Verhalten aufriefen, mit einer durchschnittlichen Verhaltensänderung von zwölf Prozent. Jene Kampagnen zum Beenden von unerwünschtem Verhalten zeigten nur eine fünfprozentige Erfolgsquote, jene zur Prävention gar nur vier Prozent. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig die exakte Auseinandersetzung mit dem Thema und der Botschaft bei der Planung einer medialen Kampagne ist¹⁰⁸: Mit Aufforderungen zu einer aktiven Handlung wurden am meisten Veränderungen im Verhalten erreicht.

Insgesamt lag die durchschnittlich Quote an Verhaltensänderungen bei acht Prozent – ein Ergebnis, das bei einer großen Medienkampagne durchaus erhebliche Auswirkungen haben kann. So würden immerhin bei einer Kampagne, die 100.000 Menschen erreicht, 8.000 ihr Verhalten positiv verändern. Je nach Kampagne kann sich dieses Ergebnis folglich positiv auf die Gesundheit eines großen Teils der Bevölkerung in einem Land auswirken sowie auf viele weitere damit verbundene Variablen. (Beispiele für diese weiteren Variablen könnten sein: Die Kosten für medizinische Versorgung sinken, weil die Menschen gesünder sind. Personen verbessern ihre Konzentration durch gesündere Ernährung und sind dadurch produktiver etc.)

Besonders schwer haben es laut dieser Untersuchung jene Kampagnen, die sich gegen eine Abhängigkeit richten, wie die Anti-Raucher-Kampagne. Die Ergebnisse zeigten ähnlich niedrige Erfolgsquoten, wie sie bereits bei anderen Anti-Raucher-Interventionen gemessen wurden.¹⁰⁹

Hypothese: Je aktiver eine Kampagne zur einem positiven, neuen Verhalten aufruft, desto wahrscheinlicher wird eine Verhaltensänderung bei den Rezipientinnen.

Fazit: Die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit zeigen Kampagnen, die zu neuem Verhalten aufrufen. Dementsprechend muss versucht werden, Botschaften zu formulieren, die genau das tun. Um auch bei Verhaltensweisen, die beendet werden sollten, dieses Ziel erreichen zu können, gilt es Strategien zu überdenken. Am Beispiel Rauchen könnte eine neue Strategie so aussehen: Man weiß, dass viele Menschen in Stresssituationen rauchen. Um diesen Situation indirekt zu entgehen, fordert man in der Kommunikation zu einem bewussten Verhalten wie Bewegung, Spaziergang, Atemübungen oder anderem auf, um Stresssituationen nicht mit Rauchen zu bewältigen.

¹⁰⁸ Vgl. Snyder & Hamilton 2002.

¹⁰⁹ Vgl. Snyder u. a. 2004, S. 85 ff.

7.2 Narration

Bonfadelli und Friemel verweisen bei der Gestaltung der Botschaft auf die *Theorien der Transportation* nach Dunlop, Wakefield und Kashima, die hier zwischen einer narrativen und nicht-narrativen Form der Gestaltung unterscheiden. Dabei gehen sie davon aus, dass durch narrative Botschaften Hürden bei der Rezeption und Verarbeitung leichter überwunden werden können. Narrative Formen erleichtern demnach die Vermittlung der Botschaft, da die Hürden bei der Wahrnehmung und Verarbeitung der Botschaft leichter umgangen werden können. Dies lässt sich dadurch begründen, dass die Rezipienten unbefangen in eine Geschichte eintauchen können, deren Ausgang nicht von der ersten Sekunde an klar ist, ohne einen internen Abwehrmechanismus zu aktivieren. Unter dem Begriff der Transportation verstehen Dunlop et al. jenen positiven Gefühlszustand, der bei dieser Informationsvermittlung ausgelöst werden und sich förderlich auf den Persuasionsprozess auswirken soll. Die Rezipienten stehen dabei den narrativen Inhalten unkritisch gegenüber. Das argumentative Widersprechen des Publikums ist vermindert, weil die Rezipienten durch die Verarbeitung der Geschichte so kognitiv vereinnahmt sind, dass sie keine freien Ressourcen für eine kritische Rezeption haben.¹¹⁰ Untersuchungen bestätigten diesen Effekt und gaben an, dass Versuchspersonen bei der Rezeption narrativer Inhalte Abweichungen von der realen Welt oder Inkonsistenzen innerhalb der Geschichte weniger auffallen.¹¹¹ Bonfadelli und Friemel weisen in Anlehnung an die Theorie der Transportation darauf hin, dass bei der Wahl des Kommunikationskanals für Gesundheitskampagnen darauf zu achten ist, welche Kanäle sich für narrative Inhalte eignen.¹¹²

In der vorliegenden Abhandlung wird davon ausgegangen, dass narrative Kommunikationskampagnen oftmals aus Kostengründen vermieden werden, da sie durch die Länge, die eine derartige Geschichte erfordert, einen finanziellen Mehraufwand haben würden. Zudem ist auch ein wesentlicher Faktor, dass „erzählte“ Gesundheitsbotschaften, insbesondere bei Plakatkampagnen und der Arbeit mit Sujets, dennoch früh genug verständlich sein müssen um nicht zu viel Aufmerksamkeit von Rezipienten zu verlangen. Gerade große Plakatwände werden oft nur kurz, im Vorbeifahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im Vorbeigehen, wahrgenommen.

Hypothese: Je mehr Involviertheit bei der Transportation einer narrativen Geschichte erreicht wird, desto niedriger die Wahrscheinlichkeit kommunikativer Barrieren und desto höher die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme der Botschaft.

¹¹⁰ Vgl. Dunlop, Wakefield & Kashima 210n. Chr.

¹¹¹ Vgl. Green & Brock, 2000, S. 70, in: Bacherle 2015, S. 22 f.

¹¹² Vgl. Bonfadelli & Friemel 2010, S. 55 f.

Fazit: Narrativ gestaltete Botschaften eignen sich zur Transportation von Inhalten. Narrative Inhalte erfordern einfache, verständliche Geschichten in der Gesundheitskommunikation, um nicht zu viel Aufmerksamkeit zu verlangen.

7.3 Emotionale Reize

Die Frage nach der Art der Wirksamkeit von Emotionalisierung in Werbebotschaften ist bereits lange umstritten. Zwar ist man sich in der wissenschaftlichen Literatur vorwiegend einig, dass Emotionalisierung Wirkung zeigt, allerdings zeigen Studien über positive und negative Effekte von positiv formulierten sowie vice versa negativ formulierten Werbebotschaften unterschiedliche Ergebnisse. Im Bereich der Gesundheitskommunikation bezieht man sich zumeist auf den Rational-Choice-Ansatz nach Kunz, der davon ausgeht, dass Menschen bestrebt sind, positive Werte wie Gesundheit zu steigern sowie negative Situationen und Zustände zu meiden. So versuchen Werbekampagnen im Bereich der Gesundheitskommunikation beispielsweise bei der Thematik „Rauchen“ diesen Effekt für sich zu nutzen und durch Betonung der negativen Folgen von Rauchen diese „Vermeidungsstrategien“ bei den Konsumentinnen und Konsumenten hervorzurufen.

Grundlegend ist zu definieren, dass zwischen negativen „Furchtappellen“, positiven „Lustappellen“ und neutralen „Vernunftappellen“ unterschieden werden kann. Zudem können sowohl positive als auch negative Appelle entweder mit rationalen Argumenten oder ohne selbige kommuniziert werden. Zahlreiche Theorien wie die oben genannte Theorie der Schutzmotivation oder auch das Triebreduktionsmodell werden als Grundlage für Studien zur Furchtappellforschung herangezogen. Mittlerweile finden sich in der Literatur zahlreiche empirische Studien zur Frage, welche Art von Appellen in der Kommunikation eingesetzt werden soll, um die Einstellung und das Verhalten von Rezipientinnen und Rezipienten nachhaltig beeinflussen zu können. Während die Ergebnisse vieler Studien durchaus positive Zeugnisse für das Arbeiten mit Furchtappellen ausstellen, sehen die in der Literatur genannten Empfehlungen oftmals anders aus und sie raten zu positiven Botschaften in der Gesundheitskommunikation. Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Faktoren bei der Wahrnehmung von Gesundheitskommunikationsbotschaften eine Rolle spielen, weil Gesundheit eng mit Emotionen verknüpft ist: Nicht nur der Gesundheitszustand einer Person selbst, sondern auch der ihrer Familie oder ihrer Freunde können beim „Empfangen“ von derartigen Botschaften damit verbunden werden. Eine oft gewählte Vorgehensweise in der Gesundheitskommunikation ist das Warnen vor Gesundheitsrisiken durch Furchtappelle. Durch das Kommunizieren von möglichen Risiken durch gesundheitsschädigendes Verhalten sollen Menschen dazu bewegt werden, ihren Lebensstil zu modifizieren, mit dem Rauchen aufzuhören, sich mehr zu bewegen, sich gesünder zu ernähren oder

auch, sich beim Autofahren anzuschlagen. Im folgenden Abschnitt bieten einige aktuelle Studien einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse.

7.3.1 Meta-Analyse von Barth und Bengel

Die Autoren Barth und Bengel zogen 1998 Resümee aus den zu dieser Zeit vorliegenden Studien zum Thema Furchtappelle und kamen zu folgenden Schlüssen:

Die Frage, ob erlebte Angst das Verhalten einer Person in Hinblick auf ihre Gesundheit beeinflussen kann, bejahen die Autoren deutlich. So lassen sich aufgrund erlebter, medial induzierter Furcht durch Interventionen Auswirkungen auf die Einstellung einer Person erkennen. Es zeigte sich durchwegs, dass Angst ein wichtiger Einflussfaktor für das zukünftige Verhalten einer Person bezogen auf ihren Lebensstil darstellt, allerdings ist anzumerken, dass diese Korrelation nicht linear verläuft und auch erlebte Angst keine langfristige, sichere Prognose erlaubt. Sie ist nur *ein* Faktor für eine Verhaltensänderung, aber auch das Einschätzen der Bewältigbarkeit einer Verhaltensänderung spielt dabei eine entscheidende Rolle.¹¹³ Die Autoren weisen außerdem auf die Studien von Janis und McGuire hin, die angeben, dass Furchtappelle von mittlerer Stärke am effizientesten sind, allerdings fehlt hier eine Quantifizierung von „mittlerer Stärke“. Zwar kommen zahlreiche Studien zu dem Resultat, dass zu starke Furchtinduktion einen gegenteiligen Effekt wie Abwehrmechanismen erzielen kann, dennoch wurde dieser „maximal tolerable“ Level an Furcht nicht genau identifiziert und formuliert. Als Beispiel für Studien dazu nennen die Autoren jene von Leventhal und Rogers. Sie unterscheiden zwischen wahrgenommener Furcht und wahrgenommenen Bewältigungsstrategien und resultieren, dass induzierter Furcht auch eine Bewältigungsstrategie entgegengesetzt werden muss. Offen bleibt allerdings die Frage nach dem Maß an induzierter Furcht. Problematisch bei der Quantifizierung gestaltet sich die Tatsache, dass in der Furchtappellforschung kaum mit standardisierten Messinstrumenten gearbeitet wurde, sondern individuelle Instrumentarien für die Fragestellungen zum Thema Furcht generiert wurden. Dazu kommt, dass das Spektrum von Furcht weitgreifend gefasst wurde und der Besorgnis über die kurzfristige Ängstlichkeit bis zur Panik reicht. Als Konsequenzen der analysierten Studien geben Barth und Bengel an, dass die Grundvoraussetzung für die Initiierung von Lebensstilmodifikationen oder protektivem Gesundheitsverhalten die Wahrnehmung des persönlichen Risikos ist.¹¹⁴

¹¹³ Vgl. Barth & Bengel 1998, S. 112.

¹¹⁴ Vgl. Barth & Bengel 1998, S. 112 ff.

Kritisch merken Barth und Bengel an, dass Bedrohungsappelle gerade bei massenmedialen Kampagnen, deren Thema schon allseits bekannt und akzeptiert ist, einen Sättigungsgrad bei Rezipientinnen und Rezipienten erreichen können – ein Effekt, der bereits beim Thema Agenda-Setting und dem Trägheitsmodell (siehe Kapitel 5.1.) angesprochen wurde und auch negative Folgen wie verschiedene Abwehrmechanismen hervorrufen kann. In diesem Falle wird empfohlen, die Komponenten Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenz- und Konsequenzerwartung verstärkt bei der Gestaltung von präventiven Gesundheitsbotschaften zu berücksichtigen. Eine als hoch empfundene Bedrohung kann in Personen sowohl einen positiven als auch einen negativen Handlungsdrang zur Bewältigung hervorrufen. Auf Ergebnisse über langfristige Auswirkungen von Furchtappellen können die Autoren in ihrem 1998 veröffentlichten Buch noch nicht verweisen, obgleich sie als Tendenz „*eher positive, denn negative Effekte*“¹¹⁵ erwarten lassen. Bezüglich der empfänglicheren Zielgruppe für Furchtappelle mangelte es zur Zeit der Buchveröffentlichung ebenfalls noch an Ergebnissen. Zwar gab es Hinweise, dass gebildetere, sozial besser gestellte Menschen weniger empfänglich wären für Furchtappelle und es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung und Aufnahme von Furchtappellen gäbe, auf genauere Ergebnisse konnte man allerdings noch nicht zurückgreifen.

7.3.2 Studie: Emotionen und Gesundheit

Die Studie von Agrawal, Menon und Aaker „Getting Emotional about Health“ beschäftigt sich konkret mit der Frage, welche Kommunikationsstrategien „funktionieren“ und warum. Untersucht wurden zwei unterschiedliche Arten von Kampagnen. Einerseits jene Kommunikationskampagnen, die in ihrer Botschaft konkret eine Person und ihr persönliches Leid beziehungsweise ihren Gesundheitszustand ansprechen („100.000 Menschen leiden in diesem Land an Hepatitis, und du?“) , andererseits Kampagnen, die dabei auch das Umfeld der Menschen wie Familie und Freunde ansprechen. Als Beispiel für diese lässt sich eine amerikanische Kampagne zur Brustkrebsvorsorge nennen, die auf dem Werbesujet eine Familie mit Kindern abbildet mit den Worten „Breast cancer doesn’t just affect you“. Die Autorinnen und Autoren der Studie gingen grundlegend davon aus, dass die Selbstwahrnehmung sowie der aktuelle Gefühlszustand der Rezipientin beziehungsweise des Rezipienten bei der Aufnahme derartiger Botschaften eine entscheidende Rolle spielen.¹¹⁶ Zahlreiche Studien konnten in der Vergangenheit bereits den engen Zusammenhang zwischen Emotionen und ihrem Einfluss auf die Aufnahme von Botschaften belegen.¹¹⁷

¹¹⁵ Barth & Bengel 1998, S. 115.

¹¹⁶ Vgl. Agrawal, Menon & Aaker 2007.

¹¹⁷ Wie beispielsweise Keller, Lipkus und Rimer 2003.

Je nach Thema der Gesundheitskampagne spielen die Kommunikatorinnen und Kommunikatoren mit emotionalen Botschaften, die auf unterschiedlichste Weise die Rezipienten mit Gesundheitsrisiken und Gefahren konfrontieren. Dieser Tatsache widmen sich die Autoren dieser Studie. Sie suchen nach Antworten auf die Fragen, welche Rolle die persönlichen Emotionen für die Wahrnehmung von möglicher Verletzbarkeit wie etwa durch gesundheitliche Gefährdung spielt, wie die Emotionen sowie die Charakteristika der Botschaft die Effektivität der medienvermittelten Botschaft beeinflussen und wie die Prozesse aussehen, in denen diese Effekte der unterschiedlichen Emotionen und Wahrnehmung auftreten. Um diese Lücken in der Forschung zu füllen, wurden vier Emotionen ausgewählt und ihr Zusammenspiel mit der Effektivität von Botschaften untersucht: Fröhlichkeit, Zufriedenheit, Traurigkeit und Erregung. Die Untersuchungen zeigten, dass bestimmte positive geprägte Emotionen bei Personen in Übereinstimmung mit der Botschaft die Aufnahme der Gesundheitsinformation förderten, gleichzeitig allerdings negative Emotionen der Aufnahme der Botschaft hinderlich sein könnten.¹¹⁸

Die Ergebnisse der Studie geben noch detailliertere Informationen: So zeigt sich, dass Botschaften, die sich auf die eigene Person beziehen, besonders bei glücklichen Personen gut aufgenommen werden. Anders stellt sich dies bei Personen dar, deren emotionaler Zustand als zufrieden („peaceful“) titulierte wurde: Sie sind aufnahmefähiger für Botschaften, die ihr soziales Umfeld, die Familie, ansprechen. Traurige Menschen erwiesen sich als besonders empfänglich für familienbezogene Botschaften. Es zeigte sich, dass zwischen der Ausrichtung der Botschaft, dem emotionalen Zustand einer Person und somit der Selbst- oder Familienbezogenheit und der Aufnahmefähigkeit von Gesundheitsbotschaften eine Korrelation besteht. Durch Kompatibilität der Ausrichtung der Botschaft (selbstbezogen oder familienbezogen) mit der Empfängerperson werden die Gesundheitsbotschaften wesentlich besser aufgenommen, allerdings trifft dies nur bei positiv gestimmten Personen zu. Dieser Effekt wird darauf zurückgeführt, dass Menschen, die in positiver Stimmung sind, auch mehr emotionale Ressourcen haben, um negative Botschaften, die auf ein mögliches Gesundheitsrisiko hinweisen, besser aufnehmen und ausgleichen zu können. Bei negativ eingestellten Menschen führen derartige Botschaften eher zu einer kognitiven Dissonanz und einem Abwehrmechanismus. Die Experimente zeigten auch, dass der Tiefgang und die Qualität des Inhalts einer Botschaft deren Aufnahme beeinflussen können. Dies deswegen, weil gerade negative Emotionen bei Personen durch die Nachricht eines möglichen Gesundheitsrisikos weiter anwachsen.

Zusammenfassend belegt die Studie von Agrawal, Menon und Aaker, dass in manchen Situationen Botschaften, welche die Gesundheitsrisiken übermäßig real und verletzlich darstellen, funktionieren

¹¹⁸ Agrawal, Nidhi, Greete Menon, und Jennifer L. Aaker. „Getting Emotional about Health“. *Journal of Marketing Research*, Nr. 44, Nr. 1 (2007): 100–113.

können. In vielen Fällen schlagen sie allerdings in vielen Fällen fehl und erzielen nicht den gewünschten Effekt. Obgleich Menschen in positiver Stimmung mit schockierenden Botschaften umgehen können, zeigt sich bei Personen mit negativer Grundstimmung eher ein Abwehreffekt. Demnach funktionieren Furchtappelle nur in wenigen Schwellenbereichen.

Hypothese: Je psychisch stabiler und positiver eine Person bei der Rezeption von Furchtappellen ist, desto besser können deren Inhalte rezipiert werden.

Fazit: Nachdem der emotionale Zustand der Rezipientinnen und Rezipienten gerade bei bevölkerungsweiten Gesundheitskampagnen kaum einzustufen ist, schlussfolgert die vorliegende Arbeit, dass Furchtappelle keine durchgängig geeignete Strategie zur Überzeugung von Verhaltensänderung beziehungsweise Lebensstilmodifikation ist.

7.3.3 Sonstige Studien

2009 veröffentlichten Brennan und Binney eine Studie aus dem Bereich Social Marketing, in der sie sich intensiv den Reaktionen auf eine Kampagne für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger widmeten. Dabei wurde eine Gruppe dieser Rezipientinnen und Rezipienten über ihre Empfindungen bei der Konfrontation mit an sie gerichteten Sozialkampagnen befragt, die an ihr Verhalten appellieren. Die Reaktionen darauf waren vielfach sehr negativ: Rückzug, Mutlosigkeit und Niedergeschlagenheit.¹¹⁹

In der Kommunikationswissenschaft geht man heute weg von der Trennung zwischen Informationsformaten und Unterhaltungsformaten, Nachrichtensendung und auch Werbung erfüllen meist beide Funktionen. Die Autoren Lewis, Tamborini und Weber gehen von einem „Dual-Process-Modell“ aus, einem dualen Weg zur Unterhaltung und somit auch zur Rezeption. Schnelle, automatische und assoziative Prozesse führen zu Vergnügen, eher langsame, reflektierende Verarbeitung erzeugt die Gratifikation Wertschätzung. Sie erfordern eine Auseinandersetzung und Abwägung der eigenen Emotionen und Einstellungen zu einem Thema. Wertschätzung (Appreciation) meint dabei eine Medienrezeption, bei der die Medieninhalte in Verbindung mit gemischten Gefühlen eine wesentliche Rolle spielen.¹²⁰

¹¹⁹ Vgl. Brennan & Binney 2010.

¹²⁰ Vgl. Gleich 2014.

Fordernde Inhalte wie beispielsweise Moralappelle oder Ähnliches führen eher zur Informationsverarbeitung auf zweitem Weg.¹²¹

Laut einer aktuellen Studie von Bartsch, Kalch und Oliver braucht es zur Unterhaltung eine Rezeptionserfahrung, die mit emotionalen Empfindungen einhergeht, und zwar mit moderater Aufregung oder gemischten Gefühlen. Es benötigt also ein erhöhtes Level an Emotionen, um eine nachhaltige, positive Rezeptionserfahrung zu erzeugen. Auf diese Art und Weise werden auch gesellschaftlich relevante Inhalte intensiver wahrgenommen.¹²²

Hypothese: Je eindringlicher und emotional berührender die Botschaft, desto besser die Informationsaufnahme.

Fazit: Gesellschaftlich relevante Botschaften wie die Überzeugung zur präventivem oder gesundheitsförderlichem Verhalten müssen die Rezipientinnen und Rezipienten emotional berühren und so das Abwägen von Argumenten und eigener Einstellung zu einem Thema hervorrufen. Es empfiehlt sich folglich, eindringlich Emotionen zu forcieren, allerdings, wie die Studie von Agrawal, Menon und Aaker belegt, ist von stark negativer Erregung abzusehen.

Das nächste Kapitel widmet sich der Verarbeitung von Botschaften. Auch hier soll die Frage beantwortet werden, welche Aspekte bei der Kampagnengestaltung beachtet werden müssen, damit die Botschaft sowohl aufgenommen als auch auf die gewünschte Weise verarbeitet und verinnerlicht wird.

¹²¹ Vgl. Lewis, Tamborini & Weber 2014.

¹²² Vgl. Bartsch & Schneider 2014.

8. VERARBEITUNG

Im folgenden Abschnitt werden Theorien und Modelle erläutert, die sich mit der Verarbeitung von Botschaften auseinandersetzen. Auch hier sollen die Kenntnisse aus der Wissenschaft einen wesentlichen Beitrag leisten, Kampagnen so gestalten zu können, dass ihre Inhalte auch von den Rezipientinnen und Rezipienten verarbeitet werden können. Dieser Verarbeitungsprozess ist eines der Kernziele der Sozialkampagnen im Gesundheitsbereich, nur durch Verarbeitung der Informationen und der bei der Rezeption gewonnenen Eindrücke kann Verhaltensänderung erzielt werden.

8.1 Elaboration-Likelihood Model

Im Elaboration-Likelihood Model von Petty und Cacioppo wird davon ausgegangen, dass für eine Einstellungsänderung ein aktiver Denkprozess notwendig und daher ein wesentlicher Bestandteil ist. Das Modell wird auch als Ansatz der kognitiven Reaktion bezeichnet und in der Kommunikationswissenschaft oftmals als Weiterentwicklung verschiedener Lerntheorien eingeordnet. Zu Grunde liegt dem Modell die Prämisse, dass Menschen immer motiviert sind die korrekte Einstellung zu haben sowie die Tatsache, dass trotzdem nicht alle einstellungsrelevanten Botschaften gleichermaßen intensiv verarbeitet werden. Bei der ersten Prämisse wird davon ausgegangen, dass Menschen immer bestrebt sind, ihre Einstellungen je nach aktuellen sozialen Standards etc. zu hinterfragen und gegebenenfalls leicht abzuändern. Geht man also davon aus, dass Menschen eine korrekte, ihren sozialen Standards entsprechende Meinung haben möchten, lässt sich davon ableiten, dass sie hierfür auch gleichermaßen offen für einstellungsrelevante Botschaften sind. Dennoch ist anzunehmen, dass die Art und der Umfang der Aufnahme und Verarbeitung von Botschaften stark von individuellen und situationalen Faktoren abhängen. Als Beispiel kann hier die Situation genannt werden, wenn eine Person auf der Straße angesprochen wird, um eine Initiative zu unterschreiben: Vielleicht reagiert sie und unterschreibt, weil sie ihr Gegenüber attraktiv findet (individueller Faktor). Zu einem anderen Zeitpunkt nimmt sie möglicherweise die Unterschriftensammlung gar nicht wahr (situationaler Faktor). Zahlreiche Variablen können bei einer Änderung der Einstellung eine Rolle spielen, wie überzeugende Argumente oder periphere Reize, die Ausmaß und Richtung der Veränderung beeinflussen. Entscheidend ist auch das Ausmaß, das der Prüfung von Argumenten beigemessen wird. Dieses kann maßgeblich sein für die Motivation und auch die Fähigkeit,

unvoreingenommen verarbeiten zu können und auch zu wollen. Je unvoreingenommener die Verarbeitung, desto wesentlicher ist die Überzeugungskraft der Argumente.¹²³

Entscheidend für die Aufnahmebereitschaft einer Botschaft ist auch die vorhergehende Einstellung. Sie kann zu einer unausgewogenen Verarbeitung führen. Petty und Cacioppo postulieren zwei idealtypische, gegensätzliche Medienbeeinflussungsprozesse und sprechen dabei von einer zentralen und einer peripheren Route.¹²⁴

Dabei bezeichnet die zentrale Route eine vertiefte, kognitive Auseinandersetzung mit Argumenten einer Kampagnenbotschaft. Die Person ist sowohl motiviert, als auch kognitiv fähig. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Person schon vorab in ein Thema involviert ist. Der Verarbeitungsprozess kann voreingenommen (zum Beispiel durch extreme Werthaltung), aber auch unvoreingenommen und „objektiv“ ablaufen. Diese Verarbeitung wird durch verschiedenste Faktoren, wie persönliche Betroffenheit, Intelligenz, Wissensbedürfnis, moderate Wiederholung unterstützt, kann aber auch durch Ablenkung, gehobene Stimmung oder zu hohe Komplexität gemindert werden. Die Einstellungsänderung hängt von der Stärke und Qualität der benutzten Argumente ab.

Die periphere Route wird von Menschen ohne Motivation oder ohne die Fähigkeit der Auseinandersetzung mit Argumenten gewählt. Hier sind stark situationsgebundene Reize ausschlaggebend. Entscheidend können dabei Hinweisreize, Bilder und Anzahl der Argumente, Glaubwürdigkeit und Charakteristika der Informationsquelle sowie personenbezogene Faktoren wie Werthaltung, Betroffenheit und Intelligenz eine Rolle spielen.

Das Elaboration-Likelihood Model ist eines der bedeutendsten Modelle der Verhaltensänderung, weil hier verschiedene Routen in einem Modell gezeigt werden. In der Kampagnenforschung ist es interessant, sich die Frage zu stellen, welche Art der Verarbeitung die Zielgruppe wählt.

Hypothese: Je motivierter und kognitiv kompetenter eine Zielgruppe ist, desto eher kann durch informative Botschaften und rationale Argumente eine Verhaltensänderung erzielt werden.

Hypothese: Je passiver oder weniger interessiert die Zielgruppe ist und je peripherer die Aufnahme der Botschaft, desto mehr müssen Kommunikationsbotschaften durch Emotionalisierung und Personalisierung Aufmerksamkeit generieren um Verhaltensänderungen zu erreichen.

¹²³ Vgl. Bonfadelli & Friemel 2011, S. 169.

¹²⁴ Vgl. Bonfadelli & Friemel 2011, S. 170 f.

Fazit: Ist eine Zielgruppe motiviert und auch kognitiv fähig, sich mit einer Botschaft auseinanderzusetzen, macht es Sinn rationale Argumente vorzubringen.

Bei einer peripheren Aufnahme einer Zielgruppe sind personalisierte, emotionalisierte und visualisierte Kampagnen zielführender.¹²⁵

8.2 Identifikation

Die Identifikation mit Rollenbildern aus den Medien gilt als wesentliches Instrument zur Erreichung von Zielen in der Werbung. Identifikation meint dabei die emotionale Bindung an eine Person, die entweder ein medial vermitteltes Idealbild (wie der klassische Filmheld) für eine Rezipientin oder einen Rezipienten darstellt, oder die Ähnlichkeiten mit den Rezipientinnen und Rezipienten aufwirft. Vereinfacht gesagt möchten die Rezipientinnen und Rezipienten so sein wie ihr Vorbild in den Medien oder fühlen sich mit ihr durch Ähnlichkeiten (soziales Milieu, optische Ähnlichkeiten) verbunden. Bonfadelli und Friemel geben an, dass die sozialen Merkmale der Personen in den Medien wie Popularität, Attraktivität, sozialer Status, und perzipierte soziale Nähe oder Ähnlichkeit Prozesse der Identifikation erleichtern.¹²⁶

Bei klassischen Filmheldinnen und Filmhelden äußert sich die Verbundenheit dadurch, dass die Rezipienten mit der Person mitfühlen und sie oder ihn emotional begleiten. Je nach Ausmaß der Identifikation eignen sich Rezipienten auch Denkweisen oder Verhaltensmuster ihrer Vorbilder an. Man geht davon aus, dass Identifikation vor allem dann stattfindet, wenn Rollenbilder wie zum Beispiel Fernsehfiguren vermitteln, stellvertretend für die Rezipienten Bedürfnisse zu befriedigen. Die Identifikation mit Rollenbildern ist vor allem für die Gestaltung von Kampagnensujets von hoher Relevanz, insbesondere bei aufwendigen, narrativen Erzählformen in der Gesundheitskommunikation. Ein entscheidender Faktor, der das Ausmaß der Identifikation mitbestimmt, ist der wahrgenommene Realitätsbezug. Besonders bei Kindern haben Studien gezeigt, dass sie erst ab dem Vorschulalter (mit zirka fünf Jahren¹²⁷) die Fähigkeit entwickeln, die Person in der Fernsehwerbung nicht als reale Personen, sondern Schauspieler zu erkennen. Zudem findet man in der Literatur Hinweise darauf, dass besonders Jugendliche in sozial schwierigen Verhältnissen oder aus bildungsferneren Familien verstärkt eine Identifikation mit Rollenvorbildern annehmen.¹²⁸ In der Wissenschaft wird daraus abgeleitet, dass starke Identifikation mit Film- und Werbepersönlichkeiten auch die

¹²⁵ Vgl. Bonfadelli & Friemel 2010, S. 63 f.

¹²⁶ Vgl. Bonfadelli & Friemel o. J., S. 121 f.

¹²⁷ Anmerkung der Autorin

¹²⁸ Vgl. Charlton et al. 1995, in: Bonfadelli & Friemel 2011, S. 121 f.

Medienwirksamkeit erhöht.¹²⁹ Die erhöhte Wirksamkeit kann für die Vermittlung von Gesundheitsbotschaften von Vorteil sein, stellt aber generell auch Risiken dar, insbesondere dann, wenn Gewalt und Aggression in den Medien gelebt werden. Die wissenschaftliche Literatur verweist auf das Risiko, dass die Merkmale zur Identifikation *„unter bestimmten Bedingungen zu Imitation beispielsweise in Form von aggressivem Verhalten als postkommunikative Wirkung Anlass geben oder diese zumindest erleichtern“*.¹³⁰

Ein weiteres Risiko bei der Vermittlung von Botschaften mittels Werbetestimonials besteht darin, dass zwar das Testimonial als Rollenvorbild dienlich sein soll, allerdings stattdessen auch auf die eigene Unzulänglichkeit hinweist und statt Motivation Neid auslöst. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn überidealisierte Rollenbilder gezeigt werden, die dem aktuellen, medial vermittelten Idealbild entsprechen, wie beispielsweise die „perfekte Frau“: Groß, schlank, erfolgreich, intelligent, glückliche Mutter, Hausfrau und Karrierefrau.¹³¹

Hypothese: Je stärker die Identifikation mit den Hauptpersonen in der Kampagne, desto stärker ist die Handlungsintention zur Verhaltensänderung.

Fazit: Um eine Verhaltensänderung zu erreichen, müssen sich die Rezipienten in den Hauptrollen der Kampagnen wiedererkennen und ihre eigenen Bedürfnisse wieder finden. Gleichzeitig dürfen diese Rollenvorbilder nicht überidealisiert werden, um keine negativen Emotionen wie Neid in den Rezipienten hervorzurufen.

8.3 Komplexitätstheorie

Die Komplexitätstheorie von Donohew und Tipton geht davon aus, dass Menschen stets nach einem gewissen Aktivierungspegel streben und daher nach Abwechslung suchen. Rezipientinnen und Rezipienten befinden sich dabei immer zwischen Abwechslung und Redundanz: Ist der Reiz der Aktivierung zu hoch und unangenehm, erstreben sie konsistente Information um Ausgleich zu schaffen. Umgekehrt stellt es sich dar, wenn zu wenig Aktivierungsreiz gegeben ist, und Langeweile eintritt. Dann suchen Rezipienten nach neuen Quellen und Informationen. Werner Fröh fokussierte in seinen Studien die Verständlichkeit von Texten bei unterschiedlichen Aktivierungsniveaus. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass die höchste Informationsaufnahme bei mittlerem Aktivierungsniveau gegeben war. Zu hohe Redundanz verursachte Langeweile, zu niedrige Redundanz bei hoher Komplexität führte

¹²⁹ Vgl. Eunkyung/Berkowitz 1994: p. 53, in: Bonfadelli & Friemel 2011, S. 121 f.

¹³⁰ Bonfadelli & Friemel o. J., S. 122.

¹³¹ Vgl. Gleich 2014.

zu Überforderung.¹³² Die Autoren Blickham, Schmidt und Huston widmen sich 2012 dem Zusammenhang zwischen Vertrautheit und Komplexität beziehungsweise der Frage, wie sich die Form und der Inhalt einer Kommunikationsbotschaft auf das Erwecken von Interesse auswirken. Die Ergebnisse bestätigen vorangegangene Untersuchungen. Auf komplexe, ganz neue Informationen reagieren Menschen zunächst ablehnend, auf repetitive, einfache oder vertraute Inhalte mit Langeweile. Konfrontiert man die Rezipienten allerdings mit bedingt Neuem, also Informationen bestehend aus Neuem und bereits Bekanntem, erweckt man Interesse. In ihrem Kurvenmodell bilden sie auch ab, dass sich die Kurve mit zunehmendem Alter sowie damit verbunden mit zunehmender

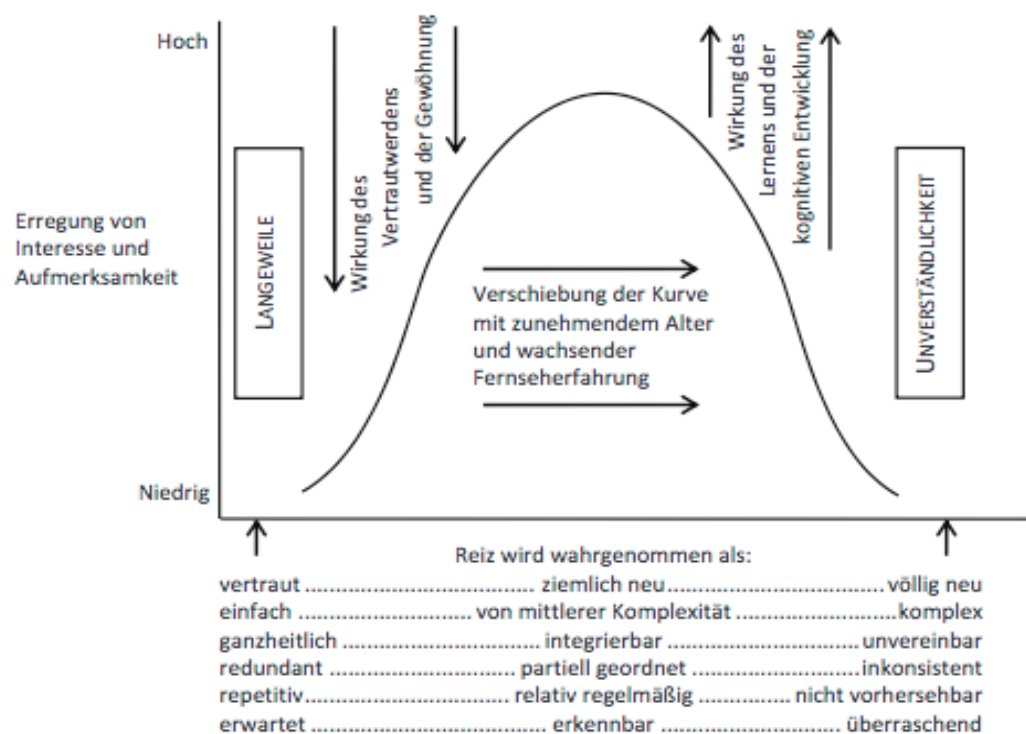


Abbildung 10: Interesse und Verstehen im Entwicklungsverlauf nach Bickham/Schmidt/Huston

Rezeptionserfahrung verschiebt.¹³³

Hypothese: Je näher sich das Aktivierungsniveau einer Nachricht einem Reiz mit mittlerer Komplexität, das heißt mit teilweise neuen Informationen und guter Verständlichkeit, annähert, desto höher die Aufmerksamkeit und die Informationsverarbeitung.

Fazit: Um die optimale Aufmerksamkeitsspanne und somit auch die ideale Voraussetzung zur Informationsaufnahme und -verarbeitung zu erreichen, muss die Botschaft teilweise neue und

¹³² Vgl. Früh 1978, in: Bonfadelli & Friemel o. J., S. 129.

¹³³ Vgl. Bonfadelli & Friemel o. J., S. 130.

teilweise bekannte Informationen enthalten, darf nicht zu komplex sein und gleichzeitig auch nicht redundant.

9. ERGEBNISSE – THEORETISCHE ABLEITUNGEN

Aus der vorausgegangenen Erhebung des Forschungsstandes der für die Gesundheitskommunikation relevanten Themenbereiche wurden bereits im Verlauf der Arbeit Hypothesen generiert, die verschiedenste Zusammenhänge zwischen Verhalten, Medienrezeption und -verarbeitung verdeutlichen. Die Hypothesen geben Hinweise darauf, welche Strategien sowohl bei der strategischen Kampagnenplanung als auch bei der Gestaltung der Botschaft relevant sind, um Aufmerksamkeit zu generieren und die Intention zur Verhaltensänderung zu bewirken. Diese Hinweise ergeben konkrete Empfehlungen für die Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen und stellen die Antworten auf die forschungsleitenden Fragen dar.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse machen deutlich, dass zentrale Faktoren, die für eine Verhaltensänderung gegeben sein müssen, die Selbstwirksamkeitserwartung, die Kompetenzerwartung sowie die Handlungsergebniserwartung sind. Menschen müssen davon überzeugt sein, ein Verhalten eigenständig etablieren und Verhaltensänderungen umsetzen zu können. Dabei ist es wichtig, ein konkretes Ziel in Aussicht zu haben. Wesentlich leichter fällt es Personen, ein neues Verhalten zu etablieren als bestehendes zu ändern. Daraus lässt sich ableiten, dass es auch in der Gesundheitskommunikation sinnvoll ist, Menschen zu motivieren, ein neues Verhalten in ihr Leben zu implementieren. So können beispielsweise neue, alternative Verhaltensweisen vermittelt werden, die dann zur Anwendung kommen, wenn Personen in Versuchung geraten, gewohntes, gesundheitsschädliches Verhalten zu praktizieren, wie zum Beispiel Rauchen in Stresssituationen oder bei Langeweile. Wie viel Information eine Botschaft enthalten darf ist unter anderem davon abhängig, wie hoch der Grad an Informiertheit und Problembewusstsein der Zielgruppe ist. Je besser also die Kommunikatoren von Kampagnen über ihre Zielgruppe Bescheid wissen, umso besser können Botschaften auf die Rezipienten abgestimmt werden. Personen mit höherem Bildungsniveau, die besser informiert sind, sind empfänglicher für rational argumentative Botschaften und können zudem auch besser mit Furchtappellen umgehen, als Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau. Generell wird aber von Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation abgeraten, um das Risiko, Abwehr- und Schutzmechanismen wie kognitive Dissonanzen etc. auszulösen, niedrig zu halten. Es empfiehlt sich, Botschaften mit narrativen, einfachen, nicht redundanten Inhalten mit sowohl neuen als auch bekannten Informationen zu gestalten. Auch die direkte Ansprache von Rezipienten in der Kommunikation, das Abbilden von Modell-Lernen und Rollenvorbildern zur Identifikation sowie das Setzen von Reizen, die erst anschließend von Informationen in den richtigen Sinnzusammenhang gebracht werden, erweisen sich laut Wissenschaft als zielführend. Die detaillierten Ergebnisse und Empfehlungen werden in der folgenden Übersicht abgebildet.

9.1 Handlungsempfehlungen:

	Hypothese	Schlussfolgerung	Handlungsempfehlung
Strategien zur Verhaltensänderung	Je genauer eine Zielgruppe definiert ist in Bezug auf ihr „Verhaltenslevel“, desto besser lassen sich Interventionen abstimmen.	Um ein Verhaltensziel zu erreichen, sollte genau abgeklärt werden, auf welcher Stufe sich die Personen der Zielgruppe befinden. (Beispiel: Rezipienten haben noch kein Problembewusstsein, versus Rezipienten mit Problembewusstsein aber noch ohne Handelsintention)	Vorab feststellen, in welchem Stadium der Verhaltensänderung sich die Zielgruppe befindet bzw. an Rezipienten welcher Verhaltensstufe sich die Kampagne richtet.
	Je weiter der motivationale Prozess einer Person fortschreitet, desto weniger wichtig werden die Risikoerwartung und das Abwägen von Handlungsalternativen.	Richtet sich eine Kampagne an Personen, die ganz am Anfang einer gewünschten Verhaltensänderung stehen, ist es sinnvoll die Risikoerwartung und das Abwägen von Handlungsalternativen zu aktivieren. Die wichtigste zu steigernde Komponente bei allen Rezipientinnen und Rezipienten ist die Selbstwirksamkeitserwartung.	Für Rezipienten ganz am Anfang der Verhaltensänderung/-neuerung: Risikoerwartung aktivieren und Handlungsalternativen artikulieren.
	Je höher Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung, desto höher die Chancen auf eine erfolgreiche Verhaltensänderungen. Eine mögliche Strategie, richtiges Verhalten zu erlernen und zu etablieren sind Interventionen durch Modell-Lernen.	Um in Kampagnen Verhaltensänderungen bewirken zu können, muss den Rezipientinnen und Rezipienten das Gefühl vermittelt werden, sie würden es auch schaffen. Dies steigert Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung.	Bestärkung der Rezipientinnen und Rezipienten, selbst ein Verhalten umsetzen und ein Ziel erreichen zu können.
		Um die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern eignen sich besonders Kampagnen, die Modell-Lernen vermitteln, hilfreich ist auch zusätzliche Information.	Modell-Lernen und zusätzliche Informationen in Kampagnen vermitteln.

	Hypothese	Schlussfolgerung	Handlungsempfehlung
Strategien zur Verhaltensänderung	Je höher die Kompetenzerwartung, desto erfolgreicher die Verhaltensänderung. Je stärker die persönliche Betroffenheit durch Risikobewusstsein, desto eher kann die Kompetenzerwartung für präventives Verhalten umgesetzt werden.	Wenn präventive Verhaltensweisen das Ziel darstellen, muss persönliche Betroffenheit in Form von Risikobewusstsein gegeben sein, um die Selbstwirksamkeitserwartung in das gewünschte Verhalten umsetzen zu können.	Stärkung des Risikobewusstseins und Betonung der Umsetzungskompetenz
	Je höher spezifische Selbstwirksamkeitserwartung und spezifische Ergebniserwartung, desto bessere Ergebnisse werden auf dem Weg zur Verhaltensänderung erzielt.	Um ein übergeordnetes Ziel wie bessere Gesundheit zu erreichen, empfiehlt es sich, Menschen für ein spezifisches Ziel zu motivieren und dabei die Personen in ihrer Kompetenzerwartung zu bestärken.	Konkretes, spezifisches Ziel kommunizieren und Rezipienten dafür motivieren
	Je größer das Risiko von einem Verhalten Schaden zu tragen und je größer die Vorteile einer Verhaltensänderung, desto eher wird eine Person ihr Verhalten ändern.	Für Gesundheitskommunikationskampagnen empfiehlt es sich, diese Kosten-Nutzen-Rechnung zu thematisieren und die Vorteile einer Verhaltensänderung durch bekräftigende Argumente zu unterstreichen. Dabei ist allerdings darauf zu achten, keine Abwehrmechanismen wie kognitive Dissonanz, Third-Person-Effekt oder Ähnliches in den Rezipientinnen und Rezipienten hervorzurufen.	Kosten und Nutzen von Verhaltensweisen sowie Risiken unerwünschten Verhaltens artikulieren und Vorteile betonen ohne dabei bedrohliche Furchtappelle zu nutzen, um Abwehrmechanismen zu vermeiden.
Rezeption	Je stärker das Problembewusstsein, desto wahrscheinlicher werden diesbezügliche Medieninhalte wahrgenommen.	Bei der Kampagnengestaltung ist vorab abzuklären, wie hoch das Problembewusstsein innerhalb einer Zielgruppe ist. Ist das Problembewusstsein sehr gering, empfiehlt es sich, vorab dieses Bewusstsein zu schaffen und dafür Aufmerksamkeit zu generieren, bevor „Anleitungen zur Lösung“ kommuniziert werden.	Problembewusstsein schaffen vor Anleitungen zur Lösung gegeben werden

	Hypothese	Schlussfolgerung	Handlungsempfehlung
Rezeption	Je stärker die Intention, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung eines Verhaltens.	Richtet sich eine Kampagne an Personen, die ganz am Anfang einer gewünschten Verhaltensänderung stehen, ist es sinnvoll die Risikoerwartung und das Abwägen von Handlungsalternativen zu aktivieren.	Risikoerwartung aktivieren und Handlungsalternativen artikulieren
	Wenn vorab ein gezielter Reiz gesetzt wird, ist die Aufnahme der darauffolgenden eigentlichen Botschaft unterbewusst größer.	Um für eine Botschaft die notwendige Aufmerksamkeit zu erzielen, kann vorab ein gezielter Reiz gesetzt werden. Anschließend muss eine Botschaft insofern richtig eingebettet sein, dass die Rezipienten diese auch direkt in den richtigen Sinnzusammenhang bringen.	Erst kurzen Reiz setzen, dann die Botschaft in richtigen Sinnzusammenhang bringen
	Je deutlicher eine Botschaft auf den gewünschten Kontext hinweist, desto wahrscheinlicher können auch die Rezipientinnen und Rezipienten eine Botschaft in das gewünschte Sinnkonstrukt einbetten.		
Botschaft	Je mehr Menschen bestärkt werden, mit Stressoren umgehen zu können, desto eher erhalten sie ihre Gesundheit.	Um das Kohärenzgefühl einer Person und somit ihre Gesundheit zu stärken, müssen die Botschaften in der Gesundheitskommunikation positiv formuliert werden.	Botschaften positiv formulieren
	Je negativer eine Gesundheitsbotschaft für einen betroffenen Rezipienten der Risikogruppe, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer kognitiven Dissonanz und somit einer Abwehr der Botschaft.	Um kognitive Dissonanzen zu umgehen, sollten Kommunikationsbotschaften keine negativen Inhalte transportieren, die ohnehin als weitgehend bekannt gelten. Hier gilt es also, den Grad der Informiertheit innerhalb der Bevölkerung zu einem bestimmten Thema zu berücksichtigen und durch neue Informationen und Bewältigungsstrategien diese Reaktion zu vermeiden.	Neue Information und Bewältigungsstrategien kommunizieren
	Je direkter man eine Person in der Kommunikation anspricht, desto weniger besteht die Gefahr eines Third-Person-Effekts.	Um nicht verleitet zu sein, Risiken auf eine dritte Person abzuwälzen, sondern sein eigenes Verhalten zu reflektieren, eignet sich in der Kommunikation die direkte Ansprache der Rezipienten.	Rezipienten direkt ansprechen

	Hypothese	Schlussfolgerung	Handlungsempfehlung
Botschaft	Je motivierter und kognitiv kompetenter eine Zielgruppe ist, desto eher kann durch informative Botschaften und rationale Argumente eine Verhaltensänderung erzielt werden. Je weniger interessiert die Zielgruppe ist und je peripherer die Aufnahme der Botschaft, desto mehr müssen Kommunikationsbotschaften durch Emotionalisierung und Personalisierung Aufmerksamkeit generieren um Verhaltensänderungen zu erreichen.	Ist eine Zielgruppe motiviert und auch kognitiv fähig, sich mit einer Botschaft auseinanderzusetzen, macht es Sinn rationale Argumente vorzubringen. Bei einer peripheren Aufnahme einer Zielgruppe sind personalisierte, emotionalisierte und visualisierte Kampagnen zielführender.	Bei aktiven Rezipienten: rationale Argumente artikulieren Bei peripherer Informationsaufnahme der Rezipienten: Personalisierte, emotionale, visualisierte Botschaften wählen
	Je psychisch stabiler und positiver gestimmt eine Person bei der Rezeption von Furchtappellen ist, desto besser können ihre Inhalte rezipiert werden.	Furchtappelle sind keine durchgängig geeignete Strategie zur Überzeugung von Verhaltensänderung beziehungsweise Lebensstilmodifikation.	Furchtappelle vermeiden
	Je aktiver eine Kampagne zu einem positiven, neuen Verhalten aufruft, desto wahrscheinlicher wird eine Verhaltensänderung bei den Rezipientinnen.	Die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit zeigen Kampagnen, die zu neuem Verhalten aufrufen. Dementsprechend muss versucht werden, Botschaften zu formulieren, die genau das tun. Um auch bei Verhaltensweisen, die beendet werden sollten, dieses Ziele erreichen zu können, gilt es Strategien zu überdenken und Verhaltensänderungen indirekt zu forcieren, sodass Rezipienten das Gefühl haben, ein völlig neues Verhalten zu etablieren.	Gewünschte Verhaltensweisen immer als neu darstellen in der Kommunikation, um die Hürde der „Veränderung“ zu umgehen

	Hypothese	Schlussfolgerung	Handlungsempfehlung
Botschaft	Je näher sich das Aktivierungsniveau einer Nachricht einem Reiz mit mittlerer Komplexität (d.h. mit teilweise neuen Informationen und guter Verständlichkeit) annähert, desto höher die Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung.	Um die optimale Aufmerksamkeitsspanne und somit auch die ideale Voraussetzung zur Informationsaufnahme und -verarbeitung zu erreichen, muss die Botschaft teilweise neue und teilweise bekannte Informationen enthalten, darf nicht zu komplex sein und gleichzeitig auch nicht redundant.	Botschaft mit bekannten und neuen Informationen ausstatten
			Botschaft einfach halten
			Keine redundanten Inhalte in der Botschaft
Verarbeitung	Je mehr Involviertheit bei der Transportation einer narrativen Geschichte erreicht wird, desto niedriger die Wahrscheinlichkeit kommunikativer Barrieren und desto höher die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme der Botschaft.	Narrative Inhalte erfordern einfache, verständliche Geschichten in der Gesundheitskommunikation, um nicht zu viel Aufmerksamkeit zu erfordern.	Narrative Botschaften mit einfachen Geschichten formulieren
	Ist eine Zielgruppe motiviert und auch kognitiv fähig, sich mit einer Botschaft auseinandersetzen, macht es Sinn rationale Argumente vorzubringen. Bei einer peripheren Aufnahme einer Zielgruppe sind personalisierte, emotionalisierte und visualisierte Kampagnen zielführender.	Da davon auszugehen ist, dass bei breitenwirksamen, auf die allgemeine Bevölkerungsgesundheit ausgerichteten Kommunikationskampagnen nicht direkt von Rezipientinnen und Rezipienten nach den Informationen gesucht wird, empfiehlt es sich, durch eine emotionale Botschaft Aufmerksamkeit zu generieren.	Botschaften emotional gestalten
	Je stärker die Identifikation mit den Hauptpersonen in der Kampagne, desto stärker ist die Handlungsintention zur Verhaltensänderung.	Um eine Verhaltensänderung zu erreichen, müssen sich die Rezipientinnen und Rezipienten in den Hauptrollen der Kampagnen wiederfinden und ihre eigenen Bedürfnisse wieder finden.	Hauptdarsteller in den Kampagnen sollten Rollenvorbild darstellen
	Wenn Rollenbilder in den Medien überidealisiert werden, dann entwickeln Rezipientinnen und Rezipienten ein Gefühl des Neids und fühlen sich unzulänglich. Als Reaktion darauf ist ein Abwehrmechanismus zu erwarten.	Die Rollenvorbilder dürfen nicht überidealisiert werden, um keine negativen Emotionen wie Neid in den Rezipientinnen und Rezipienten hervorzurufen.	Rollenvorbilder nicht überidealisiert, sondern durchschnittliche Zielgruppe abbilden

10. ANWENDUNGSBEISPIEL: GESUNDHEITSKAMPAGNEN IN DER ANALYSE

Im folgenden Abschnitt sollen die auf den theoretischen Ableitungen aktueller Studienergebnissen basierenden Empfehlungen sowie die beleuchteten Perspektiven aus der Kommunikationswissenschaft auf ihre Anwendung in der Praxis überprüft werden. Konkret wird beleuchtet, ob aktuelle österreichische Medienkampagnen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit auch aktuelle Forschungsergebnisse der Gesundheitskommunikation bei der Gestaltung ihrer Inhalte berücksichtigen, oder ob es hier Verbesserungspotenziale gibt. Zur Beantwortung dieser Fragen werden aus den formulierten Hypothesen konkrete Handlungsableitungen generiert und in einer Toolbox zusammengefasst, um auch zukünftig die Anwendung für die Planung und Gestaltung von Kommunikationskampagnen zu erleichtern. In der Toolbox werden Empfehlungen zur Zielgruppe, zum Kampagnenaufbau, zur Gestaltung der Botschaft ebenso wie zu den zu berücksichtigenden Abwehrmechanismen angegeben.

Die Untersuchungsobjekte werden durch eine einfache Analyse überprüft, dabei wird vermerkt, welche der Handlungsempfehlungen bei der Umsetzung der jeweiligen Kampagne Berücksichtigung gefunden haben. Um die Vergleichbarkeit der Kampagnen zu ermöglichen, wurden drei Kampagnen vom gleichen Aussender gewählt, dem Bundesministerium für Gesundheit. Hier kann davon ausgegangen werden, dass ungefähr in gleichem Rahmen Budgets zur Verfügung stehen, und die Kampagne im öffentlichen Interesse liegt, das heißt, dass auch wirklich bevölkerungsrelevante Ziele verfolgt werden und keine übergeordneten Interessen wie beispielsweise jene von Pharmafirmen die Kampagnenziele beeinflussen.

10.1 Analysegegenstand im Überblick

Zur Untersuchung werden in der vorliegenden Arbeit drei Kampagnen des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit herangezogen. Ursprünglich war angedacht, sich auf die Themen Rauchen, Ernährung und Bewegung zu fokussieren. Allerdings stellte sich bei der Recherche heraus, dass das Thema Bewegung in den vergangenen drei Jahren nicht mediales Kampagnenthema des Bundesministeriums war. Obgleich es sehr wohl staatliche Initiativen gab, die zur Bewegung aufriefen, wurden diese nicht durch eine breite Medienkampagne begleitet und konnten somit an dieser Stelle keine Beachtung finden. Die ausgewählten Kampagnen sind den Themen Rauchen, Ernährung und Impfvorsorge verschrieben. Aufgrund des staatlichen Auftraggebers ist davon auszugehen, dass den Kampagnen gemeinsam ist, dass eine breite Öffentlichkeit angesprochen werden soll und sie alle

dementsprechend vergleichbaren Budgets entspringen. Die der folgenden Analyse zugrunde liegenden Unterlagen sind die öffentlich zugänglichen Unterlagen der einzelnen Kampagnen auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit, die vorwiegend aus den jeweiligen Pressetexten, Sujets sowie Informationsfoldern bestehen.

10.2 Kampagne 1 „YOLO – Leb’ ein Leben ohne Rauch“

Das Wort YOLO ist eine Abkürzung aus dem englischen „You only live once“ und findet sich vor allem im Sprachgebrauch Jugendlicher wieder. Die Initiatoren von „YOLO“, das Bundesministerium für Gesundheit, der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger sowie der Fonds Gesundes Österreich geben an, damit Jugendliche auffordern zu wollen ihre „Chancen zu nutzen“. Die Kampagne wurde im Zeitraum von Mai bis Dezember 2015 durchgeführt und anschließend auch durch Befragungen mittels Fragebogen evaluiert. Mit dieser Initiative, die junge Menschen zwischen zehn und 14 Jahren davon abhalten sollte mit dem Rauchen anzufangen, wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit versucht, Schülerinnen und Schüler in „ihrer“ Sprache und „auf Augenhöhe“ zu erreichen. Gleichzeitig setzte die Kampagne auch mittels Social Media Kampagne auf eine zielgruppengerechte Ansprache. Zudem trat man via „Whats App“, einer Applikation für Smart Phones, an Jugendliche heran. Die erste Kontaktaufnahme fand zumeist in Schulen statt, die mit Informationsmaterial ausgestattet wurden und das Thema Rauchen direkt in die Klassenzimmer brachten. Lehrerinnen und Lehrer erklärten sich bereit, die Inhalte in den Unterricht zu implementieren. Zusätzliche wurden Wettbewerbe und Partys für die Schüler organisiert, auch die Eltern mit eingebunden – in eigenen Veranstaltungen wurden sie unter anderem auf ihre Vorbildwirkung in punkto Rauchen hingewiesen. Auch der „Promi-Bonus“ wurde ausgespielt: Die österreichische Band „The Makemakes“, die 2015 für Österreich beim Eurovision Songcontest antrat, äußerte sich als Nichtraucher-Band, ebenso wie zahlreiche andere österreichische Prominente.

Für die Analyse wurden jene Sujets herangezogen, die sich auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit finden ebenso wie der Pressetext, der Auskunft über die Kampagnenstrategie gibt.

Die Kampagnensujets weisen darauf hin, dass jeder Mensch seine Entscheidungen selbst treffen kann und man immer eine Wahl hat. Dabei setzt das Bundesministerium auf humoristische Illustration von Teenagern. Dabei sind die Motive nicht unbedingt typisch für Konfliktsituationen oder Entscheidungssituationen beim Thema Rauchen.

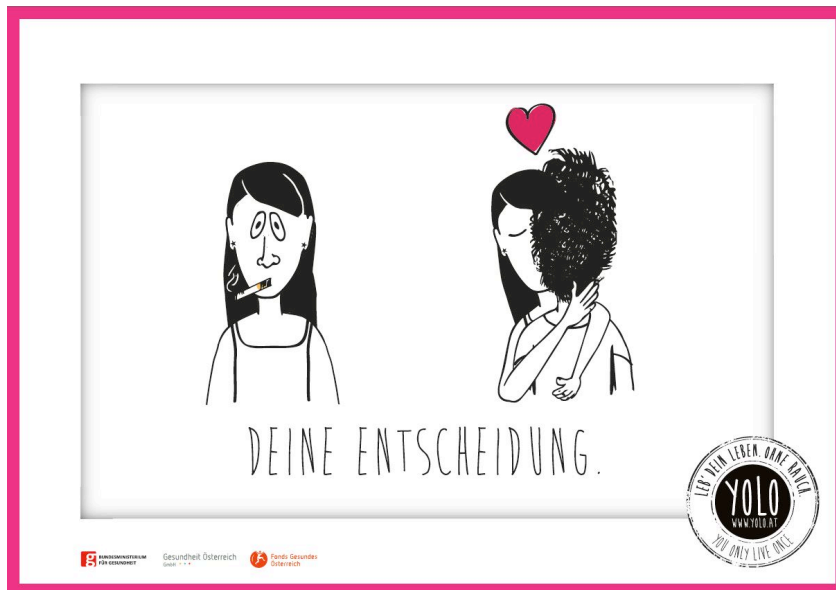


Abbildung 11: Offizielle Sujets der Kampagne "YOLO - Leb' dein Leben ohne Rauch

10.3 Kampagne 2 „Ernährung kann was“

Die Ernährungskampagne des Bundesministeriums für Gesundheit wurde bereits 2009 ins Leben gerufen. Laut Presseaussendung des Ministeriums ist das Ziel der Kampagne, Lust auf gesundes Essen zu machen und gleichzeitig zu betonen, dass gesunde Ernährung für Jede und Jeden umsetzbar ist und es dafür keinerlei Hilfsmittel oder teurer Lebensmittel bedarf. Auf der Website des Bundesministeriums wird angegeben, dass „*Ernährungsbildung am besten spielerisch und partizipativ, damit nachhaltig Ernährungskompetenz vermittelt wird*“. Inhaltlich werden in der Kampagne vier Schwerpunktthemen der gesunden Ernährung formuliert. Sie fordern dazu auf,

1. ausreichend Milchprodukte zu konsumieren, um mehr Kalzium für einen gesunden Knochenbau zu sich zu nehmen,
2. fünf Mal am Tag Obst und Gemüse zu essen,
3. zunehmend auf Alkohol zu verzichten und
4. sich ausgewogen zu ernähren und die Aufteilung der Nahrungsmittel am Teller zu beachten: ein Drittel Eiweißlieferanten wie Fisch, Fleisch oder Hülsenfrüchte, ein Drittel Gemüse und ein Drittel stärkehaltige Beilagen wie Reis, Nudeln oder Kartoffeln.

Strategisch setzt die Kampagne auf narrative, humoristische Inhalte für Erwachsene. Dabei ist die Bildkampagne mit Textergänzung in zwei Schritten aufgebaut. Im ersten Bild wird ein Anreiz geschaffen, indem beim Slogan eine Botschaft gewählt wird, die zumeist erst den Hinweis auf eine persönliche Aussage des Testimonials über die eigene sexuelle Aktivität vermuten lässt, ein Beispiel dafür ist der Bildtext „Ich schaff es 3x am Tag. Das hätte ich mir früher nie vorstellen können!“.

Das zweite Sujet soll die Frage auflösen und verdeutlichen, was diese Personen denn mehrmals täglich tun. Die Antwort ist: gesund essen. Während das erste Bild nur von einer Frage ergänzt wird, ist am zweiten Bild ein ausführlicher Text hinzugefügt, der die genaue Geschichte der abgebildeten Person sowie Zahlen und Fakten zum Thema gesunde Ernährung beinhaltet.

Bei der Auflösung der im ersten Sujet gestellten Frage werden zudem Tipps zur Umsetzung des artikulierten Ernährungszieles gegeben sowie Gründe angeführt, die die Vorteile einer Verhaltensänderung aufzeigen. Auch der damalige Gesundheitsminister wurde als Initiator der Kampagne mit seiner Empfehlung abgebildet.



Abbildung 12: Sujets Teil 1 der Kampagne „Ernährung kann was“.

Übertragung der Krankheit aus. Masern äußern sich durch Fieber, Entzündung der Atemwege und machen sich durch viele kleine rote Punkte am Körper bemerkbar – ein Symptom, das sich auch in der grafischen Aufmachung der Kampagne wiederfindet. Umgesetzt wurde die Kampagne durch Informationsmaterialien wie Folder und Plakate, Verteilaktionen, Infoscreens in den Landeshauptstädten, Start der Webplattform www.keinemasern.at, einem Werbefilm für das Kino ebenso wie durch großflächige Werbeeinschaltungen und Projektion der Sujets mit Slogan auf prominenten Gebäuden Wiens, wie zum Beispiel dem Leopoldmuseum. Dabei setzte man auf kurze Statements und auffällige Visualisierung mittels vieler kleiner „maserntypischer“ Punkte.

Die Ansprache richtete sich direkt an Erwachsene oder Paare mit Kindern, dabei setzte man auf Slogans wie "Wir ziehen gerade bei dir ein", oder "Eure Kinder haben wir am liebsten".



Abbildung 14: Werbesujet der „Masern sind kein Kinderspiel“-Kampagne in Der Standard.



Abbildung 14: Info-Folder zur Kampagne „Masern sind kein Kinderspiel“

11. KAMPAGNENANALYSE

In der vorliegenden Analyse werden die aus den aktuellen Studien abgeleiteten und bereits oben formulierten Handlungsempfehlungen mit den drei ausgewählten Kampagnen abgeglichen. Im Fokus steht dabei die Frage, welche Empfehlungen aus der Wissenschaft aktuell bereits umgesetzt werden. Hierfür werden die Kampagnenausrichtung, ihre Botschaften sowie die Aufmachung qualitativ bewertet und tabellarisch dargestellt.

Die in der Tabelle genutzten Symbole stehen für folgende Bewertungen:

X Empfehlung wurde umgesetzt

O Empfehlung wurde nicht umgesetzt

– Nutzung der Handlungsempfehlung lässt sich nicht bewerten

	Handlungsempfehlung	YOLO	Ernährung kann was	Masern sind kein Kinderspiel
1	Vorab feststellen, in welchem Stadium der Verhaltensänderung sich die Zielgruppe befindet bzw. an Rezipienten welcher Verhaltensstufe sich die Kampagne richtet	X	O	O
2	Bestärkung der Rezipientinnen und Rezipienten, selbst ein Verhalten umsetzen und ein Ziel erreichen zu können	X	X	O
3	Modell-Lernen und zusätzliche Informationen in Kampagnen vermitteln	O	X	O
4	Stärkung des Risikobewusstseins und Betonung der Umsetzungskompetenz	O	X	X
5	Für Rezipienten ganz am Anfang der Verhaltensänderung/-neuerung: Risikoerwartung aktivieren und Handlungsalternativen artikulieren	O	X	X
6	Konkretes, spezifisches Ziel kommunizieren und Rezipienten dafür motivieren	O	X	X
7	Kosten und Nutzen von Verhaltensweisen sowie Risiken unerwünschten Verhaltens artikulieren und Vorteile betonen, ohne dabei bedrohliche Furchtappelle zu nutzen, um Abwehrmechanismen zu vermeiden	O	X	O

	Handlungsempfehlung	YOLO	Ernährung kann was	Masern sind kein Kinderspiel
8	Problembewusstsein schaffen, bevor Anleitungen zur Lösung gegeben werden	O	O	O
9	Risikowartung aktivieren und Handlungsalternativen artikulieren	X	O	X
10	Erst kurzen Reiz setzen, dann die Botschaft in richtigen Sinnzusammenhang bringen	O	X	X
11	Botschaften positiv formulieren	X	X	O
12	Neue Information und Bewältigungsstrategien kommunizieren	O	X	O
13	Rezipienten direkt ansprechen	X	O	X
14	Bei aktiven Rezipienten: rationale Argumente artikulieren Bei peripherer Informationsaufnahme der Rezipienten: Personalisierte, emotionale, visualisierte Botschaften wählen	O	O	X
15	Neue Information und Bewältigungsstrategien kommunizieren	O	X	X
16	Furchtappelle vermeiden	X	X	O
17	Gewünschte Verhaltensweisen immer als neu darstellen in der Kommunikation, um die Hürde der „Veränderung“ zu umgehen.	X	O	–
18	Botschaft mit bekannten und neuen Informationen ausstatten	O	O	X
19	Keine redundanten Inhalte in der Botschaft	X	X	X
20	Narrative Botschaften mit einfachen Geschichten formulieren	O	O	X
21	Botschaft einfach halten	O	O	X
22	Botschaften emotional gestalten	O	X	X
23	Hauptdarsteller in den Kampagnen sollten Rollenvorbilder darstellen	O	O	X
24	Rollenvorbilder nicht überidealisiert, sondern durchschnittliche Zielgruppe abbilden	X	O	–

	Summe der umgesetzten Empfehlungen von insgesamt 24	9	13	14
	Summer der nicht umgesetzten Empfehlungen	15	11	8
	Den Unterlagen nicht zu entnehmen	0	0	2

11.1 Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass bei den Kampagnen auf staatlicher Ebene vielfach noch der Blick in die wissenschaftliche Literatur vorab fehlt. Vor allem in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Wirkung erbringen „Masern sind kein Kinderspiel“ und auch die „Ernährung kann was“ Kampagne keine herausragenden Leistungen, beide Kampagnen sind kurzfristig angedacht, und verfolgen keine längerfristigen, medialen Interventionen. Zwar wird versucht, Lerneffekte durch mehrstufige Kampagnenbotschaften zu erzielen, indem bei „YOLO“ ebenso wie bei „Ernährung kann was“ auf eine Bildkomposition aus zwei Sujets gesetzt wird, die Situationen bilden zwar einen narrativen Inhalt, jedoch kein „Lernen“ ab. Problematisch stellt sich bei zwei von drei Kampagnen auch die Botschaft dar. Bei „Ernährung kann was“ ebenso wie bei „YOLO“ wird jeweils auf humoristische Aufmachungen gesetzt, die Verarbeitung der Botschaft scheitert allerdings an der Verständlichkeit. Beide Kampagnen sind auf Stufen, also jeweils mit zwei zusammengehörigen, narrativen Bildern mit Textunterstützung aufgebaut. Auch bei „Masern sind kein Kinderspiel“ arbeitet man damit, Aufmerksamkeit durch ein auffälliges Sujet mit kurzem Slogan zu generieren. Erst bei genauerer Betrachtung versteht man, worum es genau in dieser Kampagne geht. Dennoch bleibt die Mehrstufigkeit der medialen Interventionen, wie sie in Modellen des kognitiven Lernens und anderen Modellen der Verhaltenspsychologie empfohlen werden, aus. Positiv ist zu bewerten, dass zwei der drei Kampagnen der Zielgruppe vermitteln, dass ein Verhaltensziel erreichbar ist und eine Veränderung für die Rezipienten umsetzbar ist. Die Empfehlungen, Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung zu stärken, wird demnach vorwiegend bereits umgesetzt. Weiters konnte festgestellt werden, dass die Kampagnen vorwiegend den Handlungsempfehlungen entsprechend die Risikoerwartung aktivieren und auf Handlungsalternativen hinweisen. Zudem wurden vermehrt (in zwei von drei Kampagnen) positiv, teilweise humoristische Kampagnendesigns entwickelt, Furchtappelle setzt nur eine von drei Kampagnen in den offiziellen Sujets ein. Unbeachtet bleibt bis jetzt die Strategie, neue Verhaltensweisen in den Mittelpunkt zu stellen, das heißt, nicht davon zu sprechen, altes Verhalten ändern zu wollen, sondern direkt neue Verhaltensweisen als Ersatztätigkeiten zu etablieren. Die Kampagne „YOLO“ weist zwar darauf hin, dass es auch ein „neues Verhalten“ geben kann, kommuniziert durch die zwei nebeneinander gestellten Sujets aber eine Verhaltensänderung, nicht die Etablierung eines neues Verhalten, wenn gleich die beiden vorgezeigten Verhaltensweisen in keinerlei Zusammenhang stehen. Ein neues Verhalten wird auch in der Kampagne „Ernährung kann was“ gezeigt, allerdings wird vorab wieder auf ein „altes Verhalten“ hingewiesen und so eine Änderung suggeriert. Studien haben bis dato gezeigt, dass neues Verhalten leichter zu etablieren ist als bestehende Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu ändern.

Eine Strategie, die sich in zahlreichen Studien als positiv erwiesen hat und die auch erfolgreich umgesetzt wird, ist jene der direkten Ansprache der Rezipienten. Alle drei Kampagnen wählen eine persönliche, direkte Anrede des Publikums, sprechen Personen einzeln an und generieren somit Aufmerksamkeit mit persönlicher Betroffenheit. Weniger Betroffenheit wird allerdings durch die Botschaft geschaffen: Nur eine der drei Kampagnen wählt einen emotionalen Zugang – wenn auch in zu hohem Maße mit der Emotion Furcht – bei der Botschaftsgestaltung, die anderen beiden haben diese Empfehlung aus der Wissenschaft nicht aufgegriffen. Insgesamt folgen nur zwei der drei Kampagnen mehr als der Hälfte der Empfehlungen.

11.1.1 Detail-Analyse „YOLO – Leb’ dein Leben ohne Rauch“

Die Kampagne „YOLO“, die Jugendliche davon abhalten soll, mit dem Rauchen zu beginnen, konfrontiert die Zielgruppe mit ihrer eigenen Entscheidungsmündigkeit und der Möglichkeit der Selbstbestimmung. In den Sujets wird immer eine junge Person (einmal männlich und alternativ einmal weiblich) in zwei verschiedenen Situationen dargestellt, die Überschrift lautet „Deine Entscheidung“. Positiv zu bewerten ist, dass die Kampagne die Selbstwirksamkeitserwartung ebenso wie die Kompetenzerwartung der Rezipienten positiv bestärkt und sie durch den Hinweis, auf die alleinige Entscheidungsmacht auf einfache Weise andere Dinge anstatt des Rauchens zu tun. Die Zielgruppe wird direkt angesprochen, ohne dabei mit Furchtappellen zu arbeiten. Auch Handlungsalternativen werden aufgezeigt. An dieser Stelle ist allerdings anzumerken, dass jene vorgeschlagenen Handlungsalternativen gerade in kritischen Situationen, in denen Jugendliche in Entscheidungssituationen für oder gegen die Zigarette meist unter sozialem Druck stehen, keine Hilfestellung abbilden. Die im Sujet vorgeschlagenen Alternativen bieten generell Möglichkeiten an, wie man seine Zeit anstatt mit Zigaretten rauchen verbringen kann. Wie auch in der wissenschaftlichen Literatur empfohlen, bieten sie neue Verhaltensweisen an, dennoch stellt – wie in einem der Bilder vorgeschlagen – „Tauchen“ nicht für jeden Jugendlichen eine realistische Alternative dar, ebenso wenig, wie alle Kinder im Alter von zehn Jahren bereits an das Küssen denken. Nachdem die Kampagne vorwiegend via Social Media, Website und in den Schulen sichtbar war, kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche kognitiv fähig und motiviert sind, die Botschaften aufzunehmen. Dementsprechend sollte hier auch auf rationale Argumente in der Kommunikation gesetzt werden, die sich in den offiziellen Sujets allerdings nicht wiederfinden lassen. Es finden sich zum Thema Rauchen weder neue noch bekannte Informationen, da alleine durch den Hinweis auf die persönliche Entscheidungsfreiheit versucht wird, Jugendliche vom Rauchen abzuhalten. Als Barriere wird bei dieser Kampagne demnach die schwere Verständlichkeit bewertet. Auf den ersten Blick ist nicht ersichtlich,

was die Sujets aussagen sollen. Insbesondere der Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und Bungee-Jumping oder auch zwischen Rauchen und einem Tauchgang, bei dem sich ein Oktopus am Kopf der Person im Sujet festklammert, ist nicht verständlich. Nicht für jeden sind derartige Handlungsalternativen erstrebenswert. Zudem könnten sich die Rezipienten die Frage stellen, in welcher Relation die Nebenwirkungen von Nikotinkonsum zu den möglichen körperlichen Schäden und Risiken beim Tauchen oder Bungee-Jumpen stehen. Bei den anderen beiden Sujets, die gegenüber dem Rauchen als Handlungsalternativen das Küssen sowie das Geld Sparen anbieten, wird der Nutzen von „Nicht Rauchen“ schon deutlicher.

Auch der Slogan ist nicht eindeutig verständlich. „You only live once“ kann einerseits die Bedeutung tragen „Du hast nur ein Leben, du solltest darauf aufpassen“ oder auch „Du hast nur ein Leben – probiere alles aus, worauf du Lust hast (auch das Rauchen)“.

Zudem wird auch der Empfehlung nicht nachgekommen, erst einen Reiz zu setzen, und diesen dann in den richtigen Sinnzusammenhang mittels mehr Informationen zu bringen, um so die Aufmerksamkeit zu erhöhen-

Als weiterer Kritikpunkt lässt sich anmerken, dass die gezeichneten Kampagnenfiguren zwar Kinder oder Jugendliche abbilden, die gezeigten Figuren aber durch ihre karikaturistische und eher detaillose Darstellung nicht eindeutige Rollenvorbilder „cooler Jugendlicher“ dem Alter entsprechend darstellen. Festzuhalten ist an dieser Stelle der Analyse, dass im Zuge der Kampagne noch zahlreiche weitere Sujets auf Facebook kommuniziert wurde, die weitaus vielfältiger waren und von Argumenten gegen das Rauchen bis hin zur Abbildung prominenter Vorbilder reichten. Auch viele Sujets ohne Zusammenhang mit dem Thema Rauchen finden sich dabei, teilweise auch Amateurfotos. Diese wurden aber in dieser Analyse nicht berücksichtigt. In der vorliegenden Abhandlung wurden nur die offiziellen Kampagnensujets, die auch auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit publiziert wurden, herangezogen.

11.1.2 Detail-Analyse „Ernährung kann was“

Die Kampagne richtet sich der optischen Aufmachung sowie der Botschaft zufolge ausschließlich an erwachsene Personen. Offiziell wurde seitens des Bundesministeriums keine genaue Zielgruppe definiert. Die narrativen Sujets, von denen sich immer zwei ergänzen und zusammen eine Geschichte erzählen, versuchen die Aufmerksamkeit in Sujet 1 mit Humor gemäß der Strategie „Sex sells“ zu erregen. Somit wird ein erster Reiz gesetzt, indem durch eine offene Frage an die Rezipienten der Eindruck erweckt wird, man frage nach der Anzahl der Sexualakte am Tag oder in der Woche. Erst im zweiten Sujet wird deutlich, dass hier das Thema Ernährung angesprochen wird und so der anfängliche Reiz mit einem Sinnzusammenhang ergänzt wie, wie auch die Studien empfehlen. Durch Fragen wie

„Schaffen Sie es auch schon 3x am Tag?“ oder „Tun Sie es auch 2x wöchentlich?“ kann zwar Aufmerksamkeit durch die direkte Ansprache und die anzüglich wirkende Frage generiert werden, dennoch wird durch keines der Sujets starke persönliche Betroffenheit erzielt, zumal auch die Ansprache in der Höflichkeitsform eine gewisse Distanz herstellt. Zwar wird versucht, die persönliche Betroffenheit im zweiten Sujet bei der „Auflösung der Kampagne“ zu erreichen, indem beispielsweise das Thema gesunde Ernährung aus der Sicht einer Mutter angesprochen wird, der Zeitpunkt ist allerdings sehr spät gewählt. Dieser Punkt der „Betroffenheit“ wird demnach möglicherweise gar nicht mehr erreicht, weil die Aufmerksamkeit der Rezipienten nicht so lange gewonnen werden kann, da die Betroffenheit zu Beginn der Kampagne fehlt. In der Auflösung der Kampagne wird konkret die Selbstwirksamkeits- sowie die Kompetenzerwartung angesprochen, laut der persönlichen Erzählung des Werbetestimonials gestalte sich die gesunde Ernährung ganz einfach und wäre leicht in den Alltag zu integrieren. Pro Sujet-Paar wird dabei immer eines der vier oben genannten Kernthemen angesprochen, damit werden zugleich spezifische Ziele formuliert. Die Schaffung des Problembewusstseins, welche die wissenschaftliche Literatur empfiehlt, wird in dieser Kampagne nicht vorgenommen, detaillierte Angaben zu den negativen Auswirkungen von unausgewogener Ernährung sind nicht auffindbar. Auch Handlungsalternativen werden nur peripher abgewogen, indem bei schlechter Ernährung auf Müdigkeit, Übergewicht, schlechte Vorbildwirkung etc. hingewiesen wird. Furchtappelle finden sich keine in den Sujets, die Botschaften sind positiv formuliert und lassen die Verhaltensänderung als leicht durchführbar erscheinen. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass die Kampagne eindeutig eine Verhaltensänderung forciert und demnach dem Anspruch, neue Verhaltensweisen zu etablieren nicht nachkommt. Die Inhalte der Kampagne gelten weitgehend als bekannt, nur sehr wenige neue Informationen wie „Wenn Du an nur 2 Tagen pro Woche auf Deine Flasche Bier verzichtest, spart das im Jahr 22.360 Kalorien!“ finden sich in den Texten der Sujets, die die Geschichte „auflösen“. Die Kampagne setzt auf eine motivierte Zielgruppe, da sie mit sehr viel Text arbeitet und auch rationale Argumente artikuliert. Es ist davon auszugehen, dass jene Rezipienten, die diese Sujets wahrnehmen, schon vorab daran gedacht haben, ihr Essverhalten zu ändern. Für eine periphere Aufnahme eignet sich die Kampagne nicht. Zwar erreicht sie durch die einleitende Frage auf den ersten Sujets Aufmerksamkeit, erfordert beim Weiterlesen allerdings aufgrund der Länge hohes Interesse und Durchhaltevermögen. Dieses Interesse ist aufgrund der fehlenden Emotionen im Sujet ebenso wie mangels forcierter Betroffenheit fraglich, obgleich die Sujets der Anforderung an narrativen Geschichten im Sinne der leichten Verständlichkeit entsprechen.

Problematisch ist die optische Aufmachung zu bewerten, einerseits, weil die erwachsenen Personen zum Teil in wenig realistischen Alltagssituationen abgebildet sind (am Boden sitzend), andererseits weil die gesamte Kampagne mit dem gleichen Paar arbeitet und hier nicht unterschiedliche, persönliche Geschichten erzählt werden. Demnach verlieren die Sujets ihre Glaubwürdigkeit.

11.1.3 Detail-Analyse „Masern sind kein Kinderspiel“

Die Kampagne, die die Durchimpfungsrate gegen Masern in Österreich steigern soll, um die Krankheit vollständig auszurotten, arbeitet stark mit kurzen Statements und einer optisch auffallenden Aufmachung. Mehr Information liefert sie bei der medialen Kampagne vorwiegend durch den 10-seitigen Folder, der verteilt wurden. Es wird davon ausgegangen, dass der Folder nur von jenen Rezipienten aufmerksam gelesen wird, die bereits für dieses Thema sensibilisiert sind und bereits eine Impfung andenken. Demnach erfüllt der Folder für eine aktive Informationssuche die Anforderungen. Für die Analyse im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit wurden jene Botschaften, die projiziert und in Anzeigen geschaltet wurden, herangezogen, ebenso wie der Werbespot im Kino, der sich auf YouTube nachhören lässt.

Bei Betrachtung der großen Werbesujets, die sowohl durch Projektionen auf den Hausmauern großer Gebäude, als auch in Printmedien und auf vielen anderen öffentlichen Flächen sichtbar gemacht wurden, fällt sofort die direkte Ansprache ins Auge. Unmittelbar wird ein intensiver Reiz, verstärkt durch eine kurze emotionale Botschaft, gesetzt. Dieser wird anschließend durch den Vermerk „Masern sind kein Kinderspiel“ in den richtigen Sinnzusammenhang gebracht.

Ein Thema, das die Kampagne unangesprochen lässt, ist die Kompetenzerwartung. Es wird zwar dazu aufgefordert, sich impfen zu lassen, der Schritt bis dahin (die Überwindung zum Arzt zu gehen) sowie die weitverbreitete Angst vor dem Impfen, bleiben im untersuchten Material unerwähnt. Auch die Selbstwirksamkeitserwartung wird nicht konkret angesprochen. Anzumerken ist, dass im Falle dieser Kampagne nur eine kurzfristige Verhaltensänderung bzw. -neuerung gefragt ist, da die Masern-Impfung nur einmalig gemacht werden muss. Eine Mehrstufigkeit von der Schaffung eines Problembewusstseins bis hin zur Lösungsanleitung wird hier nicht praktiziert. Der Slogan „Masern ist kein Kinderspiel“ spricht gleich zwei Themen an: einerseits wird deutlich, dass eine Masern-Erkrankung schwerwiegende Folgen haben kann, andererseits soll er zum Ausdruck bringen, dass der Masern-Virus nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene befallen kann. Dabei setzen die Kampagnenentwickler stark auf persönliche Betroffenheit durch Emotionen und direkte Ansprache. Mit Slogans wie „Wo geht’s hier zum Kindergarten?“ oder „Eure Kinder haben wir am liebsten“ sind besonders Eltern die Adressaten, aber auch Einzelpersonen werden angesprochen mit „Auf dich warten wir schon lange“ oder „Wir schielen schon auf dich“. Insbesondere der Werbetrailler, der in unterschiedlichen Varianten aber mit gleichem Aufbau im Kino ausgestrahlt wurde, arbeitet intensiv mit Emotionen. Eine Stimme, bekannt aus Psycho-Thrillern, spricht dabei die Worte: „Wir ziehen gerade bei euch ein. Aber keine Angst, ihr könnt in aller Ruhe den Film genießen. Ihr werdet uns gar nicht bemerken. Wir sind ganz leise, versprochen.“ Daraufhin ergänzt eine männliche Stimme: „Masern sind kein Kinderspiel. Schützen Sie sich und Ihre Familie, mit der MMR-Gratisimpfung.“ Durch die ausschließlich negative

Botschaft und die Arbeit mit Furcht, laufen die Aussender Gefahr, verschiedene Vermeidungsstrategien und Abwehrmechanismen bei den Rezipienten auszulösen. Bei den Werbeslogans wird von einer peripheren Aufnahme der Botschaft ausgegangen, demnach werden rationale Argumente ausgeklammert. Es wird angenommen, dass die Aussender der Botschaft von teilweise aufgeklärten Rezipientinnen und Rezipienten ausgehen, die zumindest über das Risiko einer Masern-Erkrankung Bescheid wissen. Für Personen, die sich vorab noch nie mit Impfungen auseinandersetzt haben, bedeutet das gewünschte Verhalten eine Neuerung. Impfgegner hingegen sind aufgefordert, ihr Verhalten zu ändern. Für diese gewünschte Verhaltensänderung werden allerdings keine zielgruppenspezifischen Argumente vorgebracht. Bei Impfgegnern kann man davon ausgehen, dass sie sensibilisiert und demnach auch kognitiv zur Aufnahme der Botschaft fähig wären, hier mangelt es allerdings an rationalen Argumente in der Kommunikation, um diese zu überzeugen. Aus der Formulierung der Botschaft ist demnach abzuleiten, dass sich die Botschaft an all jene richtet, die sich bisher dem Thema Impfen noch nicht intensiver gewidmet haben, allerdings nur peripher an jene, die sich gegen das Impfen aussprechen. Für sie eignet sich die Kommunikation via Folder, der auch Auskunft über das Ausbleiben von Nebenwirkungen gibt und mittels rationaler Argumente aufklärt. Es lässt sich folglich resümieren, dass die Kampagne es schafft durch Aufmachung, kurze verständliche Botschaften und mit persönlicher, stark emotionaler, beängstigender Kommunikation Aufmerksamkeit zu erregen. Allerdings läuft sie Gefahr, verschiedenste Abwehrmechanismen bei den Rezipienten durch das Arbeiten mit Furcht hervorzurufen. Impfgegner können mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die analysierten Kommunikationsinstrumente und -botschaften nicht überzeugt werden. Dennoch setzt die Kampagne im Vergleich zu den anderen beiden Gesundheitskommunikationskampagnen viele der wissenschaftlichen Empfehlungen bereits um.

12. FAZIT UND AUSBLICK

Eine intensive Literaturrecherche, die Durchsicht zahlreicher theoretischer Modelle und der sich darauf beziehenden Studien liegen dieser wissenschaftlichen Abhandlung zu Grunde. Die sich daraus ergebenden Handlungsempfehlungen, die das wesentliche Ergebnis dieser Arbeit darstellen, bilden gleichzeitig die bis dato fokussierten Forschungsinteressen in der Kommunikationswissenschaft, der Psychologie und dem Bereich Marketing ab. Zentrale Erkenntnisse finden sich im Bereich der Verhaltensforschung zum Thema „Gesundheitsverhalten“, über die Arbeit mit Emotionalisierung von Kommunikationsbotschaften sowie zur Arbeit mit Rollenvorbildern. Ein Thema, dem sich Kampagnen oftmals zu wenig widmen, ist die genaue Analyse ihrer Zielgruppe. Auch in breitenwirksamen Kampagnen sollte vorab klar sein, wer den durchschnittlichen Rezipienten der Zielgruppe abbildet. Mit diesem Wissen lassen sich sowohl die inhaltliche als auch die optische Aufmachung einer Kampagne wesentlich besser gestalten. Zentrale Elemente der Bildung einer Handlungsintention und einer anschließenden Verhaltensänderung sind Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenzerwartung und im Anfangsstadium auch Risikobewusstsein. Schafft man es, diese Komponenten zu stärken, kommt man der Zielerreichung der Kampagne einen wesentlichen Schritt näher. Dies ist allerdings nur möglich, wenn Aufmerksamkeit für eine Kampagne gewonnen werden kann. Es zeigte sich, dass die Arbeit mit Emotionen und Impulsen bei der Gestaltung von Botschaften wichtig ist, um diese Aufmerksamkeit zu erzielen. Mit der Emotion Angst sollte allerdings sehr vorsichtig umgegangen werden, da sie gerade bei weniger aufgeklärten Rezipienten Abwehrmechanismen hervorruft, die zur Blockade einer Informationsaufnahme führen kann.

Der anschließende Blick in die Praxis, bei dem österreichische Gesundheitskommunikationskampagnen, ausgehend vom Bundesministerium für Gesundheit, genauer betrachtet und auf ihre wissenschaftliche Grundlage hin überprüft wurden, ergibt, dass noch Verbesserungspotenziale vorhanden sind und längst nicht alle Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit für die Praxis der Gestaltung von Gesundheitskommunikationskampagnen herangezogen werden.

Die generierten Handlungsempfehlungen sollen zukünftig Abhilfe schaffen und Leitlinien zur Erstellung von Gesundheitskommunikationskampagnen darstellen, wobei klar zu benennen ist, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellen. Sie dienen vorwiegend im Anfangsstadium einer Kampagne als Anleitung, was bei der Spezifizierung auf unterschiedliche Zielgruppen zu beachten ist, welche Botschaften Aufmerksamkeit erwecken und wie diese aussehen müssen, um wahrgenommen, aufgenommen und richtig verarbeitet werden zu können. Im Laufe der Entstehung dieser Abhandlung hat sich gezeigt, dass trotz zahlreicher wissenschaftlicher Vorarbeit noch viele Fragen insbesondere in Bezug auf die Wirkung von Kampagnen offen sind. Gerade wenn es um Kampagnen zur langfristigen

Verhaltensänderungen geht, mangelt es an Evaluation und möglicherweise auch an geeigneten Instrumentarien dafür. Grund für teilweise fehlende Evaluationen könnten auch die meist knapp bemessenen Budgets für Sozialkampagnen sein. Im Falle der Kampagne „YOLO“ wurde eine Evaluation vorgenommen, in dem die einzelnen Elemente der Kampagne von den Teilnehmern mittels Fragebogen bewertet wurden. Über die tatsächliche Wirkung beziehungsweise über eine mögliche Einstellungsänderung zum Thema Rauchen bei Jugendlichen und Eltern wurde allerdings keine Aufzeichnung geführt.

Eine weitere Frage die unbeantwortet bleibt, ist jene nach der Durchführungsdauer von Kampagnen: Reicht es Kampagnen, nur für eine kurze Zeit zu präsentieren und steht dies in Zusammenhang mit dem Grad der Emotionalisierung der Sujets? Zahlreiche Studien aus dem Bereich der Verhaltensforschung arbeiten mit verschiedensten Stufenmodellen und zeigen unterschiedliche Stadien der Verhaltensänderung. Dies gibt Hinweise darauf, dass ein differenzierterer Zugang, spezialisiert auf Zielgruppen unterschiedlicher „Einstellungs-Stufen“, sinnvoll wäre. Bei einer längerfristigen Kampagne, die diese Zielgruppen berücksichtigt, besteht allerdings möglicherweise die Gefahr, dass die Rezipientinnen und Rezipienten „abstumpfen“ und die Aufmerksamkeit für Kampagnensujets und Themen schwindet.

Dennoch zeigt der Blick in die Literatur, dass durch breitgefächerte Kampagnen viele Menschen erreicht werden können und selbst bei geringer Erfolgsquote, eine bedeutende Erleichterung für die Personen im Einzelnen und für das Gesundheitssystem im Gesamten geschaffen werden kann. Gerade die letzten Jahre haben gezeigt, dass über neue Kommunikationskanäle wie Social Media eine breite Masse erreicht werden kann und sich dadurch im Bereich der Lebensstilmodifikation Erfolge abzeichnen. Die Effekte, die via Social Media und durch Blogs erreicht werden können, lassen sich nicht nur auf rationale Verhaltensänderungen aufgrund rationaler Argumentationen via Web zurückführen, sondern auf Trends, die Bloggerinnen und Co. setzen. Die Kampagne „YOLO“ hat sich bereits mit dem Thema der richtigen Zielgruppenkommunikation auseinandergesetzt und Zugänge via Whats App und Facebook gewählt. Zukünftig werden sich Studien im Bereich der Gesundheitskommunikation verstärkt mit der Kommunikation auf diesen Kanälen auseinandersetzen müssen, um Rezipientinnen und Rezipienten bestmöglich erreichen zu können.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Ausgewählte Aspekte des gesundheitsbeeinflussenden Lebensstils	7
Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014.	
Abbildung 2: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren	8
Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014.	
Abbildung 3: Modell der Gesundheitskommunikation von Northouse und Northouse	18
Quelle: Berry 2007, S. 34.	
Abbildung 4: Theory of Reasoned Action nach Ajzen und Fishbein	19
Quelle: Schwarzer 2004, S.44.	
Abbildung 5: Die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen 1985	23
Quelle: Schwarzer 2004, S. 53.	
Abbildung 6: Skizze zur sozial-kognitiven Lerntheorie nach Banduras	24
Quelle: Schwarzer 2004, S.91.	
Abbildung 7: Health-Belief-Modell nach Schwarzer	38
Quelle: Schwarzer 2004, S.41.	
Abbildung 8: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns nach Schwarzer	41
Quelle: Schwarzer 2004, S.91.	
Abbildung 9: Prozessmodell der aktiven Informationssuche nach Atkin	53
Quelle: Atkin 1973, S. 206.	
Abbildung 10: Interesse und Verstehen im Entwicklungsverlauf nach Bickham/Schmidt/Huston.....	70
Quelle: Bickham et al. 2012, in Singer & Singer 2011.	
Abbildung 11: Offizielle Sujets der Kampagne "YOLO - Leb' dein Leben ohne Rauch"	80
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.	

Abbildung 12: Sujets Teil 1 der Kampagne „Ernährung kann was“	81
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.	
Abbildung 13: Sujets Teil 2 - Auflösung der Kampagne „Ernährung kann was“	82
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.	
Abbildung 14: Werbesujet der „Masern sind kein Kinderspiel“-Kampagne in Der Standard.	83
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.	
Abbildung 14: Info-Folder zur Kampagne „Masern sind kein Kinderspiel“	83
Quelle: Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.	

LITERATURVERZEICHNIS

- Agrawal, Nidhi, Menon, Greeta, Aaker, Jennifer L. (2007): Getting Emotional about Health. *Journal of Marketing Research*, (44, Nr. 1), S. 100–113.
- Ajzen, Icek (2011): *Attitudes, personality and behavior*. (2. ed., reprint.). Maidenhead: Open Univ. Press.
- Atkin, Charles (1973): Instrumental utilities and information seeking.
- Atkin, Charles, Rice, Charles (2013): *Public Communication Campaigns*. (4. Aufl.). London/New Delhi/Singapur/Washington D.C.: SAGE Verlag.
- Bacherle, Patrick (2015): *Eintauchen in narrative Welten Theoretische und empirische Zugänge zum Rezeptionserleben*. Koblenz: Universität Koblenz-Landau.
- Baranowski, Tom, Baranowski, Janice, Cullen, Karen W., Marsh, Tara, Islam, Noemi, Zakeri, Issa, u. a. (2003): Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (1), S. 52–61.
- Barth, Jürgen, Bengel, Jürgen (1998): *Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung*. Köln: Bundesverband für gesundheitliche Aufklärung.
- Bartsch, Anne, Schneider, Frank M. (2014): Entertainment and politics revisited: How non-escapist forms of entertainment can stimulate political interest and information seeking. *Journal of Communication*, 64 (3/2014), S. 369–396.
- Bauer, Thomas A. (o. J.): Heinz Bonfadelli/Thomas Friemel: Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich Grundlagen und Anwendungen. *Publizistik*, 51 (4), S. 521–522.
- Begrifflexion - Gesundheit* (o. J.): Online verfügbar unter URL: <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Begriffslexikon/Gesundheit> [04.03.2015].
- Belz-Merk, Martina (1995): *Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit: die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*. Frankfurt am Main ; New York: P. Lang.
- Bergler, Reinhold, Hoff, Tanja (2002): *Genuss und Gesundheit : [psychologische Bedeutungen von Genuss, ..., Genussmittel, Genussfähigkeit, Persönlichkeit und Lebensqualität]*. Köln: Kölner Univ.-Verlag.

- Berry, Dianne (2007): *Health communication theory and practice*. Maidenhead: Open University Press
Online verfügbar unter URL: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=316252>
[21.04.2016].
- BMG - Anti-Rauch Kampagne: *Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO!* (o. J.): Online verfügbar unter URL:
http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/Anti_Rauch_Kampagne_Leb_d_ein_Leben_Ohne_Rauch_YOLO_ [17.04.2016].
- BMG - ERNÄHRUNG KANN WAS – *schon kleine Schritte bringen Erfolge*: Online verfügbar unter URL:
http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/2009_2013/ERNAeHRUNG_KA_NN_WAS_schon_kleine_Schritte_bringen_Erfolge [17.04.2016].
- BMG - *Masern sind kein Kinderspiel* (o. J.): Online verfügbar unter URL:
http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/Masern_sind_kein_Kinderspiel_ [02.02.2015].
- Bonfadelli, Heinz (1994a): *Die Wissensklufperspektive. Massenmedien und gesellschaftliche Information*. Konstanz: Ölschläger.
- Bonfadelli, Heinz (1994b): *Die Wissenskluf-Perspektive: Massenmedien und gesellschaftliche Information*. Konstanz.
- Bonfadelli, Heinz, Friemel, Thomas N. (2010): *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich*. (2. Aufl.). Konst: UVK Verlagsgesellschaft.
- Bonfadelli, Heinz, Friemel, Thomas N. (o. J.): Medienwirkungsforschung. In: *Medienwirkungsforschung* (4. Aufl.). Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft.
- Brennan, Linda, Binney, Wayne (2010): Fear, guilt and shame appeals in social marketing. *Journal of Business Research*, (63), S. 140–146.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999): *Prävention durch Angst - Stand der Furchappellforschung*. (Bd. 4). Köln: Böhm Mediendienst GmbH.
- Clarke, P. (1973): *New models for mass communication research*. Beverly Hills, CA: SAGE Verlag.
- Colletti, G., Supnick, J.A., Payne, T.J. (1985): The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, (7), S. 249–260.
- Collins, Allan M., Loftus, Elizabeth F. Loftus (1975): A Spreading-Activation Theory of Semantic Processing. *Psychological Review*, (82, Nr. 6), S. 407–428.
- Conditte, Mark M., Lichtenstein, Edward (1981): Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (5), S. 648–658.

- Doppler, Birgit (2010a): Gesundheitskommunikation. Online verfügbar unter URL: <http://othes.univie.ac.at/10808/>.
- Doppler, Birgit (2010b): Gesundheitskommunikation. Online verfügbar unter URL: <http://othes.univie.ac.at/10808/>.
- Duden Onlineportal (o. J.): Online verfügbar unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Kampagne> [23.06.2014].
- Dunlop, Sally M., Wakefield, Melanie, Kashima, Yoshihisa (210n. Chr.): Pathways to Persuasion: Cognitive and Experimental Responses to Health-Promoting Mass Media Messages. *Communication Research*, (37), S. 133–164.
- Eder, Anselm (1991): *Gesundheitsverhalten als Lebensstil. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte – Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz*. Wien.
- Endean, T. R., Rifkin, J. (1975): Isolation of different types of nematocyst from the cubomedusan *Chironex fleckeri*. *Toxicon: Official Journal of the International Society on Toxinology*, 13 (5), S. 375–376.
- Entman, Robert M. (2004): *Projections of Power. Framing News, public opinion and U.S. foreign policy*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Entman, Robert M. (o. J.): *University of Chicago Press*, S. 26
- Esser, Frank (o. J.): Heinz Bonfadelli: Medienwirkungsforschung I: Grundlagen und theoretische Perspektiven; Heinz Bonfadelli: Medienwirkungsforschung II: Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. *Publizistik*, 45 (2), S. 245–247.
- Expressive Ungleichheit Zur Soziologie der Lebensstile* (1989): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Online verfügbar unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:1111-20120530551> [20.04.2016].
- Fox, Karen F.A., Kotler, Philip (1980): Marketing of Social Causes: The First 10 Years. *Journal of Marketing*, (44/4), S. 24–33.
- Fritz, Marlene (2004): *Innovative Strategien in der Gesundheitskommunikation*. Online verfügbar unter URL: <http://ubdata.univie.ac.at/AC04303202>.
- Fromm, Bettina, Baumann, Eva, 1974-, Lampert, Claudia, 1972- (2011): *Gesundheitskommunikation und Medien*. (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Online verfügbar unter URL: http://deposit-d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3478494&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.
- Gesundheit und Gesundheitsförderung* (2015, 1. Juni): Online verfügbar unter URL: http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung.

- Gleich, Uli (2014): Funktionen und Motive der Mediennutzung. *Media Perspektiven*, (11), S. 573
- Gottschlich, Maximilian, 1948- (1998): *Sprachloses Leid*. Wien [u.a.]: Springer Online verfügbar unter URL: <http://media.obvsg.at/AC02362496-1001>.
- Grau, Alexander (o. J.): Heinz Bonfadelli und die Wissenslücke. *Magazin tv diskurs*, (66), S. 63–67.
- Gredler, Brigitte (1984): *Gesundheit, Krankheit, Lebensstil: Daten zur epidemiologischen Situation in Österreich sowie Anmerkungen zur Intervention*. (1. Aufl.). Wien: Facultas.
- Gwaltney, Chad J, Metrik, Jane, Kahler, Christopher W, Shiffman, Saul (2009): Self-Efficacy and Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23 (1), S. 10.
- Hurrelmann, Klaus (2000): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. (4. Aufl.). Weinheim/München,
- Hurrelmann, Klaus (2003): *Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. (5. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Hüter-Becker, Antje, Dölken, Mechthild, Bertram, Andreas M. (Hrsg.) (2008): *Prävention*. Stuttgart: Thieme
- Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014* (2015): Statistik Austria. Die Informationsmanager.
- Köhler, Thomnas, Kahnwald, Nina (o. J.): *Informationsbezogene Mediennutzung Jugendlicher und Senioren in (Online-)Communities*. Tagungsband. Dresden: Technische Universität Dresden.
- Kotler, Philipp, Roberto, Eduardo (1991): *Social Marketing*. Wien/New York/Stuttgart: Econ Verlag.
- Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2004): (1. Aufl.). Bern [u.a.]: Huber Online verfügbar unter URL: <http://media.obvsg.at/AC04041593-1001>.
- Leppin, Anja (1994): *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Lewis, Robert J., Tamborini, Ron, Weber, Réne (2014): Testing a dual- process model of media enjoyment and appreciation. *Journal of Communication*, 64 (3/2014), S. 397–416.
- Litt, Mark D. (1988): Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), S. 149–160.
- Loss, J., Nagel, E. (2010): Social Marketing - Verführung zum gesundheitsbewussten Verhalten? *Gesundheitswesen*, (72), S. 54–62.
- Lüdtke, Hartmut (1989): *Expressive Ungleichheit: zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Leske + Budrich.

- Makar, A. B., McMartin, K. E., Palese, M., Tephly, T. R. (1975): Formate assay in body fluids: application in methanol poisoning. *Biochemical Medicine*, 13 (2), S. 117–126.
- McGinniss, Joe (1988): *The selling of the President*. New York, N.Y., U.S.A: Penguin Books
- Mediennutzung als Soziales Handeln* - Springer (o. J.): Online verfügbar unter URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-322-83571-0_20#page-1 [17.04.2016].
- Merten, Klaus, Merten, Klaus (2007): *Grundlagen der Kommunikationswissenschaft*. (3. Aufl.). Berlin: LIT-Verl
- Moderne Gesundheitskommunikation* (2001): (1. Aufl.). Bern [u.a.]: Huber Online verfügbar unter URL: <http://media.obvsg.at/AC03322957-1001>.
- Mullen, P.D., Simons-Morton, D.G., Ramirez, G., Frankowski, F., Green, L.W., Mains, D.A. (1997): A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Education and Counseling*, 32, S. 157–173.
- Oberender, Peter O., Zerth, Jürgen (2010): *Wachstumsmarkt Gesundheit: mit 5 Tabellen*. (3., grundlegend überarb. und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (o. J.): Online verfügbar unter URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [03.05.2015].
- Price, S., Tewskbury, D. (1997): News values and public opinion: A theoretical account of media priming and framing. *Progress in the communication sciences*, (13), S. 173–212.
- Puchner, Sandra Martina (2010): *Einfluss der Nikotinabhängigkeit auf den Lebensstil und das damit verbundene Gesundheitsverhalten*. Online verfügbar unter URL: <http://othes.univie.ac.at/10966/>.
- Raithel, Jürgen (2011): *Jugendliches Risikoverhalten: Eine Einführung*. (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Roger, Everett, Storey, John (1987): Communication Campaigns. In: Charles R. Berger, Steven H. Chaffee (Hrsg.): *Handbook of communication science* (S. 817–846). Beverly Hills: Sage publications.
- Rosenstock, I. M. (1966): Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), S.94–127.
- Roski, Reinhold (Hrsg.) (2009): *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Online verfügbar unter URL: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-91476-3> [20.02.2016].
- Schemer, Christian (2013): Priming, Framing, Stereotype. In: *Handbuch der Medienwirkungsforschung* (S. 154–169). Wiesbaden: Springer Verlag.

- Schütz, Alfred, Luckmann, Thomas (2003): *Strukturen der Lebenswelt*. (1. Aufl.). Stuttgart: UVK Verl.-Ges.
- Schwarzer, Ralf (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schweiger, Wolfgang, Fahr, Andreas (Hrsg.) (2013): *Handbuch Medienwirkungsforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Singer, D.G., Singer, J.L. (2011): *Handbook of Children and the Media*. SAGE Publications Online verfügbar unter URL: <https://books.google.at/books?id=ACJzAwAAQBAJ>.
- Snyder, Leslie B., Hamilton, Mark A. (2002): A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In R. Hornik (Ed.), (pp. 357–383). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. In: *Public health communication: Evidence for behavior change* (S. 357–383). Hillsdale.
- Snyder, Leslie B., Hamilton, Mark A., Mitchell, Elizabeth W., Kiwanuka-Tondo, James, Fleming-Milici, Fran, Proctor, Dwayne (2004): A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health Communication*, (9), S. 71–96.
- Ströbl, Veronika (2007): *Überprüfung des Stufenkonzepts im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung am Beispiel sportlicher Aktivität*. Würzburg.
- Süss, Daniel, von Arx, Christine, Marxer, Manuela (2002): *Kommunikationsstrategien in der Gesundheitsförderung - Eine Studie zur optimalen Gestaltung von Botschaften in Gesundheitsförderungskampagnen*. Schlussbericht. Zürich: Hochschule für Angewandte Psychologie.
- Thomas, William I. (1937): *Primitive Behavior: An Introduction to the Social Science*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Voth, Jenny (2008): *Informationssuche in der Gesundheitskommunikation: Zur theoretischen Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Wagner, M. V. (1975): [The women don't know how to talk in Mexico]. *L'Infirmière Canadienne*, 17 (9), S. 28–29.
- Waller, Heiko (2007): *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis*. (6., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinberg, Robert S, Hughes, Howard H, Critelli, Joseph W, England, Ronald, Jackson, Allen (1984): Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of research in personality*, 18 (3), S. 352–358.

- Weinstein, ND, Rothman, AJ, Sutton, SR (1998): Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, (18 (3)), S. 290–9.
- Weißmayer, Romana (2009): „Gesunde“ Kommunikationskampagnen - eine geschlechterspezifische, empirische Untersuchung der Anforderungen und Bedürfnisse der gewählten Zielgruppe, an erfolgreiche Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Wien.
- Wiebe, G.D. (1951): Merchandising Commodities and Citizenship on Television. *Public Opinion Quarterly*, (15 (1951/1952)), S. 679–691.
- Wipplinger, Rudolf, Amann, Gabriele (1998): *Gesundheitsförderung: ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Wolf, Andrea, Mandl, Hermine (2005): *Trotzdem gesund. Ein Literaturbericht*. Wien.
- Zaltman, Gerald, Vertinsky, Ilan (1971): Health Service Marketing: A Suggested Model. *Journal of Marketing*, (35/3), S. 19–27.

ANHANG

Presstext: Anti-Rauch Kampagne: YOLO! Leb' dein Leben. Ohne Rauch.

BMG, FGÖ und Hauptverband präsentieren Tabakpräventionsinitiativen

Wien (OTS) – „Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO!“ So lautet der Slogan der Tabakpräventionsinitiative für 10-14-Jährige, die BMG und FGÖ heute, Donnerstag, anlässlich des WeltnichtraucherInnen-Tages am 31. Mai gemeinsam präsentiert haben.

„Zehn Prozent der Österreicherinnen und Österreicher haben vor ihrem 15. Geburtstag mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen. Das hat eine Erhebung der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2012 ergeben. Dieselbe Studie zeigt, dass Österreich beim niedrigsten Einstiegsalter den traurigen Platz 8 innerhalb der EU-27 einnimmt. Ich habe es mir zum Ziel gesetzt, das zu ändern. Deshalb habe ich eine Tabakpräventionsinitiative für Kinder- und Jugendliche in Auftrag gegeben, die wir heute stolz präsentieren“, sagt Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser. Unterstützt wird die Kampagne von der österreichischen Rockband The Makemakes, die Österreich beim diesjährigen Song Contest vertreten haben. „Wir rauchen nicht! Zero points für den blauen Qualm“, scherzen die jungen Musiker.

Nach der erfolgreichen Einigung über das generelle Rauchverbot in der Gastronomie legt das BMG nun den Schwerpunkt auf die Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen. „Ziel der Initiative ist es, den Einstieg ins Rauchen so früh wie möglich zu verhindern. Zielpublikum sind also 10-14-Jährige. Wichtig ist mir dabei, dass die Kampagne die Sprache und die Medien der Jugendlichen aufgreift und auf Partizipation setzt. Nicht mit dem erhobenen Zeigefinger wollen wir unsere Kids vom Rauchen abhalten, sondern durch Kommunikation auf Augenhöhe und selbstbestimmte Partizipation“, erklärt Oberhauser.

Die Abkürzung „YOLO“ als Teil des Slogans der Präventionsinitiative ist der Jugendsprache entnommen. „YOLO“ kommt aus dem Englischen und bedeutet "You Only Live Once", zu Deutsch „Du lebst nur einmal.“ Mit diesem Spruch fordern sich Jugendliche dazu auf, eine Chance zu nutzen. „YOLO“ bringt die Essenz des jugendlichen Lebensgefühls zum Ausdruck, nämlich das Leben im Hier-und-Jetzt.

Zwtl.: Mehr als eine klassische „Anti-Rauch“-Werbekampagne

Die Umsetzung der Tabakpräventionsinitiative erfolgt nach den neuesten Erkenntnissen der Gesundheitsförderung und setzt darauf, die 10-14-Jährigen in ihrer Entscheidungsfindung

beim Thema Rauchen zu stärken: selbstbestimmt, partizipativ und auf Augenhöhe. Mit ihrem vorrangigen, alltäglichen und allgegenwärtigen Kommunikationsmittel: dem Handy.

Christoph Lagemann, Vorstandsvorsitzender der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung: „Es ist mehrfach bewiesen, dass eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen geeignet ist, die RaucherInnenzahl zu senken. Was in anderen Ländern funktioniert hat, wird auch hierzulande seine Wirkung nicht verfehlen. Aus Sicht der österreichischen Suchtprävention ist es deshalb erfreulich, dass neben den verhältnispräventiven Maßnahmen mit dieser Initiative Jugendliche in ihrer Entscheidung nicht zu rauchen unterstützt werden.“

Die Tabakpräventionsinitiative „Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO!“ ist im Sinne der Gesundheitsförderung viel mehr als eine klassische „Anti-Rauch“-Werbekampagne. Die Initiative setzt auf mehrere Handlungsstränge und Ebenen. Sie umfasst: Ein spielerisches „WhatsApp“-Handy Tool, Wettbewerbe und Events sowie nachhaltige Tabakpräventionsarbeit in der Schule.

„Wir wollen die Kinder und Jugendlichen da abholen, wo sie sind: in ihren Gruppen im Internet genauso wie in der Schule“, so Dr. Klaus Ropin, Leiter des Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. „Zusätzlich zum mobilen, spielerischen Zugang haben wir es geschafft, mit unseren Partnerinnen und Partnern ein qualitätsgesichertes, ganzheitliches Lebenskompetenzprogramm auf die Beine zu stellen, das inhaltlich voll und ganz dem Konzept der modernen Gesundheitsförderung entspricht.“

Zwtl.: „Dein Bild als Vorbild“ - Die aktuelle Kampagne des Hauptverbandes zur Tabakprävention und -entwöhnung für Erwachsene

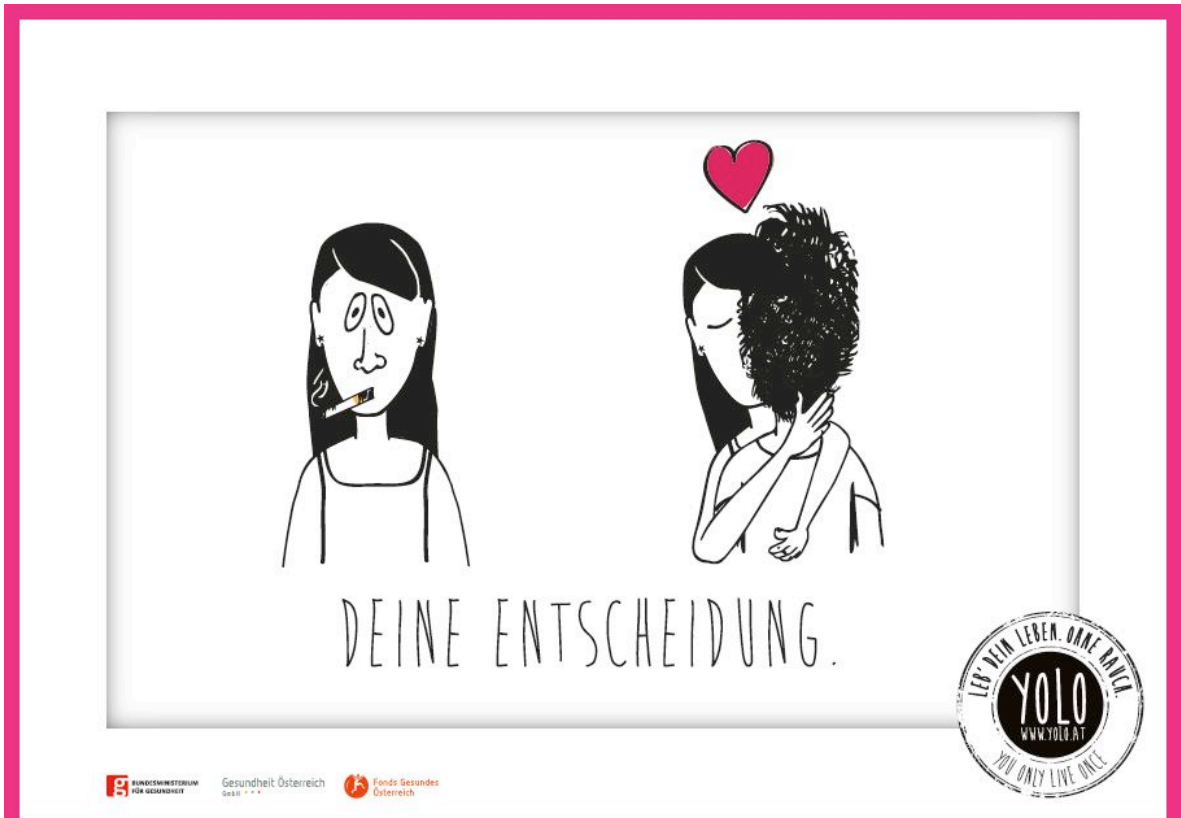
Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger setzt – schon traditionell zum WeltnichtraucherInnen-Tag – auf die Kampagne für das Rauchfrei Telefon. Unter vorbild.rauchfrei.at werden nicht(mehr)rauchende Vorbilder ins Bild gerückt. In einem Online-Video, das augenzwinkernd das Teleshopping-Format nützt, präsentieren

Schauspielerinnen Verena Scheitz und Medizin-Kabarettist Ronny Tekal das kostenlose Angebot des Rauchfrei Telefons. Diese motivierende Kampagne holt erfolgreiche Ex-Raucherinnen und Nichtraucher vor den Vorhang. „Wir wollen Menschen davon überzeugen, rauchfrei zu werden und bleiben“, so Martin Schaffenrath, stellvertretender Vorsitzender des Verbandsvorstandes im Hauptverband, „und wir hoffen, viele nichtrauchende Menschen helfen uns dabei durch ihr Mitmachen und Teilen dieser Kampagne!“

In der „Galerie der Vorbilder“ ist man in guter Gesellschaft erfolgreicher Nicht- und Ex-RaucherInnen, wie Robert Palfrader, Reinhard Nowak und Fifi Pissecker. Dieses humorvolle Video im überspitzten Teleshopping-Stil soll mit Freundinnen und Freunden und Social Media Kontakten über facebook, Twitter, Google+ oder per Mail geteilt werden. Das Rauchfrei Telefon ist natürlich auch für Jugendliche da – oder deren Eltern, die wissen wollen, wie sie mit ihren Kindern übers Nichtrauchen reden sollen. Österreichweit kooperieren insgesamt 25 Partner (Bundesländer, Sozialversicherungsträger und BMG) für die Finanzierung dieses Services. Betreiberin des Rauchfrei Telefons ist die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse.

Die Initiative „Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO!“ läuft von Mai bis Dezember 2015 online über www.yolo.at und auf facebook; für Kinder und Jugendliche vorrangig über die Nachrichten-App „WhatsApp“ und in den Schulen. Eltern werden bei Informationsabenden in den Schulen erreicht, alle Erwachsenen über Arztpraxen und Apotheken informiert. Das Rauchfrei Telefon ist GANZJÄHRIG und kostenfrei unter der Nummer 0800 810 013 für Rauchstoppwillige und Ratsuchende erreichbar.

Sujets „YOLO – Leb‘ dein Leben ohne Rauch“



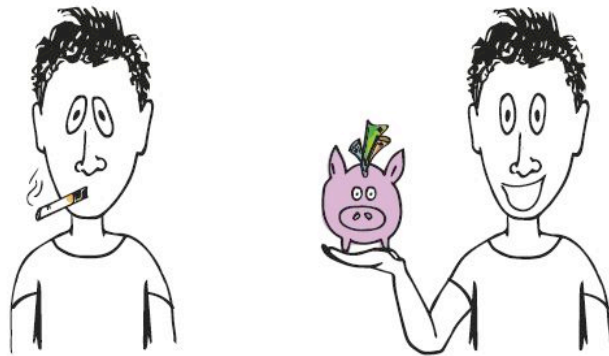


DEINE ENTSCHEIDUNG.



DEINE ENTSCHEIDUNG.

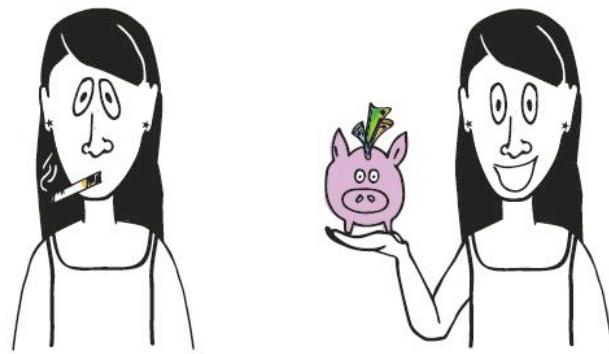




DEINE ENTSCHEIDUNG.



Gesundheit Österreich
Gesundheit Österreich



DEINE ENTSCHEIDUNG.



Gesundheit Österreich
Gesundheit Österreich





B BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit Österreich
GEHT ...

F Fonds Gesundes
Österreich



B BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Gesundheit Österreich
GEHT ...

F Fonds Gesundes
Österreich

Presstext : „Ernährung kann was“

PK Ernährungskampagne mit Bundesminister Alois Stöger

Die Ernährungskampagne des Gesundheitsministeriums

ERNÄHRUNG KANN WAS – schon kleine Schritte bringen Erfolge

Der im April präsentierte Österreichische Ernährungsbericht hat aufgezeigt, dass die Ernährung von Frau und Herrn Österreicher verbesserungswürdig ist. Es wird zu fett und zu salzig gegessen, Kinder essen zu viel Süßes und wir alle zu wenig Ballaststoffe. Jedes fünfte Kind hat bereits ein zu hohes Körpergewicht, jeder zweite Mann und jede dritte Frau ist übergewichtig. Gleichzeitig ist bei einigen Vitaminen und Mineralstoffen, wie z.B. Kalzium, die Zufuhr unbefriedigend. Alkohol spielt beim zunehmenden Übergewicht auch eine wichtige Rolle, denn Alkohol liefert „leere Kalorien“. Gut ein Drittel trinkt zudem Alkoholgengen, die für die Gesundheit bedenklich sind.

Fehl- und Überernährung haben vielerlei Ursachen. Die Verhältnisse (Zugang zu gesunder Ernährung, Angebotsverbesserungen, Rezepturen von Produkten etc.) und das eigene Verhalten spielen hier gleichermaßen eine Rolle. Es muss daher auf mehreren Ebenen angesetzt werden. Ein wesentlicher Punkt ist jedenfalls Ernährungsbildung, **am besten spielerisch und partizipativ, damit nachhaltig Ernährungskompetenz vermittelt wird**. Die Infokampagne des Gesundheitsministeriums ist ein Baustein auf diesem Weg.

Die Kampagne soll Lust auf gesundes Essen machen und vermitteln, dass es **für Jede und Jeden zu schaffen** ist. Wir möchten aufzeigen, wie einfache Änderungen im Essalltag gelingen und motivieren, am besten gleich heute damit anzufangen. Es bedarf dazu keiner exotischen Produkte oder teurer Hilfsmittel. Es bedarf keiner speziellen Diät und es gibt auch keine strengen Verbote.

Es wurden für die Kampagne vier Themen gewählt, wo die Defizite in Österreich groß sind: Obst und Gemüse, Milchprodukte, Alkohol und die „richtige Aufteilung“ am Teller

1. Obst & Gemüse

Die von der WHO und vielen Ernährungsgesellschaften empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag werden von den ÖsterreicherInnen gerade mal zur Hälfte erfüllt. Gleiches gilt für Getreideprodukte und stärkeiche Lebensmittel. Jede/r zweite Österreicher/in kennt die Aktion „5x

am Tag“. Bemüht, sie umzusetzen, ist aber nur jede/r Fünfte. „Bemüht“ wiederum bedeutet, dass der Anteil derer, die es tatsächlich umsetzen, noch geringer ist.

2. Milchprodukte

Männer verzehren nur die Hälfte der empfohlenen Menge pro Tag, Frauen immerhin fast zwei Drittel. Milch- und Milchprodukte sind in unseren Breiten die wichtigsten Kalziumlieferanten. Kalziummangel gilt als ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Osteoporose. Im Schnitt erkrankt jede dritte Frau und jeder sechste Mann jenseits der 50 an Osteoporose. Das damit einhergehende höhere Risiko für Knochenbrüche stellt auch ein volkswirtschaftliches Problem dar. Laut Österreichischer Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie betragen die Kosten der medizinischen Versorgung (OP und Spitalsaufenthalt) einer Oberschenkelhalsfraktur aktuell etwa 12.500 Euro. Bei 14.000 Schenkelhalsfrakturen jährlich in Österreich resultieren daraus Kosten von 175 Millionen Euro pro Jahr. Bei entsprechender Kalziumzufuhr wären viele dieser Verletzungen und somit Kosten für das Gesundheitssystem vermeidbar.

3. Alkohol

Exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholismus sind in Österreich Gesundheitsrisiken ersten Ranges. 11 % der erwachsenen ÖsterreicherInnen konsumieren Alkoholmengen, die ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen. Weitere 18 % der erwachsenen ÖsterreicherInnen konsumieren Alkoholmengen, die für die Gesundheit bedenklich sind. Das sind zusammen rund ein Drittel der Bevölkerung. Vergleicht man die Getränkewahl der ÖsterreicherInnen mit dem Body Mass Index (BMI), zeigt sich, dass mit dem Alkoholkonsum der BMI steigt.

4. Die richtige Verteilung am Teller

Die „Drittellösung“ am Teller hilft bei den „klassischen Mahlzeiten“, die Ernährungsempfehlungen umzusetzen. Zumindest ein Drittel des Tellers soll für Gemüse reserviert sein, ein weiteres Drittel für eine stärkehaltige Beilage (Reis, Nudeln, Erdäpfel). So bleibt auch für die Eiweißlieferanten Fleisch bzw. Fisch oder auch einmal Hülsenfrüchte genug Platz übrig. Derzeit sieht's bei den meisten noch so aus, dass die Fleischportion zu groß und die Gemüseportion zu klein ist.

Fast die Hälfte der „verlorenen Lebensjahre in Gesundheit“ entfallen auf Erkrankungen, bei denen die Ernährung eine wesentliche Rolle spielt. Interventionen und Investitionen in diesem Bereich zahlen sich doppelt und dreifach aus. Daher auch diese Ernährungskampagne des BMG.

Eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist möglich, bedeutet keinen Verzicht, ist genussvoll und – was ganz wesentlich ist - **vor allem im Alltag auch umsetzbar** – dies soll durch diese Kampagne witzig

und in einfach zu merkenden Botschaften, mit Tipps und Anregungen, vermittelt werden.

Der Einfluss des Lebensstils auf die Gesundheit ist enorm. Personen, die sich gesund ernähren, einen BMI von unter 30 haben, nicht rauchen und sich regelmäßig bewegen (mindestens 3,5 Stunden in der Woche), haben ein deutlich geringeres Risiko, an Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs zu erkranken - Erkrankungen, die mit enormem individuellen Leid und beträchtlichen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind. Nur jede/r Zehnte hat einen solchen gesunden Lebensstil – hier liegt also noch viel Arbeit vor uns. Eine Arbeit aber, die sich lohnt, denn neun von zehn Diabetesfällen, acht von zehn Herzinfarkten, jeder zweite Schlaganfall und jeder dritte Krebsfall wären grundsätzlich vermeidbar! Jeder einzelne Lebensstilfaktor für sich bringt schon eine Risikosenkung, kombiniert kommt es zu einer Potenzierung des Effekts.

Machen Sie es auch 5x am Tag?



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Ich mach's 5x am Tag und mein Mann macht mit!



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

„Keine Zeit für Frühstück, im Büro schnell ein Schokodörfel, mittags eine Wurstschüssel und abends vor dem Fernseher gemütlich ein Sackerl Chips. Souffigefähr sah mein Speiseplan bis vor wenigen Jahren aus. Gedanken über gesundes Essen kamen so selten wie das Christkind. Doch als ich am ersten Geburtstag unseres Bubas noch immer nichts anderes als meine Umstadochsen tragen konnte, läuteten die Alarmglocken. Ich wollte Felix eine väterliche Mama und kein schlechtes Vorbild sein! Mein Mann Klaus war anfangs skeptisch, bis es endlich täglich Obst zum Frühstück, abends oft bunte Salate oder Gemüsepizza und vor dem Fernseher Karotten- und Kohlschiffchen statt Chips gab. Mit der Zeit freundete sich auch er mit meinen Gemüsekräften an, da er sein Bauch wurde wie meine sichtbar kleiner. Heute führen wir uns beide viel wohler als früher. Ungenügendes Völlgefühl und Verstopfung kenne ich nicht mehr.“



2 Portionen Obst
und 3 Portionen
Gemüse täglich
sind das Beste für
Ihre Gesundheit. Ihre
Gemüsekräften an, da er sein Bauch wurde wie meine sichtbar kleiner. Heute führen wir uns beide viel wohler als früher. Ungenügendes Völlgefühl und Verstopfung kenne ich nicht mehr.“

Faust ist das Maß: Eine Faustgroße Menge entspricht 1 Portion Obst oder Gemüse.

- 5 gute Gründe, um ab heute mehr Obst und Gemüse zu essen:
1. Wenige Kalorien – das hält schlank oder hilft beim Abnehmen.
2. Vitamine, Mineralstoffe und sekundäre Pflanzenstoffe machen widerstandsfähiger und leistungsfähiger.
3. Jede Portion ist ein einzigartiger Mix an Schutzstoffen für Herz und Hirn.
4. Das B-Vitamin Folsäure steuert die Zell-erneuerung.
5. Ballaststoffe bringen die Verdauung in Schwung und machen satt.

SO GELINGT'S:

- Greifen Sie täglich ordentlich zu an der Salat- und Gemüsetheke in der Kantine oder im Gasthaus. Verdoppeln Sie die bisher gewohnte Portion.
- Stellen Sie eine Obstschüssel in Sicht- und Greifweite. Werten, das Sie (und alle anderen) gerne zugreifen! Obst hilft auch perfekt gegen den lästigen Hunger zwischenmahlchen. Immer nur Wurst oder Käse am Brot ist doch langweilig.
- „Beleben“ Sie sich und Ihr „täglich Brot“ mit Radleschichten, Cocktailtomaten, Karottenscheiben oder Paprikastreifen.
- Eine Handvoll Nüsse – pur und ungeröstet – hilft unterwegs über Leistungsstöße und ersetzt eine Portion Obst.
- Sie mischen Spinat mit Spiegelei und Erdäpfeln? Perfekt.
- Ein halbes Packerl Cremespinat bringt 3 Gemüseportionen auf einmal – und diese Powermahlzeit ist zudem rasch zubereitet.
- Abund und zuzin Glas Obst- oder Gemüsesaft ersetzt eine der 5 Portionen.
- Motivieren Sie doch Kollegen, bilden Sie ein „5x-Team“.
- Jeden Arbeitstag bringt er anderen für den Nachschub an Obst und Gemüse.

Essen Sie Obst und Gemüse – Ihrem Herzen zuliebe!

Wissenschaftliche Studien belegen eindeutig: Wer mehrmals täglich zu Gemüse und Obst greift, hat mehr vom Leben und schütz Herz, Hirn und Blutgefäße. Der aktuelle österreichische Ernährungsbericht zeigt, dass wir hier noch großen Aufholbedarf haben. Beginnen Sie daher heute noch – schon bei Ihrer nächsten Mahlzeit!



Mit herzlichen
Empfehlungen
Ihr Gesundheits-
minister
Abis Stöger

Schaffen Sie es auch schon **3x** am Tag?



Ich schaff's **3x** am Tag. Das hätte ich mir früher nie vorstellen können!



„Milk? Das ist was für Babys. Dachte ich, ein kerngesunder Mann, den weißen Kuhsaft trinken? Im Vorjahr lieferte mein Vater mir einen guten Grund – sein kleiner Sturz über eine Treppenkante hätte böse Folgen: Oberschenkelhalsbruch. Trotz Operation und Reha kann er nicht mehr schmerzfrei gehen. Die Ärzte sagen, die Osteoporose sei schuld. Das gab mir zu denken. Ich will in 25 Jahren auch noch starke Knochen haben. Heute weiß ich, dass Milch viel knochenstärkendes Kalzium enthält. Auch das Argument, die Chinesen trinken keine Milch und haben keine Osteoporose, zählt nicht. Denn Asiaten essen viel kalziumreiches Gemüse und bewegen sich mehr im Freien. Das schützt die Knochen auch. Eigentlich ist es ganz einfach, genug Kalzium zu essen. Zum Frühstück gibt es bei uns nun Müsli mit Joghurt oder Käsebröt. Im Büro trinke ich ein Packerl Buttermilch, weil mir die Fruchthighurt zu süß sind. Und in den toten Aufläufen von Lisa gibt's immer wieder warmen Taggeln oder eine herrliche Käsekruste.“

SIE MÜSSEN NICHT MILCH TRINKEN.

UM MILCH ZU GENIESSEN:

- Selbstgebackener Pudding aus Halbfettmilch ist im Nu fertig und auch mit der halben Zuckermenge angenehm süß.
- Gießen Sie sich täglich ein Glas Sauer- oder Buttermilch – schmeckt überraschend herrlich erfrischend.

SAUER- ODER BUTTERMILCH – SCHMECKT ÜBER- RASCHEND HERRLICH ERFRISCHEND.

AUF PATIENTEN UND FEINE SAUCEN VERZICHTEN BINGT DER HERZ- GESUNDHEIT VIEL MEHR ALS EIN KISSENGRÜCK.

FRUCHTHIGHURTS SIND MEIST SEHR GESCHMACKT – STRECKEN SIE TUT IHN NACH DER HAARJOGHURT.

HÜTEN SICH MIT 3 EISSÖßLEN MUSKELN UND 2 GEWÜRTEL- NEN – EIN LEICHTER MITTAGSRECK STATT DER WURSTSAMMEL.

KINDER LIEBEN MILCHEN. SCHMECKT HERRLICH MIT MANDELSPIT- ZEN UND FISCHEN ODER AUFGETAUNEN HIMBEEREN!

DER MICROWELLE KURZ ZUFÜHRIG GESCHMOLZEN WIRD. VOLLKOMMENES UND HALBEIMILCH SIND EIN TOLLES TEAM FÜR KÖSLICHEN MILCHREIS. SCHMECKT HERRLICH MIT MANDELSPIT- ZEN UND FISCHEN ODER AUFGETAUNEN HIMBEEREN!

WUSSTEN SIE, DASS EINE MILCHZUCKER- UNVERTRÄGLICHKEIT NUR MIT EINEM H₂- ATEMTAST FESTGESTELLT WERDEN KANN? FRAGEN SIE IHREN ARZT!

5 GUTE GRÜNDE, UM AB HEUTE 3x MILCH- PRODUKTE ZU TRINKEN:

1. Der Knochenmineralstoff Kalzium lässt uns lange aufrecht gehen.
2. Jeder Muskel braucht zum Arbeiten Kalzium.
3. Milch steckt voller Vitamin B2 und B12, die uns vor 2. und 3. Grades Hauterkrankungen wie Psoriasis, Schuppenflechte und Haarausfall schützen.
4. Milchsaure aus Sauermilchprodukten hilft der Verdauung auf die Sprünge.
5. Kalzium hilft mit, den Blutdruck in guten Bereich zu halten.

Milchprodukte leisten mehr als nur Knochen- arbeit!

„Aus Studien wissen wir: Mit Milchprodukten wagt man seine Knochen für ein langes aktives Leben und hilft mit, den Blutdruck im grünen Bereich zu halten. 3x täglich zu Milch, Joghurt oder Käse zu greifen unterstützt Ihre Gesundheit. Es lohnt sich auch für mehr Weiß & Glanz Ihrer Ernährung. Am besten gleich ab Heide!“



**Ministerpräsident
Alois Stöger**
Empfehlungen
für Gesundheits-
minister

Tun Sie es zumindest 2x wöchentlich?



MINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Wir tun's zumindest 2x wöchentlich!



MINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

„Lila und ich genießen das Leben. Zu einem schönen Essen gehört für uns ein gutes Glas Wein, zum gemütlichen Abendplausch oft ein Flaschenl-Bier. Mit den Jahren machen sich aber erste Spürsignale um der Bauch breit. Ein Freund, der super abgenommen hatte, rechnete uns eines Tages vor: Wenn Du an nur 3 Tagen pro Woche auf Deine Flasche Bier verzichtest, sparst Du im Jahr 22,860 Kalorien! Das sind 3 Kilos auf der Waage. Seither sind Montag und Dienstag unsere alkoholfreien Tage. Meine leichten Magenschmerzen sind weg und meine alten Lebenspläne passen mir auch wieder.“

VOM KIPPEN ZUM NIPPEN:

- Es muss nicht immer pur sein: Wein schmeckt nicht nur an warmen Tagen herrlich, wenn man ihn mit (viel) Soda spritzt. Stimmt! Bier mit Soda geschmezt.
- Wasser gegen den Durst trinken, Alkohol genießen! Am besten auch immer Wasser zum Gläschen Wein oder Bier trinken.
- Wer nach dem Sport 1/2 Stunde mit dem Alkohol wartet, regeneriert schneller.
- Gehirn und Leber reagieren im Alter auf Alkohol empfindlicher. Alkohol wird dann langsamer abgebaut. Ihr Körper profitiert in der zweiten Lebenshälfte ganz besonders vom genussvollen Alkoholgenuß.
- Vor allem für Frauen sind alkoholfreie Tage und bewusster weniger Alkohol als Männer.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt mindestens 2 alkoholfreie Tage pro Woche. Die Leber kann komplett ergriffen, die Schleimhäute in Mund, Speiseröhre, Magen und Darm erkranken.



2x „Alte“ – so gelingt's:

1. Wählen Sie Tage, an denen weder Gäste noch Feiern im Kalender stehen.
2. Zu zweit geht's leichter. Planen Sie mit Ihren Partnern sonntags die alkoholfreien Tage der nächsten Woche.
3. Eine Karne- Tee beim Fernsehen ist ein wehiger Genuss, nicht nur im Winter.
4. Verleumdete Säfte oder selbstgemachte Säfte bringen Abwechslung. Versuchen Sie einen Ingwer-Limon-Sirup. Warten, dass der auch bei Ihren Gästen gut ankommt!

Wer richtig genießt, hat mehr vom Leben!

„Ein Gläschen Wein ist etwas sehr Genussvolles. Genießen mit Maß lautet das gesunde Motto. Leider trinken viele Landwirte regelmäßig Mengen, die als gesundheitlich gefährlich gelten. Gehen Sie Ihrem Körper schon ab dieser Woche mindestens 2 Tage ganz ohne Alkohol. So können sich Leber, Herz und Magen wieder erholen!“



Mit herzlichsten Empfehlungen
Ihr Gesundheitsminister
Alois Stöger

Ingwer-Limon-Sirup: 1% volle geschälten Ingwer in Scheiben schneiden, mit dem Saft von 6 Limetten, 250 g Zucker und 1 Glas Wasser 15 Minuten kochen. Abschöpfen in eine Flasche füllen, im Kühlschrank 2 Wochen lagern. Mit Soda oder Wasser aufgeschüttelt trinken. Sirup daraus in nur einen kalten alkoholfreien Drink.

Mögen Sie es auch gerne zu dritt?



Am liebsten haben wir's zu dritt!



„Seit Felix' erstem Geburtstag will Lisa unsere Ernährung umstellen. Kannst Du gerne, sagte ich ihr, aber ohne mich! Mit gesundem Essen kannst Du nicht leben! Erst als ich merkte, dass sie ganz ohne Ditt fast nebenbei abnahm, wurde ich neugierig. Heute essen wir beide gar nicht so viel anders als früher – auch nicht weniger. Nur die Reaktionen am Teller haben sich geändert. Die „Ditt-Lösung“ ist unser Erfolgsgeheimnis. Mein geliebtes Schnitzel ess' ich nach wie vor. An den großen Gemüsesais dazu habe ich mich schnell gewöhnt. Jetzt ist es auch im Büro für mich ganz normal, zu jeder Schinkensammel ein paar Tomaten oder Radieschen zu essen. Schnecke auch wirklich gut – hätte ich nicht gedacht!“

50 FUNKTIONIERT'S:

- Mahlzeiten mit Fleisch oder Fisch: 2/3 des Tellers sind für Gemüse und die Stärkekollage reserviert.
- Rauseln Sie kein Kochen Ihrer Bologna-Sauce pro Portion zusätzlich eine Kartoffel unter Fleisch.
- Schneiden Sie ruhig dicke Brotstücken ab. Auch das gute alte „Doppeldackelbrot“ ist wieder modern – mit wenig Butter, Schinken oder Käse, reichlich Tomaten- oder Gurkenscheiben machen das Brot herrlich saftig.
- Auf die Leberkäsensammel wollen Sie nicht verzichten? Bestellen Sie nur 5 dag Leberkäse in die Semmel und essen Sie einen großen Paprika dazu.

Die „Ditt-Lösung“ für Ihren Teller:

1. Fleisch ist kein Muss, aber auch nicht verpönt. Maximal 3x pro Woche ein Stück in der Größe Ihres Handtellers – dann überlegen Sie sich, welche für die Gesundheit. Fisch bringt Omega-3-Fettsäuren für ungesunden Blutfluss. Mindestens 1x Fisch pro Woche wäre ideal. Auch auf Hüftenrische wie Linsen, Bohnen, pflanzliches Eiweiß und wertvolle Ballaststoffe!
2. Gemüsesais wird vom Statisten zum Hauptdarsteller. Wenige Kalorien schmeicheln der Figur, viele bioaktive Substanzen schützen die Körperzellen und Ballaststoffe pflegen das Ökosystem im Darm.
3. Stärkekollagen (Erdäpfel, Reis, Nudeln) machen satt, versorgen das Gehirn mit Energie und bringen das Glückshormon Serotonin in Bestform.

Wer drittelt, gewinnt!

„Das Vorurteil, gesunde Ernährung würde nicht schmecken, hält sich leider hartnäckig. Wer noch nie ausprobiert hat wie leicht und schmackhaft gesundes Essen sein kann, tut am besten gleich heute den ersten Schritt. Mit kleinen Änderungen wie der „Ditt-Lösung“ lassen sich große Vorteile für Ihre Gesundheit erzielen – ein einfaches Patentrezept für den bewussten Essakt!“



Mitherrschenden Empfehlungen
Ihr Gesundheitsminister
Alois Stöger

Presstext zur Kampagne „Masern sind kein Kinderspiel“

OTS0121 5 CI 0748 BMG0001 Mi, 22.Apr 2015

Gesundheit / BMG / WHO / Masern / Impfwoche **BMG und WHO: Masern-Elimination in Europa möglich und nötig!**

BMG- und WHO- ExpertInnen informieren über aktuelle Problemlage und Lösungsansätze

Wien (OTS) - Anlässlich der 10. Europäischen Impfwoche trafen in Wien ExpertInnen der WHO und des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen, um Wege zur Masern-Elimination in Europa zu diskutieren und über die aktuelle Problemlage sowie mögliche Lösungsansätze zu informieren. "Die Masern sind in ganz Europa wieder auf dem Vormarsch", stellt Mark Muscat vom WHO Regionalbüro für Europa fest. Doch: "Masern können ausgerottet werden", ist Abigail Shefer vom WHO Regionalbüro für Europa überzeugt. "Vor allem Personen, die im Gesundheitsbereich oder in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten, müssen ausreichend geimpft sein", fordert Günter Pfaff, Mitglied der Europäischen Regionalen Verifizierungskommission für die Eliminierung von Masern und Röteln beim WHO Regionalbüro Europa. "Wir werden alles daran setzen, das Risiko von Masernausbrüchen in Österreich weiter zu reduzieren. Wir werden unsere Ressourcen bündeln und noch enger mit allen Verantwortlichen zusammenarbeiten", erklärt Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten im BMG. ****

In der Europäischen Region der WHO wurden im vergangenen Jahr 16.156 Masernfälle registriert. Das ist zwar ein Rückgang der Fälle um 50 Prozent im Vergleich zu 2013 (etwa 32.000 Fälle), dennoch gibt es nach wie vor in einigen Ländern große Ausbrüche. In Österreich wurden zwischen 1. Jänner und 20. April 2015 bereits 147 Masernfälle gemeldet. Das sind mehr als im gesamten Jahr 2014 mit 117 Fällen. Sieben der neun Bundesländer sind betroffen (alle außer Vorarlberg und Burgenland), wobei die meisten Fälle von Niederösterreich (52%) und Oberösterreich (25%) gemeldet wurden. So gut wie alle Fälle wären durch eine Impfung vermeidbar gewesen.

Masern können ausgerottet werden!

Da der Mensch der einzige Wirt des Masernvirus ist, kann eine konsequent hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung von 95 Prozent die Virusübertragung stoppen und der Masernvirus eliminiert werden. "Wenn es in einem Land keine lokalen sondern nur mehr ‚importierte‘ Masernfälle gibt und dieser Status drei Jahre aufrecht erhalten werden kann, so gilt die Krankheit in diesem Land als eliminiert", erklärt die WHO-Expertin Shefer. "Was in anderen Ländern und Regionen möglich ist, kann auch in Österreich und in Europa erreicht werden", erläutert Shefer.

"Wir müssen gezielt die Impflücken in der Bevölkerung schließen, auf die strikte Einhaltung der Meldepflicht und eine ausführliche Dokumentation achten. Die Erkrankungen müssen möglichst schnell erfasst werden, um sofort nötige Reaktionen und Maßnahmen zur Kontrolle einzuleiten", so Shefer.

Masern sind eine hoch ansteckende Krankheit und sie können sowohl für Säuglinge, Kinder als auch für Jugendliche und Erwachsene schwerwiegende Folgen haben. In Österreich sind Impfungen gegen Masern im kostenlosen Kinderimpfprogramm enthalten. Es ist jederzeit - auch im Erwachsenenalter - möglich, diese Impfung an den öffentlichen Impfstellen in den Bundesländern kostenlos nachzuholen. Die Kosten für die Impfungen werden vom Bundesministerium für Gesundheit, den Sozialversicherungsträgern und den Ländern getragen.

Durchimpfungsrate nicht hoch genug - auch nicht bei Gesundheitspersonal und Erwachsenen!

Laut nationaler Impfstatistik liegt in Österreich die Durchimpfungsrate bei den zweijährigen Kindern in Abhängigkeit vom Geburtsjahrgang (2003-2011) zwischen 75 und 93 Prozent für zwei Dosen der MMR-Impfung (Masern-Mumps-Röteln). Um die notwendige Durchimpfungsrate für MMR von 95 Prozent in Österreich zu erreichen, startete das Bundesministerium für Gesundheit im Jänner 2014 die Kampagne „Masern sind kein Kinderspiel!“. "Mit dieser Kampagne konnten wir die Anzahl der ausgelieferten kostenfreien Masernimpfstoffe von 2013 auf 2014 um 23 Prozent steigern", freut sich Sektionsleiterin Rendi-Wagner. "Dennoch ist das Ziel, Masern und Röteln zu eliminieren, nach wie vor nicht erreicht", so Rendi-Wagner.

"Die aktuellen Masernausbrüche sind auch darauf zurückzuführen, dass vor 20 bis 30 Jahren die Durchimpfungsrate relativ gering war und daher viele Erwachsene heute keinen Impfschutz haben", erklärt Günter Pfaff, Mitglied der Europäischen Regionalen Verifizierungskommission für die Eliminierung von Masern und Röteln beim WHO Regionalbüro Europa und Leiter der Abteilung ‚Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung‘ beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg.

"Mehr als 40 Prozent der Betroffenen sind 20 Jahre oder älter. Leider arbeiten viele von ihnen im Gesundheitsbereich, wo wir uns mehr Bewusstsein für die Notwendigkeit eines Impfschutzes erwarten. Patientinnen und Patienten vertrauen darauf, dass sie in Gesundheitseinrichtungen nicht angesteckt werden", betont der WHO Experte Mark Muscat. "Das Gesundheitspersonal trägt die persönliche Verantwortung dafür, dass es nicht angesteckt wird und die ihm anvertrauten Personen nicht ansteckt und gefährdet," ergänzt Pfaff.

"In Gesundheitseinrichtungen muss künftig viel effizienter darauf geachtet werden, dass ungeimpft Personal keine gefährliche Infektionsquelle für ungeschützte Patientinnen und Patienten darstellt, wie

es leider im Rahmen der letzten Masernausbrüche wiederholt der Fall war", so die BMG-Sektionschefin Rendi-Wagner.

Weitere Informationen unter www.keinemasern.at . (Schluss)

Videobeitrag „Masern sind kein Kinderspiel“

