universität wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

Der Einfluss von Sport auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation

verfasst von / submitted by

Anna-Maria Schneider, 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:	Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 02. November 2016

Anna-Maria Schneider

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt **meinen Eltern**, die mir das Studium ermöglichten und seit Beginn an hinter mit standen und an mich glaubten. Die mich immer unterstützten, mich auch in schwierigen Phasen bestärkten und stolz auf mich sind.

Einen herzlichen Dank möchte ich auch **meinem Freund Allaeddin** aussprechen, der mir stets die nötige Kraft und Gelassenheit gegeben hat.

Ich danke euch von Herzen!

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 1

1.1 Erkenntnisaufriss Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation 2

1.2 Problemstellung und Forschungsschwerpunkt 3

1.3 Relevanz des Themas und Zielsetzung der Arbeit 6

2. Sport und Sportverhalten 8

2.1 Die Erscheinungsformen des Sports 8

2.1.1 Körperliche Aktivität 8

2.1.2 Sport 9

2.1.3 Gesundheitssport 9

2.1.4 Sportliche Aktivität 10

2.2 Motive und Motivation für Sportausübung 10

2.2.1 Gesundheit als Motivation für Sportausübung 12

2.2.2 Leistung als Motivation für Sportausübung 13

2.3 Einflussfaktoren für die Sportausübung 15

2.3.1 Persönlichkeitseigenschaften 15

2.3.2 Kompetenz- und Konsequenzerwartung im Sport 16

2.3.3 Interne und externe Kontrollüberzeugung 17

2.4 Der Zusammenhang von Sport und Gesundheit 18

2.4.1 Chancen durch Sport 19

2.4.2 Risikofaktoren des Sports 20

2.5 Die Sportlichkeit der österreichischen Bevölkerung 23

3. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation 25

3.1 Kommunikationswissenschaftliche Begriffserklärung 25

3.1.1 Gesundheit und Krankheit 25

3.1.2 Gesundheitsverhalten 27

3.1.3 Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens 28

3.1.4 Gesundheitskommunikation 29

3.2 Erscheinungsformen der Gesundheitskommunikation 30

3.2.1 Nicht mediale Gesundheitskommunikation 32

3.2.2 Mediale Gesundheitskommunikation 33

3.3 Ergebnisse zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten 34
3.4 Kompetenz- und Informationsverhalten 36
3.4.1 Medienkompetenz 37
3.4.2 Gesundheitskompetenz und Health Literacy 37
3.4.3 Informationsverarbeitungsverhalten 38
3.5 Anforderungen auf die Arzt-Patienten Beziehung 39
3.5.1 Die Veränderungen der PatientInnen 40
3.5.2 Die Veränderungen des Ärztebildes 41
3.6 Personenbezogene Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation 42
3.7 Deskriptive Modelle zur Beschreibung des (mediengestützten) Gesundheitsverhaltens 43
3.7.1 Einflussgrößen des Gesundheitsverhaltens 44
3.7.2 Das integrative Modell zum Gesundheitsverhalten 45
3.8 Das Health Belief Modell 47

4. Wissenschaftliche Theoriebezüge zum Forschungsschwerpunkt 49
4.1 Handlungstheoretischer Nutzenansatz 49
4.2 Motivationsrelevanz 51
4.3 Sense Making 53

5. Forschungsfragen und Hypothesen 55

6. Methodik 62
6.1 Der quantitative Fragebogen 62
6.1.1 Aufbau des Fragebogens 62
6.1.2 Durchführung der Befragung 63
6.2 Die Stichprobe 64
6.3 Messung der Variablen 65
6.4 Indexbildungen 68

7. Ergebnisse 72
7.1 Deskriptive Daten 72
7.2 Hypothesenüberprüfung 78
7.3 Interpretation und Ausblick 103

8. Conclusio **113**

LITERATURVERZEICHNIS **120**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS **131**

ANHANG I: Der Fragebogen **133**

ANHANG II: Auswertungstabellen aus SPSS **146**

Abstract deutsch **155**

Abstract englisch **157**

1. EINLEITUNG

Die Arbeit beginnt in der **Einleitung** mit dem Erkenntnisaufriss zur Thematik Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation und stellt anschließend den Forschungsschwerpunkt und das kommunikationswissenschaftliche Erkenntnisinteresse in den Vordergrund. Zusätzlich werden die Relevanz des Themas und das Ziel der Arbeit aufgezeigt.

Im darauffolgenden Kapitel **2. Sport und Sportverhalten** werden im ersten Schritt die Erscheinungsformen des Sportes diskutiert um Transparenz der verwendeten Begrifflichkeiten zu ermöglichen. Außerdem werden das Gesundheitsmotiv sowie das Leistungsmotiv im Sport und wichtige Einflussfaktoren auf die Sportausübung angeführt. Bei der Frage zum Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit ist es relevant, die Chancen aber auch die Risikofaktoren des Sportes festzuhalten. Abschließend soll eine Bestandsaufnahme der Sportlichkeit der österreichischen Bevölkerung festgehalten werden, welche als Orientierung für die gezogene („Quoten")Stichprobe der vorliegenden Studie gilt.

Das Kapitel **3. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation** bietet einen Einblick in den genannten Forschungsbereich, indem es auf zentrale Begrifflichkeiten eingeht, die mediale und nicht mediale Gesundheitskommunikation beschreibt sowie Erkenntnisse zum Mediennutzungs- und Informationsverhalten diskutiert. Auch das Kompetenzverhalten im Umgang mit Massenmedien sowie das Informationsverarbeitungsverhalten werden hervorgehoben, da es zentrale Elemente im Umgang mit der Gesundheitskommunikation darstellen. Des Weiteren wird das Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn analysiert, welches einen wichtigen Bereich des Gesundheitsverhaltens einnimmt. Das Kapitel schließt mit ausgewählten Modellen zur Beschreibung und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens.

Das Kapitel **4. Wissenschaftliche Theoriebezüge zum Forschungsschwerpunkt** hält wissenschaftliche Theorien fest, welche für den Forschungsschwerpunkt dieser Magisterarbeit zentral sind. Dabei handelt es sich um den „Handlungstheoretischen Nutzenansatz", die „Motivationsrelevanz" und das „Sense Making".

Im Anschluss an den Theorieteil folgt das Kapitel **5. Forschungsfragen und Hypothesen.**

Das Kapitel **6. Methodik** beschreibt die methodische Vorgangsweise der durchgeführten wissenschaftlichen Studie dieser Arbeit. Es wird auf den Aufbau und die Durchführung des quantitativen Fragebogens eingegangen. Zusätzlich werden die gezogene Stichprobe festgehalten sowie die Variablen und die Indexbildung offengelegt.

Im Kapitel **7. Ergebnisse** werden zu Beginn die deskriptiven Daten der Befragungsstudie präsentiert, bevor alle Hypothesen der Reihe nach überprüft werden. In der anschließenden Interpretation werden die zentralen Erkenntnisse festgehalten.

Die Arbeit schließt mit dem Kapitel **8. Conclusio.**

1.1 Erkenntnisaufriss Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation

Gesundheit ist ein Thema, welches die gesamte Gesellschaft betrifft aber auch beschäftigt und worüber sich viele Menschen erkundigen und informieren. WissenschaftlerInnen beobachteten, dass sich die breite Gesellschaft tendenziell immer stärker für die Gesundheit interessiert (vgl. Paul & Schmidt-Semisch, 2010: 7). Die Gesundheit als Begriff beschreibt laut Duden einen *„Zustand oder bestimmtes Maß körperlichen, psychischen oder geistigen Wohlbefindens“* (Dudenonline, Gesundheit). Es handelt sich demnach um einen „Zustand“ der entweder schon gegeben ist oder der veränderbar ist. Eine zentrale Variable für diese Veränderbarkeit stellt das „Gesundheitsverhalten“ dar.

Als **Gesundheitsverhalten** versteht man jene Bemühungen und Handlungen von Menschen, welche die eigene Gesundheit erhalten und Krankheiten vermeiden. Personen sind darin bemüht, Risikoquellen auszuschalten oder zu minimieren, die zu Krankheiten oder Verletzungen führen könnten. Risikofaktoren sind Alkohol- und Nikotinkonsum, schlechte Ernährung oder Bewegungsdefizit, um nur einige Beispiele zu nennen (vgl. Faltermaier, 2015). Damit stellt das Gesundheitsverhalten eine bedeutsame Rolle für die Gesundheit dar.

Rossmann und Ziegler nennen die in der Kommunikationswissenschaft etablierte Disziplin „**Gesundheitskommunikation**“ als *„… zentrales Element der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitswesens“* (Rossmann & Ziegler, 2013: 385). Hier lässt sich eine wichtige Verbindung zwischen Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation erkennen.

Die Kommunikation über Gesundheit geschieht dabei über verschiedenste Wege, wie etwa im Alltag mit Mitmenschen durch Erfahrungsaustausch oder persönliche Erlebnisse (vgl. Rossmann & Ziegler, 2013: 385). Doch vor allem die Massenmedien nehmen einen besonderen Stellenwert ein:

> *„In einer generell hoch mediatisierten Gesellschaft, in der jedwede Kommunikation … mehr und mehr mittels Medien geschieht, ist es naheliegend, dass auch Angelegenheiten von Gesundheit und Krankheit medial vermittelt und kommuniziert werden.“ (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 7).*

Das bedeutet, dass sich Menschen Informationen über Gesundheits- und Krankheitsthemen aus den Massenmedien oder aus dem Internet holen und diese als wichtige Informationsquelle dafür sehen. Studienergebnisse zeigten, dass sich die Bevölkerung immer häufiger diesen Gesundheitsinformationen zuwendet (vgl. Gesundheitsmonitor, 2006).

Jeder Mensch baut sich dabei seine eigene Einstellung und sein individuelles Verhalten betreffend Gesundheit auf. Das liegt daran, dass Personen mit unterschiedlichen Mitmenschen in Kontakt treten und in verschiedenen sozialen Settings agieren. All dies prägt die individuelle Gesundheitsvorstellung und das persönliche Bedürfnis der gesundheitlichen Informationsnachfrage. Personen interessieren sich in den Massenmedien daher stärker oder schwächer für bestimmte Gesundheitsinhalte und nutzen diese nach eigenen Vorlieben (vgl. Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 29).

1.2 Problemstellung und Forschungsschwerpunkt

Wie Fromm und KollegInnen im vorigen Kapitel betonen, werden Personen sehr stark von ihrer Umwelt, ihren sozialen Kontakten und ihren individuellen Vorlieben in ihrem Gesundheitsverhalten geprägt (vgl. Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 29)**.**

Als eine wichtige gesundheitsförderliche Verhaltensweise gelten **Sport**, Fitness und körperliche Betätigung. Um gesund zu sein und zu bleiben, soll regelmäßige Bewegung in den Alltag integriert werden. Vergleicht man nun Menschen, welche nie oder kaum Sport betreiben mit jenen, die sich täglich beziehungsweise regelmäßig körperlich betätigen, kommt die Frage auf, ob sich beide Personenkreise aufgrund ihrer unterschiedlichen sportlichen Verhaltensweisen (als Bespiel kein Sport, regelmäßiger Sport, viel Sport) auch in ihrem Gesundheitsverhalten voneinander unterscheiden. Nimmt die individuelle Vorliebe für oder gegen Sport, pointierter formuliert das Leben als SportlerIn oder Nicht-SportlerIn Auswirkungen auf das allgemeine Gesundheitsverhalten der jeweiligen Personen? Geht die Variable „Sport" tatsächlich mit einem gesunden Lebensstil einher und sind Personen mit höherem Gesundheitsverhalten auch deshalb sportlicher?

Um diese Frage beantworten zu können, gilt es, in einem ersten Schritt die Variable „Sport" gezielter zu analysieren, denn SportlerInnen lassen sich nicht nach gleichem Schema definieren und daher kann Sport nicht immer als „gesund" aber auch nicht immer als „riskant" angesehen werden. Einerseits muss die Häufigkeit der sportlichen Betätigung in Betracht gezogen werden, denn manche Menschen betreiben täglich Sport, andere sind nur einmal wöchentlich oder wenige Male im Monat körperlich aktiv. Was andererseits zum Umstand führt, dass Personen unterschiedliche Motive mit ihrer Sportausübung verfolgen. Es gibt AthletInnengruppen, welche für persönliche Erfolge in sportlichen Wettkämpfen trainieren. Dem gegenüber stehen FreizeitsportlerInnen, die nicht vorrangig für einen Bewerb trainieren sondern möglicherweise ein anderes Ziel mit der Sportausübung verfolgen. Eines dieser Ziele könnte die Gesundheitserhaltung sein.

Inwieweit beeinflusst Sport, unter Berücksichtigung der verschiedenen Sportvariablen nun das Gesundheitsverhalten? Welche Auswirkungen zeigt das Sportverhalten auf das gesundheitsbezogene Informationsverhalten? Haben SportlerInnen generell einen höheres oder ein niedrigeres gesundheitsbezogenes (Informations)Verhalten?

Um diese Frage beantworten zu können, muss Sport diskutiert und unter unterschiedlichen Betrachtungsweisen festgehalten werden. So betont auch Schwarzer beide Sichtweisen:

„Körperlich Aktive haben seltener Übergewicht, sind weniger krankheitsanfällig, leben länger und erfreuen sich einer höheren Lebensqualität … Andererseits ist eine solche

Lebensweise nicht ganz ungefährlich, denn Sport kann auch mit Verletzungen und sogar mit Lebensgefahren verbunden sein." (Schwarzer, 2004: 203).

Schwarzer meint trotzdem weiter, dass die positiven Effekte durch Sport immer noch überwiegen und dass Sport zu einem gesünderen Leben verhilft (vgl. Schwarzer, 2004: 203). Es zeigten sich positive Effekte auf die Psyche und viele Sportarten förderten sogar die soziale Komponente im Kreise der SportlerInnen (vgl. Koch & Schulz, 2005: 831).

Koch & Schulz sind sich einig, dass Sport nicht nur gesundheitsförderlich ist sondern auch als *„… Gesundheitsrisiko diskutiert …"* (Koch & Schulz, 2005: 831) wird. Rigauer betont weiter, man müsse immer die Relation der sportlichen Betätigung betrachten. Gerade im Sport stehen sich die Zustände gesunde Fitness und Krankheit durch Unfälle oder äußere Einflussnahme nahe gegenüber (vgl. Rigauer, 2014: 72).

Das Sport keiner allgemeinen (Gesundheits)Definition gerecht werden kann, zeigen *„Hochleitungs-, Spitzen-, Berufs- oder Showsport"* (Rigauer, 2014: 71). Bei diesen Disziplinen steht gezieltes und hartes Training für einen Wettkampf im Vordergrund und das Gesundheitsmotiv des Sports rutscht in den Hintergrund beziehungsweise verliert komplett seinen Geltungszweck. Disziplin und Erfolgsdruck sind oberste Priorität und Sport wird zur täglichen Herausforderung. Als Schattenseite dieses Erfolgsdrucks greifen manche SportlerInnen zu unerlaubten und gesundheitsschädigenden Dopingpräparaten (vgl. Rigauer, 2014: 71f). Abgesehen davon sind bei exzessiven Sporttreiben oftmals Verletzung nicht weit (vgl. Rigauer, 2014: 83). Aber auch BreitensportlerInnen sind vor negativen Auswirkungen der körperlichen Aktivität nicht gefeit. Das Thema Sportsucht beschreibt, dass eine Hinderung an der Sportausübung zu *„Entzugserscheinungen"* (Schwarzer, 2004: 207) führen kann. Betroffene fühlen sich unruhig, schuldig und sind gereizt. Verletzungen werden daher oft lange übergangen und nicht beachtet. Um die Sportart weiter ausüben zu können, wird unter schmerzhaften Bedingungen weiter trainiert (vgl. Schwarzer, 2004: 207). All dies sind Handlungen, die vollkommen gegen ein Gesundheitsverhalten sprechen und *„… gesundheitliche Langzeitfolgen bis hin zur Frühinvalidität."* (Koch & Schulz, 2005: 832) nach sich ziehen können.

Sportlichkeit kann daher nicht vorschnell als „Gesundheitsvariable" identifizieren werden ohne dessen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Magisterarbeit sollen die Variablen „Sport" und „Sportverhalten" in den Fokus der Betrachtung genommen werden. Es wird davon ausgegangen: Sport kann zu einem gesünderen Leben

verhelfen, kann aber auch die Gesundheit beeinträchtigen. Doch wie beeinflussen sich das Sportverhalten, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation?

Es ergibt sich die kommunikationswissenschaftliche forschungsleitende Fragestellung dieser Magisterarbeit:

> **Inwieweit kann Sport dazu beitragen das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation der Menschen positiv oder negativ zu beeinflussen und steigt mit höherem Gesundheitsverhalten auch die Sportlichkeit an? Welches gesundheitsbezogene Informationsverhalten lässt sich bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen beobachten?**

Diese forschungsleitende Fragestellung gilt es im ersten Schritt anhand aktueller Literatur auf diesem Forschungsstand zu diskutieren, um im Anschluss Forschungsfragen und Hypothesen erstellen zu können. Mit Hilfe einer wissenschaftlichen Studie werden die Vermutungen überprüft und liefern neue Erkenntnisse für die Forschungsfragen.

1.3 Relevanz des Themas und Zielsetzung der Arbeit

Um die Relevanz des Themas zu betonen, muss zwischen der gesellschaftlichen und der kommunikationswissenschaftlichen Relevanz unterschieden werden.

Gesellschaftliche Relevanz des Themas: Mit Hilfe der Variable „Sport“ soll aufgezeigt werden, ob dieser zu einem positiveren oder negativeren Verhalten im Umgang mit der eigenen Gesundheit beträgt und wie sich das Sportverhalten auf die Gesundheitskommunikation durch Massenmedien beziehungsweise durch persönliche Kontakte auswirkt. Sport wird dazu nach der Häufigkeit dessen Ausübung betrachtet. Menschen, welche täglich Sport betreiben, müssen gesondert von jenen betrachtet werden, die nur wöchentlich oder monatlich körperlich aktiv sind. Ein weiterer Fokus liegt in der Unterscheidung von unterschiedlichen Sportmotiven. Personen werden dazu in gesundheitsorientierte und leistungsorientierte SportlerInnen unterschieden. Die erste Gruppe betreibt Sport vorrangig für die Gesundheit und um diese zu erhalten. Die zweite Gruppe ist in erster Linie an Leistungssteigerung orientiert und Sport wird betrieben, um die eigene Leistung zu verbessern. Diese Magisterarbeit und die Ergebnisse der durchgeführten Studie sollen dazu beitragen, das Bewusstsein für Sport in

Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation zu schärfen. Es soll ein Betrag zur Diskussion „Sport und Gesundheit“ geleistet werden und aufgezeigt werden, wo Sport das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation beeinflussen kann. Gleichzeitig soll skizziert werden, ob höheres Gesundheitsverhalten ein Auslöser für häufigere sportliche Betätigung darstellt, demnach ob gesundheitsbewusste Menschen auch Sport in ihren Tagesablauf einplanen. Die Relevanz dieses Themas ist bedeutend, da Gesundheit für jeden Menschen zentral ist. Erkenntnisse, durch welche weiteren persönlichen und individuellen Variablen Menschen in ihren gesundheitsförderlichen oder gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen beeinflusst werden, sind stets aktuell sind.

Kommunikationswissenschaftliche Relevanz des Themas: Der Umstand, dass Gesundheitsthemen immer stärker medial nachgefragt werden, gestaltet die Massenmedien und das Internet als kommunikationswissenschaftlich hoch relevantes und aktuelles Forschungsphänomen im Bereich der Gesundheitskommunikation. Vor allem im Internet ist die Nutzung von Gesundheitsthemen stark gestiegen. Viele Personen informieren sich häufiger im Internet über ihren Gesundheitszustand als sie dies bei medizinischem Fachpersonal tun. Das Gesundheitsverhalten der Personen hängt damit sehr stark von ihrem gesundheitsbezogenen Medienverhalten ab. Beide Variablen können sich gegenseitig beeinflussen, so die Vermutung. Daher scheint es auch relevant zu erheben, welchen persönlichen Kontakt Menschen bei Gesundheitsthemen pflegen. Es gilt zu berücksichtigen, welchen Stellenwert ÄrztInnen aber auch Familienmitglieder und Freunde in Bereich der individuellen Gesundheitskommunikation einnehmen.

Mit Hilfe einer wissenschaftlichen Befragungsstudie kann das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation der Personen eruiert werden und mit der zusätzlich erhobenen Variable „Sport“ können wechselseitige Einflüsse gemessen werden.

Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen, inwieweit Sport das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation beeinflusst und inwieweit das Gesundheitsverhalten Auswirkungen auf die Sportlichkeit zeigt. Dadurch kann überprüft werden, ob und wann Sport in gesundheitlichen Verhaltens- und Kommunikationsweisen als „Gesundheitsvariable“ seine Gültigkeit besitzt oder diese widerlegt.

2. SPORT UND SPORTVERHALTEN

Um den Themenschwerpunkt „Sport und Sportverhalten“ diskutieren zu können, gilt es, im ersten Schritt eine Begriffsdefinition vorzunehmen, welche klare Transparenz schafft. Im Anschluss soll die Motivation für Sportausübung diskutiert werden, warum Menschen sportlich aktiv sind und was die Beweggründe dafür sind. Zentral erarbeitet wird der Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit, deshalb werden die Chancen sowie die Risiken des Sports aufgezeigt. Außerdem wird das Sportverhalten der ÖsterreicherInnen festgehalten.

2.1 Die Erscheinungsformen des Sports

Sport wird oft als „Überbegriff“ für jegliche körperliche Betätigung und jede Sportart verwendet, was den Begriff sehr breit und unklar erscheinen lässt. Für manche Menschen bedeutet Sport, einen Wettkampf zu bestreiten, wiederum andere Personen zählen bereits das Treppensteigen als sportliche Betätigung. Für diese Magisterarbeit und die durchgeführte Studie ist es essenziell, eine Definition und damit eine Differenzierung des Begriffs „Sport“ vorzunehmen um eine transparente Ausgangslage schaffen zu können.

2.1.1 Körperliche Aktivität

Zum etwas breit gefassten Begriff *„körperliche Aktivität“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 3) zählen nicht nur klassische sportliche Disziplinen wie Ballsportarten, Radfahren und Laufen, sondern auch weitere Bereiche *„beruflicher, freizeitlicher und routinemäßiger Alltagsaktivitäten“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 3). Damit sind beispielsweise Haushaltstätigkeiten oder Gartenpflege gemeint – Bewegungsabläufe, die keine klassische sportliche Disziplin darstellen, dennoch körperlichen Einsatz erfordern (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012: 3). Nach Schwarzer ist mit körperlicher Aktivität *„… jede Bewegung der Skelettmuskulatur gemeint, bei der Energie verbraucht wird.“* (Schwarzer, 2004: 203). Man spricht von körperlicher Aktivität einerseits dann, wenn kein klassisches Sportprogramm vollzogen wird, wie beim Gehen, andererseits auch bei geplanten Sportaktivitäten (vgl. Brandes, 2012: 96).

2.1.2 Sport

Bei Sport handelt es sich ebenfalls um körperliche Aktivität, die jedoch als *„körperliche Freizeitaktivität“* (Schwarzer, 2004: 203) eingegrenzt werden kann. Sport lässt sich im klassischen Sinn nach Fucks & Schlicht durch bestimmte Eigenschaften sehr gut differenzieren:

- **„standardisierte Räume“** (Fuchs & Schlicht, 2012: 3): Sport findet auf bestimmten und festgelegten Plätzen statt, wie etwa auf einem Fußballplatz, in einer Schwimmhalle oder in Form einer geplanten Radroute (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012: 3).
- **Regeln**: Für die jeweilige Sportart gibt es immer bestimmte Regeln (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012: 3).
- **Zielerreichung**: SportlerInnen haben die Bestrebung nach einem Sieg und/ oder einer persönlichen Bestleistung (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012: 3).
- **Zeithorizont**: Sport ist dadurch gekennzeichnet, dass er einen exakten Anfang und Ende hat, welches die jeweiligen Personen genau festlegen können (vgl. Fuchs & Schlicht, 2013: 8).

Natürlich gibt es auch sportliche Disziplinen, bei denen keine körperliche Anstrengung stattfindet, wie zum Beispiel beim Angeln. Trotzdem ist bei diesen Aktivitäten ebenfalls von Sport die Rede (vgl. Schwarzer, 2004: 203).

Verbunden mit Sport ist auch der Begriff *„Training“,* der *„… eine Serie von sich wiederholender körperlicher Aktivität bezeichnet …“* (Schwarzer, 2004: 203). Ziel ist es, die eigene Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Ein Training zieht sich daher über einen längeren Zeitraum (vgl. Schwarzer, 2004: 203). Brandes betont den Begriff der *„körperlichen Fitness“* (Brandes, 2012: 97), die er klar von der „körperlichen Aktivität“ trennt. Die körperliche Fitness beschreibt jene körperliche Bereitschaft, die das jeweilige Individuum leisten kann, quasi den sportlichen Leistungsgrad (vgl. Brandes, 2012: 97).

2.1.3 Gesundheitssport

Sport kann auch eine ganz andere Motivation als den reinen Wettkampfgedanken besitzen. Das ist dann der Fall, wenn Sport als *„Ausgleichs-, Erlebnis- oder Gesundheitssport“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 4) betrieben wird. Es ist dann immer noch

von Sport die Rede, allerdings wird sichtbar, dass es hier um eine ganz andere Motivation und um einen völlig anderen Reiz geht. Autoren sprechen in diesem Kontext von *„Gesundheitssport“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 4).

2.1.4 Sportliche Aktivität

Eine weitere Definition stellt die *„sportliche Aktivität“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 4) dar, *„… die typischen Bewegungsinszenierungen des Sports übernimmt, ohne zwangsläufig den Charakteristiken des Sports zu folgen.“* (Fuchs & Schlicht, 2012: 4). Es ist dann nicht mehr wichtig, eine bestimmte Bestleistung zu erreichen oder einen Sieg zu erlangen. Ganz im Gegenteil, hier liegt kein Wettkampfgedanke vor. Aber es ist auch keine andere Motivation wie beim Gesundheitssport vorhanden. Die körperliche Betätigung wird einfach nur seiner selbst wegen vollzogen (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012: 4). Wichtig ist zu betonten, dass es sich dabei ebenfalls wie beim Sport um eine von der Alltagsbewegung abzugrenzenden Betätigung mit geplanten Anfang und Schluss handelt (vgl. Fuchs & Schlicht, 2014: 8).

Sport soll im Kontext dieser Magisterarbeit als ***„sportlich-körperliche Aktivität“*** (Schwarzer, 2004: 203) verstanden werden. Darunter sollen energieverbrauchende Sportarten wie Radfahren, Laufen und Ähnliches gezählt werden (vgl. Schwarzer, 2004: 203). Eine Orientierung beläuft sich daher an den Definitionen aus den Kapiteln 2.1.1 sowie 2.1.2. Zusätzlich gelingt es mit Hilfe der Definition des Gesundheitssports gesundheitsorientierte Sporttypen zu beschreiben.

2.2 Motive und Motivation für Sportausübung

Die Begriffe Motiv und Motivation werden sprachlich oft gleich verwendet, obwohl Unterschiede in ihrer Bedeutung existieren.

Motive sind *„Gründe für Handeln“* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 22). Sie sind beständige Eigenschaften, die Personen zur Aufnahme entsprechender Handlungen führen und werden in Verhaltensweisen angewendet. Es existieren viele Motive, wie unter anderem das *„Leistungsmotiv“* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 22), und

jeder Mensch hat unterschiedliche und individuelle Motive (vgl. Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 22).

Die Motivation hingegen ist der *„… Zustand eines Organismus, der für die Initiierung einer bestimmten Handlung zu einem bestimmten Zeitpunkt verantwortlich ist.“* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 22). Die Persönlichkeit sowie die jeweilige Situation beeinflussen diesen Zustand. *„Wenn Motive aktualisiert werden, sprechen wir von Motivation“* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 22).

Als Auslöser für Sportausübung kann die Motivation gelten. Dies spiegelt sich im Verhalten der jeweiligen Person wider und unterscheidet sich dahingehend ob überhaupt Sport betrieben wird oder nicht und mit welcher Intensität und Häufigkeit dies getan wird. Außerdem unterscheiden sich Menschen in ihren Empfindungen und Körpergefühl während der sportlichen Betätigung. Personen besitzen zudem unterschiedliche sportliche Vorlieben, gehen unterschiedliche Wagnisse ein und betreiben die jeweilige Disziplin unterschiedlich lange (vgl. Gabler, 2002: 12).

Gabler unterteilt drei zentral auftretende Eigenschaften des Sportes: die sportliche Tätigkeit selbst, die Zielerreichung durch die Sportausübung und den tieferliegenden Grund beziehungsweise weitere Maßnahmen, welche durch die körperliche Aktivität ermöglicht werden. Für jede dieser Eigenschaften gelten bestimmte Motive, einerseits auf die Person selbst bezogen, andererseits im gesellschaftlichen Umfeld (vgl. Gabler, 2002: 14).

Abbildung 1: *„Merkmale zur Klassifizierung im Sport“ (Gabler, 2002:14)*

	ichbezogen	**im sozialen Kontext**
bezogen auf das Sporttreiben selbst	Bewegung, körperliche Aktivität u. a.	Soziale Interaktion
bezogen auf das Ergebnis des Sporttreibens	Leistung als Selbstbestätigung	Leistung als Fremdbestätigung, u. a.
bezogen auf das Sporttreiben als Mittel für weitere Zwecke	Gesundheit u. a.	Kontakt, Geselligkeit u. a.

In *Abbildung 1* lassen sich in Bezug auf die Motive Leistung und Gesundheit Unterschiede erkennen. Während Leistung eine Zielerreichung der Sportausübung

darstellt, die das Motiv der Bestätigung für sich selbst oder für andere beinhaltet, ist Gesundheit beziehungsweise Gesundheitserhaltung ein Motiv für weiterführende Maßnahme. Dadurch lässt sich erkennen, dass Leistung vor allem als relevanter Output der sportlichen Betätigung gilt, wohingegen Gesundheit als Motiv für weitere Vorhaben gesehen wird (vgl. Gabler, 2002: 14).

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass nicht nur Leistung und Gesundheit als Motive für Sportausübung gelten. Es existieren noch zahlreiche andere Motive für Sportausübung, wie Freude, Erholung oder Veränderung des Körperbildes, um nur einige Bespiele zu nennen (vgl. Gabler, 2002: 17). Da der Fokus dieser Magisterarbeit aber auf Sport in Bezug auf Leistung und Gesundheit liegt, sollen im Folgenden hauptsächlich diese beiden Motive diskutiert werden.

Neben Motiven und Motivationen können noch weitere Einflüsse die Sportausübung beeinflussen. Das sind etwa Körpereigenschaften, Jahreszeit und Wetter, Alter, Geschlecht, Bildung und Beruf sowie der individuelle körperliche Zustand. Zudem hat die Umgebung einen wesentlichen Einfluss auf die körperliche Aktivität und kann durch diverse Bewegungsangebote Sporttreiben forcieren oder reduzieren. Körperliche Aktivität hängt auch sehr stark vom gesundheitlichen Zustand der Personen ab. Krankheit beeinflusst wesentlich das Ausmaß und die Intensität der körperlichen Aktivität (vgl. Brandes, 2012: 100).

Bei der „Spezial-Eurobarometer 334 Studie: Sport und körperliche Betätigung“, veröffentlicht 2010, gab die Mehrheit der ÖsterreicherInnen an, dass Sie Sport betreiben, um einen positiven Beitrag für ihre Gesundheit zu leisten. Aber auch Motive wie Entspannung, Verbesserung der Fitness und Leistungssteigerung sowie der Kontakt zu FreundInnen waren sehr zentral. Bei der Frage, was Betroffene daran hindert, Sport zu betreiben stand an erster Stelle Zeitmangel. Ungefähr elf Prozent der befragten ÖsterreicherInnen stimmten zu, dass eine Krankheit oder körperliche Einschränkung sie am Sport hindere (vgl. Spezial-Eurobarometer 334, 2010: 37, 44).

2.2.1 Gesundheit als Motivation für Sportausübung

Brackhane unterscheidet zwischen *„Freizeitsport“* und *„Leistungssport“* (Brackhane, 1982: 18). Ersterer Gruppe schreibt er vorrangig Motive wie Gesundheit, Wunsch nach befriedigender Handlung, Erlebnisse im Freien und sozialen Kontakt zu. Für

LeistungssportlerInnen charakterisiert er hauptsächlich Motive wie persönliche Geltung und Höchstleistungen, Reiselust und Begeisterung für Wettbewerbe. Ob Leistung und Gesundheit mit dem Sport verbunden werden, hängt aber oft auch mit Alter, Geschlecht und der beruflichen Stellung zusammen (vgl. Brackhane, 1982: 18f). Außerdem unterscheidet Brackhane danach, ob der Sport *„… als eine Form der Arbeit betrieben wird … oder als Ausgleich zur Arbeit …“* (Brackhane, 1982: 21) vollzogen wird. Bei ersterem soll jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Sport dadurch keine Freude mehr bereite. Beim Ausgleichsport kann Bewegung eine wichtige Rolle im Alltag einnehmen und andere Situationen kompensieren (vgl. Brackhane, 1982: 22).

Gabler zitiert in Anlehnung an KollegInnen[1] unterschiedliche Motive, welche gesundheitsbezogenes Verhalten im Sport beeinflussen. Zum einen hängt das Verhalten davon ab, wie der Sport generell beurteilt wird, ob Bewegung akzeptiert oder abgelehnt wird und ob dadurch gesundheitsförderliche Ergebnisse erwartet werden. Außerdem wird abgewogen, wie groß das Risiko für eine mögliche Erkrankung durch die Ausübung des Sportes sein kann. Zudem sind neben der eigenen Gewissheit, sportliche Hürden bewältigen zu können, soziale Beziehungen ausschlaggeben. Die soziale Umgebung kann durch Unterstützung oder Überforderung das sportliche Verhalten beeinflussen (vgl. Gabler, 2002: 167). Letztendlich entscheidet auch eine *„günstige Selbstwirksamkeitserwartung“* (Gabler, 2002: 167) über das (sportliche) Verhalten.

Gabler fasst zusammen, dass *„personeninterne“* (Gabler, 2002: 169) sowie *„personenexterne“* (Gabler, 2002: 167) Faktoren ausschlaggebend für die Motivation an sportlicher Betätigung sind.

2.2.2 Leistung als Motivation für Sportausübung

Neben dem Gesundheitsmotiv existiert das Leistungsmotiv für die Sportausübung. Gabler betont:

„Die Leistungssituation ist eine Situation, die im Sport nicht nur häufig wiederkehrt … sondern sie stellt einen geradezu zentralen Bestandteil des Sporttreibens dar.“ (Gabler, 2002: 50).

[1] *Allmer (1997); Fuchs (1997) und Pahmeier & König (1997)*

Das Leistungsmotiv im Sport gilt der *„Selbstbestätigung“* (Gabler, 2002: 17) sowie der persönlichen Errungenschaften. Für AthletInnen ist es beispielsweise erfolgreich, wenn sie eine Disziplin unbeschadet überwinden, ein individuell gesetztes Ziel erreichen (etwa eine vorgenommene Zielzeit bei einem Lauf) oder wenn sie besser abschneiden als ihre Konkurrenz. SportlerInnen können aber auch ein gesellschaftliches Leistungsmotiv verfolgen. Das Leistungsmotiv im Sport kann dann als Vorführung für die ZuschauerInnen, als Anerkennungswert in der Gesellschaft, als Geltung der eigenen Person im jeweiligen Wettbewerb aber auch als Stärke und Überlegenheit aktiviert werden (vgl. Gabler, 2002: 17f.)

Gabler zitiert in Anlehnung an Heckhausen (1989)[2], dass für „leistungsmotiviertes Handeln“ (vgl. Gabler, 2002: 51) fünf Bedingungen erfüllt sein müssen:

- Die körperliche Ausübung muss **objektiv bewertet** werden können.
- Das Resultat der körperlichen Ausübung muss sich **durch feststehende Einheiten messen lassen,** wie etwa durch Zeit beim Laufen oder Höhe beim Springen.
- Die körperliche Ausübung muss **unterschiedliche Schwierigkeitsgrade** zulassen, die auch größere und kleinere Bemühungen verlangen und in Erfolg oder Niederlage enden.
- Die messbaren Einheiten sowie die Schwierigkeitsgrade der körperlichen Ausübung müssen **von der Person angenommen werden und eingehalten** werden.
- Das endgültige Resultat der körperlichen Ausübung muss von der Person **selbst und gewollt ausgeübt werden** (vgl. Gabler, 2002: 51f).

Auch wenn diese Bedingungen vorhanden sein müssen, unterscheidet sich die *„Leistungsmotivation“* (Gabler, 2002: 52) zwischen den einzelnen Personen. In gleichen Situationen besitzen Personen unterschiedliche Wünsche, was ihr Leistungsziel betrifft, mit welchen Bemühungen sie dieses erreichen wollen und wie hoch ihre Ergebnisse sind (vgl. Gabler, 2002: 52). Fest steht aber, dass sich die Motivation zur Leistung dann vergrößert, wenn das erwünschte Vorhabe erreicht wurde. Erleben Personen einen sportlichen Erfolg, steigt auch ihr Wunsch und ihre Bereitschaft wiederholt entsprechend zu trainieren (vgl. Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 23).

[2] *Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln (2. Auflage). Berlin; Heidelberg: Springer.*

2.3 Einflussfaktoren für die Sportausübung

Neben den Motiven gibt es, wie bereits erwähnt, noch zahlreiche andere Einflussfaktoren, welche Sportausübung erklären und beschreiben können. Vor allem die Psychologie, speziell die Sportpsychologie, beschreibt eine Reihe von Eigenschaften, welche als Erklärungsfaktoren für Sportlichkeit herangezogen werden können, wozu auch die Motivationen zählen. Es wird unter anderem der Frage nachgegangen, welche psychischen Eigenschaften die Sportaktivität forcieren können und warum der Sport länger oder kürzer betrieben wird (vgl. Fuchs, 1997: 1). In diesem Zusammenhang ist auch von der *„Motivationspsychologie“* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 21) die Rede. Im Fokus stehen die Fragen, warum Personen eine bestimmt Sportart ausüben, warum Menschen intensiver trainieren und warum sie diese Aktivität nicht aufgeben (vgl. Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 21).

In diesem Kapitel wurden drei Faktoren herangezogen und diskutiert: die Persönlichkeitseigenschaften, die Kompetenz- und Konsequenzerwartung sowie die interne und externe Kontrollerwartung.

2.3.1 Persönlichkeitseigenschaften

Viele wissenschaftliche Studien zum Thema Sport gingen bereits der Frage nach, ob sich SportlerInnen von Nicht-SportlerInnen in ihrer Persönlichkeit unterscheiden. Fuchs hebt hervor, dass sich körperlich Aktive oft im figürlichen Erscheinungsbild von unsportlichen Personen unterscheiden und geht der Frage nach, ob SportlerInnen nicht auch andere persönliche Eigenschaften aufzeigen (vgl. Fuchs, 1997: 10).

Generell wirft die Wissenschaft zwei unterschiedliche Fragenperspektiven auf. Einerseits kann die Frageformulierung lauten, ob sich die Persönlichkeitseigenschaften durch die Sportausübung verändern. Andererseits kann gefragt werden, ob sich SportlerInnen aufgrund unterschiedlich intensiver Sportausübung in ihren Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden (vgl. Bakker & Whiting & Van der Brug, 1992: 74). Fuchs betont ebenfalls beide Sichtweisen. Er spricht von der ***„Sozialisationshypothese“*** (Fuchs, 1997: 9) bei der Frage ob sich Persönlichkeiten bei Personen durch ihre sportliche Aktivität ändern (vgl. Fuchs, 1997: 9). Als ***„Selektionshypothese“*** (Fuchs, 1997: 9) spricht er im Zuge der Fragestellung ob bestimmte Persönlichkeitseigenschaft Auslöser für die Sportaktivität sein können (vgl. Fuchs, 1997: 9)

Fuchs betont im Zusammenhang mit den Persönlichkeitseigenschaften *„… gelten heute verhaltens- bzw. situationsspezifische Kognitionen … nicht nur als die stärkste, sondern auch als die zuverlässigsten Prädikatoren der Sport- und Bewegungsmotivation.“* (Fuchs, 1997: 20f). Zu diesen Prädikatoren zählt er unter anderem die „Konsequenzerwartung“ (vgl. Fuchs, 1997: 20f).

2.3.2 Kompetenz- und Konsequenzerwartung im Sport

Bevor ein Trainingsprogramm absolviert wird oder absolviert werden kann, müssen die Betroffenen selbst die Gewissheit haben, dieses überhaupt körperlich durchführen zu können. Die eigene Einschätzung beeinflusst den kompletten Prozess von der Vorbereitung und dem Startzeitpunkt, bis zur tatsächlichen Ausübung und darüber hinaus, um die Aktivität auch zukünftig auszuüben (vgl. Schwarzer, 2004: 73). Schwarzer spricht in diesem Zusammenhang in Anlehnung an andere WissenschaflerInnen von der *„Kompetenzerwartung“* (Schwarzer, 2004: 73) und betont, dass sich diese sowohl körperlicher also auch geistiger Komponenten bedient. Einerseits geht es darum, ob man in der Lage ist, eine bestimmt Aktivität körperlich zu bewältigen, andererseits ist die Beständigkeit sehr zentral, also die Beibehaltung einer Aktivität, was oft eine geistige Anstrengung und Motivation bedarf (vgl. Schwarzer, 2004: 73). Neben den körperlichen Eigenschaften, sind es daher auch die geistigen und kognitiven Fähigkeiten, welche Sportlichkeit forcieren oder drosseln können. Schwarzer betont die *„sozial-kognitive Theorie von Bandura (1997)“* (Schwarzer, 2004: 224) und argumentiert, dass diese eine wichtige Theorie für die Prognose der Sportlichkeit ist. Kompetenzerwartung wird mit *„Selbstwirksamkeitserwartung“* (Schwarzer, 2004: 224) gleichgesetzt und betont die persönliche Gewissheit, eine bestimmte Tätigkeit durchführen zu können dessen Verhalten eine gewisse Herausforderung darstellt.

Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer betonen bei in der Veröffentlichung der „Dokumentation der Messinstrumente des Forschungsprojekts BRAHMS[3]“ in Anlehnung an Schwarzer 1992[4] die *„Konsequenzerwartung oder Handlungs-Ergebnis-Erwartung“* (Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer, 1996: 62) in Verbindung mit der Verhaltensänderung. Die Erwartungshaltung spielt für die tatsächliche Tätigkeit eine zentrale Rolle. Man übt bestimmt Verhaltensweise, unter anderem auch mit einer

[3] *„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“.*
[4] *Schwarzer, R. (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.*

gewissen Anstrengung aus, weil man dadurch konkrete Auswirkungen erwartet. Diese Auswirkungen sind immer an die Person selbst gebunden (vgl. Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer, 1996: 62). Es wird daher zum Beispiel Sport betrieben, weil man dadurch sein Herz-Kreislaufsystem verbessert. In der BRAHMS Studie wurden die Variablen „Ernährungsumstellung", „körperliche Aktivität", „Rauchentwöhnung", „Einschränkung des Alkoholkonsums", „Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung zu Herz-Kreislauf-Krankheiten" (Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer, 1996: 56ff) als Items zur Konsequenzerwartung entwickelt.

Fuchs widmete in seinem Werk „Psychologie und körperliche Bewegung" (1997) ein Kapitel dem Themenschwerpunkt „Konsequenzerwartung und Sportaktivität" (Fuchs, 1997: 209). Auch Fuchs betont den Umstand, dass Handlungen durchgeführt werden, weil man dadurch bestimmte Ziele erreichen möchte. Einige dieser Handlungen bringen aber nicht nur die erhoffte Zielerreichung, sondern ziehen durchaus auch negative Folgen nach sich. Fest steht, dass beide Umstände Einfluss auf die Handlungsbereitschaft der Menschen nehmen (vgl. Fuchs, 1997: 209). Fuchs stellt in seinem Kapitel[5] fünf Items vor, mit denen sich das sportbezogene Konsequenzverhalten messen lässt. Die drei „positiven Konsequenzen" (Fuchs, 1997: 215) sind „Gesundheit, Soziales, Figur/ Gewicht" (Fuchs, 1997: 215), die beiden „negativen Konsequenzen" sind „Aufwand und Besorgnis" (Fuchs, 1997: 215). Jedes dieser Items wurde mit Hilfe von mehreren Aussagen gemessen, bei denen man ankreuzen musste, inwieweit man einer Aussage zustimmte oder nicht. Gesamt bestand der Block aus 17 Aussagen (vgl. Fuchs, 1997: 215f).

2.3.3 Interne und externe Kontrollüberzeugung

Rotter (1966) erstellte das Konzept des „Locus of Control" (Fuchs, 1997: 77 nach Rotter, 1966[6]), wo zwischen *„internaler versus externaler Kontrolle der Verstärkung"* (Fuchs, 1997: 77 nach Rotter, 1966[7]) unterschieden wird. Ersteres bedeutet, dass Menschen sich für das, was in ihrem Leben passiert, selbst verantwortlich sehen. Geschehnisse werden durch persönliche Handlungen begründet. Menschen mit externaler Kontrollerwartung hingegen gehen davon aus, dass alles, was in ihrem Leben passiert, nicht durch persönliche Anstrengungen hervorgerufen werden kann. Ereignisse werden demnach

[5] *Fuchs beschreibt dieses Design im Rahmen einer Diskussion zur Analyse der „Berliner Hochhausstudie" (vgl. Fuchs, 1997: 214ff).*
[6] *Rotter, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monograph. 80. 1-28.*
[7] *Quelle Fußzeile 6.*

nicht mit persönlichen Handlungen begründet, sondern durch andere Gründe wie Vorbestimmung (vgl. Fuchs, 1997: 77 nach Rotter, 1966[8]).

Fuchs zitierte eine Studie von Adame und KollegInnen (1990)[9] in der ein signifikanter Unterschied zwischen Aktivität und internal orientierten Menschen herausgefunden wurde. Fuchs betont weiter die Studie von Sonstroem und Walker (1973)[10] die herausfand, dass internal orientierte Menschen nur dann sportlicher waren, wenn sie auch den Sport generell besser bewerteten (vgl. Fuchs, 1997: 79f).

2.4 Der Zusammenhang von Sport und Gesundheit

Das Verhältnis von Sport und Gesundheit spielt im Rahmen dieser Magisterarbeit einen zentralen Stellenwert.

Einerseits wird angenommen, dass Sport eine positive Wirkung auf die Gesundheit zeigt. Es ist von den „Chancen" (Dresen & Kläber, 2014: 62) des Sports für die Gesundheit die Rede. Vor allem im Breiten- und Gesundheitssport ist die Gesundheit oft ein motivierender und beginnender Faktor für Sportausübung. Menschen bewegen sich zu Beginn vorrangig deswegen, um gesund und fit zu bleiben und um ihren Alltag besser bewältigen zu können (vgl. Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 702). Seiberth und Mayer betonen den *„Gesundheitssport"* und gliedern diesen in *„Gesundheitsförderung", „Präventionssport", „Sporttherapie"* und *„Rehabilitationssport"* (Seiberth & Mayer, 2013: 121).

Andererseits wird vermutet, dass schon ein gewisser Gesundheitszustand vorhanden sein muss, um überhaupt sportlich tätig werden zu können (vgl. Schwarzer, 2004: 203). Unter diesem Verständnis stellt die Fähigkeit für Sportausübung bereits einen gesunden körperlichen Zustand voraus.

Bei einigen SportlerInnen kommt es vor, dass ein guter Gesundheitszustand durch hartes Training auf Kosten von Leistungsmaximierung zeitweise verschlechtert wird (vgl.

[8] *Quelle Fußzeile 6.*
[9] *Adame, D.D, Johnsin, T.C., Cole, S.P., Matthiasson H. & Abbas, M.A. (1990): Physical fitness in relation to amount of physical exercise, boby image, and locus of control among college men and women. Perceptual and Motor Skills, 70, 1347-1350.*
[10] *Sonstroem, R.J. & Walker, M.I. (1973): Relationship of attitudes and locus of control to exercise and physical fitness. Perceptual and Motor Skills, 36, 1031-1034.*

Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 703). Ist dies der Fall, kann Sport nicht mehr als das „Wundermittel“ für die Gesundheit dargestellt werden. Zudem runden weitere Gesundheitsvariablen wie gesunde Ernährung und der Verzicht von *„Risikoverhaltensweisen“* (Schwarzer, 2004: 206) wie Nikotin- und Alkoholkonsum den kompletten Gesundheitszustand einer Person ab (vgl. Schwarzer, 2004: 206). Sport kann vorrangig in Bezug auf die Faktoren *„Häufigkeit, Dauer und Intensität“* (Schwarzer, 2004: 217) sowie Trainingsart einen positiven Effekt auf die Gesundheit bewirken.

Auch Seiberth und Mayer betonen, dass Sport und Gesundheit ein sehr komplexes Gebilde darstellt und stark davon geleitet ist, welches „Gesundheitsverständnis“ (Seiberth & Mayer, 2013: 128) dahinter steht.

2.4.1 Chancen durch Sport

Allgemein kann festgestellt werden, dass sich das „*Sportsystem“* (Pratscher, 2000: 21) stark verändert hat und dass vor allem die Freizeitsportarten einen Aufschwung erlebt haben. Während es laut Pratscher in den 1960er Jahren gerade einmal rund 30 unterschiedliche Disziplinen gab, waren es 2000 schon mehr als 240 (vgl. Pratscher, 2000: 21). Das Angebot an Sportarten ist gewachsen und wird vermutlich auch weiter wachsen. Der Gesellschaftswandel bewirkt diese Ausbreitung im Bereich Sport und der Sportarten (vgl. Pratscher, 2000: 21). Als positive Entwicklung des Sports wird vermutet, dass dieser noch stärker in den Bereichen Ausgleich und Ablenkung vom Alltag, Entspannung und Gesundheitsförderung seinen Platz finden wird (vgl. Pratscher, 2000: 21). Viele SportlerInnen betonen bereits, dass sich Sport positiv auf den Körper und die Psyche auswirke. Man fühle sich nicht nur leistungsfähiger, sondern auch ausgeglichener und zufriedener (vgl. Schwarzer, 2004: 205). Die Befindlichkeit sei bei kontinuierlicher körperlicher Aktivität nicht nur nach dem Sport positiver sondern würde fortlaufend anhalten (vgl. Schwarzer, 2004: 207). Ziel bleibt es, die Menschen über gesundheitsfördernden Sport zu informieren. Sport sollte in der richtigen Intensität und wiederkehrend im Alltag der Menschen Platz finden, um positive Effekte für die Gesundheit erzielen zu können (vgl. Pratscher, 2000: 22)

Generell wird körperliche Betätigung hoch angesehen und es werden die positiven Effekte betont. Vor allem im medizinischen Bereich wird Sport zur Heiltherapie eingesetzt, da ihm *„… präventive und rehabilitative Wirkungen …“* (Stellmacher & Häbler, 2016: 201) nachgesagt werden. Heilung durch Sport bekommt einen hohen

Stellenwert und wird oft durch Medikamenteneinnahme ersetzt (vgl. Stellmacher & Häbler, 2016: 201).

Als positive Effekte des Sports auf den Gesundheitszustand lassen sich folgende Merkmale festhalten:

- Niedrigerer Ruhepuls
- Senkung des Blutdrucks
- Muskelaufbau
- Höhere Ausdauerfähigkeit
- Höhere Beweglichkeit
- Regulierung des Körpergewichts (vgl. Schwarzer, 2004: 206)

Dresen & Kläber zählten zudem neben den gesundheitlichen Faktoren weitere positive Effekte des Sporttreibens auf, die sich jedoch indirekt auch auf den Gesundheitszustand oder zumindest die allgemeine Befindlichkeit auswirken können. Dazu gehören:

- Verringerung der Gewaltausübung und -bereitschaft
- Integration in die Gesellschaft
- Selbsteinschätzung und Selbstbewusstsein durch Erreichung gesetzter Ziele (vgl. Dresen & Kläber, 2014: 62)

Außerdem trägt Sport dazu bei, Stress besser bewältigen zu können oder diesen zu vermeiden. Es ist möglich, durch körperliche Betätigung negative Gefühle bis hin zu Depressionen zu vermeiden. Die Lebensfreude kann ansteigen und soziale Kontakte werden gestärkt. Besonders Vereine fördern das Miteinander und den Zusammenhalt in einer Gruppe. Durch Sport kann zusätzlich das Selbstwertgefühl ansteigen und Betroffene erfahren größeres Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit (vgl. Forschungsbericht Sport und Gesundheit, 1999: 15f).

2.4.2 Risikofaktoren des Sports

KritikerInnen machen auf die Schattenseiten des Sportes aufmerksam und sprechen von Risikofaktoren im Sportbereich. Dazu zählen neben der ausgeübten Sportart auch die Art und Weise des Sportprogramms, weiters welchen Stellenwert der Sport im Leben einnimmt und wie intensiv dieser betrieben wird.

Wie bereits oben erwähnt, ist ein Anstieg an neuen Sportarten zu erkennen, was grundsätzlich kein Risiko für den Sport bedeutet. Was jedoch betont werden muss, ist, dass es neben dem Leistungs- und Freizeitsport auch ein großes Wachstum an *„Extremsportarten“* (Pratscher, 2000: 21) zu verzeichnen gibt, wozu beispielsweise Klettern, Tauchen aber auch Marathons und Ähnliches zählen (vgl. Pratscher, 2000: 21). Die Freude an der Tätigkeit aber auch Geschwindigkeit und Kraft sind Faktoren, die einem immer höheren Reiz im Sporttreiben bekommen (vgl. Pratscher, 2000: 21).

Es existieren aber auch verschiedenste Sportarten, die eher gesundheitsschädigendes Verhalten bewirken. Erstens gibt es sportliche Bereiche, die körperschädigend sein können, wie zum Beispiel Kampfsportarten. Häufig kommt es zu Verletzungen des Körpers. Zweitens gibt es sportliche Disziplinen, die ein generell hohes Risiko mit sich bringen. Dazu zählen unter anderem Motorsportarten oder Schirennläufe. Und Drittens existieren Sportarten, die gesundheitsschädigendes Verhalten fast verlangen, wie etwa Untergewicht bei SchispringerInnen oder TurnerInnen (vgl. Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 698).

Vor allem die Intensität und die Belastung durch Sport nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Spätestens dann, wenn es zu einer Überbelastung durch Sport kommt, kann nicht mehr von „gesund“ die Rede sein. Der Wunscheffekt der Leistungssteigerung dominiert den sportlichen Anreiz. Was früher nur im Hochleitungssport anzutreffen war, ist immer häufig auch bei HobbyathletInnen erkennbar. Der Druck nach mehr Leistung führt nicht selten zu Überbelastungen und zum *„Übertraining“* (Dresen & Kläber, 2014: 62).

Es stellt sich die Frage, warum es im Freizeitsport immer wieder zu negativen Effekten und zu Überbelastungen durch Sport kommt? Güllich und Krüger betonen den Wettkampfsport, bei dem nicht nur ProfiathletInnen anzutreffen sind. Viele HobbysportlerInnen nehmen regelmäßig an sportlichen Bewerben teil. Personen trainieren über einen langen Zeitraum für einen Wettkampf, reihen andere Bedürfnisse hinter den Sport und nehmen sogar, wenn nötig, Schmerzen auf sich. Es gilt zu klären, warum Personen, insbesondere die Mehrheit an HobbysportlerInnen, die kaum oder minimale Chancen auf einen Sieg oder einen Gewinn haben, motiviert sind, an Wettkämpfen teilzunehmen (vgl. Güllich & Krüger, 2013: 545). Zum einen liegt der Anreiz darin, sich selbst Aufgaben zu stellen und dadurch *„… idealtypisch langfristige*

Zukunftsorientierung, Leistungsorientierung und -bereitschaft" (Güllich & Krüger, 2013: 545) zu erlangen. Außerdem erhöht die Ungewissheit der eigenen sportlichen Leistungsfähigkeit die Motivation. Nur im Wettkampf kann diese Unsicherheit der eigenen Leistung getestet werden und eine Aufgabe gelöst werden (vgl. Güllich & Krüger, 2013: 545). Für WettkampfsportlerInnen ist es ein großer Anreiz, die eigene Leistungsmaximierung zu verbessern um auch im Wettkampf besser abzuschneiden. Da höheres Training nicht immer ein erfolgreicheres Ergebnis in einem sportlichen Bewerb versprechen, ist es gerade diese Ungewissheit, die den Wettkampfsport so attraktiv machen (vgl. Güllich & Krüger, 2013: 546).

Bei SportlerInnen kann es zudem vorkommen, dass sie nach der jeweiligen körperlichen Betätigung süchtig und davon abhängig werden. Diese Sucht kann so weit reichen, dass sogenannte *„Entzugserscheinungen"* (Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 41) eintreten können, wenn die Bewegung nicht durchgeführt werden kann. Negative Empfindungen, Unruhe und Unsicherheit sind Folgen der Entzugserscheinungen. Personen sind dann so stark vom Sport eingenommen, dass dies ihr gesamtes Leben und ihren Alltag beeinflusst. Andere Lebensbereiche werden dafür meist vernachlässigt (vgl. Bakker & Whiting & van der Brug, 1992: 41f).

Es wird erkennbar, dass es sich hierbei um eine Dreieckskonstellation vom *„… Verhältnis zwischen Sport, Gesundheit und Leistung …"* (Dresen & Kläber, 2014: 64) handelt. Dieses Verhältnis gilt es in einem ausgewogenen Verhältnis zu halten um den Gesundheitszustand nicht zu gefährden.

Doch gerade im Spitzensport, wo Leistung der zentrale und geltende Output ist, verliert Gesundheit immer weniger an Bedeutung. Kann die eigene Leistung durch hartes Training nicht mehr maximiert werden, kommt es vor, dass zu Medikamentenmissbrauch und Einnahme von Dopingpräparaten gegriffen wird (vgl. Dresen & Kläber, 2014: 62f). Die persönliche Zielerreichung dominiert dann das Sportmotiv. Bestleistungen wollen erreicht und übertroffen werden. Es werden Medikamente und Substanzen eingenommen, die in ihrer ursprünglichen Form für einen anderen Präventions- oder Heilungszweck entwickelt worden waren (vgl. Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 703). Bei SportlerInnen, die durch dieses Agieren Leistungssteigerung bewirken wollen, spricht man von *„Doping"* (Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 703). Werden Substanzen zur Verschönerung und Optimierung der Körperfigur eingenommen, spricht man dabei von

„Medikamenteneinsatz“ und *„Medikamentenmissbrauch“* (Emrich & Frenger & Pitsch, 2013: 703).

2.5 Die Sportlichkeit der österreichischen Bevölkerung

Um aufzuzeigen, welchen Stellenwert Sport in der österreichischen Bevölkerung hat, sollen einige Befragungsergebnisse veröffentlicht werden.

Die „Spezial-Eurobarometer 334 Studie“, Befragungsjahr 2009, lieferte interessante Ergebnisse zum Sportverhalten der BürgerInnen der EU. Die Befragungsdaten für ÖsterreicherInnen ergaben, dass nur die Minderheit der Befragten angab, „regelmäßig“ Sport zu betreiben (vgl. Spezial-Eurobarometer 334, 2010: 11):

- 5% *„regelmäßig“*
- 33% *„ziemlich regelmäßig“*
- 33% *„selten“*
- 26% *„nie“* (Spezial-Eurobarometer 334, 2010: 11).

Die „Statista“ erhob im Jahr 2015 anhand einer Onlinebefragung in Österreich, wie sich die ÖsterreicherInnen in Bezug auf Sport selbst einschätzten, ob sie sich als sportlich oder unsportlich bewerteten. Die Befragten beurteilten sich selbst:

- 9,9 % als *„sehr sportlich“*
- 25,7 % als *„eher sportlich“*
- 34,4 % als *„teils/ teils“*
- 24 % als *„eher unsportlich“*
- 6 % als *„sehr unsportlich“* (Statista, 2016)

Die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ fand heraus, dass 49% der WienerInnen zumindest einmal pro Woche eine sportliche Aktivität ausübten. Der Durchschnittswert der WienerInnen für körperliche Betätigung lag bei 2,8 Tagen pro Woche. Nur 8% der Befragten gaben an, Leistungssport zu betreiben und dementsprechend zu trainieren. Dies waren mehr Männer als Frauen. Generell zeigte sich für die WienerInnen, dass mehr Männer angaben, Sport zu betreiben, als Frauen. Auch ältere Personen waren weniger sportlich aktiv als jüngere Menschen. Zudem zeigten sich

Unterschiede in der Schulbildung. Personen mit höherer Ausbildung, gaben häufiger an einmal wöchentlich zu trainieren, im Gegensatz zu Personen mit niedrigerer Bildung (vgl. Stadt Wien, 2015: 78f: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07).

Auch in der zu Beginn erwähnten Spezial-Eurobarometer Studie konnten bei den EU-BürgerInnen soziodemografische Unterschiede aller ProbandInnen festgestellt werden. So waren es vorrangig Männer, jüngere Personen und höher Gebildete, die häufiger Sport betrieben. Personen, die alleine lebten, waren seltener sportlich aktiv, als Personen in einem gemeinsamen Haushalt. Auch niedrigeres Einkommen korrelierte in der Studie mit weniger sportlicher Betätigung (vgl. Spezial-Eurobarometer 334, 2010: 13f).

Eine etwas ältere zurückliegende Studie im Auftrag des Instituts für Sozialmedizin durchgeführt vom „Österreichischen Gallup-Institut“ lieferte zusätzlich interessante Ergebnisse. Pratscher skizzierte diese Ergebnisse zum „Sportverhalten der Österreicher“ (Pratscher, 2000: 18ff). Damals waren 40% der österreichischen Bevölkerung zumindest einmal wöchentlich bis täglich sportlich aktiv, wobei der Anteil der Männer größer war, als jener der Frauen. Dabei zeigte sich, dass die größten Motivationen für Sportausübung die Erhaltung der Gesundheit sowie der Spaß an der Aktivität waren. Beinahe die Hälfte aller Befragten gab zu, dass das Gesundheitsmotiv beim Sport für sie eine zentrale Rolle spielte. Vor allem für die älteren SportlerInnen war dieses Motiv vorrangig. Lediglich 5% der StudienteilnehmerInnen behaupteten, dass das Wettkampfmotiv für sie eine wichtige Rolle im Sport darstellte. Ganz deutliche Ergebnisse zeigte die Studie auch bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit. SportlerInnen bewerteten sowohl ihren Gesundheitszustand also auch ihre Zufriedenheit deutlich besser als Nicht-SportlerInnen (vgl. Pratscher, 2000: 19f).

3. GESUNDHEITSVERHALTEN UND GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Das 3. Kapitel dieser Arbeit widmet sich dem Forschungsschwerpunkt Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation. Um diese Themen diskutieren zu können, ist es wichtig, im Vorfeld Begrifflichkeiten und Definitionen festzuhalten. Im Anschluss können nicht mediale sowie mediale Erscheinungsformen von Gesundheitskommunikation aufgezeigt werden. Bei der Nutzung und Anwendung von Gesundheitskommunikation werden bereits erhobene Studienergebnisse unterschiedlicher WissenschafterInnen festgehalten. Sowohl Potentiale als auch Schwächen und Hürden von Gesundheitskommunikation gilt es hervorzuheben. Anschließend werden die Anforderungen auf die Arzt-Patienten Beziehung diskutiert und sowohl die Veränderungen auf PatientInnenseite, als auch auf ÄrztInnenseite skizziert. Das Kapitel schließt mit deskriptiven Modellen zur Beschreibung des (mediengestützten) Gesundheitsverhaltens und einem weiteren Modell zur Beschreibung des Gesundheitsverhaltens.

3.1 Kommunikationswissenschaftliche Begriffserklärung

Um einen ersten Einblick in das Forschungsgebiet zu erlangen und eine Grundlage für die späteren Forschungsfragen zu legen, gilt es, im Vorfeld zwei wichtige Begriffe zu definieren. Diese Begriffe sind zum einem „Gesundheit“ und zum anderen „Krankheit“. Beide Begriffe spielen für das Gesundheitsverhalten eine zentrale Rolle, was im Anschluss diskutiert werden kann. Abschließend soll auf Gesundheitskommunikation eingegangen werden, um aufzuzeigen, worum es sich bei diesem Begriff handelt.

3.1.1 Gesundheit und Krankheit

Flatscher betont die Wichtigkeit von Gesundheit indem er meint, dass dies jeden Menschen betreffe und nicht nur ÄrztInnen oder Fachpersonal welche täglich damit konfrontiert sind. Meist wird die Gesundheit nicht bewusst beachtet und ist erst dann offensichtlich, wenn sich der Gesundheitszustand ändert. Durch Krankheit wird Gesundheit präsent und hervorgehoben. Doch die alleinige Annahme, dass Gesundheit ein Zustand des Nicht-Krankseins ist, greift zu kurz (vgl. Flatscher: 5).

Die **Gesundheitsdefinition der WHO von 1948** definierte:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. …" (vgl. BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung).

Gesundheit zieht sich über das komplette Leben. Daher ist es erforderlich, diese ständig zu pflegen (vgl. BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung). Die O**ttawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986** ergänzt, dass

„… Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens … und nicht als vorrangiges Lebensziel" (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986) zu betrachten sei.

Was auffällt ist, dass sich die Handhabung mit der Gesundheit im Verlauf der Gesellschaft ständig verändert hat und auch weiterhin ändert. Sogar unterschiedliche Kulturen zeigen unterschiedliche Verhaltensweisen im Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem Gesundheitssystem (vgl. Faltermaier, 2016: 229f). Faltermaier veröffentlichte in einer seiner Publikationen, wie medizinische Laien den Gesundheitsbegriff definierten. Es zeigte sich, dass Personen bestimmte Einflüsse benannten, die sich auf ihre Gesundheit auswirkten. Dazu zählten Arbeit und Familie sowie die persönliche Lebensweise, also ob man ein förderndes oder schädigendes Gesundheitsverhalten praktiziert (vgl. Faltermaier, 2016: 232). Auch die Ottawa-Charta betont, dass gewisse alltägliche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um positive Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand bewirken zu können. Das sind:

- *„Frieden", „Gerechtigkeit"* und *„Chancengleichheit"*
- *„angemessene Wohnbedingungen"*
- *„Bildung"* und *„Einkommen"*
- *„Ernährung"*
- *„stabiles Öko-System"* (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986).

Neben all diesen Einwirkungen beeinflussen auch einige *„sozialpsychologische Aspekte"* (Döring, 2003: 304) die Gesundheit. Dazu zählen die generelle Gesundheitseinstellung, der Umgang mit Belastungen, der gesundheitliche Umgang in der Familie aber auch der Austausch zwischen MedizinerIn und Laien (vgl. Döring, 2003: 304).

Die Gesundheitsdefinition fällt für jeden Menschen sehr individuell aus. Vor allem die Konfrontation mit Krankheit, die generelle Lebensweise sowie die soziodemografischen Daten beeinflussen die eigene Sichtweise über Gesundheit (vgl. Hastall, 2011: 26).

Durch die Definition „Gesundheit" lässt sich erkennen, dass diese zwar einen Zustand beschreibt, dieser Zustand aber sehr viel mit persönlichen Verhaltensweisen und Handlungen zu tun hat und davon beeinflusst werden kann.

Im Gegensatz zu Gesundheit scheint es, dass Krankheit leichter zu beschreiben und definieren ist. Krankheit zeigt sich immer in einem Erscheinungsbild. Merkmale und Anzeichen dieses Zustandes und dessen Verlauf lassen sich benennen (vgl. Flatsch: 6).

Nach Faltermaier schreiben erkrankte Menschen *„… genetischen, umweltbezogenen, körperlichen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren …"* (Faltermaier, 2016: 232) Verantwortung für die jeweilige Krankheit zu. Einerseits werden Krankheiten durch eigene negative Verhaltensweisen oder persönliche Eigenschaften erklärt, andererseits gibt es Menschen, die das Kranksein als persönliches Schicksal deuten (vgl. Faltermaier, 2016: 232).

3.1.2 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten ist eine vorsorgliche Lebensart, die sich dadurch charakterisiert, ein längeres Leben anzustreben und fit zu bleiben. Sportliche Betätigung, gesunde Ernährung und gewisse Vorsichtsmaßnahmen (als Beispiel: Helmpflicht beim Schifahren) stellen positive Eigenschaften dar. Nikotin- und Alkoholgebrauch sind dagegen schädigende Gesundheitsverhaltensweisen (vgl. Schwarzer, 2004: 3).

Im Gesundheitsreport 2010 der Barmer GEK werden drei zentrale Elemente des Gesundheitsverhaltens betont. Dazu zählen das *„gesundheitsbezogene Informationsverhalten",* das *„Vorsorgeverhalten"* sowie *„gesundheitsbezogene Aktivitäten"* (Barmer GEK, Gesundheitsreport 2010: 10). Als weitere gesundheitliche Einflussfaktoren neben dem Gesundheitsverhalten zählt er die „Gesundheitskompetenz", den „Gesundheitstyp" sowie die generelle Einstellung zur Gesundheit. All diese Verhaltensweisen und Eigenschaften einer Person nehmen Einfluss auf ihre Gesundheit (vgl. Barmer GEK, Gesundheitsreport 2010: 9).

Im Bereich Gesundheitsverhalten unterscheidet man zwischen Prävention und Gesundheitsförderung, die beide eine förderliche Verhaltensweise für die Gesundheit darstellen.

Prävention versteht sich als die *„… Bewahrung der Gesundheit sowie Verhütung und Früherkennung von Krankheit.“* (BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung). Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit unterscheidet drei Präventionstypen: „Primärprävention“, „Sekundärprävention“ und „Tertiärprävention“ (BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung). Bei Ersterem geht es darum, die Gesundheit aufrecht zu halten und Erkrankungen erst gar nicht entstehen zu lassen. Bei Zweiterem wird durch frühe Diagnose versucht, ein Krankheitsbild komplett abzuwehren oder zu behandeln. Ist eine Krankheit bereits eingetreten, werden in der Tertiärprävention Maßnahmen gesetzt, um den Gesundheitszustand wieder herzustellen (vgl. BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung).

Gesundheitsförderung wird meisten durch die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“ (BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung) von 1986 erklärt. Dabei wird Gesundheitsförderung als ein Konzept beschrieben, das jeder Person mehr Autonomie im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit einräumt was in weiterer Folge zu einer höheren Gesundheit führen soll (vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986). Nach der Ottawa-Charta versteht sich Gesundheitsförderung als ein dem Individuum übergestellter Bereich:

„Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin.“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986).

3.1.3 Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens

Die hohe Sterberate und Anzahl der jährlich erkrankten Menschen könnten in vielen Fällen durch andere Verhaltensmuster der Betroffenen vermieden oder verringert werden. Wichtig wäre es, die Menschen auf Gesundheitsrisiken aufmerksam zu machen und präventive Maßnahmen hervorzuheben. Es gilt, ein Gleichgewicht zwischen der Tatsache, dass sich Menschen nicht unnötig beunruhigt fühlen und dennoch auf Risiken angesprochen werden um adäquat handeln können, herzustellen (vgl. Hastall, 2011: 15f).

Die *„vorbeugungsorientierte Versorgungsforschung“* (Schnabel & Bödeker, 2012: 147) entwickelte eine Aufstellung von Risikofaktoren für die Gesundheit. Ziel war es, rückgängig zu untersuchen, warum Menschen an bestimmten Krankheiten litten und andere nicht. Relevant war dabei die Lebensgestaltung, vor allem bei Personen mit ähnlicher Lebensweise aber unterschiedlichem Gesundheitsstatus. Dabei unterschied man *„körperliche … als auch … Verhaltensebene“* (Schnabel & Bödeker, 2012: 147f). Zu Ersterem zählen Krankheiten, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Blutdruck aber auch Gewichtsprobleme. Zweiteres beschreiben negative Verhaltensweise, die sich auf Alkohol- und Nikotinkonsum, Ernährung und Bewegungsarmut bezog. Anhand beider Faktoren solle sich eine rechnerische Wahrscheinlichkeit ergeben, an einer Krankheit zu erleiden (vgl. Schnabel & Bödeker, 2012: 147f).

Menschen sind generell darin bestrebt, die eigene Gesundheit zu fördern, anstatt Krankheit zu erzeugen. Dennoch können Erkrankungen für den/ die Betroffene positive Nebenwirkungen mit sich bringen, wie etwa ein Entkommen aus dem Alltag oder die Unterstützung und Anteilnahme durch eine nahestehende Person. Außerdem werden weitere Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens, wie Alkohol- und Nikotinkonsum, ungesunde Ernährung sowie Bewegungsmangel mit Vergnügung und Lust verbunden, was deren Ausübung positiv beeinflusst (vgl. Döring, 2003: 306).

3.1.4 Gesundheitskommunikation

Gesundheitskommunikation kann sowohl medial vermittelt als auch persönlich stattfinden. Mediale Gesundheitskommunikation bedeutet jede Form der Kommunikation und Information über Gesundheit mit Hilfe von Massenmedien (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 20). Massenmedien haben als wichtigste Aufgabe, Raum für die Öffentlichkeit und damit für alle Personen offen zu halten, worin sich *„… die Gesellschaft über sich selbst verständigt …“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 24). Als Kommunikationsformen stehen *„Sprache und Schrift“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 24) aber auch Bildmaterial zur Verfügung, die eine Kontaktaufnahme und Informationsweitergabe zwischen Personen ermöglicht (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 24).

Unter Massenmedien sind Bücher, Zeitschriften, Zeitungen, Fernseher und das Radio zu verstehen. Das Internet stellt eine Sonderform dar. Es kann einerseits Elemente der

Massenmedien besitzen, andererseits kann es auch zu *„Individualkommunikation“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 25) verwendet werden.

Persönliche Gesundheitskommunikation findet ohne Medien statt. Beteiligt sind lediglich Personen. Als Beispiel wäre ein Gespräch zwischen MedizinerIn und Erkranktem/ Erkrankter anzuführen (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 20f). Im Zuge dieser Kommunikation werden Informationen ausgetauscht und weitergegeben, mit dem Ziel, diese auch zu verstehen. Beide Kommunikationspartner beteiligen sich an dem Gespräch, wobei es zwei Rollen gibt – die des/ der SprecherIn und jene des/der EmpfängerIn. Entweder die Gesprächspartner wechseln sich ab oder behalten ihre jeweilige Rolle für den Verlauf eines Gespräches bei (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 25).

Im Verlauf der weiteren Arbeit wird teilweise für Gesundheitskommunikation der Begriff ***„gesundheitsbezogenes Informationsverhalten“*** (Barmer GEK, Gesundheitsreport 2010: 10) aus dem Barmer GEK Gesundheitsreport 2010 synonym verwendet.

3.2 Erscheinungsformen der Gesundheitskommunikation

In der *„Gesundheitskommunikationsforschung“* (Schnabel & Bödeker, 2012: 65) wird betont, dass Gesundheitskommunikation mehr Formen, als die reine Kommunikation zwischen Individuen beinhaltet. Es existieren unterschiedliche Prozesse und Phasen der Gesundheitskommunikation:

- ***„lebenslang“*** (Schnabel & Bödeker, 2012: 66) kommunizieren sowohl Laien untereinander als auch Laien mit ExperInnen. Als Erscheinungsformen lässt sich die individuelle Kommunikation und die mediale Kommunikation festhalten, deren Themen krankheits- und gesundheitsbezogen sind.
- ***„ausbildungsbedingt“*** (Schnabel & Bödeker, 2012: 66) kommunizieren ExpertInnen mit ExpertInnen. Diese Form ist ebenfalls in individueller als auch medialer Kommunikation möglich und lässt sich in Ausbildungsstätten, wie beispielsweise Universitäten, beobachten.
- ***„professionell“*** (Schnabel & Bödeker, 2012: 66) kommunizieren ExperInnen mit Laien. Erscheinungsformen wie „Beratung, Marketing … E-Health“ (Schnabel &

Bödeker, 2012: 67) sind dabei charakteristisch (vgl. Schnabel & Bödeker, 2012: 67).

Gesundheit und gesund zu bleiben ist keine Selbstverständlichkeit und kann nur von Personen förderlich bewältigt werden, *„… die im Laufe ihrer Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung, aber auch der bedarfsbedingten Kommunikation mit Versorgungs- und Gesundheitsexperten dazu befähigt worden sind.“* (Schnabel & Bödeker, 2012: 66). Eine zentrale Rolle spielen das generelle Gesundheitsinteresse und die Motivation, gesundheitsförderlich zu handeln (vgl. Schnabel & Bödeker, 2012: 66).

Menschen werden im Laufe ihres Lebens immer wieder mit Gesundheitskommunikation konfrontiert. AutorInnen sprechen von einer dauerhaften Kommunikation rund um die Gesundheit. Dazu zählen alle Erfahrungen und Erlebnisse, die Personen in Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheitserhaltung machen. Dabei leisten medizinische Laien oft „ärztliche Betreuung“ indem sie erkrankten Personen zur Seite stehen. Aber auch die professionelle Form der Kommunikation mit ExperInnen prägt die Gesundheitskommunikation (vgl. Schnabel & Bödeker, 2012: 67ff)

Die Gesundheitskommunikation lässt sich grob in drei unterschiedliche Ebenen teilen:

(1.)„Medienebene“
(2.)*„Mesoebene“* und
(3.)*„Mikroebene“* (Bonfadelli, 2014: 20)

(1.) Erste Forschungsperspektive begreift Gesundheitsthematik in den Medien. Es wird untersucht, welche Inhalte überhaupt von den Medien aufgegriffen werden und nach welchen Kriterien diese ausgewählt werden (vgl. Bonfadelli, 2014: 20).

(2.) Die Mesoebene betrachtet übergeordnete Gesundheitsorganisationen und deren Handeln in Bezug auf Gesundheitsthemen, wie zum Beispiel die Politik oder gemeinnützige Vereine (vgl. Bonfadelli, 2014: 20).

(3.) Bei der Mikroebene geht es vor allem um die *„intrapersonale“* und *„interpersonale Kommunikation“* (Bonfadelli, 2014: 20) sowie um die Zuwendung der RezipientInnen zu den Inhalten (vgl. Bonfadelli, 2014: 20).

Im Fokus der Betrachtungsweise der vorliegenden Magisterarbeit steht die „Mikroebene". Dabei spielen die nicht mediale sowie die mediale Quellen für das gesundheitsbezogene Informationsverhaltenen eine zentrale Rolle, worauf nun näher eingegangen werden soll.

3.2.1 Nicht mediale Gesundheitskommunikation

Zur nicht medialen Gesundheitskommunikation zählen nach Bonfadelli *„intrapersonale und interpersonale Kommunikation"* (Bonfadelli, 2014: 24). Intrapersonal meint, was Personen selbst über Gesundheit und Krankheit denken und wie sie dies bewerten. Dazu gehören alle Gefühle und Empfindungen, die den Mensch selbst betreffen. Interpersonal beschreibt eine Kommunikationsform zu einer anderen Person, etwa zwischen Laien und ExpertIn, zwischen Erkrankten und Behandelnden (vgl. Bonfadelli, 2014: 24).

Gleiche Unterscheidung sowie Definition nimmt Signitzer vor und ergänzen um eine dritte Ebene der *„Organisationskommunikation"* (Signitzer, 2001: 28). Intrapersonale Kommunikation ist, so wie auch Bonfadelli betont, alles, was ein Mensch in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit empfindet und beurteilt. Unterschiedliche Persönlichkeitstypen können unterschiedliche Empfindungen zeigen. Bei der interpersonellen Kommunikation geht es immer um ein Gespräch zwischen zwei Personen zum Thema Gesundheit (vgl. Signitzer, 2001: 29). Bei der Organisationkommunikation stehen Institutionen wie Spitäler oder Pflegeheime mit übergeordneten Gesundheitsfragen im Fokus, etwa ob Spitäler Räume für Kranke bereitstellen oder das Pflegepersonal in gesundheitlicher Gefahr steht (vgl. Signitzer, 2001: 30).

Schnabel & Bödeker unterscheiden bei der nicht medialen Gesundheitskommunikation zwischen „interpersonaler Kommunikation" und „Kommunikation mit Organisationen" (Schnabel & Bödeker, 2012: 81). Bei der interpersonalen Kommunikation treten sich zwei KommunikationspartnerInnen gegenüber. Die beiden Betroffenen stehen sich von Angesicht zu Angesicht gegenüber. Dabei hat jeder der beiden seine eigenen Intentionen für das Gespräch, was unter anderem in den unterschiedlichen Rollen der einzelnen Personen liegt (zum Beispiel ÄrztIn und PatientIn). Beide GesprächspartnerInnen versuchen gegenseitig auf sich einzuwirken. Die Gegebenheit der ständigen Beobachtung erleichtert dies und ermöglicht, den anderen stets zu beobachten (vgl. Schnabel & Bödeker, 2012: 81f).

3.2.2 Mediale Gesundheitskommunikation

In den Bereich der medialen Gesundheitskommunikation fällt die *„Massenkommunikation“* (Signitzer, 2001: 28). Bei der Massenkommunikation richten sich Informationen stets an ein, nach Maletzke benanntes, *„disperses Publikum“* (Burkart, 2002: 169 nach Maletzke, 1963: 28[11]). Dieses Publikum besteht aus Einzelpersonen oder Gemeinschaften, deren Gemeinsamkeit die Aufmerksamkeit zu Inhalten aus den Massenmedien darstellt. Das Publikum ändert sich fortlaufend und die einzelnen Mitglieder stehen in keinem Verhältnis zueinander, da sie sich nicht kennen und räumlich voneinander getrennt sind (vgl. Burkart, 2002: 169 nach Maletzke, 1963: 28f[12]). Im Gegensatz zur Individualkommunikation findet keine Kommunikation von Angesicht zu Angesicht zwischen den Kommunikationspartnern statt. Massenkommunikation geschieht nur mit Hilfe von Massenmedien (vgl. Burkhart, 2002: 170f).

Massenmedien sind Zeitungen und Zeitschriften, Fernseher und Radio. Dessen Aufgabe ist es,

„… einen öffentlichen und damit tendenziell für alle zugänglichen Raum herzustellen, in dem die Gesellschaft sich über sich selbst verständigt.“ (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 24).

Das Internet nimmt eine Art Sonderrolle ein, denn es beinhaltet sowohl Elemente der Massenkommunikation als auch der Individualkommunikation. Ersteres ist dann der Fall, wenn journalistische Medienangebote genutzt werden, Individualkommunikation im Internet ist beispielsweise der E-Mail Verkehr (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 25)[13]. Döring spricht im Zusammenhang mit dem Internet von einer *„multifunktionalen Kommunikationsinfrastruktur“* (Döring, 2003: 138). Das Internet ermöglicht unterschiedliche Informations- und Kommunikationsformen. Es bietet nicht nur die Möglichkeit zur Recherche von Wissensmaterial, sondern auch die Kontaktaufnahme (vgl. Mühlbacher & Wiest & Schumacher, 2001: 217). Unterschiedliche Formen der Kommunikation sind möglich, wie der individuelle Austausch, die Kommunikation in Gruppen bis hin zur Massenkommunikation (vgl.

[11] *Maletzke, Gerhard (1963): Psychologie der Massenkommunikation. Hamburg.*
[12] *Quellenangabe siehe Fußnote 9.*
[13] *Im Verlauf der weiteren Arbeit und auch in der durchgeführten Studie wird das Internet zu der medialen Gesundheitskommunikation gezählt.*

Döring, 2003: 138). Vor allem der Austausch zwischen Betroffene durch E-Mail Verkehr oder in Foren und Gruppen ermöglicht eine gegenseitige Unterstützung und Anteilnahme sowie Trost, da Erfahrungen geteilt und diskutiert werden (vgl. Kaltenborn, 2001: 52). Dies kann unter Umständen auch positiv zur Gesundwerdung beitragen. Viele Selbsthilfegruppen haben sich bereits im Internet etabliert (vgl. Mühlbacher & Wiest & Schumacher, 2001: 217).

Weiters ist das Internet, neben der Informationsquelle, auch eine relevante Quelle der *„Transaktion“* (Mühlbacher & Wiest & Schumacher, 2001: 217) geworden, da es möglich ist, sich Medikamente direkt online zu bestellen (vgl. Mühlbacher & Wiest & Schumacher, 2001: 217).

Es bleibt zu betonen, dass das Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen im Internet rasant am Wachsen und mittlerweile ziemlich undurchsichtig geworden ist. Personen haben dadurch die Möglichkeit zur Wissenserweiterungen, die ihnen bislang nicht möglich war (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 130). Dadurch kann es zu einer *„Mediatisierung des sozialen Feldes Medizin“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 132) kommen. Alle Akteure rund um die Medizin wie ÄrztInnen, PflegerInnen, Erkrankte aber auch Institute wie Apotheken, Krankenhäuser und Krankenkassen werden zukünftig stärker und vermehrter medial miteinander kommunizieren (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 132).

3.3 Ergebnisse zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten

Medien sind zu einer wichtigen Informationsquelle für Personen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen geworden (vgl. Signitzer, 2001: 31). Vor allem das Internet bietet Möglichkeiten, die das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen (vgl. Döring, 2003: 307). Suchen PatientInnen schon vor Ihrem Arzttermin nach Informationen über ihr Krankheitsbild, können sie oft einen besseren Dialog zum medizinischen Fachpersonal aufbauen und selbst präventive Maßnahmen treffen. Voraussetzung dafür ist es, mit dem gefundenen gesundheitlichen Informationsmaterial kritisch umzugehen. Außerdem können sich Erkrankte oder Betroffene im Internet mit anderen Personen austauschen und Zuwendung suchen (vgl. Döring, 2003: 308). Zudem ist das Internet ein *„Distributionsmedium für gesundheits- und krankheitsbezogene Produkte und*

Dienstleitungen" (Döring, 2003: 308). Dies bedeutet, dass nicht nur Medikamente angeboten und verkauft werden können, sondern dass auch Online-Betreuungen angeboten werden. Das Internet ermöglicht generell Zugang zur Kontaktaufnahme. Vor allem für *„… Personen, die temporär oder chronisch in ihrem Mobilität- und Kommunikationsverhalten eingeschränkt sind …"* (Döring, 2003: 309) kann dies ein großer Gewinn sein, der mit Ausgeglichenheit, Ablenkung oder Stärkung des Selbstvertrauen verbunden wird (vgl. Döring, 2003: 309).

Zahlreiche Studien haben bisher gesundheitsbezogenes Informationsverhalten unter verschiedenen Gesichtspunkten analysiert. Erkenntnisse aus ausgewählten Bereichen sollen angeführt werden.

Lebensstil. Bezogen auf ein gesundheitsförderliches oder gesundheitsschädigendes Verhalten konnte eine Studie Unterschiede in der Nutzung von Gesundheitsinformation feststellen. Es wurde gezeigt, dass SportlerInnen häufiger Gesundheitsinformationen konsumierten als Nicht-SportlerInnen. Ebenso zeigten Personen mit Nikotin- und Alkoholkonsum eine geringere Nutzung von Gesundheitsinformationen als Personen, die beide Risikoverhaltensweisen vermieden. Damit nahm der Lebensstil und vorhandene beziehungsweise nicht vorhandene Risikofaktoren Einfluss auf das gesundheitliche Informationsverhalten (vgl. Horch & Wirz, 2005: 1254).

Allgemeine Quellen. Schachinger konnte in einer Studie zeigen, dass der Großteil der Befragten das Internet nutzte, um sich über gesundheitliche Fragen und Themen zu informieren. Erst danach folgte das medizinische Personal und weitere Quellen wie Bücher und Printmedien, ApothekerInnen und Mitmenschen. Schachinger begründet diese Tendenz dahingehend, dass das Internet die am schnellsten zugängige Informationsquelle darstelle (vgl. Schachinger, 2014: 143).

Quellen im Internet. Diente das Internet zur Informationsbeschaffung, wurden am häufigsten Suchmaschinen verwendet. Weitaus weniger Personen, aber immer noch ein Drittel aller Befragten nutzten ihnen schon bekannte Gesundheitsportale. Nur ein Bruchteil der ProbandInnen besuchten Internetseiten aufgrund eines Empfehlungsmanagement (vgl. Schachinger, 2014: 144). Bei Nutzung gezielter Internetseiten, lag das Interesse hauptsächlich bei spezifizierten Gesundheitswebsites. Allgemeine Homepages wurden in diesem Fall weniger genutzt. Darauf folgten das

Informationsverhalten durch und in Foren und Social Media und auf Internetseiten für Selbsthilfegruppen (vgl. Schachinger, 2014: 146).

Qualitätsbewertung & Zuverlässigkeit. Bartsch und Kolleginnen führten 2012 eine Studie zum Thema Qualitätsbewertung der medialen Gesundheitsinformation von RezipientInnen durch. In der Studie wurde zwar keine repräsentative Stichprobe gezogen, trotzdem scheinen die Ergebnisse relevant für weitere Forschungsansätze. Die ForscherInnen konnten durch ihre Befragung aufzeigen, dass die NutzerInnen die Gesundheitsinformationen aus einem dargebotenen Gesundheitsartikel qualitativ hochwertiger einschätzen, wenn der Text ausgeglichen formuliert war und mehrere Meinungen publiziert wurden. Außerdem zeigte die Studie, dass Frauen dem medialen Gesundheitsmaterial höhere Qualität zuschrieben. Generell konnte festgehalten werden, dass die ProbandInnen die Gesundheitsartikel positiver bewerteten, wenn sie auch sonst vermehrt gesundheitsbezogenes Informationsmaterial in den Medien bezogen (vgl. Bartsch & Dege & Grotefels & Maisel, 2004: 133f).

3.4 Kompetenz- und Informationsverhalten

Bonfadelli betont einmal mehr, dass generelle Probleme und Schwachstellen immer an einer fehlerhaften Kommunikation zugrunde liegen. Er meint, dass *„… jedes Gesundheitsproblem … ein Kommunikationsproblem ist …“* (Bonfadelli, 2014: 28). Kommunikativ gut geplante Gesundheitsinhalte sind in der Lage, diese Probleme zu verhindern oder zu verbessern (vgl. Bonfadelli, 2014: 28).

Gesundheit wird als Thema in den Medien aber auch im Alltag immer prominenter. Es zeigt sich dabei eine Tendenz in beide Richtungen. Menschen leben einerseits gesünder, andererseits treten viele gesundheitliche Probleme vermehrter auf. Unterschiedliche Sozialgruppierungen zeigen unterschiedliche Auswirkungen auf. Dies bestätigt, dass einige Menschen durch mediale Gesundheitsquellen positiv beeinflusst werden, andere jedoch nicht auf die Risiken aufmerksam werden (vgl. Bonfadelli, 2014: 29).

Informationen aus dem Internet sollten mit Vorsicht genossen werden, denn es steht jedem frei, Inhalte zu publizieren. Selbst der/ die VerfasserIn lassen sich manchmal nicht erkennen (vgl. Mühlbacher & Wiest & Schumacher, 2001: 218). Deshalb ist es möglich,

dass sich im Internet negative Gesundheitsverhaltensweisen etablieren, da deren Verbreitung nicht kontrolliert und überprüft werden kann. Zudem existieren Inhalte, die krankheitsförderliche Lebensstile betonen (vgl. Döring, 2003: 206).

Im Zusammenhang mit Gesundheitskommunikation werden von den NutzerInnen Kompetenzen erwartet, um die große Informationsmenge positiv nutzen zu können. Medienkompetenz und Gesundheitskompetenz haben einen zentralen Stellenwert. Weiters soll auf das generelle Informationsverhalten der Personen eingegangen werden, um aufzuzeigen, dass es hier Unterschiede zu verzeichnen gibt.

3.4.1 Medienkompetenz

Es ist essentiell, eine ausgeprägte „Medienkompetenz" zu verfügen, um überhaupt mit den medialen Quellen richtig umgehen zu können (vgl. Kaltenborn, 2001: 47). Des Weiteren ist es erforderlich, eine *„Informations- und Wissenskompetenz"* (Kaltenborn, 2001: 47) zu besitzen, damit neue Informationen in bereits bestehendes Wissensgut eingebettet werden können und kritisch hinterfragt werden können. Information sollten nicht unhinterfragt aufgenommen werden (vgl. Kaltenborn, 2001: 47).

Medienkompetenz lässt sich mit drei unterschiedliche Publikumstypen von Jäckel gut skizzieren: (1) *„Mündige Konsumenten verfügen über Medienkompetenz"* (Jäckel, 2012: 138) und sind daher in der Lage, Inhalte abzuschätzen und auch an ihre Mitmenschen weiter zu empfehlen. (2) *„Schutzbedürftige Gruppen"* (Jäckel, 2012: 138) benötigen im Unterschied zur ersten Gruppe Unterstützung und Schutz im Umgang mit Medienkonsum. (3) *„Mitproduzenten"* (Jäckel, 2012: 138) produzieren selbst Medienoutput.

3.4.2 Gesundheitskompetenz und Health Literacy

Gesundheitskompetenz ist

> *„… die Fähigkeit jedes Einzelnen, im täglichen Leben die richtigen Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit und auf die Vermeidung von Krankheit auswirken, aber auch selbstständig aktiv Gesundheitsvorsorge zu betreiben."* (Steinmaßl-Wirrer, 2009).

Gesundheitskompetenz versteht sich dadurch als die übergeordnete Fähigkeit, einen positiven Umgang mit der eigenen Gesundheit zu praktizieren.

Die Kompetenz wird sichtbar, wenn man vor neue Herausforderungen gestellt wird und diese bewältigen muss, wie etwa die Heilung einer Krankheit. Gesundheitskompetenz darf daher nicht als „einfache“ Fertigkeit verstanden werden, die man einmal erprobt und immer wieder abrufen kann. Es handelt sich dabei vielmehr um einen dauerhaften Aneignungsprozess, geprägt durch soziale Beziehungen und das gesellschaftliche Umfeld (vgl. Barmer GEK, Gesundheitsreport 2010: 5f).

Faltermaier übersetzt Health Literacy mit „Gesundheitskompetenz“ (vgl. Faltermaier, 2016: 233) und definiert darunter die Kenntnis über Gesundheit und Krankheit – die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Inhalte verstehen und für sich selbst verwenden zu können (vgl. Faltermaier, 2016: 233). Unter diesem Gesichtspunkt bekommt die Gesundheitskompetenz bereits mehr Beachtung im Umgang mit gesundheitlichen Informationsquellen.

Roski & Schikorra definieren „Health Literaty“ als den Umgang mit und das Verhalten zu medialen Informationen. In Bezug zu gesundheitsbezogenem Informationsverhalten verbindet man mit Health Literacy die Eigenschaft, über Gesundheitsthemen ausreichend Kenntnis zu erlangen und diese auch anwenden zu können (vgl. Roski & Schikorra, 2007: 20e1). Bei gesundheitsbezogenen Inhalten, geht es dabei nicht immer nur um medial vermittelte Informationen, sondern auch um das Verstehen von MedizinerInnen und Behandlungen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitskompetenz).

Baumann unterscheidet drei unterschiedliche Zielsetzungen, welche Personen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen verfolgen. (1) *„Surveillance“* (Baumann, 2006: 131) möchten über Gesundheitsthematiken informiert sein, um über deren Risikos Bescheid zu wissen. (2) *„Co-Therapeuten“* (Baumann, 2006: 131) möchten bei speziellen Gesundheitsthemen die Aussagen von ÄrtzInnen besser verstehen und mitreden können. (3) *„Autarkie“* (Baumann, 2006: 131) bedeutet, dass Personen sich selbst ärztlich versorgen und auch Mitmenschen Empfehlungen geben, sie agieren also selbst als „Experten“ (vgl. Baumann, 2006: 131).

3.4.3 Informationsverarbeitungsverhalten

Abgesehen von den Kompetenzen, die Personen im Umgang mit (medialen)Inhalten besitzen sollten, zeigt sich, dass Menschen ein unterschiedliches Informationsverlangen besitzen und sich mehr oder weniger stark mit bestimmten Inhalten beschäftigen. Dies

gilt nicht vorrangig für mediale Inhalte sondern für generelle Alltagsinformationen. An dieser Stelle soll das Informationsverhalten nach Miller betont werden. Miller beschreibt, dass Personen bei der Konfrontation mit bedrohlichen Informationen unterschiedlich umgehen und darauf reagieren. Arbeiten haben gezeigt, dass sich „monitor" und „blunter" Paradigmen voneinander abheben. Miller unterscheidet Personen in *„monitors (information seekers)"* und *„blunters (distractors)"* (Miller, 1987 nach Miller, 1981[14], in press[15]). Während die „Monitors" in bedrohlichen Situationen nach Informationen suchen, sind die „Blunters" jene, welche versuchen diese zu vermeiden (vgl. Miller, 1987).

Klier widmete seine Diplomarbeit der „Miller Behavioral Style Scale" und führte ein Beispiel aus dem Alltag zu den Monitor und Blunter Typen an. Er veranschaulicht, dass das Verlangen zu Informationen bei Personen unterschiedlich sein kann. Es gibt diejenigen, die sich vor einem Arzttermin mit einer unangenehmen Behandlung im Wartezimmer durch das Lesen von Lektüren ablenken und diejenigen, die davor alle Fragen zur Behandlung abklären möchten (vgl. Klier, 2005: 7). Klier betont Experimente von WissenschaftlerInnen (Miller, 1987[16] und Mangan, 1983[17]), welche herausgefunden haben, dass die Informationssucher nicht unbedingt ein höheres Stressempfinden besitzen. Sie sind in ungewissen Situationen angespannt und deshalb wird ihr Verlangen nach Informationsbeschaffung größer. Wenn sie jedoch befriedigende Informationen bezogen haben, sinkt auch wieder der Stresspegel. Für die Vermeider sinkt der Stressfaktor, wenn sie sich ablenken und die Informationen nicht an sich heran lassen. Diese Erkenntnis ist wichtig, um auf den jeweiligen Betroffenen eingehen zu können und dessen Stressausmaß niedrig zu halten (vgl. Klier, 2005: 8).

3.5 Anforderungen auf die Arzt-Patienten Beziehung

Die Beziehung zwischen ÄrtzIn und PatientIn hat durch die mediale Gesundheitskommunikation Veränderungen erfahren und steht vor neuen

[14] *Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Towards a clarification of evidence and theory. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 14, pp. 203–256). New York: Academic Press.*
[15] *Miller, S. M. (in press). To see or not to see: Cognitive informational styles in the coping process. In M. Rosenbaum (Ed.), Learned resourcefulness: On coping skills, self-regulation, and adaptive behavior. New York: Springer Press.*
[16] *Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. Journal of Personality and Social Psychology, 52(2):345.*
[17] *Miller, S. M. und Mangan, C. E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? Journal of Personality and Social Psychology, 45(1):223.*

Herausforderungen. WissenschaftlerInnen meinen, dass sich ein neuer *„Patiententypus“* (Link & Scherer & Schlütz, 2014: 221) entwickelt und neue Formen der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen angedacht werden müssen (vgl. Link & Scherer & Schlütz, 2014: 221). So kommt es immer seltener zu einer persönlichen Behandlung, welche verstärkt durch eine *„isolierte Mensch-Computer-Interaktion“* (Kaltenborn, 2001: 47) ersetzt wird.

Doch auch ein gesellschaftlicher Wandel steckt dahinter. Kranich betont in einem Aufsatz, dass die Erkrankten heute nicht mehr wie früher einfach den/ die MedizinerIn aufsuchen und sich passiv behandeln lassen. Menschen streben heute verstärkt nach einem aktiven Teil und wollen *„mündige Patienten“* (Kranich, 2004: 950) sein. Dies geht mit dem Bedürfnis einher, über den eigenen Krankheitszustand mitentscheiden zu können und Therapiemöglichkeiten gemeinsam anzudenken. Der Wunsch nach einer *„Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung“* (Kranich, 2004: 950) zwischen Erkranktem und Behandelten wird immer größer (vgl. Kranich, 2004: 950).

3.5.1 Die Veränderungen der PatientInnen

Personen haben sich in den vergangenen Jahren, was ihr gesundheitsbezogenes Informationsverhalten betrifft, deutlich verändert (vgl. Kaltenborn, 2001: 49). Der/ die PatientIn ist, wie bereits erwähnt, nicht länger passiver Erkrankter, sondern trägt stärker zum eigenen Heilungsprozess bei. Oft wird der Behandlungsverlauf zu einem Dialog zwischen ExpertInnen und Laien. Die Erkranken bringen sich in der Therapie und Behandlung selbst mit ein (vgl. Link & Scherer & Schlütz, 2014: 209). Dies erfordert jedoch die notwendigen Hintergrundinformationen zum jeweiligen Gesundheitsthema. Damit wird

„… das Leitbild mündiger, informierter und kompetenter Patientinnen und Patienten verbunden, sich aktiv der Suche und Aneignung von Informationen …“ (Link & Scherer & Schlütz, 2014: 209)

zu begeben, gefordert. Schließlich ist es notwendig, dass Personen ein bestimmtes Grundwissen über Krankheiten besitzen, um auch entsprechend handeln zu können. Für PatientInnen ist es sehr unterstützend, wenn sie Maßnahmen zur Krankheitsreduktion und Prävention entwerfen. Die Sehnsucht nach neuen und modernen Behandlungen fördert

die Bereitschaft zur gesundheitsbezogenen Informationssuche (vgl. Kaltenborn, 2001: 50).

Viele Betroffene nutzen tatsächlich vor oder nach einem ärztlichen Termin mediale Quellen, um sich über ihren Gesundheitszustand zu informieren. Dies resultiert aus dem Bedürfnis, schon im Vorfeld über eine Krankheit informiert zu sein oder danach nochmals die Diagnosen zu überprüfen. Außerdem werden die gefundenen Informationen auch den jeweiligen ExpertInnen vorgebracht (vgl. Kaltenborn, 2001: 49). Gesundheitliches Informationsmaterial wird zudem dafür bezogen, um gemeinsam mit den ÄrztInnen eine Diagnose zu stellen und vor allem den weiteren Behandlungsverlauf entscheiden zu können. Deshalb informieren sich viele Betroffene schon im Vorfeld über Gesundheitsinstitute und entsprechende medizinische ExpertInnen (vgl. Kaltenborn, 2001: 51).

Eine Studie von Link und KollegInnen ergab, dass online Gesundheitsforen eine wichtige Quelle des Austausches für Erkrankte darstellten. Die Kontaktaufnahme zu Gleichgesinnten war für viele Befragte eine hilfreiche Unterstützung. Betroffene hinterfragten Aussagen ihrer ÄrtzInnen kritisch und überprüften die gestellte Diagnosen. Dieses Informations- und Kommunikationsverhalten war vor allem dann sehr hoch, wenn den jeweiligen ExpertInnen wenig Vertrauen geschenkt wurde beziehungsweise der Termin nicht die erwünsche Beruhigung erzielte (vgl. Link & Scherer & Schlütz, 2014: 221).

3.5.2 Die Veränderungen des Ärztebildes

Auch das Rollenbild der ÄrztInnen hat sich enorm verändert. Im Zusammenhang mit den medialen Informationsquellen und vor allem den elektronischen Medien (Internet) betont Kaltenborn

„… für die gesamte administrative Planung in der Medizin und im Gesundheitswesen stützt man sich immer mehr auf diese digitale Repräsentation der Wirklichkeit.“ (Kaltenborn, 2001: 44).

Es zeigt sich immer stärker die Tendenz dahingehend, dass nicht nur Erkrankte medizinische Informationen aus den Medien, vor allem dem Internet nutzen, sondern häufiger auch das medizinische Personal selbst. MedizinerInnen möchten in der unüberschaubaren medialen Wissenswelt ebenfalls einen Überblick bekommen (vgl.

Kaltenborn, 2001: 44). ÄrtzInnen fürchten nämlich als Fachleute ihren Stellenwert zu verlieren. Durch die medizinische Informationsmenge im Internet wächst immer stärker der Eindruck, dass ÄrztInnen mit ihrem Wissen nicht mithalten können. MedizinerInnen sind fast „gezwungen", sich immer weiter zu bilden und sich neues Wissen anzueignen (vgl. Kaltenborn, 2001: 47).

Medizinische ExpertInnen nutzen viel stärker elektronische Medien und bewerten diese auch für ihre berufliche „Weiterbildung" als positiv, da sie betonen, so besser auf ihre PatientInnen eingehen und diese versorgen zu können (vgl. Kaltenborn, 2001: 46f).

3.6 Personenbezogene Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation

Haben sich Personen erstmals Verhaltensweisen angeeignet, ist es schwer, diese zu verändern. Vor allem bei schlechten Angewohnheiten, die verbessert werden sollen, befinden sich Betroffene in „… *konflikthaften Entscheidungs- und Motivierungsprozess …"* (Schwarzer, 2004: 3), welche am Ende ein anzustrebendes Ziel definieren. Erst danach ist es möglich, eine ungewohnte und oftmals nicht einfache neue Lebensweise auszuprobieren und beizubehalten (vgl. Schwarzer, 2004: 3).
Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogenes Informationsverhalten sind zwei Verhaltensweisen, die durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden können.

Gesundheitsverhalten. Betreffend Gesundheitsverhalten, das Einfluss auf die Gesundheitskommunikation nimmt, darf nicht nur die Person alleine im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, sondern es muss auch ihre Umgebung beachtet werden. Bonfadelli betont vor allem die soziale Umgebung, zu welcher Familie und Freunde zählen. Zudem beeinflusst die örtliche Umgebung Menschen in ihrem Verständnis und Umgang mit Gesundheit (vgl. Bonfadelli, 2014: 29).

Auch die beiden Variablen *„Einstellung"* und *„Verhalten"* (Bonfadelli, 2014: 26) der Personen, nehmen eine zentrale Rolle ein:

1. Einstellung: Der/ die Betroffene hat eine bestimmte und persönliche Einstellung zu einem Verhalten (z.B. Alkoholkonsum). Nun bewertet die Person selbst, wie groß die negativen Auswirkungen beziehungsweise die Risiken dieses Verhaltens

sind (z.B. eine Lebererkrankung zu bekommen). Im nächsten Schritt wird beurteilt, wie hoch die „persönliche Vulnerabilität“ (Bonfadelli, 2014: 26), also die Möglichkeit des Eintretens dieser Nebenwirkungen bei einem selbst, ist. Diese Beurteilungen sind individuell bei jedem Menschen unterschiedlich (vgl. Bonfadelli, 2014: 26).

2. Verhalten: Erst danach folgt das Verhalten, das auch wiederrum von einigen Faktoren beeinflusst wird. Die Umgebung und das Umfeld werden beobachtet (z.B. Alkoholkonsum wird von Gleichaltrigen ebenfalls betrieben). Die Erkenntnis, dass und mit welcher Anstrengung das Verhalten verändert werden kann (z.B.: Entzugserscheinungen), wird gewonnen. Schließlich muss der entsprechende Vorteil präsent sein (z.B. Gesundheit) und die möglichen Hindernisse (z.B. auch bei Einladungen, nichts zu trinken) bedacht werden. All diese Faktoren spielen für die tatsächliche Verhaltensweise eine wichtige Rolle (vgl. Bonfadelli, 2014: 26).

Gesundheitskommunikation. In Bezug auf Mediennutzung kann festgehalten werden, dass Personen Inhalte *„… entsprechend der individuellen Bedürfnisse und Probleme mehr oder weniger gezielt …“* (Bonfadelli & Friemel, 2015: 61) wählen. Je nach Bedürfnis oder Gegebenheiten wenden sich Menschen Inhalten aus den Medien zu und haben unterschiedliche Erwartungshaltungen daran, wie Informationsbeschaffung, Kontakt mit anderen, Entspannung, Wissenserwerb oder Beratung (vgl. Bonfadelli & Friemel, 2015: 61).

3.7 Deskriptive Modelle zur Beschreibung des (mediengestützten) Gesundheitsverhaltens

Abschließend sollen Modelle zur Beschreibung des (mediengestützten) Gesundheitsverhaltens berücksichtigt werden, welche die späteren Forschungsfragen und Hypothesen schärfen. Die Wissenschaft nennt Variablen und Einflussgrößen, welche Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten nehmen und dieses vorhersagen können.

3.7.1 Einflussgrößen des Gesundheitsverhaltens

Fromm, Baumann & Lampert bezeichnen *„Medienhandeln beeinflussende Rezeptionseigenschaften“* (Fromm, Baumann & Lampert, 2011: 123), welche individuelles Gesundheitsverständnis und -verhalten erklären. Einerseits handelt es sich dabei um bestimmte Einstellungen der Personen, andererseits auch um soziodemografische Eigenschaften. Aber auch weitere Variablen rund um das Thema Gesundheit können entscheidend sein (vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011: 123), Konkrete Eigenschaften, die Personen in ihrem Umgang mit medialen Gesundheitsinhalten aufweisen, sind:

- *„Soziodemographische, sozioökonomische und kulturelle Variablen“*
- *„Persönlichkeitseigenschaften“*
- *„Soziales Setting“ (Konfrontation mit Krankheit im Freundes-/ Familienkreis)*
- *„Persönliche Kommunikationsbedürfnisse“*
- *„Persönliche Wahrnehmungsmuster und Einstellungen“*
- *„Emotionen“*
- *„Wissen“*
- *„Medienzuwendung“*
- *„Medienkompetenz“* (Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 123)

Auch Bonfadelli beschäftigte sich mit der Rezeptions- und Wirkungsforschung in der Gesundheitskommunikation und hielt in Anlehnung an bestehende Theorien Eigenschaften der RezipientInnen fest, die Einfluss auf deren Mediennutzungsverhalten nahmen (vgl. Bonfadelli, 2014: 24ff). Dabei erwähnte er ebenfalls das bestehende Wissen und die Einstellung der Personen (vgl. Bonfadelli, 2014: 25) und ergänzte:

- die generelle Einstellung zur Gesundheit und der Umgang damit
- *„Motivation“* (Bonfadelli, 2014: 25)
- *„Verhaltensabsicht“* (Bonfadelli, 2014: 25) mit Erweiterung der empfundenen Kontrolle über dieses Verhalten und dessen Effekte
- die Gesundheitskompetenz
- die *„Selbstwirksamkeit“* und *„subjektive Norm“* (Bonfadelli, 2014: 25)
- das eingeschätzte Risiko sowie die Verletzbarkeit dieses Risikos
- die Abwägung zwischen Kosten und Nutzen eines bestimmten Verhaltens
- Standpunkt der Verhaltensänderung (vgl. Bonfadelli, 2014: 25).

Rossmann & Ziegler nennen auch „*Rezipienten- und Situationsmerkmale"* (Rossmann & Ziegler, 2013: 390), welche auf das Gesundheitsinformationshandeln der Personen Einfluss nehmen können. Sie betonen aber gleichzeitig, dass es viele Faktoren gibt, die eine Wirkung nach sich ziehen und heben die wichtigsten Merkmale hervor (vgl. Rossmann & Ziegler, 2013: 390f). Es werden an dieser Stelle nur mehr Variablen ergänzt, welche nicht schon bei den bereits erwähnten WissenschaflterInnen angeführt wurden:

- generelle Mediennutzung und Vorlieben
- aktueller Gesundheitszustand
- vergangenes Verhalten im Umgang mit Gesundheit
- Interesse an Gesundheitsthemen
- Einstellung zu Sport, Ernährung (vgl. Rossmann & Ziegler, 2013: 391).

Es fällt auf, dass Rossmann & Ziegler die Sportlichkeit der Personen beziehungsweise die Einstellung zu Sport als eine mögliche Einflussgröße im Umgang mit Gesundheitsinhalten sehen.

Allgemein wird ersichtlich, dass es viele Variablen und Faktoren gibt, die auf das mediengestützte Gesundheitsverhalten einer Person Einfluss nehmen und berücksichtigt werden müssen.

3.7.2 Das integrative Modell zum Gesundheitsverhalten

Fishbein (2000) entwickelten *„An integrative model"* welches das Gesundheitsverhalten charakterisiert, indem er mehrere bereits bestehende Theorien miteinander verknüpften (vgl. Fishbein & Capella, 2006: 1f nach Fishbein, 2000[18]). Dieses Modell veranschaulicht, dass das Verhalten der Personen am stärksten von drei Variablen abhängt:

(1) *„**Intention**"* (Fishein & Capella, 2006: 2): Die Person hat ein starkes Bedürfnis dieses Verhalten auszuüben.
(2) *„**Umweltfaktoren**"* (Fishein & Capella, 2006: 2): Gegebenheiten, welche dieses Handeln nicht verhindert.
(3) *„**Fähigkeiten und Fertigkeiten**"* (Fishein & Capella, 2006: 2) der Person (vgl. Fishein & Capella, 2006: 2).

[18] *Fishbein, M. (2000): The role of theory in HIV prevention. AIDS Care. 12. 273-278.*

Die Intention wird wiederum von drei Faktoren beeinflusst:

Das sind (1.1) die ***„Einstellung“*** (Fishein & Capella, 2006: 2) der Person, die davon beeinflusst wird, welche Erwartungen man von einem bestimmten Verhalten hat. Weiters (1.2) die ***„Normen“*** (Fishein & Capella, 2006: 2), welche von sozialer Anpassung geprägt werden. Schließlich (1.3) die ***„Selbstwirksamkeit“*** (Fishein & Capella, 2006: 2), die darauf beruht, wie man sich selbst einschätzt und an seine eigenen Kräfte glaubt (vgl. Fishein & Capella, 2006: 2).

Auch Fromm und Kollegen zitierten dieses Modell nach Fishbein und Cappella (vgl. Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 101f nach Fishbein & Cappella, 2006[19]) und erklärten, die Einstellung beeinflusse die Handlungen dahingehend, dass wenn das Endergebnis dadurch positiv bewertet wird, die Handlung auch wahrscheinlicher durchgeführt wird. Demgegenüber steht die soziale Anpassung. Ein bestimmtes Verhalten kann auch dadurch verstärkt werden, wenn man einer Gruppe beigehören möchte. Daher kann es vorkommen, dass ein gesundheitsschädliches Verhalten trotzdem fortgesetzt wird, um einer Gruppe anzugehören (vgl. Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 101f). Sehr zentral bleibt die Selbstwirksamkeit, nämlich die Überzeugung einer Person eine jeweilige Tätigkeit aus eigenen Ressourcen durchführen zu können und aufrecht zu erhalten. Je stärker diese Überzeugung, also die Selbstwirksamkeit einer Person ausgeprägt ist, desto größere Ressourcen wird die Person auch einsetzen, um ein Verhaltensziel zu erreichen (vgl. Fromm & Baumann & Lampert, 2011: 102f).

Zusätzlich zu diesem „Pyramidenaufbau“ gibt es noch zahlreiche Hintergrundvariablen, welche sich auf das Verhalten auswirken:

- Vergangenheit und bereits getätigtes Verhalten
- Soziodemografische Eigenschaften und kulturelle Einbettung
- Stereotype und Stigma
- Persönlichkeitseigenschaften, Wohlbefindlichkeit und Empfindungen
- Vergangener Medienkonsum (vgl. Fishein & Capella, 2006: 2f; Fromm & Baumann & Lampert, 2011 100ff).

[19] *Fishbein, Martin & Cappella, Joseph N.: The Role of Therory in Developing Effective Health Communications. In: Journal of Communication 56 (2006). S. 1-17.*

3.8 Das Health Belief Modell

Ergänzend zu den deskriptiven Modellen zur Vorhersage des (mediengestützten) Gesundheitsverhaltens, soll noch ein weiteres Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhalten angeführt werden, bei dem auch die Variable Sport in vergangenen Studien von WissenschaftlerInnen miteinbezogen wurde (vgl. Fuchs, 1997: 111ff). Es handelt sich dabei um das *„Health Belief-Modell"*, das zur *„individuellen Vorhersage des Gesundheits- bzw. Krankheitsverhaltens"* (Fuchs, 1997 nach Becker, 1974[20]) verwendet wurde und wird. Gesundheitliche Verhaltensweisen, wie das Aufsuchen rechtzeitiger ärztlicher Hilfe und dessen Ratschlag-Befolgung, aber auch präventive Maßnahmen für die Gesundheit sind dabei zentral. Fuchs zeigt die sportliche Aktivität als eine der Maßnahmenbefolgung auf (vgl. Fuchs, 1997: 111).

Das Modell besagt, dass Menschen ein ihnen nahegelegtes Verhalten dann praktizieren, wenn sie sich von einer Krankheit betroffen fühlen oder ein persönliches Erkrankungsrisiko für sich selbst einschätzen sowie wenn sie der Meinung sind, dass ein bestimmtes Gesundheitsverhalten den erhofften Nutzen nach sich zieht (vgl. Fuchs, 1997: 112). Betont werden muss, dass das persönliches Gesundheitsrisiko immer auf das eigene Gesundheitsverhalten abgewogen wird. Der Mehrwert aber auch die Anstrengung und der Kostenfaktor durch ein bestimmtes gesundheitliches Agieren werden verglichen (vgl. Bonfadelli, 2014: 25). Es gilt, dass die eigene Einschätzung über *„… Anfälligkeit und Schweregrad … die Hauptdeterminanten des Bedrohungserlebens …"* (Fuchs, 1997: 113) darstellen.

Fuchs skizzierte Studien von WissenschaftlerInnen, welche das Health Belief Model im Sportbereich getestet haben und hält die beiden wichtigsten Erkenntnisse fest:

(1.) **„Anfälligkeit"** (Fuchs, 1997: 116): Es wurde herausgefunden, dass es einen Zusammenhang zwischen dem empfundenen Risiko und der sportlichen Aktivität gab. *„Je stärker sich jemand als anfällig für eine bestimmte Erkrankung betrachtet, umso weniger Sportaktivität betreibt er."* (Fuchs, 1997: 116).

(2.) **„Barrieren"** (Fuchs, 1996: 116): Es hat sich gezeigt, dass die Sportaktivität häufiger davon abhängt, welche Widerstände damit verbunden werden, als welche Gewinne man daraus ziehen könnte (vgl. Fuchs, 1997: 117).

[20] *Becker, M.H. (1974): The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Slack.*

Fuchs betont abschließend, dass das Modell für den Sportbereich nur dann im gesundheitsorientierten Sport angewendet werden kann, wenn es um Sporttreiben zugunsten der Gesundheit geht. Daher kann das Modell keine komplette Erklärung über die generelle Sportaktivität bieten, da es noch viele andere Gründe für sportliche Aktivität gibt. Es ermöglicht jedoch einen Einblick für den Gesundheitsbereich (vgl. Fuchs, 1997: 117).

4. WISSENSCHAFTLICHE THEORIEBEZÜGE ZUM FORSCHUNGSSCHWERPUNKT

Das 4. Kapitel dieser Arbeit widmet sich ausgewählten wissenschaftlichen Theoriebezügen aus der Kommunikationswissenschaft und der Soziologie, welche im Zuge der vorliegenden Magisterarbeit berücksichtigt wurden. Diese Theorien liefern zentrale Erkenntnisse für die allgemeine Mediennutzung und müssen daher auch im Forschungsbereich der Gesundheitskommunikation Berücksichtigung finden.

Wenn Menschen Massenmedien wie den Fernseher, das Radio, die Zeitung oder das Internet nutzen, praktizieren sie dies als *„… Teil ihrer Alltagspraxis und als Form ihres sozialen Handelns …“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 27). Die WissenschaftlerInnen betonten, dass *„…Alltagsroutine in einer hoch mediatisierten Gesellschaft eng mit Mediennutzung verbunden…“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 29) ist. Die Mediennutzung wird, wie auch jede andere Form des Verhaltens und Tuns, mit Sinn und Zielgerichtetheit durchgeführt. Medien können Menschen nicht einfach lenken oder beeinflussen, denn Personen entscheiden immer selbst, was sie wann, wie lange und in welchem Umfang rezipieren. Dies entscheiden sie aus ihrer eigenen Situation und ihren Bedürfnissen heraus (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 27).

Nerverla und KollegInnen betonen, dass es einige theoretische Modelle gibt, die auch im Bereich der Gesundheitskommunikation einen zentralen Stellenwert eingenommen haben. Für sie ist vor allen die Theorie des „Sense Making“ zu betonen (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 29).

Im Folgenden sollen drei theoretische Modelle, nämlich der „Handlungstheoretischer Nutzenansatz“, die „Motivationsrelevanz“ sowie das „Sense Making“ angeführt werden.

4.1 Handlungstheoretischer Nutzenansatz

Renckstorf veranschaulicht im „handlungstheoretischem Nutzenansatz“ wie Menschen bei Konfrontation mit neuem Alltagswissen reagieren und welchen Einfluss bereits bestehendes Wissen demgegenüber hat (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 183).

Der Großteil der täglichen Einflüsse kann, so zitieren Renckstorf & Wester nach Schütz, in das Alltagswissen der betroffenen Person integriert werden. Dies wird als *„**unproblematisch**“* bezeichnet, denn es *ist „… mit Sinn und Bedeutung versehen“* (Renckstorf & Wester, 1992: 183 nach Schütz[21]). *„**Problematische**“* Erfahrungen sind jene, die nicht in vorhandenes Wissen eingeordnet werden können. Dabei entsteht eine *„… Diskrepanz zwischen aktueller Erfahrung und subjektivem Wissen…“* (Renckstorf & Wester, 1992: 183). Betroffene entscheidet selbst, wie sie mit Diskrepanzen umgehen um die Kluft zwischen aktuellem Wissensstand und neuer Erfahrung aufzuheben. Es entsteht ein Prozess, der so lange dauert, bis ein Lösungsziel gefunden wurde (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 183).

Personen wenden sich bei Problemen **nicht vorrangig Medieninhalten** zu, sondern die Medienzuwendung ist *„… eine von vielen Alternativen des sozialen Handelns“* (Renckstorf & Wester, 1992: 181). Zu Beginn werden **Handlungsmöglichkeiten** kreiert um sich für ein **(externes) Handlungsmuster** entschieden zu können (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 184 nach Zijderveld, 1974[22]). Zum externen Handeln zählt unter anderem auch die Medienzuwendung (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 181). **Kulturelle Gegebenheiten und Umwelten** können ein Denkmuster anbieten (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 184 nach Schütz & Luckmann, 1979[23]).

Inhalte aus den Massenmedien werden nach persönlichen Interessen und Bedürfnisse genutzt. Die Person ist einerseits von der **gesellschaftlichen Umgebung**, andererseits von seiner **individuellen Persönlichkeit** beeinflusst. Psychologische Faktoren, der persönliche Status und die persönliche Lebenserfahrung beeinflussen den Prozess der „Problemlösung“ und entscheiden über weitere Handlungsalternativen. Alle Handlungen des Individuums werden immer wieder auf die gewünschte Zielvorstellung überprüft und darauf abgestimmt, welche neuen und annehmbaren Ziele erreicht wurden. Dieses Ergebnis wirkt sich wiederum auf die individuelle Person als auch auf deren gesellschaftliche Umgebung aus (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 181).

---

[21] Schütz, A. (1932), Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, Wien 1960 (1932).
Schütz, A. (1972), Der gut informierte Bürger. Ein Versuch über die soziale Verteilung des Wissens, in: den. (1972), Gesammelte Aufsätze, Bd. 2, Den Haag 1972, S. 85-101.
[22] Zijderveld, A. (1974), De relativiteit van kennis en werkelijkheid, Boom Meppel 1974.
[23] Schütz, A. ILuckmann, Th. (1979), Strukturen der Lebenswelt, Bd. l, Frankfurt 1979.
Schütz, A. ILuckmann, Th. (1979), Strukturen der Lebenswelt, Bd. 2, Frankfurt 1984.

Dieser theoretische Bezugsrahmen ist für die vorliegende Magisterarbeit zentral, denn das Publikum wird als „aktives“ Wesen im Prozess der Massenkommunikation gesehen. Es ist Inhalten nicht einfach ausgesetzt, sondern gebraucht diese aufgrund eigener Probleme und Lösungen (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 181). Menschen haben das Bedürfnis nach Lösungen zu suchen (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 183). Medienzuwendung stellt dabei nur eine Möglichkeit der Problemlösung dar (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 181). Individuelle Interessen, Persönlichkeitsmerkmale und die gesellschaftliche Umgebung der Menschen müssen berücksichtigt werden, da diese einen Einfluss auf ihr Problemlösungsverhalten und somit auch auf ihr (Medien)verhalten nehmen können (vgl. Renckstorf & Wester, 1992: 181). Diese Erkenntnis ist auch für das (mediale) Verhalten im Bereich Gesundheit zentral.

4.2 Motivationsrelevanz

In bestimmten Situationen stimmen Menschen in *„Planungshierachien“* (Schütz & Luckmann, 2003: 289) ab, welches Verhalten sie ausüben. Die Entscheidungen werden über zwei Wege getroffen: (1.) am eigenen Wissen und der Wahrscheinlichkeit, ob ein bestimmtes Ereignis eintreten wird und (2.) an den eigenen (Zukunfts)Plänen. In der aktuellen Situation, die für die Zukunft schwer abzuschätzen ist, muss zusätzlicher Wissenserwerb vollzogen werden. Dafür ist es erforderlich, Vorwissen, Fähigkeiten und Techniken zu beherrschen (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 290f).

Schütz & Luckmann unterscheiden in der „Motivationsrelevanz“ zwischen den „Um-zu“ und den „Weil“ Motiven, die Menschen in Bezug auf Handlungen und Verhalten treffen (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 286ff).

***„Um-zu** Motive“* (Schütz & Luckmann, 2003: 291) bilden eine *„Kette von Motivationsrelevanzen“* (Schütz & Luckmann, 2003: 291). Jedes Handlungsziel wird durch notwendige Zwischenhandlungen, die dafür vollzogen werden müssen, motiviert und geleitet. Das Ziel der Handlung steht von vornherein fest. Erst dann werden die zu vollziehenden Handlungsentwürfe geplant (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 291f). Als Beispiel skizziert Schütz einen Mann, der am Abend zu Bett geht und in der Dunkelheit plötzlich einen unheimlichen Schatten erkennt. Nun muss der Mann entscheiden, welche Handlungen er vornimmt um sein Handlungsziel (**um** gefahrlos schlafen **zu** können) zu

erreichen. Jede gesetzte Handlung beeinflusst jeden weiteren Handlungsverlauf. Der Ablauf erscheint als steuerbar und veränderbar, da der zukünftige Ausgang noch ungewiss bleibt (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 288ff). „Um-zu" Motivationen können auch in „Weil" Motive ausgedrückt werden, und besitzen trotzdem noch den gleichen Sinn. Der einzige Unterschied ist nur der Zeitpunkt in der Handlungskette. Durch einzelne Handlungen kann eine „Um-zu" Motivation auch in ein einzelnes „Weil" Motive umgewandelt werden (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 292f), in *„unechte Weil-Sätzen"* (Schütz & Luckmann, 2003: 293). Als Beispiel könnte hier genannt werden, dass der Mann mit einem Stock die vermeintliche Schlange zu berühren versucht, weil er wissen möchte, ob es eine Schlange oder nur ein Seil ist (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 292).

Bei den **„echten Weil-Motiven"** (Schütz & Luckmann, 2003: 303) spielen Einstellungen eine zentrale Rolle. Diese sind immer mit Wissensgut verbunden (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 289). Einstellungen besitzen Menschen unterschwellig und werden abgerufen, wenn man in einer entsprechenden Situation ist:

> *„Eine Einstellung kommt also der Bereitschaft gleich, unter typischen Umständen typische Verhaltensweisen, somit auch typische Um-zu-Motivationsketten, in Gang zu setzen. Und zwar sofort, ohne erst ‚planen' zu müssen." (Schütz & Luckmann, 2003: 299).*

Eine Einstellung kann im skizzierten Beispiel eine Furcht vor Schlangen sein. Betroffene wissen um ihre Furcht, können aber nicht definieren, warum dies so ist. Oft kommen solche Einstellungen aus einer in der Vergangenheit liegenden Geschichte (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 301). *„Die Ausprägung der Einstellung leitet sich von der ursprünglichen Erwerbssituation ab"* (Schütz & Luckmann, 2003: 302). Handlungen werden unter dieser Betrachtung als „Weil-Motive" bezeichnet und man kann diese auch niemals in „Um-Zu" Sätze umwandeln (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 303).

Abschließend muss betont werden: *„Der Entscheidungsentwurf und somit der Handlungsverlauf ist vom Handlungsziel motiviert, während das Handlungsziel durch die Einstellung motiviert ist"* (Schütz & Luckmann, 2003: 304).

Die Motivationsrelevanz soll ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Magisterarbeit Beachtung finden. Durch die „Um-Zu" Motive wird der Umstand beschrieben, dass man plötzlich und unerwartet in eine Situation gelangen kann, welche Handlungsschritte

erfordert. Die echten „Weil“ Motive bringen zu Ausdruck, dass es immer schon tieferliegende Einstellungen gibt, die den Handelnden in seinen aktuellen „Um-Zu“ Motiven beeinflussen. Die Planung aktueller „Um-Zu“ Motive ist demnach abhängig von den „Weil“ Motiven (vgl. Schütz & Luckmann, 2003: 289f). Es soll berücksichtigt werden, dass auch der Umgang mit Gesundheitsverhalten, Gesundheitskommunikation aber auch dem Sportverhalten durch tieferliegende „Weil“ Motive aber auch „Um-Zu Motiven“ geprägt sein kann.

4.3 Sense Making

Der von Brenda Devin 1976[24] entwickelte „Sense Making-Approach“ wurde von Bonfadelli & Friemel in der deutschen Sprache *als „situationalen Ansatz aus der Perspektive des Mediennutzers“* (Bonfadelli & Friemel, 2015: 111) bezeichnet. Ausgangspunkt ist eine Alltagssituation mit Problemsicht (als Beispiel eine Krankheit oder etwa der Kauf eines neuen Autos). Personen wollen dann eine bestimmte Situation erreichen und fragen sich, wie sie dorthin gelangen (vgl. Bonfadelli & Friemel, 2015: 112). Das aktuelle Problem in der jeweiligen Situation führt die Betroffenen zum gewählten Lösungsweg. Beim „Sense Making“-Ansatz gelten empfundene Situationslagen für Handlungen der Personen verantwortlich (vgl. Dervin, 1998: 40).

Es werden Informationen aus den Medien als Bewältigung für das Problem in dieser individuellen sozialen Phase herangezogen (vgl. Bonfadelli & Friemel, 2015: 111). Personen wollen mit Hilfe der Mediennutzung ihr Problem lösen und durchforsten diese nach Lösungsvorschlägen (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 30).

Devin spricht in Zusammenhang mit seinem Ansatz von „gaps“ – das sind Wissenslücken/ offene Fragen – dem gegenüber stehen die „outcomes“, die Ergebnisse. Um ein Ziel zu erreichen, werden bestimmte „gap-bridges“, also Brücken, überwunden (vgl. Dervin, 1998: 39f). Alltagssituationen, die Probleme bewirken, werden von den Betroffenen in verschiedenen Situationen interpretiert:

- *„Entscheidungssituation“:* hier hat der/die Handelnde mehrere Alternativen
- *„Beängstigungssituation“:* erscheinen für den/die Betroffene ausweglos

[24] *Dervin, Brenda (1976): The Everyday Information Needs of the Average Citizen. In: Kochen, Manfred & Donohue, Joseph C. (Hrsg.): Information for the Community. Chicago. 19-28.*

- *„Blockierungssituation“:* bevorzugte Lösungen werden durch ein Hindernis gestört
- *„Problemsituation“:* hier werden der Person bestimmte Handlungen durch die Umwelt vorgeschrieben (vgl. Bonfadelli & Friemel, 2015: 111).

Bei der Lösung dieser Wissenslücken kommt es *„… zu einem Dialog zwischen dem Informationssuchenden und den relevanten Informationsanbietern …“* (Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 30). Die Anbieter können einerseits Massenmedien, andererseits auch Personen wie MedizinerInnen oder Familie und Freunde sein. (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 30).

Dieses theoretische Modell ist für die vorliegende Magisterarbeit zentral, da es eine weitere Erklärung für das Mediennutzungsverhalten bereitstellt. Inhalte aus den Medien werden unter anderem als Lösung für bestimmt Probleme verwendet. Im vorliegenden Forschungsbereich könnte ein bestimmter Gesundheits- oder Krankheitszustand, oder Fragen zum Sportverhalten ein „Problem“ für den Einzelnen darstellen, das mit Hilfe der Medien gelöst werden muss.

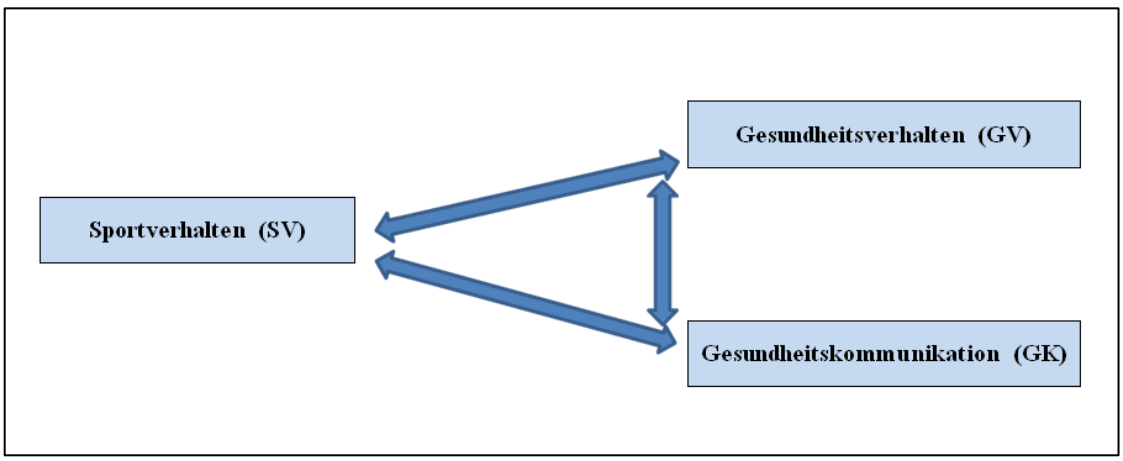
5. FORSCHUNGSFRAGEN & HYPOTHESEN

Im Zuge der Literaturdiskussion und des aktuellen Forschungsstandes ergibt sich die forschungsleitende Fragestellung dieser Magisterarbeit:

> **Inwieweit kann Sport dazu beitragen das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation der Menschen positiv oder negativ zu beeinflussen und steigt mit höherem Gesundheitsverhalten auch die Sportlichkeit an? Welches gesundheitsbezogene Informationsverhalten lässt sich bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen beobachten?**

Die forschungsleitende Fragestellung ist explorativ ausgerichtet. Die gewählten Variablen, deren Operationalisierungen und die Messung sind von „… Vorannahmen und Theorien gleitet“ (Bortz & Döring, 2006: 356).Vermutet wird, dass Sport einen Einfluss auf das gesundheitsbezogene Informationsverhalten und auch auf das Gesundheitsverhalten allgemein hat, aber es wird auch die weitere Vermutung untersucht, inwieweit das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation auf das Sportverhalten Einfluss nehmen können.

***Abbildung 2**: Mögliche Wechselwirkung Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation (eigene Darstellung)*



Wie *Abbildung 2* veranschaulicht, wird vermutet, dass sich die drei Variablen Sportverhalten (SV), Gesundheitsverhalten (GV) und Gesundheitskommunikation (GK) gegenseitig beeinflussen können. Im Zuge der wissenschaftlichen Studie soll untersucht werden, ob sich jede der einzelnen Variablen durch die andere(n) beschreiben lässt. Ist Sport ein Auslöser für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten oder bewirkt es eine

bestimmte Gesundheitskommunikation? Und geht ein bestimmtes Gesundheitsverhalten sowie ein gesundheitliches Informationsverhalten mit einem bestimmten Sportverhalten einher?

Diese drei Hauptvariablen werden durch „Untervariablen“ messbar gemacht. Außerdem existieren noch weitere „Umfeld Variablen“, bei denen ein Einfluss auf die abgebildete „Triangulation“ als möglich erachtet wird.

***Abbildung 3**: Mögliche Wechselwirkung Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation mit weiteren Variablen (eigene Darstellung)*

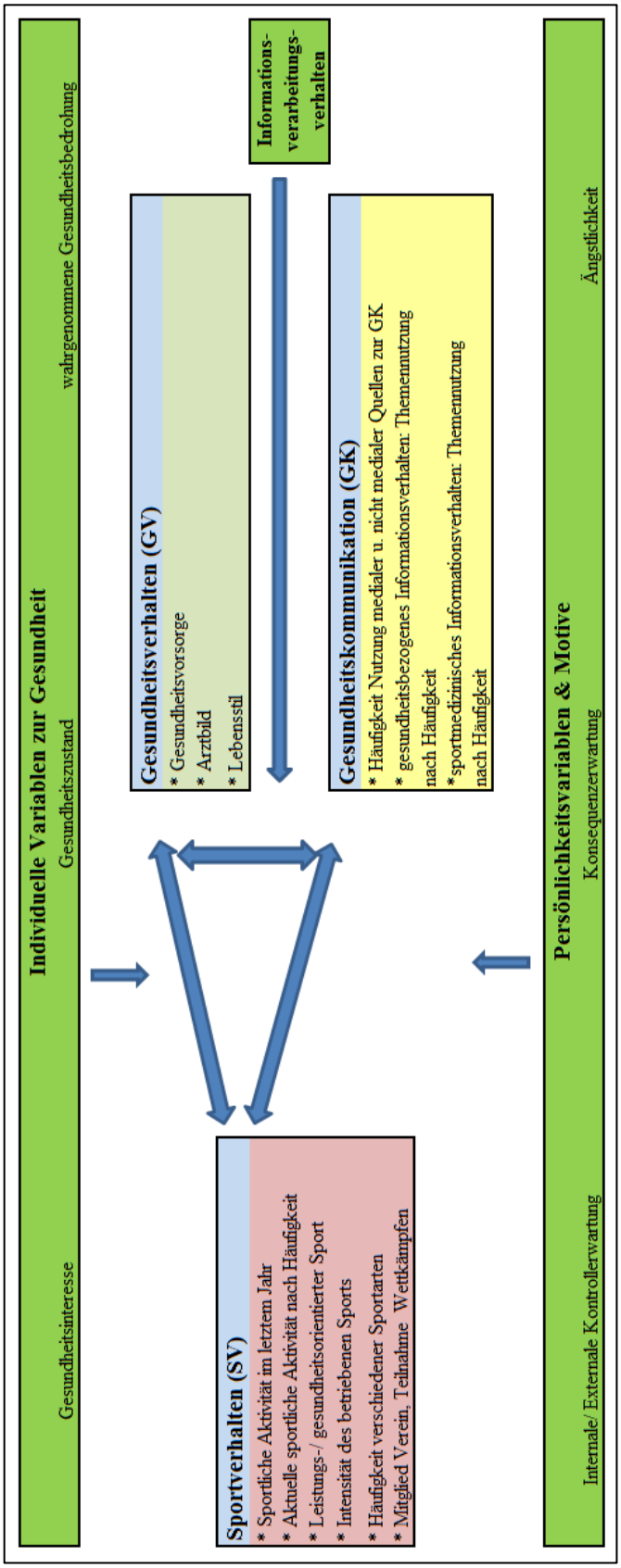


Abbildung 3 hält nochmals die Triangulation der Variablen Sportverhalten, Gesundheitskommunikation und Gesundheitsverhalten fest, allerding werden die Variablen nun detaillierter betrachtet. Bei „Sport“ muss zwischen Nicht-SportlerInnen und SportlerInnen (mit Hilfe der Häufigkeit des Sporttreibens) unterschieden werden, bevor AthletInnen nach leistungsorientierter oder gesundheitsorientierter Motivation differenziert werden. Zusätzlich werden Sportart, Intensität, sowie Vereinszugehörigkeit und Wettbewerbsteilnahme betrachtet. Auch Schwarzer betont, wie in Kapitel 2.4 bereits erwähnt, dass Sport im Zusammenhang mit Variablen „… Häufigkeit, Dauer und Intensität …“ (Schwarzer, 2004: 217) nur etwas über die gesundheitliche Wirkung aussagen kann (vgl. Schwarzer, 2004: 217). Deshalb soll auch das Sportverhalten durch diese Variablen messbar gemacht werden.

Zum Gesundheitsverhalten wurden drei Hauptbereiche herangezogen, deren Item-Batterien durch wissenschaftliche Studien bereits getestet wurden. Dabei handelt es sich um die „Gesundheitsvorsorge“ (Grimm, 2014a: 6), das „Arztbild“ (Grimm, 2014a: 4) und den „Lebensstil“. Zum Lebensstil werden die beiden Risikoverhaltensweisen Alkoholkonsum und Nikotinkonsum erfragt (vgl. Robert Koch Institut: Kohler & Ziese, 2004 nach Quelle: GSTel03: 12ff). Dass die Gesundheitsvorsorge, der präventive Umgang mit der eigenen Gesundheit und ein gesunder Lebensstil, durch Ausschaltung sogenannter „Risikofaktoren“ zentrale Elemente des Gesundheitsverhaltens darstellen, wurde bereits in Kapitel 3.1 diskutiert. Das Arztbild erscheint weiters als zentrale Variable. Wie bereits in Kapitel 2.6 diskutiert, hat sich das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die mediale Gesundheitskommunikation verändert. Dies führt nicht nur zu neuen Herausforderungen, sondern auch zu neuen Patientenformen (vgl. Link & Scherer & Schlütz, 2014: 221).

Gesundheitskommunikation versteht sich als das allgemeine gesundheitsbezogene Informationsverhalten ergänzt durch den Schwerpunkt gesundheitsbezogene Informationsverhalten in sportmedizinischer Angelegenheit. Die Nutzung verschiedenster medialer und nicht medialer Quellen nach Häufigkeit, sowie die Bewertung deren Glaubwürdigkeit, werden darunter zusammengefasst (Items nach Grimm, 2014a: 2). Auch die Nutzung unterschiedlicher Themenbereiche werden erhoben (Items nach Wirl, 2009: 133ff).

Wie bereits in Kapitel 3.8 aufgezeigt, existieren zahlreiche Variable, welche auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation Einfluss nehmen können. In Anlehnung an diese Modelle zur Vorhersage des (mediengestützen) Gesundheitsverhaltens sollen zusätzlich zu den drei Hauptvariablen Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation weitere Variablen in die Studie miteinbezogen werden. Es soll überprüft werden, inwieweit individuelle Variablen, Persönlichkeitsvariablen und das Informationsverarbeitungsverhalten Einfluss auf die Triangulation nehmen. Zu den individuellen Variablen zählen das Gesundheitsinteresse, der Gesundheitszustand und die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung. Unter Persönlichkeitsvariablen werden internale/ externale Kontrollerwartung, Konsequenzerwartung durch Sportverhalten und Ängstlichkeit gefasst. Außerdem wird das Informationsverarbeitungsverhalten analysiert. Auch bei diesen Variablen handelt es sich um bereits wissenschaftlich erprobte Items.

Es ergeben sich die konkrete Forschungsfragen und Hypothesen:

FF1: Inwieweit beeinflusst die Gesundheitskommunikation das Gesundheitsverhalten der Personen?

H1.1: Die Gesundheitskommunikation beeinflusst das Gesundheitsverhalten.

H1.0: Es gibt keinen Einfluss von der Gesundheitskommunikation auf das Gesundheitsverhalten.

Nehmen das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation Einfluss auf die Sportlichkeit?

FF2: Welcher Einfluss besteht zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem aktuellen Sportverhalten sowie zwischen der Gesundheitskommunikation und dem aktuellen Sportverhalten der Personen?

H2.1: Das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation beeinflussen das aktuelle Sportverhalten.

H2.0: Es besteht keine Beeinflussung vom Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskommunikation auf das aktuelle Sportverhalten.

Nimmt die Sportlichkeit Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation?

FF3: Welchen Einfluss nimmt die Sportlichkeit, mit Berücksichtigung weiterer Persönlichkeitsvariablen sowie Motiven einer Person auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation?

H3.1: Sport und weitere Persönlichkeitsvariablen sowie Motive einer Person beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation.

H3.0: Sport und weitere Persönlichkeitsvariablen sowie Motive einer Person beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation nicht.

Wie in Kapitel 3.8 erwähnt, deuteten Rossmann & Ziegler darauf hin, dass die „Einstellung zu Sport“ eine mögliche Einflussgröße auf den Umgang mit Gesundheitsinhalten in den Medien darstelle (vgl. Rossmann & Ziegler, 2013: 391). Daher erscheint es relevant zu untersuchen, ob sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihrer allgemeinen Gesundheitskommunikation unterscheiden und ob weiters das Motiv (gesundheitsorientierter oder leistungsorientierter Sport), was auch eine Einstellung zum Sport bedeuten kann, einen Einfluss auf unterschiedliche Gesundheitskommunikation nach sich zieht.

Fokus Gesundheitskommunikation: Unterschiede SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen

FF4: Unterscheiden sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihrer Gesundheitskommunikation?

H4.1: SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen unterscheiden sich in ihrer **medialen** Gesundheitskommunikation.

H4.2: SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen unterscheiden sich in ihrer **nicht medialen** Gesundheitskommunikation.

FF5: Welche Auswirkung hat das Motiv der Sportorientierung der Personen auf den Inhalt ihrer Gesundheitskommunikation?

H5.1: Leistungsorientierte SportlerInnen informieren sich häufiger über sportmedizinische Gesundheitshemen, wohingegen sich gesundheitsorientierte SportlerInnen häufiger über ihre allgemeine Gesundheit informieren.

H5.0: Die Sportorientierung zeigt keine Vernachlässigung oder Verstärkung bestimmter Gesundheitsthemen.

6. METHODIK

Im Methodik Kapitel wird das wissenschaftliche Erhebungsinstrument, der quantitative Fragebogen, vorgestellt. Zudem werden der Aufbau des Fragebogens und die Art der Durchführung offengelegt. Außerdem wird die verwendete Stichprobe dokumentiert. Abschließend werden die zu messenden Variablen angeführt sowie die Art der Messung und die Indexbildungen beschrieben.

6.1 Der quantitative Fragebogen

In der empirischen Forschung gibt es unterschiedliche Methoden der Datenerhebung. Das wichtigste Grundprinzip ist deshalb diejenige Methode zu wählen, mit der es möglich ist, die Forschungsfragen und Hypothesen zu beantworten (vgl. Raithel, 2008: 65). Für die vorliegenden Forschungsfragen und Hypothesen eignete sich eine wissenschaftliche Befragungsstudie. Dafür gilt es zu berücksichtigen:

„Durch verbale Stimuli (Fragen) werden verbale Reaktionen (Antworten) hervorgerufen. Die Antworten beziehen sich dabei immer auf Erlebtes und Erinnertes und stellen Meinungen und Bewertungen dar.“ (Raithel, 2008: 65).

Die Befragten können daher nach ihren Verhalten und Meinungen immer nur gefragt werden und geben selbst die Antworten darauf. Das tatsächliche Verhalten kann im Rahmen einer Befragungsstudie nicht beobachtet werden (vgl. Raithel, 2008: 65).

6.1.1 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen gliederte sich in einen Einleitungsteil, einen Hauptteil und einen Schlussteil.

Im Einleitungsteil konnten die ProbandInnen einen kurzen Einführungstext lesen. Die Wissenschaftlerin stellte sich, das Thema und den Zweck der Studie knapp vor. Außerdem wurde den TeilnehmerInnen Anonymität und Wertschätzung ihrer ausgefüllten Fragebögen zugesichert. Zusätzlich waren die E-Mail-Adressen der Wissenschaftlerin angegeben, um den Personen die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme bei Fragen zu gewährleisten. Auf der ersten Fragebogenseite konnten die Personen angeben, wie sie den

Fragebogen erhalten haben (per Forum-Gruppe im Internet, per E-Mail oder per Mundpropaganda).

Der Hauptteil des Fragebogens unterteilte sich in fünf Blöcke, orientiert an *Abbildung 4 (Mögliche Wechselwirkung Sport, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation inklusive weiterer Variablen[25])*:

Block I: Sportverhalten
Block II: Gesundheitsverhalten
Block III: Gesundheitskommunikation
Block IV: Weitere Einflussvariablen
Block V: Soziodemografie

Der Block Sportverhalten war sehr zentral für die Gruppenbildung der ProbandInnen, da diese dadurch in SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen unterschieden werden konnten. Mit Hilfe einer „Filterfrage[26]“ war es möglich, „SportlerInnen“ noch detailliertere Fragen zu ihrem Sportverhalten stellen zu können. Die ProbandInnen wurden einerseits danach gefragt, ob sie im letzten Jahr sportlich aktiv waren, andererseits nach der aktuellen Häufigkeit ihrer Sportausübung. Jene, die nie oder nur kaum angaben, Sport zu betreiben, übersprangen damit detailliertere Fragen zur Motivation, Intensität und Sportart.

Alle anderen Fragebogenblöcke mussten von allen TeilnehmerInnen ausgefüllt werden, um später Vergleiche zwischen allen ProbandInnen vornehmen zu können.

Während der Befragung wurde ein Balken eingeblendet, der zeigte, wieviel Prozent der Fragen bereits ausgefüllt wurden. Damit konnten die Befragten selbst einschätzen, welchen Anteil des Fragebogens sie schon abgeschlossen haben und wieviel noch offen ist.

Die Studie endete mit einem kurzen Schlussteil, worin sich die Wissenschaftlerin für die Teilnahme an der Befragung bedankte.

6.1.2 Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde mit Hilfe einer reinen online-Studie durchgeführt. Papierfragebögen kamen nicht zum Einsatz. Der Fragebogen als online-Link an Personen

[25] *Vgl. dazu Kapitel 5 Forschungsfragen und Hypothesen.*
[26] *Filterfragen dienen dazu, dass definierte Frageblöcke übersprungen werden können, wenn diese für den/ die Befragte nicht relevant sind. Ausgangpunkt dafür ist eine zuvor gestellte Frage, die den Filter auslöst (vgl. Raithel, 2008: 71).*

verteilt. Ungefähr zwei Wochen nach Befragungsstart folgte ein Erinnerungsschreiben an potenzielle TeilnehmerInnen und gegen Ende der Befragung eine nochmalige Erinnerung, um gezielt weitere Nicht-SportlerInnen akquirieren zu können, die erst in geringem Maß vertreten waren.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 10. Juli bis zum 11. August 2016.

6.2 Die Stichprobe

In den meisten Fällen der wissenschaftlichen Forschung ist es nicht möglich, alle Menschen zu befragen und eine sogenannte *„Vollerhebung"* (Raithel, 2008: 54) durchzuführen. Neben hohen Kosten und zeitlichem Aufwand ist es generell schwer, alle Menschen zu erreichen (vgl. Raithel, 2008: 54). Viele Personen wollen aus diversen Gründen nicht an einer Befragung teilnehmen. Dennoch ist die Wissenschaft darin bestrebt, ein Ergebnis auf eine Grundgesamtheit beziehen zu können. Deshalb erhebt man immer nur einen Teil der Grundgesamtheit und zieht eine sogenannte *„Stichprobe (sample)"* (Raithel, 2008: 54).

„Ziel der Stichprobe ist es Generalisierungen (Verallgemeinerungen) auf die Grundgesamtheit vorzunehmen …" (Raithel, 2008: 54).

Die Ergebnisse einer Studie gelten daher auch für die vorab festgelegte Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe gezogen wird, und sind nicht auf alle Menschen übertragbar (vgl. Raithel, 2008: 55).

Die gewählte Stichprobe für die vorliegende Studie war eine sogenannte *„Quotenstichprobe"* (Bortz & Döring, 2009: 483), denn es musste sichergestellt werden, dass sowohl SportlerInnen (unterteilt in GesundheitssportlerInnen und LeistungssportlerInnen) sowie Nicht-SportlerInnen an der Studie teilnahmen, um später Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Personen vornehmen zu können. Dies war mit einem Quotenplan möglich. Bei der Technik der Quotenstichprobe wurden vorab definierte Quoten für bestimmte Eigenschaften festgelegt. Oftmals sind dies soziodemografische Daten wie Alter oder Geschlecht (vgl. Bortz & Döring, 2009: 483). Im Fall der durchgeführten Studie galt es, die Personenquote in Anlehnung an die

„Sportlichkeit der ÖsterreicherInnen“ zu erfüllen. Die zu erfüllende Quote orientierte sich daher an bereits durchgeführten Studien und Statistiken zum Sportverhalten[27].

Der online-Link zum Fragebogen wurde einerseits durch das soziale Netzwerk Facebook, andererseits per E-Mail verteilt. Sowohl über Facebook als auch über E-Mail wurde darauf geachtet, sportnahe und sportferne Personen zu erreichen. Der Verteilung belief sich wie folgt:

Soziales Netzwerk Facebook: Facebook Gruppen mit Bezug zur Universität Wien (Studienrichtungen: Publizistik, Soziologie, Politikwissenschaften, Ernährungswissenschaften, Theater-, Film- und Medienwissenschaften, LehrerInnenbildung, Sportwissenschaften); Facebook Gruppen mit Bezug zu Sport (Fitness- und Ernährungsgruppe, Triathlongruppe, Laufveranstaltungsgruppe)

E-Mail: ein Laufverein (LC Cafe Haferl), ein Gymnastikverein (Gymnastics Gänserndorf) und mehrere Unternehmen (GPTW GmbH, Wiesenthal Donaustadt, Bürosysteme)

Mundpropaganda: Einigen ProbandInnen wurde der Fragebogen zudem von bereits teilgenommenen Personen weiterempfohlen

Für die Aussagekraft der Ergebnisse der durchgeführten Studie gilt es zu berücksichtigen, dass eine Quotenstichprobe keine Repräsentativität beanspruchen kann (vgl. Bortz & Döring, 2009: 483). Die Ergebnisse sind daher nicht übertragbar, sondern gelten vorrangig für die Stichprobe der vorliegenden Studie.

6.3 Messung der Variablen

Wie bereits in Kapitel 6.1.1 vorgestellt, gliederte sich der Fragebogen im Hauptteil in fünf Blöcke. Das Sportverhalten, das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitskommunikation und die weiteren individuellen Variablen sowie die Soziodemografie können jedoch nur gemessen werden, wenn diese in ausgewählte Fragebogenkategorien unterteilt und mit

[27] Vgl. dazu Kapitel 2.5 Die Sportlichkeit der ÖsterreicherInnen

Hilfe passender Items abgefragt werden. Diese Items und deren Quelle werden nun offengelegt[28].

Im **Block I** wurde das **Sportverhalten** mit folgenden Items abgefragt:

- Regelmäßigkeit der sportliche Aktivität im letzten Jahr (*BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 26)*
- Generelle Häufigkeit der sportlichen Aktivität *(eigene Überlegung)*

Filterfunktion: Personen, die angaben, zumindest einmal pro Woche Sport zu betreiben, mussten alle weiteren Fragen zum Sportverhalten beantworten. ProbandInnen, welche weniger als einmal wöchentlich behaupteten aktiv zu sein, übersprangen mit Hilfe der Filterfunktion im online-Fragebogen die restlichen Fragen zum Sportverhalten.

- Motiv für Sportausübung (Gesundheit/ Leistung; Hobby/ Beruf) *(eigene Überlegung)*
- Zugehörigkeit Sportverein, Wettkampfteilnahmen: *(eigene Überlegung)*
- Häufigkeit sportlicher Disziplinen (*BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 24f)*
- Intensität der sportlichen Aktivität (*BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 26)*

Im **Block II** wurde nun das **Gesundheitsverhalten** erfragt, welches sich in folgende Themen untergliederte:

- Gesundheitsvorsorge (*Grimm, 2014a: 6)*
- Arztbild (*Grimm, 2014a: 4)*
- Lebensstil (*Robert Koch Institut: Kohler & Ziese, 2004 nach Quelle: GSTel03: 12ff)*

Im **Block III** wurde Fragen zum **gesundheitsbezogenem Informationsverhalten & sportmedizinischem Informationsverhalten** gestellt. Die Items dafür waren:

- Häufigkeit und Nutzung medialer Informationsquellen zur Thematik Gesundheit *(Grimm, 2014a: 2)*
- Häufigkeit und Nutzung nicht medialer Informationsquellen zur Thematik Gesundheit *(Grimm, 2014a: 2)*
- Zuverlässigkeit der medialen Informationsquellen *(Grimm, 2014a: 2)*

[28] *Der komplette Fragebogen ist dem Anhang dieser Arbeit beigefügt. Das vollständige Quellenverzeichnis der einzelnen Items ist im Anschluss an das Literaturverzeichnis angeführt.*

- Zuverlässigkeit der nicht medialen Informationsquellen *(Grimm, 2014a: 2)*
- Häufigkeit und Nutzung Internetquellen zur Thematik Gesundheit *(MSL-Gesundheitsstudie, 2012: 5)*
- Themen des gesundheitsbezogenem Informationsverhalten *(Wirl, 2009: 133ff, Fragebogen S.6, erweitert für alle Massenmedien)*
- Themen des sportmedizinischen Informationsverhalten *(Wirl, 2009, 133ff, Fragebogen S.6, adaptiert für Sport sowie Ergänzungen nach eigener Überlegung)*

Im **Block IV** wurden **weitere Einflussvariablen** anhand der folgenden Items erfragt:

- Gesundheitsinteresse *(Grimm 2014a: 1)*
- Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustandes *(BRAHMS Studie: Renner: 1996: 11)*
- Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung (Besorgtheit) *(BRAHMS Studie: Renner & Hahn: 1996: 42)*
- Informationsverhalten – die Miller Behavioral Style Scale *(Grimm, 2014b: 1)*
- Ängstlichkeit: STAI-Test, State-Trait-Anxiety Inventory deutsche Version *(Grimm, 2009: 2)*
- Internale/ Externale Kontrollerwartung IEK-Skala nach Rotter (dt. Kurz-Version nach Rost-Schaude) *(Grimm, 1999b)*
- Konsequenzerwartung *(Fuchs, 1997: 216)*

Im abschließenden **Block V** wurden die **Soziodemografie** der TeilnehmerInnen ermittelt:

- Geschlecht
- Alter (in Zahlen)
- Abgeschlossene Ausbildung
- Aktuelle (Berufs)Tätigkeit (*Statistik Austria Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Fragebogen S.1)*

Die Items wurden anhand von Skalen gemessen. Dabei kamen wenige *„Nominal-“ sowie „Ordinalskalen“* (Bortz & Döring, 2009: 67) zum Einsatz. Erstere charakterisieren sich dadurch, dass ihre Ausprägungen keinen mathematischen Unterschied ergeben, wie etwa die Tatsache ob man in einem Sportverein ist oder nicht. Hier können Unterschiede nur in Form einer *„Analyse von Häufigkeitsverteilungen“* (Bortz & Döring, 2009: 67) festgehalten werden. Ordinalskalen bilden hingegen schon eine Rangordnung zwischen den einzelnen Merkmalen und es ist ein größer/kleiner Unterschied erkennbar. Ein

Beispiel im Fragebogen wäre hier die Ausbildung der ProbandInnen. Akademischer Abschluss ist höher als Maturaabschluss, der wiederum höher als Pflichtschulabschluss ist. Die Abstände zwischen den einzelnen Ausprägungen ist jedoch nicht gleich groß (vgl. Bortz & Döring, 2009: 67).

Hauptsächlich wurden jedoch *„Intervallskalen"* (Bortz & Döring, 2009: 68) verwendet, bei denen der Unterschied zwischen den einzelnen Ausprägungen gleich groß ist (vgl. Bortz & Döring, 2009: 68). Skalenbeispiele aus dem Fragebogen, wo jeweils nur die äußersten Pole benannt waren sind etwa „nie" bis „sehr häufig" oder „Trifft überhaupt nicht zu" bis „Trifft voll und ganz zu"). Bei den Intervallskalen wurden inklusive der beiden äußersten Pole jeweils acht Stufen angewendet.

6.4 Indexbildungen

Bevor die Ergebnisse der Studie ausgewertet werden konnten, war es notwendig, einige Variablen im SPSS Datensatz umzucodieren beziehungsweise Indizes zu bilden. Erst dadurch wurde es möglich, für einzelne Variablen wie etwa „Gesundheitsvorsorge" einen mathematischen Wert zu erhalten, mit welchem die weiteren Analysen vorgenommen werden konnten. Im Fragebogen wurden oft mehrere Fragen zur Beantwortung angeführt, die eine Variable beschreiben. Der fertige Index bestand schlussendlich aus einer *„... Zusammenfassung mehrere Einzelindikatoren..."* (Bortz & Döring, 2009: 143). Daraus wurde mittels SPSS der Mittelwert „MEAN" gebildet.

Um den SPSS Datensatz und die Berechnungen transparent zu machen, werden die gebildeten Indizes an dieser Stelle angeführt:

Sport: Für Sport wurde im ersten Schritt die Regelmäßigkeit der sportlichen Betätigung im letzten Jahr erhoben (vgl. BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke, 1996: 26). Zusätzlich galt es nach der aktuellen Häufigkeit der sportlichen Aktivität zu fragen. Im Anschluss standen das Motiv für Sportausübung (gesundheitsorientiert oder leistungsorientiert) und die Zugehörigkeit zu Sportvereinen sowie die Häufigkeit der Wettkampfteilnahmen als zentrale Fragen. Die Häufigkeit der unterschiedlichen sportlichen Disziplinen (vgl. BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke, 1996: 24f) und die Intensität der sportlichen Aktivität (vgl. BRAHMS Studie: Fuchs,

Hahn, Renner & von Lengerke, 1996: 26) stellten weitere Fragen dar. Es wurden daraus folgende Indizes gebildet:

- Dummy_SportletztesJahr
- Prozent_SportHäufigkeit
- Dummy_SportMotivation
- Dummy_Sportverein
- Dummy_AußerAtem
- Dummy_InsSchwitzen

Gesundheitsvorsorge (Grimm, 2014a): Das Item „Gesundheitsvorsorge“ wurde nach Grimm übernommen und bestand aus acht Aussagen rund um das Gesundheitsverhalten (vgl. Grimm, 2014a). Diese Fragen wurden auf einer Skala von 1 „Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis 8 „Ich stimme voll und ganz zu“ bewertet. Grimm unterteilte diese acht Aussagen in 5 Aussagen zum „gesunden Lebensstil“, in zwei Aussagen zur „Medizinischen Prävention“ und in eine Aussage zum Informationsverhalten (vgl. Grimm, 2014a). Es wurden daher folgende Indizes gebildet:

- Q1_MW_GesunderLebensstil
- Q1_MW_MedizinischePrävemtion
- Q1_v_24_Information

Arztbild (Grimm, 2014a): Das Item „Arztbild“ wurde ebenfalls nach Grimm übernommen und bestand aus insgesamt dreizehn Aussagen zu ÄrztInnen (vgl. Grimm, 2014a). Dieses Fragen mussten ebenfalls auf einer achtstufigen Skala von „Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „Ich stimme voll und ganz zu“ bewertet werden. Grimm gliederte diese Aussagen in fünf Aussagen zum „positiven Arztbild“, in fünf Aussagen zum „negativen Arztbild“ und in drei Aussagen zum „neutralen Arztbild“ (vgl. Grimm, 2014a). Es wurden folgende Indizes gebildet:

- Q2_MW_positivArzt
- Q2_MW_negativArzt
- Q2_MW_neutralArzt

Lebensstil (Robert Koch Institut: Kohler & Ziese, 2004 nach Quelle: GSTel03): Lebensstil unterteilte sich in drei Aussageblöcke zum Rauchverhalten, Alkoholkonsum und Sportverhalten. Die TeilnehmerInnen konnten eine Antwortmöglichkeit ankreuzen,

die auf sie zutraf. Als Bespiel für Alkohol wäre dies „Ich konsumiere keinen bis wenig Alkohol“ oder „Ich konsumiere mäßig bis viel Alkohol“ (vgl. Robert Koch Institut: Kohler & Ziese, 2004 nach Quelle: GSTel03). Es wurden drei Indizes gebildet:

- Dummy_LebensstilSport
- Dummy_LebensstilRauchen
- Dummy_LebensstilAlkohol

Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung „Besorgtheit“ (BRAHMS Studie: Renner & Hahn, 1996: 42): Die Gesundheitsbedrohung „Besorgtheit“ bestand aus insgesamt sechs Aussagen zur Besorgtheit über die eigene Gesundheit (vgl. BRAHMS Studie: Renner & Hahn, 1996: 42). Diese Aussagen wurden auf einer achtstufigen Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ bewertet. Es wurde ein Gesamtindex daraus gebildet:

- MW_Besorgtheit

Informationsverhalten – die Miller Behavioral Style Scale (Grimm, 2014b): Zur Messung des Informationsverhalten wurde der Monitor-Blunter-Test nach Miller zitiert von Grimm angewendet. Dieses Item bestand aus acht Aussagen, was man in bestimmten Zahnarzt-Situationen tun würde (vgl. Grimm, 2014b). Die TeilnehmerInnen mussten diese Aussagen wieder auf einer achtstufigen Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft voll und ganz zu“ bewertet. Vier dieser Aussagen wurden als „Monitor Item“ zusammen gefasst, die restlichen vier Aussagen zum „Blunter Item“ (Grimm, 2014b). Die beiden Indizes lauten:

- MW_AngstMonitor
- MW_AngstBlunter

Ängstlichkeit: STAI-Test, State-Trait-Anxiety Inventory deutsche Version (Grimm, 2009): Ängstlichkeit wurde mit der „Kurzversion Trait-Ängstlichkeit mit 10 Items“ (Grimm, 2009) gemessen. Dabei gab es zehn Aussagen, die auf einer achtstufigen Skala von „fast nie“ bis „fast immer“ bewertet werden mussten. Drei dieser Aussagen musst recodiert werden (vgl. Grimm, 2009). Im Anschluss konnte der Index gebildet werden

- MW_Ängstlichkeit

Internale/ Externale Kontrollerwartung: IEK-Skala nach Rotter (dt. Kurz-Version nach Rost-Schaude) (Grimm, 1999b): Die Kontrollerwartung wurde mit Hilfe von acht Aussagepaaren erhoben. Die Teilnehmer konnten pro Aussagepaar immer zwischen zwei Antwortmöglichkeiten wählen. Es wurden Indizes zur Kontrollerwartung im „Alltag" und in der „Politik" (Grimm, 1999b) mit Hilfe der Summenformel gebildet:

- SUM_Kontrollerwartung_IEKZ_internal
- SUM_Kontrollerwartung_IEKZ_external
- SUM_Kontrollerwartung_IEKP_internal
- SUM_Kontrollerwartung_IEKP_external

Konsequenzerwartung (Fuchs, 1997: 216): Das Item zur Konsequenzerwartung enthielt nach Fuchs siebzehn Aussagen, die anführten, welche Auswirkungen es hätte „Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv bin (oder sportlich aktiv wäre),…" (Fuchs, 1997: 216). Die Aussagen wurden in fünf Untergruppen unterteilt und es wurden die folgenden Indizes dafür gebildet:

- MW_Konsequenz_Gesundheit
- MW_Konsequenz_Soziales
- MW_Konsequenz_Figur
- MW_Konsequenz_Aufwand
- MW_Konsequenz_Besorgnisse

7. ERGEBNISSE

Im „Ergebnis“ Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Befragungsstudie offengelegt. Im ersten Schritt sollen die deskriptiven Daten der Studie festgehalten werden. Es werden die soziodemografischen Daten Geschlecht, Ausbildung und Beruf sowie Alter und die sportlichen und nicht sportlichen Merkmalausprägungen der TeilnehmerInnen angeführt. Im Anschluss gilt es die Forschungsfragen und Hypothesen mit Hilfe von geeigneten Auswertungsverfahren zu überprüfen. Die Ergebnisse werden vorerst nur präsentiert und im darauffolgenden Kapitel „Interpretation und Ausblick“ näher behandelt.

7.1 Deskriptive Daten

Zu Beginn sollen die Charakteristiken der Stichprobe festgehalten werden. Die Stichprobengröße der durchgeführten Studie wird im Verlauf der Arbeit mit „N“ angegeben. Es kann vorkommen, dass sich die Stichprobengröße „N“ bei manchen Variablen verändert. Das liegt daran, dass es fehlende Werte in der Studie gab. Meist handelte es sich dabei um Fragen, die nicht beantwortet wurden. Diese Fragen wurden mit Hilfe von SPSS als „missing values“ gekennzeichnet und in der Auswertung nicht berücksichtigt, um das Ergebnis nicht zu verfälschen.

Die Stichprobengröße der kompletten Studie betrug N=316. Es haben 316 Personen an der Befragung teilgenommen und diese auch beendet. Insgesamt wurde der Fragebogen von 534 Personen zumindest angeklickt beziehungsweise geöffnet und ein Teil dieser Personen begann auch die Befragung auszufüllen, brachen jedoch dann ab.

Häufigkeitsberechnungen zur gesamten Stichprobe:

Geschlecht. Von den 316 Personen waren 101 Personen männlich (32%) und 215 Personen weiblich (68%).

Alter. Die persönliche Altersangabe wurde von jeder Person selbst in Zahlen nach Alter eingetragen. Der/ die jüngste TeilnehmerIn war 17 Jahre alt, der/ die älteste TeilnehmerIn 78 Jahre. Das Durchschnittalter aller Befragten ergab 34,94 Jahre. Um das Alter an dieser

Stelle anschaulicher präsentieren zu können, wurden Altersgruppen in 10-Jahre Rhythmus erstellt.

***Abbildung 4**: Häufigkeitstabelle der Altersgruppen der ProbandInnen, N=315 (SPSS Output)*

Altersgruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	Definition der Altersgruppen
Gültig	1	**32**	**10,1**	10,2	10,2	**Unter 20 Jahre**
	2	**133**	**42,1**	42,2	52,4	**21-30 Jahre**
	3	**39**	**12,3**	12,4	64,8	**31-40 Jahre**
	4	**53**	**16,8**	16,8	81,6	**41-50 Jahre**
	5	**50**	**15,8**	15,9	97,5	**51-60 Jahre**
	6	**7**	**2,2**	2,2	99,7	**61-70 Jahre**
	7	**1**	**,3**	,3	100,0	**Über 70 Jahre**
	Gesamt	315	99,7	100,0		
Fehlend	System	1	,3			
Gesamt		316	100,0			

Abbildung 4 veranschaulicht die Anzahl der ProbandInnen nach Altersgruppen. N betrug hier nur 315, da ein Wert fehlend war. Der Großteil der Befragten war im Alter zwischen 21 und 30 Jahren alt, bis zu den Altersgruppen ab 61 Jahren verteilten sich die restlichen Gruppen relativ ausgewogen. Für die weiteren Analysen wurden jedoch die exakten Altersangaben der ProbandInnen verwendet.

Ausbildung. 2,5% waren PflichtschülerInnen, 7% HandelschülerInnen beziehungsweise Personen ohne Matura, 13,9% BerufsschülerInnen, 41,5% Personen mit Maturaabschluss und 35,1% AbsolventInnen von Fachhochschulen und Universitäten. Die TeilnehmerInnen waren also tendenziell höher gebildete Personen und die Mehrheit hatte zumindest einen Maturabschluss.

Beruf. Die Mehrzahl der Befragten, nämlich 58,9% gab an, berufstätig zu sein. Gefolgt wurde diese von der zweiten großen Gruppe mit 27,2% SchülerInnen und StudentInnen. Die restlichen Kategorien belegten 1,3% Arbeitslose, 3,5% PensionistInnen, 0,9% Haushaltsführende, 1,9% in Elternkarenz Befindende und 6,3% „Sonstiges“.

Sport. Die Sportlichkeit der TeilnehmerInnen stellte eine zentrale Eigenschaft für die Studie dar. Nur durch die Teilnahme von AthletInnen und Nicht-AthletInnen sowie der Erhebung weiterer sportlicher Variablen, konnte der Einfluss von Sport auf die

Gesundheitskommunikation und das Gesundheitsverhalten gemessen werden. Um die ProbandInnen nach ihrer Sportlichkeit unterscheiden zu können, wurden sie nach der Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität im letzten Jahr, sowie nach der Häufigkeit ihrer aktuellen sportlichen Aktivität gefragt.

Bezogen auf die Frage, ob man im letzten Jahr sportlich aktiv war, antworteten nur 16,1% mit „Nein“; 26,6% mit „Ja, mit längerer Unterbrechung“; 25,9% mit „Ja, mit kurzer Unterbrechung“ und 31,3%, also die Mehrheit, mit „Ja, ohne Unterbrechung“.

Im Anschluss daran wurden die ProbandInnen nach der Häufigkeit ihrer aktuellen sportlichen Betätigung gefragt.

Abbildung 5*: Häufigkeitstabelle der aktuellen sportlichen Aktivität der ProbandInnen, N=316 (SPSS Output)*

Sport Häufigkeit aktuell

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	**Umcodierung in Intervallskala**
Gültig	**selten oder nie**	**48**	15,2	15,2	15,2	**,00%**
	1 mal pro Monat	**23**	7,3	7,3	22,5	**3,30%**
	2-3 mal pro Monat	**27**	8,5	8,5	31,0	**8,30%**
	1 mal pro Woche	**48**	15,2	15,2	46,2	**13,30%**
	2-3 Mal pro Woche	**109**	34,5	34,5	80,7	**33,30%**
	4-5 mal pro Woche	**44**	13,9	13,9	94,6	**60,00%**
	jeden Tag	**17**	5,4	5,4	100,0	**100,00%**
	Gesamt	316	100,0	100,0		

Abbildung 5 veranschaulicht das Ergebnis. Es gaben 48 Personen an, dass sie aktuell „selten oder nie“ Sport betrieben und 17 Personen, dass sie dies jeden Tag taten. Die Mehrheit, nämlich 34,5% aller TeilnehmerInnen, behauptete, zwei bis drei Mal wöchentlich sportlich aktiv zu sein.

Um die aktuelle Häufigkeit der Sportausübung in eine Intervallskala zu verwandeln, wurden die Angaben in Prozentwerte pro Monat umgerechnet. Die Formel „Anzahl der Tage pro Monat“ / 30 x 100 wurde verwendet. Bei 2-3 Tagen wurde der Mittelwert von 2,5 Tagen eingefügt. In der Spalte „Umcodierung in Intervallskala“ sind die Prozentwerte, bezogen auf die monatliche Sportausübung, festgehalten.

Im Anschluss galt es, das sportliche Motiv, unterteilt in Gesundheits- und Leistungsmotiv, zu erfragen. Die „ausgefilterten“ AthletInnen wurden gefragt, ob sie Sport vorrangig für Ihre Gesundheit oder zur Verbesserung ihrer Leistung betrieben. Es konnte nur das Motiv angekreuzt werden, das nach persönlicher Beurteilung stärker auf die eigene Person zutraf, um dadurch eine weitere Unterteilung vornehmen zu können.

***Abbildung 6**: Häufigkeitstabelle Gesundheits- und Leistungsmotiv der SportlerInnen, N=218 (SPSS Output)*

Gesundheits- und Leistungsmotiv

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	**für meine Gesundheit**	**157**	49,7	72,0	72,0
	für meine Leistungsfähigkeit	**61**	19,3	28,0	100,0
	Gesamt	218	69,0	100,0	
Fehlend		98	31,0		
Gesamt		316	100,0		

Abbildung 6 veranschaulicht das Ergebnis des Sportmotives. Insgesamt wurden N=218 TeilnehmerInnen der Studie befragt, wovon die Mehrheit, nämlich 157 Personen (72%) zustimmte, Bewegung vorrangig für ihre Gesundheit zu tun. Die anderen 61 AthletInnen (28%) stimmten der Zielerreichung zur Leistungssteigerung und -verbesserung zu.

Weitere Variablen zum Sportverhalten stellten die Zugehörigkeit zu einem Sportverein, die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen, die Häufigkeiten der Ausübung einzelner Sportarten und die Intensität der sportlichen Aktivität dar.

Sportverein. 38,5% der sportlichen TeilnehmerInnen behaupteten, in keinem Sportverein zu sein. Wohingegen 43,1% in einem und 9,6% der Befragten sogar in zwei oder mehreren Sportvereinen eine Mitgliedschaft innehatten.

Wettkämpfe. Bei den Teilnahmen an Wettkämpfen veranschaulichten die Ergebnisse, dass 30,3% der Befragten nie daran teilnehmen. Ein Drittel der befragten SportlerInnen waren demnach keine WettkampfsportlerInnen. 26,6% behaupteten, zumindest früher daran teilgenommen zu haben. Unter den WettkampfsportlerInnen stimmten die meisten Personen, nämlich 19,3% zu, ein- bis fünfmal pro Jahr sportliche Bewerbe zu bestreiten gefolgt von 11,9%, welche dies sechs- bis elfmal jährlich tun. Lediglich 2,3% der ProbandInnen gaben an, viermal oder öfters pro Monat einen Wettkampf zu absolvieren.

Kreuztabellen von SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen im Vergleich:

Bevor die Hypothesen überprüft werden, sollen noch Kreuztabellen mit relevanten und auffälligen Ergebnissen zwischen SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen der vorliegenden Stichprobe festgehalten werden. Die Ergebnisse gelten für die durchgeführte Stichprobe und sind nicht auf die Grundgesamtheit übertragbar. Daher handelt es sich hierbei um Ergebnistendenzen der Stichprobe.

Sportmotiv und Häufigkeit der aktuellen sportlichen Aktivität. Forschungsinteressant erscheint es, wie sich das Verhältnis zwischen dem Sportmotiv (gesundheitsorientierter und leistungsorientierter Sport) und der angegebenen Häufigkeit der sportlichen Betätigung gestaltete. Beide Gruppen gaben am häufigsten an, Sport „2-3 Mal pro Woche“ zu betreiben (51,6% der gesundheitsorientierten SportlerInnen, 45,9% der leistungsorientierten SportlerInnen). Bei den gesundheitsorientierten SportlerInnen war der zweithäufig genannte Wert „einmal pro Woche“ (27,4% der gesundheitsorientierten SportlerInnen und nur 8,2% der leistungsorientierten SportlerInnen). Bei den leistungsorientierten SportlerInnen hingegen war der zweithäufig genannte Wert „4-5 Mal pro Woche“ (29,5% der leistungsorientierten SportlerInnen und nur 16,6% der gesundheitsorientierten SportlerInnen). Bei der „täglichen“ Angabe stimmten 16,4% der leistungsorientierten und 4,5% der gesundheitsorientierten AthlethInnen zu. Es lässt sich die Tendenz erkennen, dass jene Personen mit dem Leistungsmotiv häufiger Sport betrieben als jene, die das Gesundheitsmotiv verfolgen. Dabei teilte die Angabe „2-3 Mal pro Woche“ die beiden Gruppen, wobei die GesundheitssportlerInnen häufiger unter diesem Wert und die LeistungsathletInnen häufiger über diesen Wert lagen.

Risikoverhalten im Lebensstil: Rauchverhalten und Alkoholkonsum. Die Personen wurden nach Risikoverhaltensweisen in ihrem Lebensstil gefragt, wozu Nikotin- und Alkoholkonsum zählten.

***Abbildung** 7: Lebensstil Rauchverhalten SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen, N=315 (eigene Darstellung)*

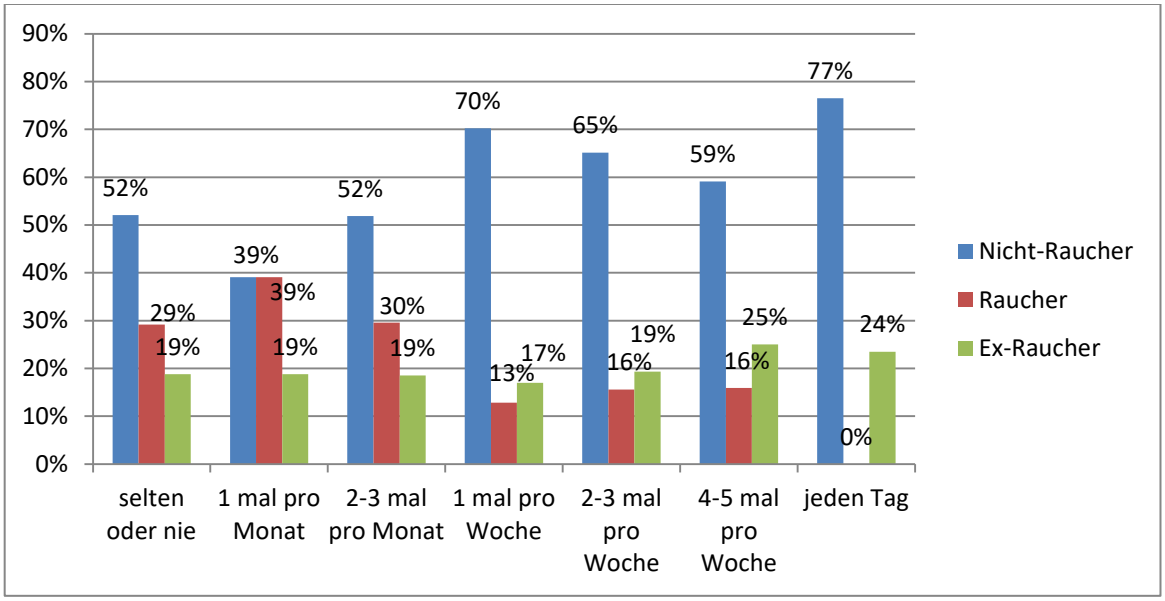


Abbildung 7 veranschaulicht das Rauchverhalten von Personen, welche „selten oder nie“ Sport betrieben bis Personen, die „täglich“ sportlich aktiv waren. Die Prozentzahlen sind ohne Kommazahlen angegeben und daher gerundet, da es an dieser Stelle eine wesentlich bessere Übersicht bietet. Tendenziell lässt sich für die Stichprobe feststellen, dass Personen ab einmal wöchentlicher Sportausübung häufiger Nicht-RaucherInnen waren. Vor allem von den täglichen AthletInnen gaben 77% und von den einmal wöchentlichen SportlerInnen 70% der Befragten an, Nicht-RaucherIn zu sein. Bei den täglich Aktiven gaben sogar 0%, demnach niemand an, RaucherIn zu sein. Keine Unterschiede zeigten sich bei den ehemaligen Rauchern. Hier ergab sich über alle Sportgruppen hinweg ein relativ einheitlicher Anteil zwischen 19% bis 25% der Befragten.

Interessante Ergebnisse veranschaulicht auch die Risikoverhaltensweise Alkoholkonsum.

***Abbildung 8**: Lebensstil Alkoholkonsum SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen, N=315 (eigene Darstellung)*

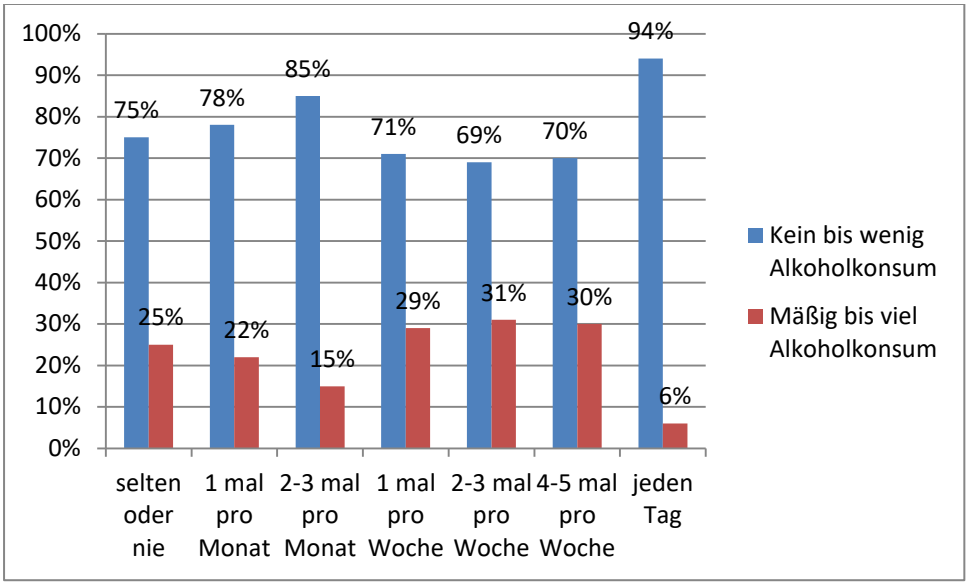


Abbildung 8 hält den Alkoholkonsum der ProbandInnen fest. Hier war es ebenfalls die Gruppe der täglichen SportlerInnen, die am häufigsten mit 94% angaben, keinen bis wenig Alkohol zu konsumieren. Sonst zeigte sich die Tendenz in der Stichprobe, dass die Gruppen der „nie bis dreimal monatlichen" SportlerInnen weniger Alkohol konsumieren, als die Gruppe der „ein- bis fünfmal" wöchentlichen Aktiven.

Während die Anzahl der RaucherInnen mit häufigerer Sportausübung abnahm, zeigte sich bei den AlkoholtrinkerInnen ein anderes Bild. Hier stieg sogar der Konsum bei den mehrmals wöchentlich Aktiven an. Die wenigsten AlkoholtrinkerInnen waren dabei bei den täglichen AthletInnen sowie in der Gruppe der „2-3 mal pro Monat" SportlerInnen vertreten.

7.2 Hypothesenüberprüfung

Die Forschungsfragen und Hypothesen werden der Reihe nach angeführt und überprüft. Als Auswertungsverfahren wurde für die ersten drei Forschungsfragen die „Regressionsanalyse" gewählt. Bei der Regressionsanalyse werden *„… die Abhängigkeiten einer Variable – der abhängigen Variable – von einer oder mehreren unabhängigen Variablen quantifiziert."* (Janssen & Laatz, 2013: 396). Es wurden *„Mehrfach- oder multiplen Regression"* (Janssen & Laatz, 2013: 396) durchgeführt, da

dadurch mehrere unabhängige Variablen zur Erklärung der abhängigen Variable verwendet werden konnten (vgl. Janssen & Laatz, 2013: 396). Zu beachten ist, dass bei Regressionsanalysen metrische Variablen, das bedeutet intervallskalierte Variablen, als abhängige Variable verwendet werden. Um diese abhängige Variable erklären zu können müssen die unabhängigen Variablen ebenfalls metrisch sein (vgl. Janssen & Laatz, 2013: 429). Einzige Ausnahme stellen sogenannte „Dummy Variablen" (Janssen & Laatz, 2013: 429) dar. Das sind Variablen, die lediglich zwei Ausprägungen besitzen, nämlich „O" und „1" (vgl. Janssen & Laatz, 2013: 429). Solche Dummy Variablen wurden in der Analyse für einige Variablen betreffend Sport und für das Geschlecht verwendet und als „Dummy" namentlich kenntlich gemacht.

Bei **FF1**, **FF2** und **FF3** konnten die errechneten Ergebnisse mittels **Regressionsanalyse** gewonnen werden. Im ersten Schritt wurde die Varianz des „korrigiertem R^2" angegeben, denn dieser Wert gibt für die unabhängigen Variablen *ein „… Maß für die Güte der Vorhersagequalität der Regressionsgleichung…"* (Janssen & Laatz, 2013: 408). Beigefügt wurde noch der Wert des R^2 angegeben[29]. Im nächsten Schritt wurden die Werte der „erklärenden Variablen" (Janssen & Laatz, 2013: 408) betrachtet. Durch den Berechnungsschritt „rückwärts/ backward" mittels SPSS konnten die nicht signifikanten Werte herausgerechnet und die signifikanten Werte übrig gelassen werden. Alle signifikanten Werte wurden anhand ihres „Standardisierten Koeffizienten Beta" (b =) und der Stärke ihrer Signifikanz (p <) interpretiert und tabellarisch festgehalten.

Zur Überprüfung der **FF4** wurde ein anderes Auswertungsverfahren gewählt, nämlich die **Varianzanalyse**. Mit Hilfe der dieser Methode ist es möglich, die Mittelwerte von verschiedenen Gruppen zu vergleichen (vgl. Janssen & Laatz, 2013: 335). Die Mittelwerte wurden interpretiert, die Signifikanz überprüft und mit Hilfe eines „Post-Hoc Tests" die einzelnen Gruppen auf ihre signifikanten Unterschiede überprüft.

Die **FF5** wurde mit Hilfe eines **T-Tests für unabhängige Stichproben** überprüft und die Ergebnisse errechnet.

[29] *Jene Tabellen der „Modellzusammenfassung" sind dem Anhang dieser Arbeit beigefügt.*

Forschungsfrage 1: Einfluss GK auf GV

FF1: Inwieweit beeinflusst die Gesundheitskommunikation das Gesundheitsverhalten der Personen?

H1.1: Die Gesundheitskommunikation beeinflusst das Gesundheitsverhalten.

H1.0: Es gibt keinen Einfluss von der Gesundheitskommunikation auf das Gesundheitsverhalten.

> **Abhängige Variable (aV):** Gesundheitsverhalten (Gesunder Lebensstil, Medizinische Prävention, positives, negatives und neutrales Arztbild)
>
> **Unabhängige Variable (uV):** Gesundheitskommunikation (Häufigkeit der Nutzung medialer und nicht medialer Quellen zur Informationsbeschaffung von Gesundheitsthemen)

Um die Hypothese überprüfen zu können, wurde mit Hilfe der Regressionsanalyse der Einfluss der abhängigen Variable auf die unabhängige Variable überprüft.

Gesundheitsverhalten. Bei der abhängigen Variable **„Gesunder Lebensstil“** ergaben die mediale und nicht mediale Gesundheitskommunikation **13% der Varianz** (R^2 16%).

***Abbildung 9**: Regressionsanalyse Gesunder Lebensstil (aV) und Gesundheitskommunikation (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
	(Konstante)	4,845	,301		16,095	,000
	Radio	,088	,031	,157	2,831	**,005**
7	**Bücher**	,107	,030	,208	3,608	**,000**
	Internet	,099	,041	,140	2,434	**,016**
	v_50umc_**Familienmitglied**	-,070	,031	-,122	-2,266	**,024**

a. Abhängige Variable: Q1_MW_**GesunderLebensstil**

In *Abbildung 9* wurden die signifikanten Variablen der rückwärts gerechneten Regressionsanalyse festgehalten. Es bestand ein signifikant positiver Zusammenhang von **Radio** ($b = .157$, $p < .01$) ein hochsignifikanter positiver Zusammenhang von **Büchern** ($b = .208$, $p = .000$), ein signifikant positiver Zusammenhang von **Internet** ($b = .140$, $p <$

.01) sowie einen signifikant negativer Zusammenhang von **Familienmitglieder** (b = -.122, p < .01) auf den „Gesunden Lebensstil“. Aus den Ergebnissen lässt sich erkennen, dass Personen mit häufigerem medialen gesundheitsbezogenen Informationsverhalten in Radio, Büchern und dem Internet auch einen höheren „Gesunden Lebensstil“ zeigten. Personen mit häufigeren nicht medialen gesundheitsbezogenen Informationsverhalten durch Gespräche mit Familienmitgliedern, zeigten einen geringeren „Gesunderen Lebensstil“.

Des Weiteren wurde eine Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable **„Medizinische Prävention“** und der unabhängigen Variable Gesundheitskommunikation durchgeführt. Hier ergaben die mediale und nicht mediale Gesundheitskommunikation **nur 7% der Varianz** (R^2 10%).

***Abbildung 10**: Regressionsanalyse Medizinische Prävention (aV) und Gesundheitskommunikation (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
7	(Konstante)	3,454	,467		7,400	,000
	Tageszeitungen	,087	,038	,126	2,263	**,024**
	v_48_umc_**Hausarzt**	,113	,055	,128	2,037	**,042**
	v_49_umc_**Facharzt**	,119	,064	,116	1,868	**,063**
	v_50_umc_**Familienmitglied**	,119	,043	,152	2,763	**,006**

a. Abhängige Variable: Q1_MW_**MedizinischePrävention**

Es lag ein signifikant positiver Zusammenhang von **Tageszeitungen** (b = .126, p < .05), ein signifikant positiver Zusammenhang von **HausärztInnen** (b =.128, p < .05), ein tendenziell signifikant positiver Zusammenhang von **FachärztInnen** (b = .116, p < .09) sowie ein signifikant positiver Zusammenhang von **Familienmitgliedern** (b = .152, p < .01) auf die „Medizinische Prävention“ vor. Aus diesem Ergebnis lässt sich schlussfolgern, dass Personen, welche sich häufiger in Tageszeitungen über ihre Gesundheit informierten, eine höhere „Medizinische Prävention“ aufwiesen. Außerdem zeigten Personen, welche häufiger HausärztInnen, FachärztInnen und Familienmitglieder bei gesundheitlichen Themen um Rat fragten, ebenfalls ein höheres medizinisches Präventionsverhalten.

Bei der abhängigen Variable **„positives Arztbild“** wurden durch die Gesundheitskommunikation ebenfalls nur **7% der Varianz** erklärt (R^2 10%).

***Abbildung 11**: Regressionsanalyse positives Arztbild (aV) und Gesundheitskommunikation (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
7	(Konstante)	3,838	,314		12,236	,000
	Bücher	-,049	,029	-,094	-1,683	**,093**
	v_48_umc_**Hausarzt**	,155	,037	,235	4,209	**,000**
	v_50umc_**Familienmitglied**	,072	,033	,124	2,202	**,028**
	v 51 umc **MedFachpersonal**	,056	,032	,101	1,776	**,077**

a. Abhängige Variable: Q2_MW_**positivArzt**

Dabei zeigte sich ein tendenziell signifikant negativer Zusammenhang von **Büchern** (b = -.094, p < .1) und ein hochsignifikant positiver Zusammenhang von **HausärztInnen** (b = .235, p = .000), ein signifikant positiver Zusammenhang von **Familienmitgliedern** (b = .124, p < .05) und ein tendenziell signifikant positiver Zusammenhang von **Medizinischen Fachpersonal im Bekanntenkreis** (b = .101, p < .09) auf das positive Arztbild. Demnach veranschaulichen die Ergebnisse, dass Personen, welche häufiger in Büchern gesundheitsbezogene Informationen nutzten, ein weniger positives Arztbild besaßen. Personen jedoch, die häufiger HausärztInnen, Familienmitglieder und medizinisches Fachpersonal um Rat fragten, ein höheres positives Arztbild hatten.

Die Regressionsanalyse mit den abhängigen Variablen **„negatives Arztbild“** erreichte durch die Gesundheitskommunikation lediglich 2% der Varianz. Ein ähnliches Resultat zeigte sich auch beim **„neutralen Arztbild“**. Dabei wurden durch die Gesundheitskommunikation 4% der Varianz erklärt. Da beides ein sehr geringer Anteil ist, können das neutrale sowie das negative Arztbild kaum durch die Gesundheitskommunikation erklärt werden. Die einzelnen erklärenden Variablen wurden an dieser Stelle nicht näher berücksichtigt, da diese kaum aussagekräftig wären.

Es kann resümiert werden, dass die **H1.1** für die vorliegende Studie **vorläufig teilweise verifiziert** werden kann. Es gab Bereiche, bei denen die Gesundheitskommunikation einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ergab. Damit muss die **H1.0 falsifiziert** werden. Da das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation zwei

umfangreiche Variablen darstellen, sollen folgende Erkenntnisse aus der durchgeführten Studie zur Verifikation der H1.1 berücksichtigt werden:

***Abbildung 12**: FF1: Einfluss der Gesundheitskommunikation auf das Gesundheitsverhalten (eigene Darstellung)*

EINFLUSS GK & GV	**Gesundheitsverhalten (aV) lässt sich erklären durch:**		
Gesundheitskommunikation (uV)	**Gesunder Lebensstil (aV)**	**Medizinische Prävention (aV)**	**positives Arztbild (aV)**
Varianzerklärung der uV auf die aV	**13% der Varianz**	**7% der Varianz**	**7% der Varianz**
Fernseher			
Radio	pos. signifikant		
Tageszeitungen		pos. signifikant	
Bücher	pos. signifikant*		neg. signifikant
Internet	pos. signifikant		
HausärztInnen		pos. signifikant	pos. signifikant*
FachärztInnen		pos. signifikant	
Familienmitglieder	neg. signifikant	pos. signifikant	pos. signifikant
Freunde			
Med. Fachpersonal Bekanntenkreis			pos. signifikant

** = hochsignifikant (p = .000)*

Abbildung 12 hält nochmals alle getesteten Variablen fest und veranschaulicht die positiven und negativen signifikanten Zusammenhänge zwischen einzelnen erklärenden Variablen der Gesundheitskommunikation und dem Gesundheitsverhalten.

Forschungsfrage 2: Einfluss GV und GK ➡ auf die Sportlichkeit

FF2: Welcher Einfluss besteht zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem aktuellen Sportverhalten sowie zwischen der Gesundheitskommunikation und dem aktuellen Sportverhalten der Personen?

H2.1: Das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation beeinflussen das aktuelle Sportverhalten.

H2.0: Es besteht keine Beeinflussung vom Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskommunikation auf das aktuelle Sportverhalten.

aV: Sport (Prozent_SportHäufigkeit)

uV: Gesundheitsverhalten (Gesunder Lebensstil, Medizinische Prävention, positives, negatives und neutrales Arztbild)

uV: Gesundheitskommunikation (Häufigkeit der Nutzung medialer und nicht medialer Quellen zur Informationsbeschaffung von Gesundheitsthemen)

Um die Hypothese überprüfen zu können, wurde wieder mittels Regressionsanalyse der Einfluss der abhängigen Variable auf die unabhängige Variable überprüft.

Gesundheitsverhalten. Die Berechnung ergab, dass bei der abhängigen Variable „Häufigkeit der aktuellen Sportausübung“ durch das „**Gesundheitsverhalten“ 28% der Varianz** erreicht wurden (R^2 29%).

***Abbildung 13**: Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Gesundheitsverhalten (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
3	(Konstante)	-40,245	8,651		-4,652	,000
	Q1_MW_**Gesunder Lebensstil**	12,263	1,099	,549	11,157	**,000**
	Q1_MW_**Medizinische Prävention**	-2,460	,847	-,147	-2,903	**,004**
	Q2_MW_**positivArzt**	2,083	1,123	,092	1,855	**,065**

a. Abhängige Variable: **Prozent_SportHäufigkeit**

Wie *Abbildung 13* veranschaulicht, zeigt sich ein hochsignifikant positiver Zusammenhang vom „**Gesunden Lebensstil“** (b = .549, p = .000), ein signifikant negativer Zusammenhang von „**Medizinischer Prävention“** (b = -.147, p < .01) und ein tendenziell signifikant positiver Zusammenhang vom **positiven Arztbild** (b = .092, p < .09). Je höher der „Gesunde Lebensstil“ und das positive Arztbild, desto häufiger war das aktuelle Sportverhalten. Je höher die „Medizinische Prävention“, desto weniger häufiger war das aktuelle Sportverhalten.

Gesundheitskommunikation. Im nächsten Schritt wurde der Einfluss der abhängigen Variable Sport (Prozent_SportHäufigkeit) auf die unabhängige Variable **„Gesundheitskommunikation“** gemessen. Die Berechnung ergab, dass bei der

abhängigen Variable Sport durch die Gesundheitskommunikation nur **4% der Varianz** erreicht wurden (7% R^2). Dies ist ein sehr geringer Wert. Die erklärenden Variablen mit signifikantem Ergebnis sollen trotzdem dargestellt werden um zumindest eine Tendenz festzuhalten, welche Quellen zur Gesundheitskommunikation einen Einfluss zeigten.

***Abbildung 14**: Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Gesundheitskommunikation (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
8	(Konstante)	46,094	6,601		6,983	,000
	Bücher	1,621	,658	,139	2,463	**,014**
	v_48_umc_**Hausarzt**	-2,817	,834	-,191	-3,378	**,001**
	v_50_umc_**Familienmitglied**	-1,553	,729	-,119	-2,131	**,034**

a. Abhängige Variable: **Prozent_SportHäufigkeit**

In *Abbildung 14* zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang von **Büchern** ($b = .014$, $p < .05$) ein signifikant negativer Wert von **HausärztInnen** ($b = -.191$, $p < .01$) sowie ebenfalls ein signifikant negativer Wert von **Familienmitgliedern** ($b = -.119$, $p < .05$) auf die aktuelle Sporthäufigkeit der StudienteilnehmerInnen. Die Häufigkeit der Sportausübung der ProbandInnen lässt sich mit dem niedrigen Varianzwert kaum durch deren gesundheitsbezogenes Informationsverhalten erklären, es wurden jedoch Tendenzen erkannt. Je häufiger sich die TeilnehmerInnen gesundheitsbezogene Informationen in Büchern holten, desto höher war deren Häufigkeit zur aktuellen Sportausübung. Je häufiger sich TeilnehmerInnen jedoch gesundheitlichen Rat bei ÄrztInnen oder Familienmitglieder holten, desto geringer war deren aktuelle Sporthäufigkeit.

Die **H2.1** kann für die vorliegende Studie **vorläufig** wieder nur **teilweise verifiziert** werden. Da es aus dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskommunikation Bereiche gab, die einen Einfluss auf das aktuelle Sportverhalten zeigten, muss die **H2.0 falsifiziert** werden. Zur Verifikation der H2.1 müssen die folgenden Erkenntnisse berücksichtigt werden:

***Abbildung 15**: FF2: Einfluss des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskommunikation auf die aktuelle Sporthäufigkeit (eigene Darstellung)*

EINFLUSS GK & GV	**Aktuelle Sporthäufigkeit (aV) lässt sich erklären durch:**
Gesundheitsverhalten (uV) **Varianzerklärung der uV auf die aV: 28%**	
Gesunder Lebensstil	pos. signifikant*
Medizinische Prävention	neg. signifikant
Positives Artzbild	pos. signifikant
Gesundheitskommunikation (vV) **Varianzerklärung der uV auf die aV: 4% (sehr gering!)**	
Bücher	pos. signifikant
HausärztInnen	neg. signifikant
Familienmitglieder	neg. signifikant

** = hochsignifikant (p = .000)*

Abbildung 15 hält die signifikant positiven und negativen Ergebnisse der Variablen fest, welche auf das aktuelle Sporttreiben der ProbandInnen einen Einfluss zeigten.

Weiterführende Ergebnisse zur FF2

Als Ergänzung zur FF 2 sollten an dieser Stelle die erhobenen **„Persönlichkeitsvariablen und Motive“** zum Einsatz kommen, um zu überprüfen, ob diese einen Einfluss auf die aktuelle Häufigkeit der Sportausübung nahmen. Als unabhängige Variablen wurden in die Regressionsanalyse Besorgtheit, Angst Monitor und Angst Blunter, Ängstlichkeit, internale und externale Kontrollerwartung sowie die Konsequenzerwartung mitaufgenommen. Generell beschrieben diese Variablen **31% der Varianz** (R^2 33%).

***Abbildung 16**: Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Persönlichkeitsvariablen und Motive (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standard-fehler	Beta		
7	(Konstante)	3,923	7,988		,491	,624
	MW_**Ängstlichkeit**	1,733	,980	,088	1,769	**,078**
	MW_**Konseq._Gesundheit**	3,543	1,038	,183	3,415	**,001**
	MW_**Konseq._Soziales**	2,890	,648	,238	4,462	**,000**
	MW_**Konseq._Aufwand**	-5,843	,811	-,370	-7,208	**,000**

a. Abhängige Variable: **Prozent_SportHäufigkeit**

Abbildung 16 veranschaulicht den Einfluss der einzelnen Variablen auf das aktuelle Sportverhalten. Dabei konnte bei zwei Persönlichkeitsvariablen ein signifikanter Effekt festgestellt werden. Bei der **Ängstlichkeit** gab es einen tendenziell signifikant positiven Zusammenhang (b = .088, p < .09). Außerdem zeigte auch eine Variable zur **Konsequenzerwartung** einen signifikanten positiven Einfluss, nämlich die **Gesundheit** (b = .183, p < .01). Einen hochsignifikanten positiven Einfluss zeigten die **Konsequenzerwartung Soziales** (b = .238, p = .000) sowie einen hochsignifikant negativen Einfluss bei **die Konsequenzerwartung Aufwand** (b = -.370, p = .000.). Personen, die einen höheren Wert bei Ängstlichkeit, bei der Konsequenzerwartung Gesundheit sowie Soziales besaßen, waren häufiger sportlich aktiv. Personen, die einen höheren Wert bei der Konsequenzerwartung Aufwand angaben, waren weniger häufig sportlich aktiv.

Ergänzend wurde eine Regressionsanalyse mit **„individuellen Variablen zur Gesundheit“**, nämlich dem Interesse zu Gesundheits- und Krankheitsthemen gerechnet, um zu überprüfen, ob diese einen Einfluss auf das aktuelle Sporttreiben der Personen zeigten.

Das gesundheitliche Informationsinteresse beschrieb nur 5% der Varianz (R^2 6%), die signifikanten Ergebnisse erscheinen jedoch forschungsrelevante Erkenntnisse darzustellen.

***Abbildung 17**: Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und gesundheitliches Informationsinteresse (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressions-koeffizient B	Standardfehler	Beta		
3	(Konstante)	21,159	4,555		4,645	,000
	Info. Krankheit gar nicht interessiert - sehr interessiert	-2,479	,741	-,213	-3,345	**,001**
	Info. Gesundheitsthemen gar nicht interessiert - sehr interessiert	3,499	,844	,264	4,146	**,000**

a. Abhängige Variable: Prozent_SportHäufigkeit

Abbildung 17 veranschaulicht die Ergebnisse. Das Informationsinteresse zu Krankheitsthemen zeigte einen signifikant negativen Zusammenhang (b = -.213, p < .01) und das Informationsinteresse zu Gesundheitsthemen einen hochsignifikant positiven Zusammenhang (b = .264, p = .000) auf das aktuelle Sporttreiben der ProbandInnen. Je niedriger das Informationsinteresse nach Krankheitsthemen und je höher das Informationsinteresse nach Gesundheitsthemen war, desto häufiger war auch das aktuelle Sporttreiben der ProbandInnen.

Nimmt die Sportlichkeit Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation?

Forschungsfrage 3: Einfluss Sport ➡ auf das GV und die GK unter Berücksichtigung weiterer Persönlichkeitsvariablen und Motive

FF3: Welchen Einfluss nimmt die Sportlichkeit, mit Berücksichtigung weiterer Persönlichkeitsvariablen sowie Motiven einer Person auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation?

H3.1: Sport und weitere Persönlichkeitsvariablen sowie Motive einer Person beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation.

H3.0: Sport und weitere Persönlichkeitsvariablen sowie Motive einer Person beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation nicht.

> **aV:** Gesundheitsverhalten (Gesunder Lebensstil, Medizinische Prävention, positives, negatives, neutrales Arztbild)
>
> **aV:** mediales Gesundheitsverhalten, nicht mediales Gesundheitsverhalten
>
> **uV:** Sportverhalten (aktuelle Häufigkeit des Sporttreibens, Dummy_SportletztesJahr, Dummy_SportMotivation, Dummy_Sportverein, Dummy_AußerAtem, Dummy_InsSchwitzen), Persönlichkeitsvariablen und Motive, Geschlecht, Alter

Zur Überprüfung der FF3 wurden ebenfalls wieder Regressionsanalysen durchgeführt.

Gesundheitsverhalten. Zum Gesundheitsverhalten wurden die beiden Regressionsanalysen mit den höchsten Varianzen veranschaulicht. Dies waren der „Gesunder Lebensstil“ und das „neutrale Arztbild“.

Bei der abhängigen Variable „**Gesunder Lebensstil“** ergab die **Varianz 21%** (R^2 28%).

***Abbildung 18**: Regressionsanalyse Gesunder Lebensstil (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
	(Konstante)	4,379	,478		9,167	,000
	Prozent_**SportHäufigkeit**	,013	,003	,303	4,751	**,000**
	MW_**Besorgtheit**	-,078	,039	-,125	-1,990	**,048**
14	MW_**Konseq._ Gesundheit**	,181	,066	,180	2,747	**,007**
	Dummy_**Geschlecht**	-,477	,132	-,237	-3,611	**,000**
	Alter	,014	,005	,194	2,928	**,004**

a. Abhängige Variable: Q1_MW_**GesunderLebensstil**

Abbildung 18 veranschaulicht die erklärenden Variablen. Dabei zeigte sich ein hochsignifikant positiver Zusammenhang von der **aktuellen Sporthäufigkeit** ($b = .303$, $p < .000$), ein signifikant negativer Zusammenhang von **Besorgtheit** ($b = -.125$, $p < .05$) ein signifikant positiver Zusammenhang von der **Konsequenzerwartung Gesundheit** ($b = .180$, $p < .01$), ein hochsignifikant negativer Zusammenhang von **Geschlecht** und ein signifikant positiver Zusammenhang von **Alter** ($b = .194$, $p < .01$) auf das Gesundheitsverhalten „Gesunder Lebensstil“. Je häufiger das Sporttreiben und je höher die Konsequenzerwartung Gesundheit, desto höher war auch der „Gesunde Lebensstil“. Je höher die Besorgtheit über die eigene Gesundheit, desto niedriger war der „Gesunde Lebensstil“. Bezogen auf die soziodemografischen Daten bedeuten die Ergebnisse, dass Frauen und ältere Menschen einen höheren Wert beim „Gesunden Lebensstil“ angaben.

Bei der abhängigen Variable **neutrales Arztbild** ergab die **Varianz 10%** (R^2 18%).

***Abbildung 19**: Regressionsanalyse neutrales Arztbild (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
14	(Konstante)	4,218	,325		12,966	,000
	Dummy_**Sportverein**	-,387	,180	-,179	-2,155	**,032**
	Dummy_**AußerAtem**	-,374	,206	-,120	-1,815	**,071**
	MW_**Besorgtheit**	,112	,047	,162	2,404	**,017**
	MW_**AngstMonitor**	,129	,042	,206	3,088	**,002**
	MW_**Konseq._Soziales**	,126	,044	,237	2,841	**,005**

a. Abhängige Variable: Q2_MW_**neutralArzt**

Abbildung 19 veranschaulicht die Ergebnisse. Es zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang von **Sportverein** ($b = -.179$, $p < .05$), ein tendenziell signifikant negativer Zusammenhang von **„Außer Atem“** ($b = -.120$, $p < .071$), ein signifikant positiver Zusammenhang von **Besorgtheit** ($b = .162$, $p < .05$), ein signifikant positiver Zusammenhang von **Angst Monitor** ($b = .206$, $p < .01$) sowie ein signifikant positiver Zusammenhang von der **Konsequenzerwartung Soziales** ($b = .237$, $p < .01$). Personen die in keinem Sportverein waren und sich beim Sport nie „außer Atem“ trainierten, zeigten weniger häufig ein neutrales Arztbild. Personen die häufiger besorgt sind, „Angst Monitor“ Typen sind und eine höhere soziale Konsequenzerwartung besaßen, zeigten ebenfalls häufiger ein neutrales Arztbild.

Gesundheitskommunikation. Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, für jede einzelne Quelle der Gesundheitskommunikation gesondert eine Regressionsanalyse zu berechnen, wurden zwei neue Variablen gebildet – „MW_medialeGesundheitskommunikation“ (Mittelwerte aus Fernseher, Radio, Tageszeitung, Bücher und Internet) sowie „MW_nichtmedialeGesundheitskommunikation“ (Mittelwert aus HausärztInnen, FachärztInnen, Familienmitglieder, FreundInnen und Medizinischem Fachpersonal im Bekanntenkreis). Ein höherer Mittelwert in der jeweiligen Gesundheitskommunikation bedeutete eine häufigere und vielfältigere Nutzung.

Bei der Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable **mediale Gesundheitskommunikation** ergab die **Varianz** einen Wert von **20%** ($R^2$27).

***Abbildung 20**: Regressionsanalyse mediale Gesundheitskommunikation (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV) (SPSS Output)*

Koeffizienten[a]

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
13	(Konstante)	-,598	,746		-,802	,424
	Dummy_**AußerAtem**	,589	,262	,148	2,247	**,026**
	MW_**AngstBlunter**	,162	,069	,150	2,350	**,020**
	MW_**Konseq._ Gesundheit**	,373	,093	,261	4,025	**,000**
	MW_**Konseq._Aufwand**	,278	,069	,260	4,015	**,000**
	Dummy_**Geschlecht**	-,422	,191	-,148	-2,205	**,029**
	Alter	,026	,007	,259	3,726	**,000**

a. Abhängige Variable: MW_**medialeGesundheitskommunikation**

Abbildung 20 veranschaulicht die Ergebnisse. Es zeigt sich ein signifikant positiver Zusammenhang von **„Außer Atem“** (b = .148, p < .05), ein signifikant positiver Zusammenhang von **Angst Blunter** (b = .150, p < .05), ein hochsignifikant positiver Zusammenhang von **Konsequenzerwartung Gesundheit** (b = .261, p = .000), sowie ein hochsignifikanter positiver Zusammenhang von der **Konsequenzerwartung Aufwand** (b = .260, p = .000), ein signifikant negativer Zusammenhang vom **Geschlecht** (b = -.148, p < .029) und ein hochsignifikant positiver Zusammenhang von **Alter** (b = .259, p = .000) auf die mediale Gesundheitskommunikation. Bei den Variablen zu Sport zeigte lediglich die „Dummy Variablen“ „außer Atem“ einen signifikanten Effekt. Personen, die beim Sport häufig außer Atem gelangten, hatten einen höheren Wert in der medialen Gesundheitskommunikation. Personen, welche „Angst Blunter“ Typen waren, einen höheren Wert bei den Konsequenzerwartungen Gesundheit und Aufwand zeigten, gaben ebenfalls eine höhere mediale Gesundheitskommunikation an. Außerdem hatten Frauen und ältere Personen ein höheres mediales Gesundheitsverhalten, im Gegensatz zu Männern und jüngeren Personen.

Bei der Regressionsanalyse mit der unabhängigen Variable **nicht mediale Gesundheitskommunikation** ergab die Varianz einen so geringen Wert, dass an dieser Stelle nicht weiter auf die Ergebnisse eingegangen wird.

Die Ergebnisse zeigten, dass Sport und weiterer Persönlichkeitsvariablen sowie Motive einer Person das Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskommunikation beeinflussten. Die **H3.1** kann daher **vorläufig verifiziert** werden. Es gab Bereiche der Sportvariablen und Bereiche der Persönlichkeitsvariablen, die einen signifikanten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation darstellten. Die **H3.0** muss daher **falsifiziert** werden. Folgende Variablen müssen zur vorläufigen Verifikation der H3.1 berücksichtigt werden:

***Abbildung 21**: FF3: Einfluss von Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie auf Gesundheitskommunikation und Gesundheitsverhalten (eigene Darstellung)*

EINFLUSS Sport & Persönlichkeit, Motive und Soziodemografie	**GV und GK (aV) lassen sich erklären durch:**		
Sport und weitere Variablen (uV)	**Gesunder Lebensstil**	**Neutrales Arztbild**	**Mediale GK**
Varianzerklärung der uV auf die aV	**21% der Varianz**	**10% der Varianz**	**20% der Varianz**
Prozent Sport Häufigkeit	pos. signifikant*		
Sportverein		neg. signifikant	
Außer Atem		neg. signifikant	pos. signifikant
Besorgtheit	neg. signifikant	pos. signifikant	
Angst Monitor		pos. signifikant	
Angst Blunter			
Konsequenzerwartung Gesundheit	pos. signifikant		pos. signifikant*
Konsequenzerwartung Soziales		pos. signifikant	
Konsequenzerwartung Aufwand			pos. signifikant*
Geschlecht	pos. signifikant*		neg. signifikant
Alter	pos. signifikant		pos. signifikant*

** = hochsignifikant (p = .000)*

Fokus Gesundheitskommunikation: Unterschiede SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen

FF4: Unterscheiden sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihrer Gesundheitskommunikation?

H4.1: SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen unterscheiden sich in ihrer **medialen** Gesundheitskommunikation.

H4.2: SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen unterscheiden sich in ihrer **nicht medialen** Gesundheitskommunikation.

Um den Unterschied zwischen SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen aufzeigen zu können, musste die Stichprobe vorerst in Gruppen unterteilt werden. Dazu wurde die Variable zur Angabe der aktuellen Sporthäufigkeit herangezogen und vier Gruppenvariablen gebildet.

Abbildung 22: *Bildung der Sportgruppen (eigene Darstellung)*

Häufigkeiten der Sportaktivität	**Sportgruppen**
„selten oder nie“	Gruppe 1: Nicht-SportlerInnen
1 mal pro Monat 2-3 mal pro Monat 1 mal pro Woche	Gruppe 2: Gelegentliche SportlerInnen
2-3 mal pro Woche 4-5 mal pro Woche	Gruppe 3: Regelmäßige SportlerInnen
Jeden Tag	Gruppe 4: Tägliche SportlerInnen

Abbildung 22 veranschaulicht die Gruppenbildung. „Gruppe 1“ waren jene Personen, die angaben, „nie oder selten“ Sport zu betreiben (Nicht-SportlerInnen). „Gruppe 2“ waren alle Personen, die einmal monatlich bis einmal wöchentlich sportlich aktiv waren (gelegentliche SportlerInnen). Zur „Gruppe 3“ zählten SportlerInnen, welche zwei bis fünfmal wöchentlich körperlich aktiv waren (regelmäßige SportlerInnen). Die „Gruppe 4“ stellten die täglichen AthletInnen dar. Da es sich nun um vier Gruppen handelte, welche auf die Variable Gesundheitskommunikation untersucht werden sollte, wurde eine Varianzanalyse gerechnet.

Mediale Gesundheitskommunikation. Zur Überprüfung der H4.1 wurde eine Varianzanalyse mit dem Mittelwert der medialen Gesundheitskommunikation berechnet.

Abbildung 23*: Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

ONEWAY deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	48	**3,7542**	1,45001	,20929	**3,3331**	**4,1752**
2,00	98	4,2122	1,38975	,14039	3,9336	4,4909
3,00	153	**4,5696**	1,35115	,10923	**4,3538**	**4,7854**
4,00	17	4,2706	1,31328	,31852	3,5954	4,9458
Gesamt	316	**4,3188**	1,39992	,07875	**4,1639**	**4,4738**

Abbildung 23 veranschaulicht die Mittelwerte der medialen Gesundheitskommunikation der einzelnen Gruppen. Den geringsten Mittelwert zeigte die Gruppe der Nicht-SportlerInnen mit 3,75. Den höchsten Mittelwert hatte die Gruppe 3 mit 4,57 bevor es bei der Gruppe 4 wieder einen leichten Abfall auf 4,27 gab. Der Mittelwert der Nicht-SportlerInnen lag unter dem Gesamtdurchschnitt von 4,32. Es gab lediglich eine kleine Überschneidung bei der Obergrenze der Nicht-SportlerInnen und der Untergrenze der SportlerInnen. Keine Überschneidungen gab es jedoch zwischen der ersten und der dritten Gruppe. Die dritte Gruppe hatte einen höheren Mittelwert. Zur Überprüfung dieser Tendenz muss der Signifikanzwert überprüft werden.

***Abbildung 24**: Signifikanztest Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Einfaktorielle ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	26,080	3	8,693	4,587	**,004**
Innerhalb der Gruppen	591,251	312	1,895		
Gesamt	617,330	315			

Abbildung 24 zeigt den Signifikanzwert von p =.004 und damit ein signifikantes Ergebnis. Um zu überprüfen, welche Gruppen sich nicht nur in der Stichprobe, sondern auch in der Grundgesamtheit signifikant voneinander unterscheiden, wurde ein „Post-Hoc Test“ gerechnet.

***Abbildung 25**: Post-Hoc Test Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Mehrfachvergleiche

(I) Gruppe	(J) Gruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Standard-fehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	2,00	-,45808	,25201	,363	-1,1360	,2199
	3,00	-,81544*	,23608	**,005**	-1,4535	-,1773
	4,00	-,51642	,38112	,708	-1,5876	,5548
2,00	1,00	,45808	,25201	,363	-,2199	1,1360
	3,00	-,35736	,17788	,245	-,8300	,1153
	4,00	-,05834	,34808	1,000	-1,0611	,9444
3,00	**1,00**	,81544*	,23608	**,005**	,1773	1,4535
	2,00	,35736	,17788	,245	-,1153	,8300
	4,00	,29902	,33673	,946	-,6837	1,2817
4,00	1,00	,51642	,38112	,708	-,5548	1,5876
	2,00	,05834	,34808	1,000	-,9444	1,0611
	3,00	-,29902	,33673	,946	-1,2817	,6837

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Abbildung 25 veranschaulicht, dass sich die Gruppe 1 von der Gruppe 3 signifikant (p = .005) unterschied. Man kann daher festhalten, dass Nicht-SportlerInnen eine signifikant niedrigere mediale Gesundheitskommunikation aufwiesen als die regelmäßigen SportlerInnen, welche häufigerer und vielfältigerer mediale Gesundheitsquellen zur Information über Gesundheitsthemen nutzen. Die Unterschiede zu den gelegentlichen SportlerInnen (Gruppe 2) und täglichen AthletInnen (Gruppe 4) ließen nur einen tendenziellen Unterschied für die vorliegende Stichprobe zu. Die Hypothese **H4.1** kann für die Nicht-SportlerInnen mit der Gruppe 3 **vorläufig verifiziert** werden.

Nicht mediale Gesundheitskommunikation. Zur Überprüfung der H4.2 wurde eine Varianzanalyse mit der nicht medialen Gesundheitskommunikation gerechnet. Hier zeigten sich durchaus andere Tendenzen.

***Abbildung 26**: Varianzanalyse nicht mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

ONEWAY deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	48	**5,7188**	,93232	,13457	**5,4480**	**5,9895**
2,00	98	5,8316	1,11777	,11291	5,6075	6,0557
3,00	153	5,5866	1,08444	,08767	5,4134	5,7598
4,00	17	**5,3294**	1,47808	,35849	**4,5695**	**6,0894**
Gesamt	316	**5,6688**	1,10046	,06191	**5,5470**	**5,7906**

In Abbildung 26 wurden wieder die Mittelwerte der einzelnen Gruppen angezeigt, auf den ersten Blick fällt auf, dass die Gruppe 4 den geringsten Mittelwert von 5,33 und die Gruppe 2 den höchsten Mittelwert von 5,83 ergab. Die Gruppe 1 hatte den zweithöchsten Wert von 5,71. Diesmal lagen die Nicht-SportlerInnen über dem Gesamtmittelwert von 5,66 und die täglichen AthletInnen als einzige Gruppe darunter. Die Werte lagen allerdings sehr nahe beisammen, was auch zu Überschneidungen bei den Werten der Unter- und Obergrenze führte.

***Abbildung 27**: Signifikanztest Varianzanalyse nicht mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Einfaktorielle ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	5,710	3	1,903	1,580	**,194**
Innerhalb der Gruppen	375,755	312	1,204		
Gesamt	381,465	315			

In Abbildung 27 verrät ein Blick auf den Signifikanzwert (p =.194) kein signifikantes Ergebnis. Damit können die Unterschiede der einzelnen Gruppen nicht bestätigt werden. Auch wenn sich in der Stichprobe eine leichte Tendenz zeigt, unterscheiden sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen nicht in ihrer nicht medialen Gesundheitskommunikation. Die **H4.2** muss daher **falsifiziert** werden.

FF5: Welche Auswirkung hat das Motiv der Sportorientierung der Personen auf den Inhalt ihrer Gesundheitskommunikation?

H5.1: Leistungsorientierte SportlerInnen informieren sich häufiger über sportmedizinische Gesundheitshemen, wohingegen sich gesundheitsorientierte SportlerInnen häufiger über ihre allgemeine Gesundheit informieren.

H5.0: Die Sportorientierung zeigt keine Vernachlässigung oder Verstärkung bestimmter Gesundheitsthemen.

Um diese Hypothesen zu überprüfen, wurden die Mittelwerte der Angaben zu den „gesundheitsbezogenen Informationsthemen“ und den „sportmedizinischen Informationsthemen“ gebildet und mit Hilfe eines T-Tests verglichen. Die Mittelwerte der Informationsthemen beschreiben eine häufigere und erhöhte Anzahl an genutzten Informationsthemen zum jeweiligen Bereich.

***Abbildung 28**: T-Test Gesundheitsthemen bei gesundheitsorientierten und leistungsorientierten SportlerInnen (SPSS Output)*

Gruppenstatistiken

Motivation Sport Gesundheit		N	Mittelwert	Standardab-weichung	Standardfehler des Mittelwertes
MW_**gesundheitsbezogene Informationsthemen**	**Gesundheitsorientierte SportlerInnen.**	157	**4,3907**	1,33782	,10677
	Leitungsorientierte SporterlerInnen.	61	4,1852	1,42109	,18195
MW_**sportmedizinische Informationsthemen**	Gesundheitsorientierte SportlerInnen.	157	4,1901	2,00994	,16041
	Leitungsorientierte SporterlerInnen.	61	**4,4549**	1,88624	,24151

Abbildung 28 veranschaulicht die Mittelwerte. Während die gesundheitsorientierten SportlerInnen einen höheren Mittelwert bei den gesundheitsbezogenen Themen hatten, hatten die leistungsorientierten SportlerInnen einen höheren Mittelwert bei den sportmedizinischen Informationsthemen. Die Unterschiede waren aber sehr minimal und bewegten sich zwischen 4,19 und 4,45. Auch die Signifikanz zeigte, dass es hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gab. Die **H5.1** muss damit **falsifiziert** werden und die **H5.0** kann **vorläufig verifiziert** werden. Die Sportorientierung zeigte keine signifikante Vernachlässigung oder Verstärkung bestimmter Gesundheitsthemen.

Weiterführendes Ergebnis zur FF5

Es wurde zusätzlich überprüft, ob sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihren konsumierten Informationsthemen unterschieden. Um dies festzustellen, wurde eine Varianzanalyse mit den Sportgruppen gerechnet, um die Mittelwerte der gesundheitsbezogenen und der sportmedizinischen Informationsthemen vergleichen zu können.

***Abbildung 29**: Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

ONEWAY deskriptive Statistiken

		N	Mittelwert	Standard-ab-weichung	Standard-fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
						Untergrenze	Obergrenze
MW_gesundheitsbezogene Informationsthemen	1,00	48	4,3210	1,32039	,19058	3,9376	4,7044
	2,00	98	4,5505	1,37347	,13874	4,2751	4,8258
	3,00	153	4,3343	1,34933	,10909	4,1188	4,5498
	4,00	17	4,4278	1,46543	,35542	3,6744	5,1813
	Gesamt	316	4,4043	1,35601	,07628	4,2543	4,5544
MW_**sportmedizinische Informationsthemen**	**1,00**	48	**2,1377**	1,72297	,24869	1,6374	2,6380
	2,00	98	**3,5079**	1,91973	,19392	3,1231	3,8928
	3,00	153	**4,4403**	1,94613	,15733	4,1295	4,7512
	4,00	17	**4,2288**	1,66225	,40315	3,3741	5,0834
	Gesamt	316	3,7900	2,04995	,11532	3,5631	4,0169

Abbildung 29 zeigt, dass sich über die Gruppen hinweg bei den gesundheitsorientierten Informationsthemen keine Unterschiede zeigten, hier gab es auch kein signifikantes Ergebnis. Jedoch bei den sportmedizinischen Informationsthemen zeigten die Nicht-SportlerInnen einen Mittelwert von 2,14 und die täglichen AthletInnen einen Mittelwert von 4,22. Auch die beiden anderen Sportgruppen 2 und 3 zeigten einen ansteigenden Mittelwert im Gegensatz zu ihrer Vorgruppe.

***Abbildung 30**: Signifikanztest Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Einfaktorielle ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
MW_sportmedizinische Informationsthemen	Zwischen den Gruppen	206,816	3	68,939	19,258	**,000**
	Innerhalb der Gruppen	1116,901	312	3,580		
	Gesamt	1323,717	315			

Abbildung 30 veranschaulicht, dass es ein hochsignifikantes Ergebnis bei den sportmedizinischen Informationsthemen gab. Welche Gruppen sich tatsächlich voneinander unterschieden, veranschaulichte der Post-Hoc Test.

***Abbildung 31**: Post-Hoc Test Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable	(I) Gr.	(J) Gr.	Mittlere Differenz (I-J)	Standard-fehler	Sign.	95%-Konfidenzintervall	
						Unter-grenze	Ober-grenze
MW_ **sportmedizinische Informationsthemen**	**1,00**	**2,00**	-1,37021*	,31536	**,000**	-2,2162	-,5242
		3,00	-2,30259*	,29428	**,000**	-3,0947	-1,5105
		4,00	-2,09103*	,47369	**,001**	-3,4280	-,7541
	2,00	**1,00**	1,37021*	,31536	**,000**	,5242	2,2162
		3,00	-,93239*	,24972	**,001**	-1,5957	-,2691
		4,00	-,72082	,44737	,536	-2,0028	,5611
	3,00	**1,00**	2,30259*	,29428	**,000**	1,5105	3,0947
		2,00	,93239*	,24972	**,001**	,2691	1,5957
		4,00	,21156	,43277	,997	-1,0435	1,4666
	4,00	**1,00**	2,09103*	,47369	**,001**	,7541	3,4280
		2,00	,72082	,44737	,536	-,5611	2,0028
		3,00	-,21156	,43277	,997	-1,4666	1,0435

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Abbildung 31 lässt erkennen, welche Gruppen (Gr.) sich signifikant voneinander unterschieden. Die Gruppe 1 der Nicht-SportlerInnen unterschied sich von allen anderen Gruppen. Die Gruppe 4 der täglichen SportlerInnen unterschied sich nur von der Gruppe 1. Und die Gruppen 2 und 3 unterschieden sich voneinander sowie von den Nicht-SportlerInnen und den täglichen AthletInnen. Am häufigsten und vielfältigsten nutzten

die regelmäßigen SportlerInnen sportmedizinische Informationsthemen, am wenigsten die Nicht-SportlerInnen. Nicht-SportlerInnen nutzten durchschnittlich seltener und weniger sportmedizinische Informationsthemen als SportlerInnen.

Weiterführendes Ergebnis Allgemein

Abschließend soll noch auf ein zentrales Ergebnis der Studie eingegangen werden – der persönlich bewertete „Gesundheitszustand" der StudienteilnehmerInnen. Die Personen wurden gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand selbst bewerten (8-stufige Skala von „sehr schlecht" bis „sehr gut") und wie sie sich im Gegensatz zu ihren gleichaltrigen Mitmenschen selben Geschlechts beurteilen würden (8-stufige Skala von „wesentlich schlechter als der Durchschnitt" bis „wesentlich besser als der Durchschnitt") (vgl. BRAHMS Studie: Renner: 1996). Die Ergebnisse zu den Varianzanalysen der durchgeführten Studie sollen an dieser Stelle angeführt werden.

***Abbildung 32**: Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

ONEWAY deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	48	**5,83**	1,389	,200	5,43	6,24
2,00	98	6,39	1,032	,104	6,18	6,59
3,00	153	6,56	1,266	,102	6,35	6,76
4,00	17	**7,00**	,935	,227	6,52	7,48
Gesamt	316	6,42	1,230	,069	6,28	6,55

Abbildung 32 hält das Ergebnis zum Gesundheitszustand fest. Hier sind ganz klare Unterschiede zu erkennen. Während die Nicht-SportlerInnen einen Mittelwert von 5,83 besaßen, war dieser bei den täglichen SportlerInnen mit 7,00 am Höchsten und über dem Gesamtdurchschnitt von 6,42. Generell lässt sich ein Anstieg zur besseren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei den Sportgruppen erkennen.

***Abbildung 33**: Signifikanztest Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Einfaktorielle ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	25,151	3	8,384	5,791	**,001**
Innerhalb der Gruppen	451,710	312	1,448		
Gesamt	476,861	315			

Abbildung 33 veranschaulicht, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab (p = .001). Welche Gruppen sich jedoch tatsächlich unterschieden, wird dem Post-Hoc Test entnommen.

***Abbildung 34**: Post-Hoc Test Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Mehrfachvergleiche

(I) Gruppe	(J) Gruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
	2,00	-,554	,226	,095	-1,17	,06
1,00	**3,00**	-,722*	,225	**,012**	-1,33	-,11
	4,00	-1,167*	,303	**,002**	-2,00	-,33
	1,00	,554	,226	,095	-,06	1,17
2,00	3,00	-,168	,146	,825	-,56	,22
	4,00	-,612	,250	,125	-1,33	,11
	1,00	,722*	,225	**,012**	,11	1,33
3,00	2,00	,168	,146	,825	-,22	,56
	4,00	-,444	,249	,422	-1,16	,27
	1,00	1,167*	,303	**,002**	,33	2,00
4,00	2,00	,612	,250	,125	-,11	1,33
	3,00	,444	,249	,422	-,27	1,16

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Abbildung 34 veranschaulicht, dass sich Gruppe 1 und Gruppe 3 sowie Gruppe 1 und Gruppe 4 signifikant unterschieden. SportlerInnen der Gruppe 3 und Gruppe 4 bewerteten ihren eigenen Gesundheitszustand wesentlich besser, im Gegensatz zu Nicht-SportlerInnen.

Noch deutlichere Unterschiede der einzelnen Gruppen zeigten sich bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Gegensatz zu gleichaltrigen Personen gleichen Geschlechts.

***Abbildung 35**: Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

ONEWAY deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	48	**5,06**	1,435	,207	4,65	5,48
2,00	98	**5,71**	1,227	,124	5,47	5,96
3,00	153	**6,29**	1,499	,121	6,05	6,53
4,00	17	**7,41**	,939	,228	6,93	7,89
Gesamt	316	5,98	1,485	,084	5,82	6,15

Abbildung 35 veranschaulicht die unterschiedlichen Mittelwerte. Auch hier hatte Gruppe 1 wieder den niedrigsten Mittelwert von 5,06 wohingegen Gruppe 4 den höchsten Mittelwert von 7,41 besaß.

***Abbildung 36**: Signifikanztest Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Einfaktorielle ANOVA

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	96,644	3	32,215	16,800	**,000**
Innerhalb der Gruppen	598,277	312	1,918		
Gesamt	694,921	315			

Abbildung 36 bestätigte, dass dieses Ergebnis hochsignifikant (p = .000) ist. Die Gruppen unterschieden sich demnach voneinander.

***Abbildung 37**: Post-Hoc Test Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen (SPSS Output)*

Mehrfachvergleiche

(I) Gruppe	(J) Gruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
1,00	**2,00**	-,652*	,241	**,050**	-1,30	,00
	3,00	-1,225*	,240	**,000**	-1,87	-,58
	4,00	-2,349*	,308	**,000**	-3,20	-1,50
2,00	**1,00**	,652*	,241	**,050**	,00	1,30
	3,00	-,573*	,173	**,007**	-1,03	-,11
	4,00	-1,697*	,259	**,000**	-2,43	-,96
3,00	**1,00**	1,225*	,240	**,000**	,58	1,87
	2,00	,573*	,173	**,007**	,11	1,03
	4,00	-1,124*	,258	**,001**	-1,86	-,39
4,00	**1,00**	2,349*	,308	**,000**	1,50	3,20
	2,00	1,697*	,259	**,000**	,96	2,43
	3,00	1,124*	,258	**,001**	,39	1,86

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Abbildung 37 bestätigt, dass sich alle Gruppen signifikant voneinander unterschieden. Es unterschieden sich nicht nur SportlerInnen von Nicht-SporlterInnen, sondern auch die wenig bis mäßig häufig Sporttreibenden von allen anderen Gruppen.

7.3 Interpretation und Ausblick

Um die zentralen Erkenntnisse festzuhalten, sollen die Forschungsergebnisse zusammengeführt und interpretiert werden. Zu Beginn gilt es, einen interpretativen Blick auf die deskriptiven Daten der Stichprobe zu werfen, um die zentrale Variable zum Sportverhalten festzuhalten und aufzuzeigen. Dadurch wird sichtbar, welchen allgemeinen Stellenwert Sport in der befragten Stichprobe innehatte, bevor weiter auf die Forschungsfragen und Hypothesen eingegangen werden kann.

Die durchgeführte Befragungsstudie mit insgesamt 316 teilgenommenen ProbandInnen veranschaulichte, dass Sport in der Stichprobe einen relativ hohen Stellenwert besaß. Es lässt sich interpretativ festhalten, dass viele der ProbandInnen zumindest zeitweise sportlich aktiv waren und Sport damit im Leben vieler Personen eine Rolle spielte. Lediglich 16,1% aller Befragten gaben an, im letzten Jahr nicht sportlich gewesen zu sein.

Alle anderen TeilnehmerInnen waren zumindest mit Unterbrechungen sportlich. Sogar 31,3% der Befragten stimmte zu, im letzten Jahr ohne Unterbrechung körperlich aktiv gewesen zu sein. Auch bei der Frage zur aktuellen sportlichen Betätigung stimmten nur 15,2% mit „selten oder nie“ zu. Die Mehrheit, nämlich 34,5% behauptete „2-3 Mal pro Woche“ Sport zu betreiben und nur 5,4% der Personen gaben an „täglich“ zu trainieren. Die Ergebnisse veranschaulichten, dass das Gesundheitsmotiv im Sport eine zentrale Rolle im Leben der befragten Personen spielte. 72% der mindestens einmal wöchentlich Aktiven behaupteten, Sport vorrangig für die Gesundheit zu betreiben, die restlichen 28% taten dies zur Verbesserung ihrer sportlichen Leistung. Damit dominierte das Gesundheitsmotiv ganz klar vor dem Leistungsmotiv. Das Motiv der „Leistungssteigerung“ stellte in der Stichprobe einen Verstärker für häufigeres Sportbetreiben dar. Personen, die mit der Sportausübung ihre Leistung verbessern wollten, betrieben häufiger Sport und waren mehrheitlich unter den täglichen AthletInnen und kaum bei den wöchentlichen SportlerInnen vertreten.

Im Rahmen dieser Magisterarbeit wurden fünf Forschungsfragen mit jeweils zwei Hypothesen aufgestellt und überprüft. Einige Hypothesen konnten vorläufig verifiziert werden, andere mussten falsifiziert werden. Um einen besseren Überblick zu bekommen, werden die Hypothesen und deren Ergebnisse veranschaulicht.

***Abbildung 38**: Ergebnisse der FF1-FF5 (eigene Darstellung)*

HYPOTHESE	**ERGEBNIS**
H1.1	✓ vorläufig (teilweise) verifiziert*
H1.0	- falsifiziert
H2.1	✓ vorläufig (teilweise) verifiziert*
H2.0	- falsifiziert
H3.1	✓ vorläufig (teilweise) verifiziert*
H3.0	- falsifiziert
H4.1	✓ vorläufig verifiziert
H4.2	- falsifiziert
H5.1	- falsifiziert
H5.0	✓ vorläufig verifiziert

** einzelne Variablen zum Gesundheitsverhalten/ zur Gesundheitskommunikation/ zum Sportverhalten zeigten signifikante Werte*

Die **Forschungsfrage 1** untersuchte, inwieweit die Gesundheitskommunikation das Gesundheitsverhalten beeinflusste. Es wurde bestätigt, dass die häufigere Nutzung von medialen Quellen in **Radio, Büchern** und dem **Internet** zur Information über gesundheitliche Themen auch einen höheren **„Gesunden Lebensstil“** bei den Personen

bewirkte. Personen, die häufiger nicht medialen Quellen durch Gespräche mit Familienmitgliedern zum gesundheitlichen Austausch ausgesetzt waren, zeigten einen niedrigeren „Gesunden Lebensstil“. Bestimmte mediale Quellen stellten demnach einen Verstärker des „Gesunden Lebensstils“ dar, nicht mediale Quellen eine Verminderung dieses. Bei der Variable **„Medizinische Prävention“** zeigte sich, dass vor allem nicht mediale Quellen einen signifikant positiven Einfluss darstellten. Es ging, als einzige mediale Quelle, ein höherer Konsum an Gesundheitsinformationen in **Tageszeitungen** mit einer höheren „Medizinischen Prävention“ einher. Häufigere Gespräche mit **HausärztInnen**, **FachärztInnen** und **Familienmitglieder** über Gesundheitsthemen führten ebenfalls zu einem höherem medizinischen Präventionsverhalten. Auch bei der Variable **„positives Arztbild“** übten die nicht medialen Quellen einen größeren Einfluss aus. Die Nutzung medialer Quellen zeigte sogar, dass die häufigere Nutzung von gesundheitlichen Inhalten in Büchern das positive Arztbild verringerte. Der gesundheitsbezogene Austausch mit **HausärztInnen**, **Familienmitglieder** und **medizinisches Fachpersonal im Bekanntenkreis** bewirkte jedoch, dass die Personen auch ein höheres positives Arztbild besaßen.

> *In der durchgeführten Studie beschrieb der „Gesunde Lebensstil“ als Index Verhaltensweisen wie gesunde Ernährung, das Streben nach Gesundheit und Fitness, die Vermeidung von Risikofaktoren wie Alkohol und Rauchen, das Sporttreiben und das Zeitnehmen für Entspannung. „Medizinische Prävention“ hingegen stand für die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchung und Maßnahmensetzungen gegen Krankheiten, wie Impfungen (vgl. Grimm, 2014a).*

Da Massenmedien Teil des Alltags geworden sind und auch in der Gesundheitskommunikation an Bedeutung gewinnen (vgl. Nerverla & Brichta & Kamp & Lüdecke, 2007: 7), wie bereits eingangs erwähnt, tragen sie mehr oder weniger auch zum generellen Lebensstil der Menschen bei. Ein höheres Interesse an Gesundheitsthemen in den Massenmedien könnte daher zu einem gesünderen Lebensstil führen, da Massenmedien immer und überall genutzt werden können. Außerdem können in den Massenmedien viele Themen zum „Gesunden Lebensstil“, sogenannte „Gesundheitsthemen“, konsumiert werden. Hingegen kann ein gesundheitlicher Rat bei ÄrztInnen, medizinischem Fachpersonal im Bekanntenkreis oder bei Familienmitgliedern häufiger mit „Krankheitsthemen“ verbunden sein. Zum/ zur MedizinerIn geht man meistens, aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen Einschränkung. Dies könnte

die höhere Nutzung der nicht medialen Quellen mit einem Anstieg der „Medizinischen Prävention“ erklären.

Zusammenfassend lässt sich für Forschungsfrage 1 resümieren, dass sowohl mediale Quellen als auch nicht mediale Quellen das Gesundheitsverhalten signifikant beeinflussten.

Die häufigere Nutzung bestimmter medialer Quellen bewirkte einen höheren „Gesunden Lebensstil“. Die häufigere Nutzung bestimmter nicht medialer Quellen zeigte eine höhere „Medizinische Prävention“ und ein höheres „positives Arztbild“.

Mediale Quellen verstärkten das Gesundheitsverhalten im Sinne **gesundheitsförderlichen Lebensweise**, nicht mediale Quellen verstärkten das Gesundheitsverhalten im Sinne **gesundheitsvorsorgliche Lebensweise** und der positiven Einstellung zu ÄrztInnen.

Die H1.1 konnte damit vorläufig teilweise bestätigt werden und die H1.0 falsifiziert werden.

Die **Forschungsfrage 2** zog die Variable „Sport“ in die Auswertung hinzu und untersuchte den Einfluss vom Gesundheitsverhalten auf Sport sowie von der Gesundheitskommunikation auf Sport. Im Zentrum als Sportvariable stand die aktuelle Häufigkeit der sportlichen Betätigung der Personen. Die Frage lautete, ob das Gesundheitsverhalten beziehungsweise die Gesundheitskommunikation auf die Sporthäufigkeit Einfluss nahmen.

Beim **Gesundheitsverhalten** zeigte sich, dass die einzelnen Variablen zum Gesundheitsverhalten 28% des aktuellen Sporttreibens der ProbandInnen erklärten. Mit höherem „Gesunden Lebensstil“ und höherem „positiven Arztbild“, stieg auch die aktuelle Sporthäufigkeit der Personen an. Bei Menschen, die einen höheren Wert in der „Medizinischen Prävention“ hatten, war die aktuelle sportliche Betätigung geringer. Die Häufigkeit der aktuellen Sportausübung der StudienteilnehmerInnen ließ sich lediglich mit einem sehr niedrigen Varianzwert von 4% durch deren **Gesundheitskommunikation** erklären. Die signifikanten Ergebnisse der erklärenden Variablen ließen Unterschiede in den medialen und nicht medialen Quellen erkennen. Die Nutzung gesundheitsbezogener

Informationen in **Büchern** führte zu einer häufigeren Sportausübung. Die vermehrte gesundheitliche Nachfrage bei ÄrztInnen oder Familienmitglieder minderte die aktuelle Sporthäufigkeit.

Die Ergebnisse veranschaulichten, dass es sowohl beim Gesundheitsverhalten, als auch bei der Gesundheitskommunikation signifikant erklärende Variablen auf die aktuelle Sporthäufigkeit gab.

Das Gesundheitsverhalten erklärte die aktuelle Sporthäufigkeit viel stärker als die Gesundheitskommunikation.

Ein „Gesunder Lebensstil" sowie ein „positives Arztbild" verstärkten das aktuelle Sporttreiben, „Medizinische Prävention" minderten die aktuelle Sporthäufigkeit.

Die Nutzung einer medialen Gesundheitsquelle (Bücher) führte zu einem Anstieg in der aktuellen Sporthäufigkeit, im Gegensatz zur Nutzung nicht medialer Gesundheitsquellen (Gespräche mit ÄrztInnen und Familienmitglieder), die zu einer Minderung der aktuellen Sporttätigkeit führten.

Die H2.1 konnte damit vorläufig teilweise bestätigt werden und die H2.0 muss falsifiziert werden.

Die **Forschungsfrage 3** untersuchte schließlich den Einfluss in die andere Richtung und ging der Frage nach, inwieweit das Sportverhalten das Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheitskommunikation beeinflusste. An dieser Stelle konnte als Sportvariable das gesamt erhobene Sportverhalten als Erklärung für das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation mit aufgenommen werden. So wurde nicht nur die aktuelle Häufigkeit der Sportausübung in die Auswertung miteinbezogen, sondern auch die Sportlichkeit im vergangenen Jahr, das Motiv (gesundheitsorientiert und leistungsorientiert), die Zugehörigkeit zu Vereinen und die Intensität (außer Atem und Schwitzen). Ergänzend wurden auch noch die Persönlichkeitsvariablen und Motive in die Regressionsanalyse mitaufgenommen.

Beim **„Gesunden Lebensstil"** zeigte sich hochsignifikant, dass Personen mit **häufigerem Sporttreiben** auch einen gesünderen Lebensstil pflegten. Andere Sportvariablen ergaben keinen Einfluss. Jedoch hatten Personen mit höherer **Konsequenzerwartung Gesundheit**

ebenfalls einen höheren gesünder Lebensstil. Personen, die eine höhere Besorgtheit über die eigene Gesundheit angaben, zeigten einen weniger „Gesunden Lebensstil". Zusätzlich konnte bei **Frauen** und **mit zunehmendem Alter** der ProbandInnen ein höherer „Gesunder Lebensstil" festgestellt werden.

> *Konsequenzerwartung Gesundheit bezeichnete als Index persönliche Erwartungen, durch Sport etwas Gutes für die eigene Gesundheit zu tun, sich wohler und ausgeglichener zu fühlen und länger fit zu bleiben (vgl. Fuchs, 1997: 216).*
> *Besorgtheit beschrieb als Index, Sorgen über die eigene Gesundheit; Sorgen, Krankheiten zu bekommen; Vorhandensein gesundheitlicher Gründe für diese Sorgen (vgl. Renner & Hahn, 1996: 42).*

Damit konnte bestätigt werden, dass nicht nur ein „Gesunder Lebensstil" zu häufigerem Sporttreiben führte, sondern dass auch jene, die häufiger sportlich aktiv waren einen gesünderen Lebensstil aufwiesen. Auch die Überzeugung durch Sport etwas Gutes für die Gesundheit zu tun, förderte den „Gesunden Lebensstil". Das Leute, mit höherer Besorgtheit über ihre Gesundheit einen niedrigeren „Gesunden Lebensstil" zeigten, könnte damit zu tun haben, dass sie entweder an einer Krankheit litten oder ihren eigenen Lebensstil als ungesund einschätzten.

Beim **„neutralen Arztbild"** zeigte sich, dass Personen die in keinem Sportverein waren und beim Sport zustimmten nie **„außer Atem"** zu sein, ein weniger häufigeres neutrales Arztbild besaßen. Personen die häufiger **besorgt** waren, **„Angst Monitor"** Typen waren und eine höhere **soziale Konsequenzerwartung** besaßen, zeigten ebenfalls häufiger ein neutrales Arztbild.

> *„Angst Monitor"Typen waren jene Personen, die bei ÄrztInnen immer genau nachfragen, was getan wird; wissen wollten, wann es Schmerzen geben würde; und den Arzt in seiner Tätigkeit generell stets beobachten (vgl. Grimm, 2014b).*
> *Soziale Konsequenzerwartung charakterisierte als Index dass man sich durch regelmäßigen Sport erwartet, häufiger Personen kennenzulernen und in Kontakt mit anderen zu stehen (vgl. Fuchs, 1997: 216).*

Bei der **medialen Gesundheitskommunikation** zeigte sich, dass Personen, welche beim Sport **„außer Atem"** gerieten und demnach intensiver trainierten, einen höheren Wert in

der medialen Gesundheitskommunikation besaßen. Personen, welche **„Angst Blunter“** Typen waren, einen höheren Wert bei den **Konsequenzerwartungen Gesundheit** und **Aufwand** zeigten, hatten ebenfalls eine höhere mediale Gesundheitskommunikation. Zusätzlich war bei **Frauen** und bei **zunehmendem Alter** der ProbandInnen das mediale Gesundheitsverhalten höher.

> *„Angst Blunter“ Typen beschrieben jene Personen, die vor dem Arzttermin ein Beruhigungsmittel nahmen; sich etwas Schönes vorstellten und versuchten zu schlafen beziehungsweise gedanklich Rätsel zu lösen (vgl. Grimm, 2014b). Konsequenzerwartung Aufwand beschrieb als Index Personen, die mit regelmäßiger sportlicher Betätigung eher Selbstüberredung und große Aufwände verbanden (vgl. Fuchs, 1997: 216).*

Das Sportverhalten zeigte Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation. Einige Persönlichkeitsvariablen ergaben zusätzlich einen Einfluss.

Mit der Häufigkeit der aktuellen sportlichen Betätigung stieg der „Gesunde Lebensstil“. Personen, die in keinem Sportverein waren und nie intensiv („außer Atem“) trainierten, hatten weniger häufig ein neutrales Arztbild. Personen, die intensiver trainierten, zeigten eine höhere mediale Gesundheitskommunikation.

Personen mit höherer Konsequenzerwartung Gesundheit, zeigten einen höheren „Gesunden Lebensstil“ und ein höheres mediales Gesundheitsverhalten. Eine höhere soziale Konsequenzerwartung führe zu einem neutraleren Arztbild. Eine höhere Konsequenzerwartung Aufwand führte zu einem höheren medialen Gesundheitsverhalten

Personen mit höherer Besorgtheit über die eigene Gesundheit, zeigten einen weniger „Gesunden Lebensstil“ jedoch ein neutraleres Arztbild.

„Angst Monitor“ Typen zeigten häufiger ein neutraleres Arztbild, „Angst Blunter“ Typen eine höhere mediale Gesundheitskommunikation.

Frauen und ProbandInnen mit zunehmendem Alter hatten einen höheren „Gesunder Lebensstil“ und eine höhere mediale Gesundheitskommunikation.

Die H3.1 konnte damit vorläufig teilweise verifiziert werden und die H3.0 muss falsifiziert werden.

Die **Forschungsfrage 4** legte den Fokus auf die Gesundheitskommunikation und analysierte, inwieweit sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen darin unterschieden. Es wurden vier Gruppen gebildet (Nicht-SportlerInnen, gelegentlichen SportlerInnen, regelmäßigen SportlerInnen und täglichen SportlerInnen). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Nicht-SportlerInnen und den regelmäßigen SportlerInnen in der **medialen Gesundheitskommunikation**. Die regelmäßigen AthletInnen hatten einen signifikant höheren Wert. Auch die gelegentlich und täglich Trainierenden hatten einen höheren Wert in der medialen Gesundheitskommunikation. Die Unterschiede zu den Nicht-SportlerInnen waren dabei jedoch nicht signifikant und konnten nur als tendenzielles Ergebnis für die untersuchte Stichprobe gelten. Bei der **nicht medialen Gesundheitskommunikation** zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Während die gelegentlichen und regelmäßigen SportlerInnen annähernd den gleichen Wert hatten, zeigten die täglichen AthletInnen den geringsten Wert in der nicht medialen Gesundheitskommunikation. Dieses Ergebnis war nicht signifikant und kann wieder nur als tendenzielles Ergebnis für die durchgeführte Stichprobe gelten.

Die Hypothese H4.1 konnte für die Nicht-SportlerInnen im Vergleich zu den regelmäßigen SportlerInnen vorläufig verifiziert werden. Die H4.2 musste falsifiziert werden.

Die **Forschungsfrage 5** untersuchte, ob die Sportorientierung der Personen einen Einfluss auf den Inhalt ihrer bezogenen Gesundheitsinhalte zeigte. Es wurde erforscht, ob gesundheitsorientierte und leistungsorientierte SportlerInnen Unterschiede in allgemeinen gesundheitlichen Themen sowie sportmedizinischen Themen zeigten. Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterschieden sich kaum und es gab keine signifikanten Effekte. Für die Stichprobe ließ sich jedoch festhalten, dass die gesundheitsorientierten SportlerInnen einen höheren Mittelwert bei den gesundheitsbezogenen Informationsthemen zeigten, die leitungsorientierten SportlerInnen einen höheren Mittelwert bei den sportmedizinischen Informationsthemen. In Bezug auf die Stichprobe ließ sich ein tendenzielles Ergebnis in Richtung der H5.1 erkennen. Dieses Ergebnis zeigte aber keine signifikanten Effekte.

Die H5.1 musste falsifiziert werden und die H5.0 kann vorläufig verifiziert werden.

Im Zuge der durchgeführten Studie konnten auch **weiterführende Ergebnisse** gewonnen werden, die es nun abschließend zu interpretieren gilt.

Weiterführend zur Forschungsfrage 2 wurde untersucht, inwieweit Persönlichkeitsvariablen der TeilnehmerInnen auf ihre aktuelle Sporttätigkeit einwirkten. Diese Variablen erklärten 31% des Sportverhaltens. Es konnte erhoben werden, dass ein höherer Wert bei **Ängstlichkeit**, bei der **Konsequenzerwartung Gesundheit und Soziales** auch ein häufigeres Sporttreiben bewirkte. Die **Konsequenzerwartung Aufwand** jedoch eine geringere Sportaktivität nach sich zog. Daraus lässt sich erkennen, dass die Konsequenzerwartung eine zentrale Variable zur Erklärung des aktuellen Sportausmaßes darstellte.

> *Fuchs ordnete die Konsequenzerwartung Soziales und Figur den „Anreiz" Elementen zu, die Konsequenzerwartung „Besorgnis und Aufwand" den Barrieren-Elementen. Die Konsequenzerwartung Gesundheit stellte für ihn sowohl ein Anreiz, als auch ein Barrieren Element dar (vgl. Fuchs, 1997: 219f).*

Es kann einen neue Hypothese aufgestellt werden:

H2.2: Je höher die Anreiz-Konsequenzerwartung und je niedriger die Barriere-Konsequenzerwartung ist, desto höher ist die sportliche Betätigung.

Zusätzlich konnte noch erforscht werden, dass es auch beim Informationsinteresse nach allgemeinen Gesundheitsthemen signifikante Unterschiede gab, die mit der Sporthäufigkeit einhergingen. Die Regressionsanalyse zeigte bei den Krankheitsthemen und den Gesundheitsthemen Unterschiede. Es konnte eine weitere Hypothese aufgestellt werden:

H2.3: Je niedriger das Informationsinteresse nach Krankheitsthemen und je höher das Informationsinteresse nach Gesundheitsthemen, desto häufiger ist das aktuelle Sporttreiben.

Weiterführend zur Forschungsfrage 5 wurde untersucht, ob sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihren bezogenen Gesundheitsthemen unterschieden, ob es hier Abweichungen in den allgemeinen Gesundheitsthemen und den sportmedizinischen

Gesundheitsthemen gab. Bei den allgemeinen Gesundheitsthemen konnte kein Unterschied festgestellt werden. Bei den sportmedizinischen Themen gab es signifikante Unterschiede zwischen den Nicht-SportlerInnen und allen Sportgruppen, welche häufiger sportmedizinische Themen nutzen. Auch die regelmäßigen SportlerInnen konsumierten diese Inhalte häufiger als die gelegentlichen SportlerInnen. Bei den täglichen SportlerInnen zeigte sich ein nicht signifikanter Abfall der genutzten sportmedizinischen Informationsinhalte. Es konnte dadurch eine neue Hypothese formuliert werden:

H5.2: SportlerInnen nutzen häufiger sportmedizinische Gesundheitsthemen im Gegensatz zu Nicht-SportlerInnen.

Allgemeine weiterführende Ergebnisse konnte die Studie zum Gesundheitszustand der SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen identifizieren. Die SportlerInnen bewerteten Ihren eigenen Gesundheitszustand signifikant besser im Gegensatz zu den Nicht-SportlerInnen. Noch deutlichere Effekte zeigten sich bei der persönlichen Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes in Bezug zu gleichaltrigen und gleichgeschlechtigen Mitmenschen. Je häufiger die Personen sportlich aktiv waren, desto besser bewerteten sie ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen. SportlerInnen gingen demnach davon aus, gesünder zu sein als andere Personen. Es konnte eine weitere Hypothese formuliert werden:

H6.1: Je häufiger Personen sportlich aktiv sind, desto besser bewerten sie ihren eigenen Gesundheitszustand und desto besser bewerten sie diesen in Bezug auf gleichaltrige und gleichgeschlechtliche Menschen.

8. CONCLUSIO

Die Magisterarbeit ist der forschungsleitenden Frage nachgegangen, inwieweit Sport dazu beitragen kann das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation der Menschen positiv oder negativ zu beeinflussen und ob mit höherem Gesundheitsverhalten auch die Sportlichkeit ansteigt, sowie welches gesundheitsbezogene Informationsverhalten sich bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen beobachten lässt. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es sowohl „Chancen des Sportes" (vgl. Kapitel 2.4.1) sowie „Risiken des Sportes" (vgl. Kapitel 2.4.2) zu beachten gibt.

Es wurde im Anschluss an die Literaturrecherche in *Abbildung 3* die vermutete Wechselwirkung zwischen Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation skizziert. Ausbauend hält *Abbildung 4* weitere „Untervariablen" fest, mit Hilfe dieser die Wechselwirkungen messbar gemacht werden konnten.

Durch die wissenschaftliche Befragungsstudie konnte bestätigen werden, dass sich die drei Variablen Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation in einzelnen Bereichen gegenseitig beeinflussten. Die Forschungsfragen und Hypothesen konnten die konkreten signifikanten Einflüsse aufzeigen.

Es zeigte sich, dass es beim Sportverhalten, vor allem bei der Variablen der aktuellen sportlichen Betätigung, signifikante Unterschiede gab, beim sportlichem Motiv hingegen nicht. Demnach hatten Personen, die unterschiedlich oft Sport betrieben in manchen Bereichen des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskommunikation unterschiedliche Resultate. Leistungsorientierte und gesundheitsorientierte SportlerInnen zeigten jedoch keine unterschiedlichen Ergebnisse. Es gilt an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass die LeistungssportlerInnen der Stichprobe ein häufigeres Sporttreiben zeigten als die GesundheitssportlerInnen und erstere daher vorrangig unter den täglich bis mehrmals pro Woche AthetInnen vertreten waren.

Um die durch die Studie erhobene **Triangulation Sport, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation** zu skizzieren, sollen die zentralen Ergebnisse kurz zusammengefasst werden:

***Abbildung 39**: Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse (eigene Darstellung)*

Bestätigt durch HYP	**SPORTLER/INNEN**	**NICHT-SPORTLER/INNEN**
Sportvariable: <u>Häufigkeit der aktuellen Sportlichkeit</u>		
H1.1 **H2.1** **H2.3**	- Höherer „Gesunder Lebensstil“ und höheres positives Arztbild - Häufigere Nutzung medialer Quellen zur Gesundheitskommunikation - Höheres Interesse nach Gesundheitsthemen ⇨ Anstieg der **aktuellen Sportaktivität**	- Höhere „Medizinische Prävention“ - Häufigere Nutzung nicht medialer Quellen zur Gesundheitskommunikation - Höheres Interesse nach Krankheitsthemen ⇨ Abfall der **aktuellen Sportaktivität**
H3.1	**Höhere aktuelle Sportaktivität** ⇨ Anstieg des „Gesunden Lebensstil“	
Sportvariable: <u>Sportliche Intensität</u>		
H3.1	SportlerInnen, die **intensiver trainierten** ⇨ Anstieg der medialen Gesundheitskommunikation	
Sportvariable: <u>Sportgruppen</u> (4 Gruppen)		
H4.1	**Gruppe Regelmäßige SportlerInnen** ⇨ Höhere mediale Gesundheitskommunikation	**Gruppe Nicht-SportlerInnen** ⇨ Niedrigere mediale Gesundheitskommunikation
Tendenz der Stichprobe! ***H4.2 (wurde falsifiziert)***	*Tendenz der Stichprobe:* **Gruppe Tägliche SportlerInnen** ⇨ Niedrigere nicht mediale Gesundheitskommunikation	*Tendenz der Stichprobe:* **Gruppe Nicht-SportlerInnen** ⇨ Höhere nicht mediale Gesundheitskommunikation
H5.2 **H6.1**	**Gruppen gelegentliche, regelmäßige und tägliche SportlerInnen** ⇨ Häufigere Nutzung sportmedizinischer Gesundheitsthemen ⇨ Bewertung eines besseren Gesundheitszustand allgemein und im Vergleich zu Mitmenschen	**Gruppe Nicht-SportlerInnen** ⇨ Niedrigere Nutzung sportmedizinischer Gesundheitsthemen ⇨ Bewertung eines schlechteren Gesundheitszustand allgemein und im Vergleich zu Mitmenschen

Wie *Abbildung 39* veranschaulicht, zeigten sich starke Effekte zwischen dem Gesundheitsverhalten und der aktuellen sportlichen Betätigung sowie zwischen dem Sportverhalten und dem „Gesunden Lebensstil". Ein höherer „Gesunder Lebensstil" und ein positiveres Arztbild bewirkten einen Anstieg der sportlichen Tätigkeit. Aber auch bei Personen mit häufigerem Sporttreiben zeigte sich ein gesünderer Lebensstil. Ein höheres medizinisches Präventionsverhalten bewirkte jedoch ein niedrigeres sportliches Aktivitätsverhalten. Das Gesundheitsverhalten wirkte sich damit positiv als auch negativ auf die Sportlichkeit aus. Personen, die häufiger danach bestrebt waren, eine **gesundheitsförderliche Lebensweise** zu verfolgen und sich damit vorrangiger mit der Erhaltung von Gesundheit und Verringerung von Risikomaßnahmen beschäftigten, waren auch häufiger sportlich tätig. Eventuell resultiert dies daraus, dann jene Personen „aktiv" etwas für ihre Gesundheit tun wollten. Personen, die häufiger eine **gesundheitsvorsorgliche Lebensweise** verfolgten und sich vorrangig mit Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge beschäftigten, wie Untersuchungen und Impfungen, waren weniger sportlich aktiv. Naheliegend erscheint, dass diese Personen stärker mit der Vermeidung von Krankheitsthemen beschäftigt waren, wodurch Sport keine zentrale Rolle im Leben dieser Menschen einnahm.

Weitere Ergebnisse, die an dieser Stelle anknüpften, veranschaulichten, dass mit Anstieg des Informationsinteresses nach Gesundheitsthemen die Häufigkeit der sportlichen Aktivität anstieg, wohingegen bei größerem Interesse nach Krankheitsthemen die aktuelle sportliche Aktivität abnahm. Das Gesundheitsinteresse und ob sich Personen stärker für Gesundheit oder Krankheit interessierten zeigte damit positive und negative Effekte auf deren Sportaktivität. Auch hier ist Gesundheit eher ein Verstärker für Sport, wohingegen Krankheit eine Verminderung dieses darstellte.

Generell zeigte eine erhöhte Nutzung medialer Gesundheitskommunikation der Befragten, dass diese auch häufiger Sport ausübten. Personen mit erhöhter Nutzung nicht medialer Gesundheitskommunikation wiesen eine geringere Sportaktivität auf. Auch dieser Effekt könnte wieder mit „Gesundheit" und „Krankheit" in Verbindung gebracht werden. Mediale Quellen können nach Krankheits- aber auch Gesundheitsthemen genutzt werden, gesundheitlichen Rat bei Mitmenschen oder ÄrztInnen wird eventuell häufiger bei Krankheitsthemen eingeholt. Es konnte ebenfalls erforscht werden, dass Personen, die intensiver trainierten (beim Sport „außer Atem" kamen) ein höheres mediales Gesundheitsverhalten hatten, als Personen die weniger intensiv trainierten. Auch die

regelmäßigen SportlerInnen hatten eine höhere mediale Gesundheitskommunikation im Gegensatz zu den Nicht-SportlerInnen. Hier spielte Sport eine positive Wirkung auf die mediale Gesundheitskommunikation. Tendenzen in der Stichprobe zeigten, dass Nicht-SportlerInnen häufiger nicht mediale Quellen bei Gesundheitsfragen nutzen im Gegensatz zu täglichen SportlerInnen.

Bei den gesundheitsorientierten und leistungsorientierten SportlerInnen konnten keine signifikanten Effekte auf die Gesundheitskommunikation festgestellt werden. Als einzige Tendenz in der Stichprobe zeigte sich, dass gesundheitsorientierte SportlerInnen etwas mehr Interesse für allgemeine Gesundheitsthemen angaben, im Gegensatz zu leistungsorientierten SportlerInnen, die ein etwas höheres Interesse bei sportmedizinischen Themen hatten. Hingegen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen. Erstere nutzen häufiger sportmedizinische Gesundheitsthemen im Gegensatz zu Nicht-SportlerInnen.

Für die befragten SportlerInnen spielte die Gesundheit eine sehr wichtige Rolle, denn mit häufigerer sportlicher Aktivität stieg nicht nur die bessere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes, sondern auch die bessere Bewertung des gesundheitlichen Befindens im Vergleich zu Mitmenschen.

Es wurden zusätzlich einige Persönlichkeitsvariablen und Motive, sowie die Soziodemografie der ProbandInnen in die Studie miteinbezogen, um zu überprüfen, ob diese einen Einfluss auf das Sportverhalten oder Gesundheitsverhalten zeigten. Hier gab es wenige signifikante Effekte zu verzeichnen. Auffällige Ergebnisse zeigten sich bei der „Konsequenzerwartung“. Wie bereits in Kapitel 2.3.2 erwähnt, wird eine auszuführende Handlung sehr stark von der Erwartung und Zielen geprägt, die man sich dadurch verspricht (vgl. Renner, Hahn, Fuchs, von Lengerke & Schwarzer, 1996: 62; Fuchs, 1997: 209).

Auffällige signifikante Ergebnisse zur Konsequenzerwartung in der Studie waren:

***Abbildung 40**: Zentrale Ergebnisse zur Konsequenzerwartung (eigene Darstellung)*

Eine höhere Konsequenzerwartung (KE) im Bereich…	**… führte zu …**
Gesundheit	⇨ Häufigerem aktuellen Sporttreiben ⇨ Höherem „Gesunden Lebensstil“ ⇨ Höherem medialen Gesundheitsverhalten
Soziales	⇨ Häufigerem aktuellen Sporttreiben ⇨ Höherem neutralen Artzbild
Aufwand	⇨ Geringerem aktuellen Sporttreiben

Abbildung 40 veranschaulicht, dass sich bei Menschen, mit höheren Werten in den Konsequenzerwartungen „Gesundheit“ und „Soziales“ auch Auswirkungen auf das Sportverhalten und das Gesundheitsverhalten zeigte. Das waren jene, die sich mit der sportlichen Aktivität positive Erwartung wie Verbesserung des Gesundheitszustandes, höherer Wohlfühlfaktor, Kontakt zu Personen und Freunden, versprachen (vgl. Fuchs, 1997: 216), um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Personen betrieben häufiger Sport, aber auch der „Gesunde Lebensstil“ und das mediale Gesundheitsverhalten (bei KE Gesundheit) sowie das Arztbild (bei KE Soziales) stiegen an. Je stärker der Sport mit Aufwand verbunden wurde, desto weniger war auch das Sporttreiben.

Um nun die forschungsleitende Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten, kann resümiert werden, dass das Sportverhalten positive aber auch negative Wirkung auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation zeigte und dass es durchaus Unterschiede zwischen SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen zu verzeichnen gab.

Als positive Auswirkung muss betont werden, dass Sport als „Gesundheitsvariable“ seine Gültigkeit in Hinblick auf „Gesunden Lebensstil“, „mediale Gesundheitskommunikation“ und „Interesse zu Gesundheitsthemen“ bestätigen konnte. Damit wurde auch Schwarzers These aus Kapitel 1.2 dieser Arbeit bestätigt, der davon ausging, dass sportliche Aktivität eine gesündere Lebensweise bewirkt (vgl. Schwarzer, 2004: 203).

Als negative Auswirkung sei zu beachten, dass Personen mit höheren Werten bei Vorsorgevariablen wie „Medizinische Prävention“ oder „Interesse zu Krankheitsthemen“ eine Minderung im aktuellen Sporttreiben zeigten. Bei Menschen, die sich zwar für Vorsorge- und Präventionsthemen interessierten, nahm die eigene sportliche Aktivitätsbereitschaft keinen zentralen Stellenwert ein. Hier könnte es sein, dass Sport als negativ bewertet wird, beziehungsweise dass seine Auswirkungen auf die eigene

Gesundheit nicht als positiv oder sogar krankheitsförderlich bewertet werden, wie auch schon Gabler argumentierte (vgl. Gabler, 2002: 167). WissenschaftlerInnen betonen jedoch, dass in der Medizin Sport des öfters in Heilungsprozesse aufgenommen wird (vgl. Stellmacher & Häbler, 2016: 201).

Betrachtet man dieses Resultat nun von Seiten der SportlerInnen aus, könnte es sein, dass diese, aufgrund ihrer eigenen gesünderen Bewertung, Vorsorgethemen eher vermieden und sich stärker nur mit dem „Gesunden Lebensstil" beschäftigen. Dieses Verhalten könnte daraus gründen, dass SportlerInnen (je häufiger sie aktuell Sport betrieben) seltener krank sind (denn so bewerteten sie ihren Gesundheitszustand) oder dass sie davon ausgingen, aufgrund ihrer Sportlichkeit weniger krankheitsanfällig zu sein. Das Vorsorgethema könnte daher in ihrem Leben keine bedeutende Rolle einnehmen und Gesundheitsthemen ihr Interesse überwiegen. Dennoch ist es für das abgerundete Gesundheitsverhalten relevant, auch Vorsorge- und Präventionsthemen zu beachten.

Abschließend musst erwähnt werden, dass die untersuchten Variablen Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation drei sehr große Dimensionen darstellten und diese Magisterarbeit mit den gewonnen Ergebnissen keinen Gesamtüberblick für sich beanspruchen darf, sondern lediglich einen Ausschnitt darstellt. Die Begriffe mussten für die Befragungsstudie auf vorhandene Ressourcen eingegrenzt werden. Die Bestrebung lag darin, einige Variablen zu erfassen, welche das Sportverhalten, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation charakterisierten, um deren Einfluss aufeinander messen zu können. Es ist gelungen, einen Überblick zu präsentieren, dessen Aussagen für die verwendeten und gemessenen Variablen gelten. Die Tatsache, dass ein Einfluss und Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation festgestellt werden konnte, hebt die Wichtigkeit und Aktualität dieses Forschungsgebiets hervor. Gesundheit und Sport stellen sehr zentrale Elementen in der Gesellschaft dar und das Verhalten im Umgang mit der Gesundheit und mit gesundheitsbezogenen Information trägt dazu bei. Dass wir heute in einer sogenannten „Mediengesellschaft" (Saxer, 2012: 18) leben, hebt die Bedeutsamkeit des Forschungsgebietes Gesundheitskommunikation zusätzlich hervor.

In weiterführenden Studien könnten zusätzliche Variablen des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskommunikation mit aufgenommen werden, um deren Wechselwirkung zu

sportlichen und nicht sportlichen Menschen zu erforschen. Außerdem könnten AthletInnen noch stärker nach ihren Sportmotiven (ergänzend zum gesundheitsorientierten und leistungsorientierten Motiv) unterteilt werden, um herauszufinden, welche Effekte diese auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation darstellen. SportlerInnen könnten auch nach ihrem speziellen Interessensgebieten in gesundheitlichen Themen gefragt werden, um noch stärker auf den Bereich Gesundheitskommunikation bei körperlich aktiven Personen eingehen zu können. Dies wäre in Form von qualitativ geführten Interviews oder Befragungen mit unterschiedlichen SportlerInnen-Zielgruppen möglich. Dadurch könnten neue Variablen generiert werden, die in einer anschließenden quantitativen Befragung überprüft werden könnten. Die weiteren Forschungsmöglichkeiten gestalten sich damit vielfältig und forschungsrelevant.

LITERATURVERZEICHNIS

Bakker, F.C. & **Whiting**, H.T.A. & **van der Brug**, H. **(1992):** Sportpsychologie. Grundlagen und Anwendungen. Übersetzt und bearbeitet von Stefan Vogt, Gaby Wulf und Nanda Fischer. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Barmer GEK, Gesundheitsreport 2010, Teil 2 In: https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101202-Internetstudie-Gesundheitskompetenz/PDF-Internetstudie-Gesundheitskompetenz,property=Data.pdf [Abrufdatum: 26.09.2016].

Bartsch, Jessica & **Dege**, Corinna & **Grotefels**, Sinah & **Maisel**, Lina **(2014)**: Gesund und munter? Qualität von Gesundheitsberichterstattung aus Nutzersicht. In: **Lilienthal**, Volker & **Reineck**, Dennis & **Schnedler**, Thomas (Hrsg.) **(2014)**: Qualität im Gesundheitsjournalismus. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 119-138.

Bauman, Eva **(2006)**: Auf der Suche nach der Zielgruppe – Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: **Böcken**, Jan & **Braun**, Bernard & **Amhof**, Robert & **Schnee**, Melanie (Hrsg.) **(2006)**: Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag BertelsmannStiftung. S. 117 – 153. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200606-Beitrag.pdf [Abrufdatum: 10.01.2016].

Baumann, Eva & **Hastall**, Matthias R. & **Rossmann**, Constanze & **Sowka**, Alexandra (Hrsg.) **(2014)**: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Becker, Simone (Hrsg.) **(2014)**: Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS.

BMG: Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [Abrufdatum: 21.05.2016].

Bonfadelli, Heinz **(2014)**: Gesundheitskommunikation: Ein Forschungsfeld in Bewegung. In: **Baumann**, Eva & **Hastall**, Matthias R. & **Rossmann**, Constanze & **Sowka**, Alexandra (Hrsg.) **(2014)**: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 15-36.

Bonfadelli, Heinz & **Friemel**, Thomas N. **(2015)**: Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Bortz, Jürgen & **Döring**, Nicola **(2009)**: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Böcken, Jan & **Braun**, Bernard & **Amhof**, Robert & **Schnee**, Melanie (Hrsg.) **(2006)**: Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag BertelsmannStiftung. S. 117 – 153. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200606-Beitrag.pdf [Abrufdatum: 10.01.2016].

Brachhane, Rainer **(1982)**: Psychologie der sportlichen Betätigung. In: **Thomas**, Alexander (Hrsg.) **(1982)**: Sportpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg. S. 13-25.

Brandes, Mirko **(2012)**: Körperliche Aktivität oder Fitness: Was ist wichtiger für die Gesundheit? In: Bundesgesundheitsbl **2012**. 55. S. 96-101.

Burkart, Roland **(2002)**: Kommunikationswissenschaften. Wien, Köln, Weinmar: Böhlau Verlag Ges.m.b.H und Co. KG.

Dervin, Brenda **(1998)**: Sense-making theory and practice: an overview of user interests in knowledge seeking and use. In: Journal of Knowledge Management. Vol. 2. Iss 2. **1998.** S.36-46.

Döring, Nicola **(2003)**: Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG.

Dresen, Antje & **Kläber**, Mischa **(2014)**: Sport und Gesundheit in funktional differenzierten Gesellschaften. In: **Becker**, Simone (Hrsg.) **(2014)**: Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS. S. 49-68.

Dudenonline, Gesundheit: In: http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Gesundheit [Abrufdatum: 06.10.2016].

Emrich, Eike & **Frenger**, Monika & **Pitsch**, Werner **(2013)**: Doping im Sport. In: **Güllich**, Arne & **Krüger**, Michael (Hrsg.) **(2013)**: Sport. Das Lehrbuch für das Sportstudium. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S. 697-718.

Faltermaier, Toni **(2015)**: Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-135.html [Abrufdatum: 08.04.2016].

Faltermaier, Toni **(2016)**: Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: **Richter**, Matthias & **Hurrelmann**, Klaus (Hrsg.) **(2016)**: Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS. S. 229-242.

Fishbein, Martin & **Cappella**, Joseph N. **(2006)**: The Role of Therory in Developing Effective Health Communications. In: Journal of Communication 56.**2006**. S. 1-17.

Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitskompetenz. In: http://www.fgoe.org/plattform-gesundheitskompetenz/gesundheitskompetenz [Abrufdatum: 27.05.2016].

Forschungsbericht Sport und Gesundheit (1999): Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit – eine sozio-ökonomische Analyse. Im Auftrag des BM für soziale Sicherheit und Generationen von der Österreichischen Bundes-Sportorganisation in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien und dem Institut Sicher Leben. In: https://www.vdloe.at/wien/infos/studien/Weiss_Kurzfassung_studie_21.9.PDF [Abrufdatum 20.05.2016].

Flatscher, Matthias **(o.J.)**: Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit? Philosophische Überlegungen zum einem Problemkomplex. In: http://homepage.univie.ac.at/matthias.flatscher/gesund.pdf [Abrufdatum: 21.05.2016].

Fromm, Bettina & **Baumann**, Eva & **Lampert**, Claudia **(2011)**: Gesundheitskommunikation in den Medien. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Fuchs, Reinhard **(1997)**: Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen. Reihe Gesundheitspsychologie Band 8. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Fuchs, Reinhard **& Hahn,** André **& Renner,** Britta **& von Lengerke**, Thomas **(1996)**: Sportliche Aktivität. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Fuchs, Reinhard & **Schlicht**, Wolfgang **(2012)**: Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Gabler, Hartmut **(2002)**: Motive im Sport. Motivationspsychologische Analysen und empirische Studien. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Gesundheitsmonitor (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe - Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: http://gesundheitsmonitor.de/studien/detail/?tx_itaoarticles_pi1%5Barticle%5D=247&tx_itaoarticles_pi1%5Baction%5D=show&tx_itaoarticles_pi1%5Bcontroller%5D=Article&cHash=edaa9ee262604a5917f3e55bc8d4c68e [Abrufdatum: 10.01.2016].

Grimm, Jürgen **(1999b)**: Fernsehgewalt. Zuwendungsattraktivität – Erregungsverläufe – sozialer Effekt. Zur Begründung und praktischen Anwendung eines kognitiv-physiologischen Ansatzes der Medienrezeptionsforschung am Beispiel von Gewaltdarstellungen. – Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Grimm, Jürgen (Hrsg.) **(2009)**: State-Trait-Anxiety Inventory nach Spielberger. Deutsche Lang- und Kurzversion. – Methodenforum der Universität Wien. MF-Working Paper 2009/02.

Grimm, Jürgen **(2014a)**: Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

Grimm, Jürgen (Hrsg.) **(2014b)**: Monitor / Blunter Style Scale nach Miller. Test-Dokumentation (deutsche Version). - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-01.

Güllich, Arne & **Krüger**, Michael (Hrsg.) **(2013)**: Sport. Das Lehrbuch für das Sportstudium. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Güllich, Arne & **Krüger**, Michael **(2013)**: Leistung und Wettkampf. In: **Güllich**, Arne & **Krüger**, Michael (Hrsg.) **(2013)** Sport. Das Lehrbuch für das Sportstudium. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S. 529-548.

Hastall, Matthias R. **(2011)**: Kommunikation von Gesundheitsrisiken in Massenmedien. Der Einfluss von Informations- und Rezipientenmerkmalen auf die Botschaftszuwendung und -vermeidung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft/Edition Reinhard Fischer.

Horch K. & **Wirz**, J. **(2005)**: Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. **2005**. 48. S. 1250-1255.

Hurrelmann, Klaus & **Leppin**, Anja (Hrsg.) **(2001)**: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Janssen, Jürgen & **Laatz**, Wilfried **(2013)**: Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 8. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Jäckel, Michael **(2012)**: Medienwirkungen kompakt. Einführung in ein dynamisches Forschungsfeld. Wiesbaden: Springer VS.

Kaltenborn, Karl-Franz **(2001)**: Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In: **Hurrelmann**, Klaus & **Leppin**, Anja (Hrsg.) **(2001)**: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 36-70.

Klier, Andreas **(2005)**: Validierung eines Messinstrumentes zur Bestimmung von Informationsverhalten – die Miller Behavioral Style Scale. Diplomarbeit. Universität Konstanz.

Koch, U. & **Schulz**, K.-H. **(2005)**: Gesund durch Sport? Oder Sport ist Mord? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz **2005**. 48. S. 831-832.

Kohler, Martin & **Ziese**, Thomas **(2004)**: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: **Robert Koch Institut**. In: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03.pdf?__blob=publicationFile [Abrufdatum: 01.06.2016].

Kranich, C. **(2004)**: Patientenkompetenz. Was müssen Patienten wissen und können? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz **2004**. 47. S. 950-956.

Lilienthal, Volker & **Reineck**, Dennis & **Schnedler**, Thomas (Hrsg.) **(2014)**: Qualität im Gesundheitsjournalismus. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer VS.

Link, Elena & **Scherer**, Helmut & **Schlütz**, Daniela **(2014)**: Unsicherheit behandeln: Kommunikation über Therapieentscheidungen in Onlineforen. In: **Baumann**, Eva & **Hastall**, Matthias R. & **Rossmann**, Constanze & **Sowka**, Alexandra (Hrsg.) **(2014)**: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 109-224.

Miller, Suzanne M. **(1987)**: Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. Journal of Personality and Social Psychology. 52(2), February **1987**. S. 345–353.

MSL Gesundheitsstudie 2012: Wie social ist das Gesundheitsweb? In: http://de.slideshare.net/NI0049/mslgesundheitsstudie-2012 [Abrufdatum: 09.05.2016].

Mühlbacher, Axel & **Wiest**, Axel & **Schumacher**, Nikolaus **(2001)**: E-Health: Informations- und Kommunikationstechniken im Gesundheitswesen. In: **Hurrelmann**,

Klaus & **Leppin**, Anja (Hrsg.) **(2001)**: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 211-223.

Nerverla, Irene & **Brichta**, Mascha & **Kamp**, Hanns-Christian & **Lüdecke** Dieter K. **(2007)**: Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. München: Verlag Reinhard Fischer**.**

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Abrufdatum: 27.05.2016].

Paul, Bettina & **Schmidt-Semisch**, Henning (Hrsg.) **(2010)**: Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.

Paul, Bettina & **Schmidt-Semisch**, Henning **(2010)**: Risiko Gesundheit. Eine Einführung. In: **Paul,** Bettina & **Schmidt-Semisch**, Henning (Hrsg.) **(2010)**: Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft. S. 7 – 22.

Pratscher, Hannes **(2000)**: Sportverhalten in Österreich. In: Journal für Ernährungsmedizin. **2000**. Vol.2(5). Ausgabe für Österreich. S. 18-13.

Raithel, Jürgen **(2008)**: Quantitative Forschung. Ein Praxisbuch. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Renckstorf, Karsten & **Wester,** Fred **(1992)**: Die handlungstheoretische Perspektive empirischer (Massen-) Kommunikationsforschung. Theoretischer Ansatz, methodische Implikationen und forschungspraktische Konsequenzen. In: Communications. 17. **1992**. 2. S. 177-196.

Renner, Britta & **Hahn,** André & **Schwarzer,** Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS). Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **& Hahn** André **(1996)**: Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **& Hahn,** André **& Fuchs**, Reinhard **& von Lengerke**, Thomas **& Schwarzer,** Ralf **(1996)**: Konsequenzerwartungen der Verhaltensumstellungen. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **(1996)**: Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **& Hahn,** André **(1996)**: Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Richter, Matthias & **Hurrelmann**, Klaus (Hrsg.) **(2016)**: Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS.

Rigauer, Bero **(2014)**: Sport und Gesundheit. Eine soziologische Diagnose. In: **Becker**, Simone (Hrsg.) **(2014)**: Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS. S. 69-96.

Roski, Reinhold & **Schikorra**, Stephan **(2007)**: Health Literacy: Wie informieren sich alte Menschen über Gesundheitsthemen? In: Public Health Forum15. Heft 57.**2007**. S. 20.e1-20.e4. In: http://www.degruyter.com/view/j/pubhef.2007.15.issue-4/j.phf.2007.10.012/j.phf.2007.10.012.xml [Abrufdatum: 09.01.2016].

Rossmann, Constanze & **Ziegler**, Lena **(2013)**: Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: **Schweiger**, Wolfgang & **Fahr**, Andeas (Hrsg.) **(2013)**: Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 385-400.

Saxer, Ulrich **(2012)**: Mediengesellschaft. Eine kommunikationssoziologische Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schachinger, Alexander **(2014)**: Der digitale Patient. Analyse eines neuen Phänomens der partizipativen Vernetzung und Kollaboration von Patienten im Internet. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schnabel, Peter-Ernst & **Bödeker**, Malte **(2012)**: Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schneider, André & **Köhler**, Julia & **Schuhmann**, Frank (Hrsg.) **(2016)**: Sport im Spannungsfeld zwischen Medien und Psychologie. Wiesbaden: Springer VS.

Schütz, Alfred & **Luckmann**, Thomas **(2003)**: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Schwarzer, Ralf **(2004)**: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Schweiger, Wolfgang & Fahr, **Andreas** (Hrsg.) **(2013)**: Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer VS.

Seiberth, Klaus & **Mayer**, Jochen **(2013)**: Sportsoziologie. Ein Lehrbuch in 13 Lektionen. Herausgeber der Reihe „Sportwissenschaft studieren“: Prof. Dr. Wolf-Dietrich Brettschneider und Dr. Detlef Kuhlmann (bis Band 8) Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Signitzer, Benno **(2001)**: Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: **Hurrelmann**, Klaus & **Leppin**, Anja (Hrsg.) **(2001)**: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 22-35.

Spezial-Eurobarometer 334 (2010): Sport und körperliche Betätigung. Durchgeführt von TNS Opinion & Social im Auftrag der Generaldirektion Bildung und Kultur. Koordiniert von der Generaldirektion Kommunikation. In: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_de.pdf [Abrufdatum: 20.05.2016].

Stadt Wien (Hrsg.) **(2015)**: **Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07** – Ergebnisse für Wien. Autorinnen: URBAS E.; BACHINGER E. Wien: Erstellt 2008 von der Bereichsleitung für Strukturentwicklung, veröffentlicht 2015 von der MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Statista (2016): Inwieweit würden Sie sich selbst als "sportlich" bezeichnen? In: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/547076/umfrage/umfrage-in-oesterreich-zur-eigenen-sportlichkeit/ [Abrufdatum: 04.08.2016].

Statistik Austria Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. In: https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html [Abrufdatum: 09.05.2016].

Steinmaßl-Wirrer, Monika **(**24.04.**2009)**: Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: Ärzte Woche 17/2009. Wien: Springer Verlag GmbH. http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand [Abrufdatum: 09.11.2015].

Stellmacher, Mirko & **Häbler**, Axel **(2016)**: Sportmotivation unter Zwang. Besonderheiten der Motivation zum Sporttreiben im Maßregelvollzug. In: **Schneider**,

André & **Köhler**, Julia & **Schuhmann**, Frank (Hrsg.) **(2016)**: Sport im Spannungsfeld zwischen Medien und Psychologie. Wiesbaden: Springer VS. S. 201-214.

Thomas, Alexander (Hrsg.) **(1982)**: Sportpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

Wirl, Charlotte **(2009)**: Das Internet als Gesundheitsinformationsquelle in der späten Modernen. Zur Nutzung von online Gesundheitsinformationen in der Allgemeinbevölkerung in Österreich. Dissertation: Universität Wien.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: *Merkmale zur Klassifizierung im Sport* *11*

Abb. 2: *Mögliche Wechselwirkung Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation* *55*

Abb. 3: *Mögliche Wechselwirkung Sportverhalten, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation mit weiteren Variablen* *57*

Abb. 4: *Häufigkeitstabelle der Altersgruppen der ProbandInnen* *73*

Abb. 5: *Häufigkeitstabelle der aktuellen sportlichen Aktivität der ProbandInnen* *74*

Abb. 6: *Häufigkeitstabelle Gesundheits- und Leistungsmotiv der SportlerInnen* *75*

Abb. 7: *Lebensstil Rauchverhalten SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen* *77*

Abb. 8: *Lebensstil Alkoholkonsum SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen* *78*

Abb. 9: *Regressionsanalyse Gesunder Lebensstil (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)* *80*

Abb. 10: *Regressionsanalyse Medizinische Prävention (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)* *81*

Abb. 11: *Regressionsanalyse positives Arztbild (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)* *82*

Abb. 12: *FF1: Einfluss der Gesundheitskommunikation auf das Gesundheitsverhalten* *83*

Abb. 13: *Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Gesundheitsverhalten (uV)* *84*

Abb. 14: *Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)* *85*

Abb. 15: *FF2: Einfluss des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskommunikation auf die aktuelle Sporthäufigkeit* *86*

Abb. 16: *Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und Persönlichkeitsvariablen und Motive (uV)* *86*

Abb. 17: *Regressionsanalyse Sporthäufigkeit (aV) und gesundheitliches Informationsinteresse (uV)* *87*

Abb. 18: *Regressionsanalyse Gesunder Lebensstil (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV)* *89*

Abb. 19: *Regressionsanalyse neutrales Arztbild (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV)* *90*

Abb. 20: *Regressionsanalyse mediale Gesundheitskommunikation (aV) und Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie (uV)* *91*

Abb. 21: *FF3: Einfluss von Sportverhalten inklusive Persönlichkeitsvariablen und Motive sowie Soziodemografie auf Gesundheitskommunikation und Gesundheitsverhalten* *92*

Abb. 22: *Bildung der Sportgruppen* *93*

Abb. 23: *Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen....93*

Abb. 24: *Signifikanztest Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 94*

Abb. 25: *Post-Hoc Test Varianzanalyse mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 95*

Abb. 26: *Varianzanalyse nicht mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 96*

Abb. 27: *Signifikanztest Varianzanalyse nicht mediale Gesundheitskommunikation SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 96*

Abb. 28: *T-Test Gesundheitsthemen bei gesundheitsorientierten und leistungsorientierten SportlerInnen 97*

Abb. 29: *Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 98*

Abb. 30: *Signifikanztest Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 99*

Abb. 31: *Post-Hoc Test Varianzanalyse Gesundheitsthemen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 99*

Abb. 32: *Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen....100*

Abb. 33: *Signifikanztest Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 101*

Abb. 34: *Post-Hoc Test Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen....101*

Abb. 35: *Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 102*

Abb. 36: *Signifikanztest Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 102*

Abb. 37: *Post-Hoc Test Varianzanalyse Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu Mitmenschen bei SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen 103*

Abb. 38: *Ergebnisse der FF1-FF5 ....104*

Abb. 39: *Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse 114*

Abb. 40: *Zentrale Ergebnisse zur Konsequenzerwartung 117*

ANHANG I: Der Fragebogen

1. Anfang

Liebe Teilnehmerinnen,

ich freue mich sehr über Ihr Interesse an der Studie im Rahmen meines „Publizistik- und Kommunikationswissenschaft“ Studiums an der Universität Wien.

Die Studie beschäftigt sich mit „Gesundheit und Sport“, wie wir damit umgehen und uns darüber informieren und wird höchstens **15-20 Minuten** dauern.
Bitte kreuzen Sie alle Fragen vollständig und ehrlich an. Die komplette Studie und Ihre Antworten werden **anonym** behandelt und **rein für wissenschaftliche Zwecke** verwendet. An keiner Stelle wird die Angabe Ihres Namens gefordert.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich gerne unter meiner E-Mail Adresse: *(...)*

Sie leisten einen wertvollen Beitrag für die Wissenschaft und eine große Unterstützung für den Abschluss meines Magisterstudiums. Vielen Dank!

Liebe Grüße *(…)*

2. Einstiegsfrage

Wie haben Sie den Fragebogen erhalten? Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an *(Frage und Items nach eigener Überlegung/ Operationalisierung)*.

O über das Internet (Forumsgruppe).
O per e-Mail von meinem Verein.
O per e-Mail von Bekannten oder Personen, die ich kenne.
O mündlich (der Fragebogen wurde mir mündlich empfohlen).

3. Sport

Zu Beginn möchte ich gerne Ihr sportliches Verhalten erfragen. Waren Sie im letzten Jahr sportlich aktiv? Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die auf Sie zutrifft (*Frage und Items nach BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 26)*

O Nein.
O Ja, mit längerer Unterbrechung.
O Ja, mit kurzer Unterbrechung.
O Ja, ohne Unterbrechung.

Wie oft betreiben Sie zur Zeit Sport *(Frage und Items nach eigener Überlegung/ Operationalisierung)*

O selten oder nie
O 1 mal pro Monat
O 2-3 mal pro Monat
O 1 mal pro Woche
O 2-3 mal pro Woche
O 4-5 mal pro Woche
O jeden Tag

4.1 Sportmotiv

Eventuell haben Sie mehrere Motive, um Sport zu betreiben und vielleicht treffen auch beide der unten angeführten Aussagen auf Sie zu. Doch wenn Sie sich entscheiden müssten: Welche Motivation für Sportausübung trifft eher auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die stärker zu Ihnen passt *(Frage und Items nach eigener Überlegung/ Operationalisierung)*

Ich betreibe Sport vorrangig …

O für meine Gesundheit, um gesund zu bleiben.
O für meine Leistungsfähigkeit, um meine sportliche Leistung zu verbessern.

Sport ist für mich …

O ein Hobby, das ich in meiner Freizeit betreibe.
O ein Beruf, da ich LeistungssportlerIn bin.

4.2 Sportverhalten

Sind Sie in einem Sportverein? Bitte kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die auf Sie zutrifft *(Frage und Items nach eigener Überlegung/ Operationalisierung).*

O Nein, ich bin in keinem Sportverein.
O Ja, ich bin in einem Sportverein.
O Ja, ich bin in mehreren Sportvereinen.
O Ich war früher in einem Sportverein, aktuell bin ich das nicht mehr.
O Ich bin auf der Suche nach einem geeigneten Sportverein.

Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen teil? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortmöglichkeit an *(Frage und Items nach eigener Überlegung/ Operationalisierung).*

O Nein, nie.
O Nein, aber ich habe früher an sportlichen Wettkämpfen teilgenommen.
O Ja, 1 bis 5 mal pro Jahr.
O Ja, 6 bis 11 mal pro Jahr.
O Ja, 1 mal pro Monat.
O Ja, 2 bis 3 mal pro Monat.
O Ja, 4 mal pro Monat oder öfters.

4.3 Sportarten

Wie oft üben Sie normalerweise die folgenden sportlichen Aktivitäten aus? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Häufigkeit für jede Sportart an (*Frage und Items nach BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 24f)*

	selten oder nie	1 mal pro Monat	2-3 mal pro Monat	1 mal pro Woche	2-3 mal pro Woche	4-5 mal pro Woche	jeden Tag
Radfahren (auch Heimrad)	○	○	○	○	○	○	○
Gymnastik, Turnen, Aerobics, Tanzen	○	○	○	○	○	○	○
Ausdauersport (Schwimmen, Laufen,...)	○	○	○	○	○	○	○
Kraftsport (Krafttraining)	○	○	○	○	○	○	○
Kampfsport (Karate, Judo,...)	○	○	○	○	○	○	○
Spielsportarten (Fußball, Tennis,...)	○	○	○	○	○	○	○
Wandern, Spazierengehen	○	○	○	○	○	○	○

Wenn Sie sportlich aktiv sind, kommen Sie dabei... (*Frage und Items nach BRAHMS Studie: Fuchs, Hahn, Renner & von Lengerke: 1996: 26)*

	Nein	**Ja, manchmal**	**Ja, meistens**	**Ja, immer**
außer Atem?	**O**	**O**	**O**	**O**
ins Schwitzen?	**O**	**O**	**O**	**O**

5. Gesundheitsvorsorge

Nun möchte ich Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten stellen. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen *(Frage und Items nach nach Grimm, 2014a: 6)***.**

	1: Ich stimme überhaupt nicht zu	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8: Ich stimme voll und ganz zu**
Ich achte auf gesunde Ernährung.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich betreibe Sport.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich informiere mich zu den Gesundheitsthemen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Arztbild

2.1.1 Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen. *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 4)*

	1: Ich stimme überhaupt nicht zu	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8: Ich stimme voll und ganz zu**
ÄrztInnen sind fachlich kompetent.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen sind vertrauenswürdige Menschen.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen verschreiben heute viel zu schnell Antibiotika.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen schüchtern ihre PatientInnen ein.	○	○	○	○	○	○	○	○
Gute ÄrztInnen zu finden ist schwierig.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen sind übermüdet und überarbeitet.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen leben für ihren Beruf.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen suchen ihre finanziellen Vorteile.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen sprechen Fachchinesisch.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen PatientInnen aufsehen.	○	○	○	○	○	○	○	○
ÄrztInnen machen Fehler, von denen PatientInnen nichts wissen.	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Lebensstil

1.3.1 Bitte kreuzen Sie jeweils eine Antwortmöglichkeit zu Ihrem Lebensstil an, die eher auf Sie persönlich zutrifft *(Fragen und Items nach Robert Koch Institut: Kohler & Ziese, 2004 nach Quelle: GSTel03: 12ff)*.

Welche Antwortmöglichkeit in Bezug auf Sport trifft auf Sie zu?
O Ich bin sportlich aktiv.
O Ich betreibe keinen Sport.
Welche Antwortmöglichkeit in Bezug auf Rauchen trifft auf Sie zu?
O Ich bin Nichtraucher.
O Ich bin Raucher.
O Ich bin Ex-Raucher.
Welche Antwortmöglichkeit in Bezug auf Alkoholkonsum trifft auf Sie zu?
O Ich konsumiere keinen bis wenig Alkohol.
O Ich konsumiere mäßig bis viel Alkohol.

8. Gesundheits- u sportbezogenes Informationsverhalten

Welche Informationsquellen nutzen Sie im Hinblick auf das Thema Gesundheit generell? *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 2)*

	1: nie	2	3	4	5	6	7	8: sehr häufig
Fernseher	○	○	○	○	○	○	○	○
Radio	○	○	○	○	○	○	○	○
Tageszeitungen	○	○	○	○	○	○	○	○
Bücher	○	○	○	○	○	○	○	○
Internet	○	○	○	○	○	○	○	○

Und für wie zuverlässig halten Sie diese Quellen? *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 2)*

	1: überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8: ganz und gar
Fernseher	○	○	○	○	○	○	○	○
Radio	○	○	○	○	○	○	○	○
Tageszeitung	○	○	○	○	○	○	○	○
Bücher	○	○	○	○	○	○	○	○
Internet	○	○	○	○	○	○	○	○

Und welche Personen würden Sie zum Thema Gesundheit um Rat fragen? *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 2)*

	1: nie	2	3	4	5	6	7	8: sehr häufig
Hausarzt/ Hausärztin	○	○	○	○	○	○	○	○
Facharzt/ Fachärztin	○	○	○	○	○	○	○	○
Familienmitglieder	○	○	○	○	○	○	○	○
FreundInnen	○	○	○	○	○	○	○	○
Medizinisches Fachpersonal im Bekanntenkreis	○	○	○	○	○	○	○	○
Sonstige, und zwar	○	○	○	○	○	○	○	○

Und für wie zuverlässig halten Sie diese Quellen? *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 2)*

	1: überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7	8: ganz und gar
Hausarzt/ Hausärztin	○	○	○	○	○	○	○	○
Facharzt/ Fachärztin	○	○	○	○	○	○	○	○
Familienmitglieder	○	○	○	○	○	○	○	○
FreundInnen	○	○	○	○	○	○	○	○
Medizinisches Fachpersonal im Bekanntenkreis	○	○	○	○	○	○	○	○
Sonstige, und zwar	○	○	○	○	○	○	○	○

9. Internetnutzung

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie folgende Internetangebote nutzen, um sich über Ihre Gesundheit zu informieren *(Frage und Items nach der MSL-Gesundheitsstudie, 2012: 5).*

	1: nie	2	3	4	5	6	7	8: sehr häufig
Wikipedia	○	○	○	○	○	○	○	○
Seiten von Krankenkassen	○	○	○	○	○	○	○	○
Informationsangebote von ÄrztInnen	○	○	○	○	○	○	○	○
Gesundheitsportale	○	○	○	○	○	○	○	○
Ratgebercommunities	○	○	○	○	○	○	○	○
Seite von Patientenorganisationen	○	○	○	○	○	○	○	○
Nachrichtenportale	○	○	○	○	○	○	○	○
Foren	○	○	○	○	○	○	○	○
Seiten von Ministerien	○	○	○	○	○	○	○	○
Frauen- und Männerportale	○	○	○	○	○	○	○	○
Seiten von Unternehmen	○	○	○	○	○	○	○	○
Blogs	○	○	○	○	○	○	○	○
Facebook	○	○	○	○	○	○	○	○
Twitter	○	○	○	○	○	○	○	○

10. Informationsthemen

Allgemeine Gesundheitsthemen:
Zu welchen Themen haben Sie sich schon einmal informiert? Bitte geben Sie an, ob Sie in den Massenmedien (Fernseher, Zeitschriften) und/oder Internet nach folgenden Gesundheitsthemen suchen *(Frage und Items nach Wirl, 2009: 133ff, Fragebogen S.6, erweitert für alle Massenmedien).*

	1: Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	7	8: Trifft voll und ganz zu
Bestimmte Krankheit oder medizinische Probleme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Bestimmte Behandlungen oder Therapien.	○	○	○	○	○	○	○	○
Depressionen, Angst, Stress oder psychische Gesundheitprobleme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Impfungen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ernährung, Diäten oder Nahrungsergänzungsmittel.	○	○	○	○	○	○	○	○
Sexuelle Gesundheit.	○	○	○	○	○	○	○	○
Möglichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören.	○	○	○	○	○	○	○	○
Fragen zum Thema Alkohol.	○	○	○	○	○	○	○	○
Symptome, bevor ich einen Arzt aufsuche.	○	○	○	○	○	○	○	○
Über die Bedeutung von medizinischen Fachausdrücken, wenn ich diese zum Beispiel in Befunden nicht verstehe.	○	○	○	○	○	○	○	○
Über Erfahrungen von Betroffenen oder Personen mit ähnlichen Problemen.	○	○	○	○	○	○	○	○

Sportspezifische Themen:
Bitte geben Sie an, ob Sie in den Massenmedien (Fernseher, Zeitschriften) und/oder im Internet einen sportmedizinischen Rat oder Gesundheitstipp holen *(Items in Anlehnung nach Wirl, 2009, 133ff, Fragebogen S.6, „Themen des gesundheitsbezogenen Informationsverhalten nach eigener Überlegung/ Operationalisierung für Sport adaptiert und ergänzt).*

	1: Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	7	8: Trifft voll und ganz zu
Bestimmte sportliche Krankheiten oder Probleme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Bestimmte sportmedizinische Behandlungen oder Therapien.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ernährung, Diäten oder Nahrungsergänzungsmitteln vorteilhaft für meine Sportart.	○	○	○	○	○	○	○	○
Symptome, bevor ich einen Arzt aufsuche.	○	○	○	○	○	○	○	○
Bedeutung von medizinischen Fachausdrücken, wenn ich diese zum Beispiel in Befunden nicht verstehe.	○	○	○	○	○	○	○	○
Erfahrungen von Betroffenen oder Personen mit ähnlichen Problemen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Informationen zur Vorsorge von Sportverletzungen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Informationen zur schnelleren Heilung von Sportverletzungen.	○	○	○	○	○	○	○	○
SportärztInnen und SportmedizinerInnen.	○	○	○	○	○	○	○	○

11. Gesundheit individuell *(Frage und Items nach Grimm, 2014a: 1)*

Wie sehr sind Sie an Informationen zu Krankheiten interessiert?

gar nicht interessiert ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr interessiert

Wie sehr sind Sie an Informationen zur gesunden Lebensweise interessiert?

gar nicht interessiert ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr interessiert

Wie sehr sind Sie an Informationen zur Gesundheitsvorsorge interessiert?

gar nicht interessiert ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr interessiert

Wie sehr sind Sie an Informationen zu Gesundheitsthemen interessiert?

gar nicht interessiert ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr interessiert

Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands *(Frage und Items nach der BRAHMS Studie: Renner, Hahn, & Schwarzer: 1996: 11)*

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? Als...

schlecht ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ sehr gut

Wenn ich mich mit anderen Personen meines Alters und Geschlechts vergleiche, dann ist mein gegenwärtiger Gesundheitszustand...

wesentlich schlechter als beim Durchschnitt ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ wesentlich besser als beim Durchschnitt

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie an Ihre Gesundheit denken? *(Frage und Items nach der BRAHMS Studie: Renner, Hahn, & Schwarzer: 1996: 42)*

	1: Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	7	8: Trifft voll und ganz zu
Ich mache mir Sorgen, dass ich einmal einen Herzinfarkt bekomme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Wenn ich an meine Gesundheit denke, komme ich ins Grübeln.	○	○	○	○	○	○	○	○
Wenn ich an meine künftige Gesundheit denke, habe ich Grund, mir Sorgen zu machen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich mache mir Sorgen, dass ich einmal einen hohen Blutdruck bekomme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich denke oft voller Sorge, dass ich eine schwere Krankheit bekomme.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich mache mir Sorgen, dass ich einmal einen zu hohen Cholesterinspiegel bekomme.	○	○	○	○	○	○	○	○

12. Informationsverhalten u. Angst

Stellen Sie sich vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt/ der Zahnärztin haben, aber trotzdem geben müssen. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? *(Frage und Items nach Grimm, 2014b: 1).*

	1: Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	7	8: Trifft voll und ganz zu
Ich würde den Zahnarzt ganz genau fragen, was alles gemacht werden muss.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde vorher etwas trinken oder ein Beruhigungsmittel nehmen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde mir in Gedanken etwas Schönes vorstellen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde vom Zahnarzt wissen wollen, wann es wehtun wird.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde versuchen zu schlafen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde den Zahnarzt ganz genau beobachten und dem Bohrgeräusch zuhören.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich wurde das Wasser beobachten, das aus meinem Mund fließt, um zu sehen, ob es blutig ist.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich würde in Gedanken Rätsel lösen.	○	○	○	○	○	○	○	○

Bitte geben Sie an, wie oft folgende Aussagen auf Sie zutreffen *(Frage und Items nach Grimm, 2009: 2)*

	1: fast nie	2	3	4	5	6	7	8: fast immer
Ich werde schnell müde.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich bin ruhig und gelassen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich bin glücklich.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Mir fehlt es an Selbstvertrauen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich fühle mich geborgen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich fühle mich niedergeschlagen.	○	○	○	○	○	○	○	○
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.	○	○	○	○	○	○	○	○
Ich werde schnell nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.	○	○	○	○	○	○	○	○

13. Kontrollerwartung:

Jedes der folgenden Satzpaare beinhaltet zwei Wahlmöglichkeiten zwischen A und B. Bitte kreuzen Sie jeweils den Satz an, der auf Ihre Ansichten, Wünsche oder Gefühle meistens zutrifft. In einigen Fällen werden Ihrer Meinung nach beide Sätze oder keiner von beiden zutreffen. Wählen Sie denjenigen Satz, dem Sie noch am ehesten zustimmen könnten. Es ist wichtig, dass Sie alle Satzpaare bearbeiten. *(Frage und Items nach Grimm, 1999b)*

- ○ A: Vieles Unglück im Leben der Menschen ist zum Teil auf Pech zurückzuführen.
- ○ B: Unglück ist die Folge von Fehlern, die man selbst gemacht hat.
- ○ A: Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu treffen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.
- ○ B: Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass die Dinge kommen, wie sie kommen müssen.
- ○ A: Es lohnt sich nicht immer, zu weit vorauszuplanen, weil viele Dinge schließlich doch vom Zufall abhängen.
- ○ B: Wenn ich Pläne mache, bin ich meistens sicher, dass ich sie auch verwirklichen kann.
- ○ A: Ob ich das bekomme, was ich will, hat bei mir so gut wie nichts mit Glück zu tun.
- ○ B: Häufig könnte man Entscheidungen treffen, indem man eine Münze wirft.
- ○ A: Es wird immer Krieg geben, auch wenn sich die Menschen noch so sehr Mühe geben, sie zu verhindern.
- ○ B: Eine der Hauptgründe, warum es Kriege gibt, ist, dass sich Menschen nicht genug um Politik kümmern.
- ○ A: Die Welt wird von einigen wenigen Mächtigen beherrscht, der kleine Mann kann nur wenig daran ändern.
- ○ B: Auch der Durchschnittsbürger kann Einfluss auf die Entscheidungen der Regierung nehmen.
- ○ A: Durch aktive Beteiligung im politischen und gesellschaftlichen Bereich kann man Einfluss nehmen auf Ereignisse von weltweiter Bedeutung.
- ○ B: Bei dem, was auf der Welt geschieht, sind die meisten von uns Opfer von Kräften, die wir weder verstehen noch beeinflussen können.
- ○ A: Mit genügend Anstrengung kann man politische Korruption ausmerzen.
- ○ B: Für den einzelnen ist es schwierig, Einfluss darauf auzuüben, was die Politiker in ihrem Amt leisten.

14. Konsequenzerwartung

4.7.1 Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv bin (oder sportlich aktiv wäre), … *(Frage und Items nach Fuchs, 1997: 216)*

	1: Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	7	8: Trifft voll und ganz zu
dann bin ich auch sonst im Alltag ausgeglichener.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann fühle ich mich anschließend einfach wohler.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann bekomme ich dadurch mehr Selbstvertrauen.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann werde ich belastbarer für den Alltag.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann tue ich etwas Gutes für meine Gesundheit.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann verringert sich mein Herzinfarkt-Risiko.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann bleibe ich beweglich und elastisch.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann bin ich mit Leuten zusammen, die ich nett finde.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann kann ich neue Freunde kennenlernen.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann freue ich mich auf den Wettkampf mit anderen.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann wirkt sich das positiv auf meine Figur aus.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann habe ich keine Gewichtsprobleme (mehr).	○	○	○	○	○	○	○	○
dann kostet mich das jedesmal große Selbstüberwindung.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann muss ich dafür jedesmal einen großen (organisatorischen) Aufwand betreiben.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann muss ich mir erst die passenden Leute dafür suchen.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann gerate ich in Situationen, in denen ich Angst davor habe, zu versagen.	○	○	○	○	○	○	○	○
dann fühlen sich dadurch Personen in meiner Umgebung stark beeinträchtigt.	○	○	○	○	○	○	○	○

15. Soziodemografie *(eigene Überlegung & Items nach Statistik Austria Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Fragebogen S.1)*

Zum Schluss bitte ich Sie um wenige Angaben zu Ihrer Person. Alle Daten werden streng anonym und vertraulich behandelt und rein für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Welches Geschlecht sind Sie?

- ○ männlich
- ○ weiblich

Bitte tragen Sie Ihr genaues Alter in Zahlen ein. Wieviele Jahre sind Sie alt:

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- ○ Pflichtschule
- ○ Handelsschule oder Schule ohne Matura
- ○ Lehre mit Berufsschule (mit und ohne Matura)
- ○ Höhere Schule mit Matura
- ○ Fachhochschule, Universität

Bitte geben Sie Ihre aktuelle Tätigkeit an:

- ○ Erwerbstätig (auch Lehrling)
- ○ Arbeitslos
- ○ Pensionist(in)
- ○ Haushaltsführend
- ○ SchülerIn/ StudentIn
- ○ Dauerhaft arbeitsunfähig
- ○ Präsenz-/ Zivildiener
- ○ In (Eltern)Karenz
- ○ Sonstiges:

16. Endseite

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an meiner Befragung

LITERATURVERZEICHNIS FRAGEBOGEN

Fuchs, Reinhard **(1997)**: Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen. Reihe Gesundheitspsychologie Band 8. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Fuchs, Reinhard **& Hahn,** André **& Renner**, Bitta **& von Lengerke**, Thomas **(1996)**: Sportliche Aktivität. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Grimm, Jürgen **(1999b)**: Fernsehgewalt. Zuwendungsattraktivität – Erregungsverläufe – sozialer Effekt. Zur Begründung und praktischen Anwendung eines kognitiv-physiologischen Ansatzes der Medienrezeptionsforschung am Beispiel von Gewaltdarstellungen. – Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Grimm, Jürgen (Hrsg.) **(2009)**: State-Trait-Anxiety Inventory nach Spielberger. Deutsche Lang- und Kurzversion. – Methodenforum der Universität Wien. MF-Working Paper 2009/02.

Grimm, Jürgen **(2014a)**: Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

Grimm, Jürgen (Hrsg.) **(2014b)**: Monitor / Blunter Style Scale nach Miller. Test-Dokumentation (deutsche Version). - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-01.

Kohler, Martin & **Ziese**, Thomas **(2004)**: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: **Robert Koch Institut**. In: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03.pdf?__blob=publicationFile [Abrufdatum: 01.06.2016].

MSL Gesundheitsstudie 2012: Wie social ist das Gesundheitsweb? In: http://de.slideshare.net/NI0049/mslgesundheitsstudie-2012 [Abrufdatum: 09.05.2016].

Renner, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **(1996)**: Subjektive Einschätzung des momentanen Gesundheitszustands. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Renner, Britta **& Hahn,** André **(1996)**: Wahrgenommene Gesundheitsbedrohung. In: **Renner**, Britta & **Hahn**, André & **Schwarzer**, Ralf (Hrsg.) **(1996)**: Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts **„Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study" (BRAHMS)**. Berlin: Freie Universität Berlin. In: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Skalendokumentation.pdf [Abrufdatum: 09.01.2016].

Statistik Austria Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. In: https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html [Abrufdatum: 09.05.2016].

Wirl, Charlotte **(2009)**: Das Internet als Gesundheitsinformationsquelle in der späten Modernen. Zur Nutzung von online Gesundheitsinformationen in der Allgemeinbevölkerung in Österreich. Dissertation: Universität Wien.

ANHANG II: Auswertungstabellen aus SPSS

Ergänzende Tabellen

DESKRIPTIVE DATEN

Häufigkeitstabelle zur Geschlechterverteilung in der Stichprobe:

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	101	32,0	32,0	32,0
	weiblich	215	68,0	68,0	100,0
	Gesamt	316	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle zum Ausbildungsstand in der Stichprobe:

Ausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Pflichtschule	8	2,5	2,5	2,5
	Handelsschule oder Schule ohne Matura	22	7,0	7,0	9,5
	Lehre mit Berufsschule (mit und ohne Matura)	44	13,9	13,9	23,4
	Höhere Schule mit Matura	131	41,5	41,5	64,9
	Fachhochschule, Universität	111	35,1	35,1	100,0
	Gesamt	316	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle zum Berufsstand in der Stichprobe:

Beruf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erwerbstätig (auch Lehrling)	186	58,9	58,9	58,9
	Arbeitslos	4	1,3	1,3	60,1
	Pensionist(in)	11	3,5	3,5	63,6
	Haushaltsführend	3	,9	,9	64,6
	SchülerIn/ StudentIn	86	27,2	27,2	91,8
	In (Eltern)Karenz	6	1,9	1,9	93,7
	Sonstiges:	20	6,3	6,3	100,0
	Gesamt	316	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle zur sportlichen Betätigung im letzten Jahr in der Stichprobe:

Sportliche Aktivität allgemein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein.	51	16,1	16,1	16,1
	Ja, mit längerer Unterbrechung.	84	26,6	26,6	42,7
	Ja, mit kurzer Unterbrechung.	82	25,9	25,9	68,7
	Ja, ohne Unterbrechung.	99	31,3	31,3	100,0
	Gesamt	316	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle zur Zugehörigkeit in einem Sportverein in der Stichprobe:

Sportverein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich bin in keinem Sportverein.	84	26,6	38,5	38,5
	Ja, ich bin in einem Sportverein.	94	29,7	43,1	81,7
	Ja, ich bin in mehreren Sportvereinen.	21	6,6	9,6	91,3
	Ich war früher in einem Sportverein, aktuell bin ich das nicht mehr.	18	5,7	8,3	99,5
	Ich bin auf der Suche nach einem geeigneten Sportverein.	1	,3	,5	100,0
	Gesamt	218	69,0	100,0	
Fehlend	-99	98	31,0		
Gesamt		316	100,0		

Häufigkeitstabelle zur Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen in der Stichprobe:

Wettkämpfe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, nie.	66	20,9	30,3	30,3
	Nein, aber ich habe früher an sportlichen Wettkämpfen teilgenommen.	58	18,4	26,6	56,9
	Ja, 6 bis 11 mal pro Jahr.	26	8,2	11,9	68,8
	Ja, 1 mal pro Monat.	8	2,5	3,7	72,5
	Ja, 2 bis 3 mal pro Monat.	13	4,1	6,0	78,4
	Ja, 4 mal pro Monat oder öfters.	5	1,6	2,3	80,7
	Ja, 1 bis 5 mal pro Jahr.	42	13,3	19,3	100,0
	Gesamt	218	69,0	100,0	
Fehlend	-99	98	31,0		
Gesamt		316	100,0		

Kreuztabelle Sporthäufigkeit und sportliches Motiv in der Stichprobe:

Motivation Sport Gesundheit * Sport Häufigkeit Kreuztabelle

			Sport Häufigkeit				Gesamt
			1 mal pro Woche	2-3 Mal pro Woche	4-5 mal pro Woche	jeden Tag	
Motivation Sport Gesundheit	für meine Gesundheit, um gesund zu bleiben.	Anzahl	43	81	26	7	157
		% innerhalb von Motivation Sport Gesundheit	27,4%	51,6%	16,6%	4,5%	100,0%
	für meine Leistungsfähigkeit, um meine sportliche Leistung zu verbessern.	Anzahl	5	28	18	10	61
		% innerhalb von Motivation Sport Gesundheit	8,2%	45,9%	29,5%	16,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	48	109	44	17	218
		% innerhalb von Motivation Sport Gesundheit	22,0%	50,0%	20,2%	7,8%	100,0%

Kreuztabelle Rauchverhalten und aktuelle Häufigkeit der sportlichen Aktivität in der Stichprobe:

Sport Häufigkeit * Lebensstil Rauchen Kreuztabelle

			Lebensstil Rauchen			Gesamt
			Ich bin Nichtraucher.	Ich bin Raucher.	Ich bin Ex-Raucher.	
Sport Häufigkeit	selten oder nie	Anzahl	25	14	9	48
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	52,1%	29,2%	18,8%	100,0%
	1 mal pro Monat	Anzahl	9	9	5	23
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	39,1%	39,1%	21,7%	100,0%
	2-3 mal pro Monat	Anzahl	14	8	5	27
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	51,9%	29,6%	18,5%	100,0%
	1 mal pro Woche	Anzahl	33	6	8	47
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	70,2%	12,8%	17,0%	100,0%
	2-3 Mal pro Woche	Anzahl	71	17	21	109
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	65,1%	15,6%	19,3%	100,0%
	4-5 mal pro Woche	Anzahl	26	7	11	44
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	59,1%	15,9%	25,0%	100,0%
	jeden Tag	Anzahl	13	0	4	17
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	76,5%	0,0%	23,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	191	61	63	315
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	60,6%	19,4%	20,0%	100,0%

Kreuztabelle Alkoholkonsum und aktuelle Häufigkeit der sportlichen Aktivität in der Stichprobe:

Sport Häufigkeit * Lebensstil Alkoholkonsum Kreuztabelle

			Lebensstil Alkoholkonsum		Gesamt
			Ich konsumiere keinen bis wenig Alkohol.	Ich konsumiere mäßig bis viel Alkohol.	
Sport Häufigkeit	selten oder nie	Anzahl	36	12	48
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	75,0%	25,0%	100,0%
	1 mal pro Monat	Anzahl	18	5	23
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	78,3%	21,7%	100,0%
	2-3 mal pro Monat	Anzahl	23	4	27
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	85,2%	14,8%	100,0%
	1 mal pro Woche	Anzahl	34	14	48
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	70,8%	29,2%	100,0%
	2-3 Mal pro Woche	Anzahl	75	34	109
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	68,8%	31,2%	100,0%
	4-5 mal pro Woche	Anzahl	30	13	43
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	69,8%	30,2%	100,0%
	jeden Tag	Anzahl	16	1	17
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	94,1%	5,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	232	83	315
		% innerhalb von Sport Häufigkeit	73,7%	26,3%	100,0%

FORSCHUNGSFRAGE 1

Regressionsanalyse Gesunder Lebensstil (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,400[a]	,160	,131	1,05776
2	,400[b]	,160	,134	1,05622
3	,397[c]	,158	,135	1,05548
4	,395[d]	,156	,136	1,05512
5	,392[e]	,154	,137	1,05449
6	,388[f]	,150	,136	1,05500
7	,380[g]	,145	,133	1,05671

Regressionsanalyse Medizinische Prävention (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,323[a]	,104	,074	1,47364
2	,323[b]	,104	,077	1,47113
3	,323[c]	,104	,080	1,46874
4	,322[d]	,104	,083	1,46649
5	,320[e]	,102	,084	1,46540
6	,314[f]	,098	,083	1,46609
7	,304[g]	,093	,081	1,46819

Regressionsanalyse positives Arztbild (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,324[a]	,105	,074	1,09592
2	,323[b]	,105	,077	1,09407
3	,323[c]	,105	,080	1,09229
4	,323[d]	,104	,083	1,09074
5	,320[e]	,103	,085	1,08977
6	,319[f]	,102	,087	1,08838
7	,308[g]	,095	,083	1,09098

FORSCHUNGSFRAGE 2

Regressionsanalyse Sport (aV) und Gesundheitsverhalten (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,543[a]	,295	,284	21,53266
2	,543[b]	,295	,286	21,49845
3	,541[c]	,293	,286	21,49463

Regressionsanalyse Sport (aV) und Gesundheitskommunikation (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,272[a]	,074	,043	24,99700
2	,272[b]	,074	,046	24,95513
3	,272[c]	,074	,049	24,91354
4	,272[d]	,074	,052	24,87299
5	,272[e]	,074	,055	24,83437
6	,271[f]	,073	,058	24,79983
7	,265[g]	,070	,058	24,79630
8	,254[h]	,065	,055	24,83230

Regressionsanalyse Sport (aV) und Moderatorvariablen (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,578[a]	,334	,312	21,37370
2	,578[b]	,334	,314	21,33863
3	,578[c]	,334	,316	21,30835
4	,577[d]	,333	,318	21,27936
5	,577[e]	,333	,320	21,25537
6	,576[f]	,332	,321	21,23199
7	,575[g]	,331	,322	21,22128

Regressionsanalyse Sport (aV) und gesundheitliches Informationsinteresse (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,254[a]	,064	,052	25,05988
2	,249[b]	,062	,053	25,05172
3	,241[c]	,058	,052	25,06448

FORSCHUNGSFRAGE 3

Regressionsanalyse gesunder Lebensstil (aV) und Sport inklusive Moderatorvariablen und Soziodemografie (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,536[a]	,287	,219	,85967
2	,536[b]	,287	,223	,85742
3	,535[c]	,286	,227	,85543
4	,535[d]	,286	,230	,85359
5	,533[e]	,284	,232	,85219
6	,532[f]	,283	,235	,85099
7	,530[g]	,281	,236	,85008
8	,527[h]	,277	,237	,84971
9	,523[i]	,274	,237	,84982
10	,519[j]	,269	,236	,85032
11	,515[k]	,265	,236	,85037
12	,509[l]	,259	,233	,85188
13	,502[m]	,252	,229	,85396
14	,491[n]	,242	,223	,85756

Regressionsanalyse neutrales Arztbild (aV) und Sport inklusive Moderatorvariablen und Soziodemografie (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,425[a]	,181	,103	1,02359
2	,424[b]	,180	,107	1,02124
3	,424[c]	,179	,111	1,01905
4	,423[d]	,179	,115	1,01693
5	,421[e]	,177	,118	1,01494
6	,419[f]	,176	,121	1,01329
7	,418[g]	,175	,124	1,01142
8	,415[h]	,172	,126	1,01038
9	,409[i]	,167	,125	1,01081
10	,403[j]	,163	,125	1,01114
11	,395[k]	,156	,123	1,01243
12	,384[l]	,147	,118	1,01521
13	,374[m]	,140	,114	1,01724
14	,359[n]	,129	,107	1,02112

Regressionsanalyse Gesundheitskommunikation (aV) und Sport inklusive Moderatorvariablen und Soziodemografie (uV)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,526[a]	,277	,208	1,22523
2	,526[b]	,277	,212	1,22210
3	,526[c]	,276	,216	1,21903
4	,525[d]	,275	,219	1,21671
5	,524[e]	,274	,222	1,21434
6	,523[f]	,273	,225	1,21220
7	,521[g]	,272	,227	1,21046
8	,520[h]	,270	,229	1,20877
9	,516[i]	,266	,229	1,20867
10	,513[j]	,264	,230	1,20800
11	,508[k]	,258	,228	1,20977
12	,502[l]	,252	,226	1,21097
13	,493[m]	,243	,220	1,21576

Abstract deutsch

Die vorliegende Magisterarbeit beschäftigte sich mit dem **„Einfluss von Sport auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation“**. Sport gilt allgemein als gesund und zeigt positive Wirkungen auf Körper und Geist, aber Sport kann auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit einnehmen, etwa wenn die Leistungssteigerung stark im Vordergrund steht, sodass Gesundheitsrisiken eingegangen werden. Die Arbeit ist daher der Frage nachgegangen, ob sich SportlerInnen und Nicht-SportlerInnen in ihrem Gesundheitsverhalten und ihrer Gesundheitskommunikation unterscheiden, also ob Sportlichkeit in den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Menschen einen positiven oder negativen Effekt zeigt. **Forschungsfrage 1** bestätigte vorweg einen Einfluss von der Gesundheitskommunikation auf das Gesundheitsverhalten. Vor allem die Nutzung medialer Quellen zu Gesundheitsthemen erhöhten den „Gesunden Lebensstil“, hingegen die häufigere Nutzung nicht medialer Quellen zu Gesundheitsthemen ließ die „Medizinische Prävention“ sowie das „positive Arztbild“ der Befragten ansteigen. **Forschungsfrage 2** konnte einen Einfluss vom Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitskommunikation auf die aktuelle Sporthäufigkeit feststellen, wobei Ersteres stärker das aktuelle Sporttreiben erklärte als Letzteres. Im Gegensatz dazu konnte schließlich **Forschungsfrage 3** einen Einfluss von bestimmten Sportvariablen und Persönlichkeitsvariablen auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskommunikation messen. **Forschungsfrage 4** bestätigte Unterschiede zwischen Nicht-SportlerInnen und SportlerInnen in ihrer Gesundheitskommunikation. Hingegen **Forschungsfrage 5** zeigte, dass sich LeistungssportlerInnen und GesundheitssportlerInnen in ihrer Informationssuche nach allgemeinen gesundheitsbezogenen sowie sportmedizinischen Themengebieten nicht signifikant unterschieden. Es konnten zusätzlich **neue Hypothesen** generieren werden. SportlerInnen bewerteten ihren Gesundheitszustand signifikant besser als Nicht-SportlerInnen. Außerdem reduzierte ein höheres Interesse nach Krankheitsthemen die Sportaktivität, jedoch ein höheres Interesse nach Gesundheitsthemen erhöhte die aktuelle Sportlichkeit. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Sportverhalten in Bezug auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitskommunikation sowohl positive Effekte als auch negative Auswirkungen haben kann. Bei höherem „Gesunden Lebensstil“ war die Sportaktivität höher, während bei höherem „Medizinischen Präventionsverhalten“ die Sportaktivität niedriger war.

<u>Schlüsselwörter:</u> Sport, Häufigkeit aktueller Sportausübung, Gesundheitsverhalten, Gesunder Lebensstil, Medizinische Prävention, mediale und nicht mediale Gesundheitskommunikation, LeistungssportlerInnen, GesundheitssportlerInnen, Persönlichkeitsvariablen

Abstract englisch

This master thesis deals with **„the influence of sport on the health behaviour and the health communication“**. On the one hand doing sport influences positively the body and soul, but on the other hand it can also have a negative impact on your health, especially when athletes primarily focus on an improvement in performance without taking notice of potential health risks. That is why this master thesis deals with the following question: Is there a difference between athletes and non-athletes concerning their health behaviour and their health communication? Does sportiness has a negative or a positive influence on someone's attitude towards a healthy lifestyle? The **first research question** confirmed the impact of health communication on the health behaviour. The outcome showed that a frequent use of media sources increased people's attitude towards a "healthy lifestyle", while a frequent use of non-media sources increased people's attitude towards a "medical prevention" and a "positive image towards doctors". The **second research question** confirmed the effect of health behaviour and health communication on the actual frequency of doing sport, whereas the first indicator showed a significantly higher effect. In contrast to the second research question, the **third research question** measured the importance of certain sport variables and personality variables on health behaviour and health communication. The **fourth research question** confirmed that there is a significant difference between athletes and non-athletes in their health communication. On the contrary, the **fifth research question** revealed that there is no significant difference in the information seeking concerning general health topics and sport medicine topics between competitive athletes and health-conscious athletes. Furthermore, the master thesis generated the following **new hypothesis.** First of all, athletes valued their own health status better compared to non-athletes. In addition, a higher interest in topics dealing with diseases reduced the actual frequency of doing sport, whereas a higher interest in topics dealing with health increased the actual frequency of doing sport. In conclusion the thesis argues that doing sport can have positive and negative effects on the health behaviour and health communication. A healthy lifestyle is an indicator for doing more sport, while a medical prevention is an indicator for doing less sport.

Keywords: sport, actual frequency of doing sport, health behaviour, healthy lifestyle, medical prevention, media and non-media health communication, competitive athletes, health-conscious athletes, personality variables