



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Wer hat Angst vor Syphilis?

Wie Medien die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft
von jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbare
Infektionen beeinflussen“

verfasst von / submitted by

Jennifer Weiß, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

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

UA 066 841

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

Publizistik und Kommunikationswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Ass.- Prof. Dr. Florian Arendt

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig 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, Jänner 2021

Jennifer Weiß

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Zusammenfassung	10
Abstract	11
1. Einleitung	13
1.1 Forschungsfragen	14
1.2 Forschungsstand.....	15
1.3 Kommunikationswissenschaftliche Relevanz	16
1.4 Aufbau der Arbeit	17
2. Theoretischer Hintergrund	18
2.1 Definitionen.....	18
2.1.1 Risikowahrnehmung	18
2.1.2 Risikobereitschaft	19
2.2 Framing-Ansatz	20
2.3 Framing und Persuasionsforschung.....	24
2.4 Framing und Second-Level Agenda-Setting.....	25
2.5 Visuelles Framing.....	25
2.6 Framing in der Gesundheitskommunikation	26
2.6.1 Wirkungsdimensionen.....	27
2.6.2 Wirkungsarten.....	28
2.6.3 Einflussfaktoren	29
2.6.4 Nicht-intendierte Wirkung auf Gesundheit.....	30
3. Gesundheitskommunikation	33
3.1 Systematisierung der Gesundheitskommunikation.....	35
3.1.1 Ebenen	35
3.1.2 Medien.....	36
3.1.3 Ziele.....	37
3.2 Historische Entwicklung des Forschungsfeldes.....	37
3.3 Interdisziplinäres Forschungsfeld.....	37
3.3.1 Wichtige angrenzende Disziplinen	38
4. Gesundheitsinformationssuche im Internet.....	40
4.1 Exkurs: E-Health.....	41
4.2 Gesundheitskommunikation im Internet.....	41
4.3 Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet.....	42
4.4 Gesundheitskompetenz	43
5. Risikokommunikation	46
5.1 Risikowahrnehmung	48
5.2 Sexuelles Risikoverhalten.....	52
6. Sexuell übertragbare Infektionen im Überblick	53
6.1 Globale Perspektive	55
6.2 Europaweite Perspektive	56
6.3 Nationale Perspektive	58
7. Virale Infektionen.....	60
7.1 HIV	60
7.2 Hepatitis B.....	62
7.3 HSV.....	63

7.4 HPV	64
8. Nicht-virale Infektionen	66
8.1 Syphilis.....	67
8.2 Gonorrhöe.....	68
8.3 Chlamydien	69
8.4 Trichomoniasis	71
9. Übertragung	72
9.1 Kontakt mit ansteckenden Körperflüssigkeiten	72
9.2 Kontakt mit ansteckenden Schleimhäuten	72
9.3 Schmierinfektion	73
9.4 nicht sexuelle Übertragungswege.....	73
10. Methode.....	74
10.1 Fragebogen.....	74
10.2 Framing	75
11. Datenerhebung und -auswertung.....	77
12. Ergebnisdarstellung	78
12.1 Aufschlüsselung in Szenarien	82
12.2 Risikowahrnehmung	88
13. Zusätzliche Analyse	90
13.1 Risikobereitschaft.....	90
13.1.1 Unterschiede nach Geschlecht	90
13.1.2 Unterschiede nach Alter.....	94
13.1.3 Unterschiede nach Beziehungsform	96
13.2 Risikowahrnehmung	100
13.2.1 Eigenes Infektionsrisiko in Hinblick auf Beziehungsform	100
13.2.2 Testbereitschaft	100
13.2.3 Einfluss eines negativen Testergebnisses	100
13.2.4 Kondomnutzung.....	101
14. Fazit	102
15. Literaturverzeichnis.....	104
16. Anhang	113
16.1 Fragebogen.....	113
16.2 Artikel	116
16.3 Abstract.....	118
16.4 Zusammenfassung	119

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation.....	35
Abb. 2: Risikobereitschaft nach Artikelrezeption und Geschlecht.....	80
Abb. 3: Risikowahrnehmung nach Artikelrezeption und Geschlecht.....	81
Abb. 4. Szenario 1, Penetrationssex mit zusätzlicher Verhütung.....	84
Abb. 5. Szenario 2, ungeschützter Oralverkehr.....	85
Abb. 6. Szenario 3, ungeschützter Penetrationssex innerhalb Paar-Beziehung.....	86
Abb. 7. Szenario 3, Penetrationssex mit Verhütung innerhalb Paar-Beziehung.....	87
Abb. 8. Szenario 2, ungeschützter Penetrationssex.....	91
Abb. 9. Szenario 3, Männer ohne Verhütung.....	91
Abb. 10. Szenario 3, Männer mit Verhütung.....	91
Abb. 11. Szenario 3, Frauen ohne Verhütung.....	92
Abb. 12. Szenario 3, Frauen mit Verhütung.....	92
Abb. 13. Szenario 4, Frauen mit Verhütung.....	93
Abb. 14. Szenario 5, Männer mit Verhütung.....	93
Abb. 15. Szenario 5, ungeschützter Oralverkehr.....	93
Abb. 16. Szenario 1, ohne Verhütung.....	94
Abb. 17. Szenario 1, mit Verhütung.....	94
Abb. 18. Szenario 2, ungeschützter Oralverkehr.....	95
Abb. 19. Szenario 5, ungeschützter Oralverkehr.....	96
Abb. 20. Szenario 1, ohne Verhütung.....	97
Abb. 21. Szenario 1, mit Verhütung.....	97
Abb. 22. Szenario 2, ungeschützter Oralverkehr.....	97
Abb. 23. Szenario 3, ohne Verhütung.....	98
Abb. 24. Szenario 3, mit Verhütung.....	98
Abb. 25. Szenario 5, ungeschützter Oralverkehr.....	99

Abkürzungsverzeichnis

Aids.....	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BZgA.....	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ECDC.....	European Centre for Disease Prevention and Control
E- Health.....	Electronic Health
GeSiD.....	Gesundheit und Sexualität in Deutschland
HIV.....	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV.....	Humane Papillomaviren
HSV.....	Herpes-simplex-Virus
MSM.....	Men who have sex with men
RKI.....	Robert Koch-Institut
STI.....	sexually transmitted infections
STD.....	sexually transmitted diseases
WHO.....	world health organisation

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Forschung ist es herauszufinden, inwiefern Medien die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen beeinflussen. Dazu wurde folgende Forschungsfrage gestellt: Wie wirkt sich Framing gesundheitsrelevanter Medieninhalte über sexuell übertragbare Infektionen auf die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen im Alter von 18-30 Jahren aus?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, die sich an die deutschsprachige Bevölkerung zwischen 18 und 30 richtete. Die Befragten wurden zufällig nach zwei Bedingungen unterteilt. Die eine Gruppe rezipierte einen Artikel, der sich mit Präventionsmaßnahmen auseinandersetzte, während die zweite Gruppe einen Artikel über Risiken und Gefahren von STIs las. Außerdem gab es eine Kontrollgruppe, welche gar keinen Artikel rezipierte.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe, welche Risikoinformationen rezipiert hat, ein signifikanter Unterschied in der Risikobereitschaft zu erkennen ist. Die Kontrollgruppe weist allgemein die geringste Risikobereitschaft auf. Bei der Gruppe, welche Bedrohungsappelle ohne eine direkte Empfehlung von Schutzmaßnahmen gelesen hat, ist ein entgegengesetzter Effekt aufgetreten, welcher sich in einem riskanteren Verhalten und höherer Risikobereitschaft äußert. In diesem Fall spricht man vom sogenannten „Bumerang-Effekt“, welcher ein Phänomen der Persuasionsforschung ist. Der Artikel über Präventionsmaßnahmen zeigt bei den Frauen einen positiven Effekt, welcher sich in einer geringeren Risikobereitschaft und höheren Risikowahrnehmung äußert, während er bei den Männern auch zu einem Bumerang-Effekt führt.

Abstract

The aim of this research is to show the extent which media influence young adults' risk perceptions and willingness to take risks regarding sexually transmitted infections. In this purpose this research question posed: How does framing of health-related media content about sexually transmitted infections affect risk perception and willingness to take risks among young adults aged 18-30 years?

To answer this question, an online survey was conducted targeting the german-speaking population between 18 and 30 years. The respondents were randomly divided according to two conditions. One group received an article that was about prevention measures, while the second group read an article about risks and dangers of STIs. In addition, there was a control group that did not receive any article at all.

The results of the study show that there is a significant difference in willingness to take risks between the control group and the group that received risk information. The control group generally exhibits the lowest willingness to take risks. The group that received risk information and threat appeals without a direct recommendation of protective measure, shows an opposite effect. They exhibit definitely riskier behavior and a higher willingness to take risks. In this case, we speak of the so-called "boomerang effect", which is a phenomenon of persuasion research. The article on preventive measures shows a positive effect for women, which is expressed in a lower willingness to take risks and higher risk perception, while it also leads to a "boomerang effect" for men.

1. Einleitung

Jeden Tag gibt es mehr als eine Million Neuinfektionen mit einer sexuell übertragbaren Infektion.¹ Geschlechtskrankheiten können schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben, welche über die unmittelbaren Auswirkungen der Infektionen hinausgehen. Das europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) hat erhoben, dass die Anzahl der Syphilis-Fälle in Europa in den vergangenen Jahren stark gestiegen ist. Die Aids-Hilfe bestätigt, dass es in Österreich täglich mindestens eine HIV-Neuinfektion gibt. Im Jahr 2019 wurden 430 HIV-positive Neudiagnosen registriert.² Eine Statistik der Stadt Wien zeigt, dass die Fälle von Gonorrhöe und Syphilis in den Jahren 1998 bis 2018 insgesamt von 459 auf 1615 Infizierte gestiegen sind.³

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind weltweit ein gesundheitliches Problem, welches oft unterschätzt oder tabuisiert wird. Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschlossen, meine Arbeit genau zu diesem Thema zu schreiben. Laut einer Studie des ECDC seien die größten Faktoren für Neuinfektionen **Geschlechtsverkehr ohne Kondom und mit mehreren Sexualpartnern, kombiniert mit einer geringen Angst, Krankheiten zu bekommen.** Vor allem **risikofreudiges Verhalten** steht oft in Zusammenhang mit einer Infektion.⁴ Deshalb möchte ich genau bei diesem Punkt ansetzen und herausfinden, wie groß die Risikowahrnehmung und die Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen in Bezug auf STIs sind.

Man weiß wenig über die tatsächlichen Zahlen der infizierten Personen, da Geschlechtskrankheiten oft mit Scham und Angst verbunden werden. Ich sehe es als eine Aufgabe der Medien, mit ihrer Berichterstattung dagegenzuwirken und das Thema präsenter zu machen, um ein Bewusstsein zu schaffen. Im Rahmen meiner Arbeit werde ich mit Hilfe des Framing-Ansatzes Artikel zu STIs verschieden aufbereiten, um herauszufinden, ob es einen Unterschied in der Rezeption macht, wie er geschrieben ist und welche Aspekte hervorgehoben werden. Ich will ausfindig machen, wie ein Artikel sein muss, um die Risikowahrnehmung bei jungen Erwachsenen zu erhöhen und die Risikobereitschaft im besten Fall zu senken.

¹ vgl. WHO, 2019

² vgl. Aidshilfe, 2018

³ vgl. Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten, 2019

⁴ vgl. European Centre for Disease Prevention and Control, 2019

1.1 Forschungsfragen

Im Zuge meiner Forschung will ich mich hauptsächlich der Frage widmen, wie Medien die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen beeinflussen. Hierbei werde ich besonders auf den Framing-Ansatz eingehen. Aus diesem Grund habe ich folgende Forschungsfrage formuliert:

Forschungsfrage: Wie wirkt sich Framing gesundheitsrelevanter Medieninhalte über sexuell übertragbare Infektionen auf die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen im Alter von 18-30 Jahren aus?

Meine **zentrale Hypothese** lautet wie folgt:^[1]_[SEP]

- Ein Artikel, welcher auf Präventionsmaßnahmen aufmerksam macht, beeinflusst die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen eher, als ein Artikel, welcher Risiken und Gefahren hervorhebt.

Außerdem werde ich in meiner Forschung das Geschlecht als Moderatorvariable anführen, da ich davon überzeugt bin, dass das Geschlecht in diesem Kontext sehr wohl einen Unterschied zeigen kann und es sehr spannend wäre, diesen herauszuarbeiten, da ich schon mehrere Studien gefunden habe, welche belegen, dass Frauen eine größere Risikowahrnehmung in Bezug auf STIs haben. Abgesehen davon bin ich mir sicher, dass es möglich ist, die Stichprobe so aufzuteilen, dass man bezüglich des Geschlechts repräsentative Aussagen treffen kann.

1.2 Forschungsstand

Allgemein lassen sich viele Studien finden, welche sich im Bereich der Kommunikationswissenschaft mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen. Im Vergleich gibt es wenige Arbeiten, die sich dem Thema Sexualverhalten und Geschlechtskrankheiten widmen, da es leider immer noch in vielen Gesellschaften tabuisiert wird. Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschlossen, eine Forschung in diesem Bereich zu betreiben. Bevor ich näher auf mein eigenes Vorhaben eingehe, möchte ich den Forschungsstand in diesem Gebiet erheben:

Eine Studie der Tulane University hat erforscht, inwiefern der Kondomgebrauch und die Wahrnehmung des STI-Risikos zusammenhängen. Im Rahmen der Studie aus dem Jahr 2007 wurden junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren über ihre Sexualgewohnheiten gefragt. Bei der Befragung nahmen 1712 Männer und 8855 Frauen teil. Es wurde vor allem ein besonderes Augenmerk auf temporäre und oft wechselnde Partner gelegt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Kondomgebrauch bei Männern, im Gegensatz zu den Frauen, nur selten mit dem STI-Risiko in Verbindung gebracht wurde. Frauen, welche schon früh sexuelle Erfahrungen sammelten, tendierten eher dazu, seltener Kondome zu verwenden. Die Risikowahrnehmung allgemein unterschied sich stark zwischen den Geschlechtern. Die Anzahl der angegebenen Sexualpartner korrelierte jedoch bei Frauen und Männern mit der Kondombenutzung und der Wahrnehmung des STI-Risikos.⁵

Das Institute for Global Health hat 2018 eine Studie herausgebracht, in der erforscht wurde, inwiefern die Risikowahrnehmung mit dem Risikoverhalten und der Gesundheitsfürsorge in Verbindung steht. Hierfür wurden in den Jahren 2010-2012 insgesamt 8392 Personen in Großbritannien im Alter von 16 bis 44 befragt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten ihr Risiko für Geschlechtskrankheiten angesichts ihres derzeitigen Lebensstils bewerten. Das Ergebnis zeigte, dass die meisten Männer (64%) und Frauen (73%) sich selbst als überhaupt nicht STI gefährdet bewerten. Nur 5% der Männer und 3% der Frauen sehen sich selbst als stark gefährdet. Eine erhöhte Risikowahrnehmung hing oft mit einer stärkeren Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen zusammen, trotzdem wurde das eigene sexuelle Verhalten nicht angepasst. Nur 58% der Männer und 31% der Frauen, welche im vergangenen Jahr unsicheren Sex hatten und sich selbst als stark

⁵ vgl. Leval et al., 2011

gefährdet eingestuft haben, haben einen Test gemacht. Diese Ergebnisse zeigen, dass viele Menschen mit einem Risiko für STIs ihr eigenes unterschätzen und diejenigen, die sich selbst als sehr gefährdet einschätzen, dennoch die Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen.⁶

Die Florida State University hat erforscht, inwiefern Framing von Nachrichten die Einstellung gegenüber HPV Impfungen beeinflussen kann. An der Studie nahmen 121 Frauen teil. Die eine Hälfte bekam eine Broschüre, in der die Vorteile einer Impfung herausgestrichen wurden, die andere Hälfte eine, in der vor allem die Nachteile und Risiken der Krankheit im Vordergrund standen. Danach gaben die Testpersonen an, ob sie sich gegen HPV impfen lassen würden oder nicht. Der Framing-Effekt wurde allgemein sehr davon beeinflusst, ob die Frauen ein riskantes Sexualverhalten pflegten oder nicht. Der Frame, welcher die Risiken behandelte, war vor allem bei den Frauen wirksam, welche viele verschiedene Sexualpartner hatten und unregelmäßig Kondome verwenden. Angst und Risiken waren in dieser Studie ein deutlich größerer Einfluss als die Vorteile und Chancen der Impfung.⁷

1.3 Kommunikationswissenschaftliche Relevanz

Wie man aus dem Forschungsstand entnehmen kann, gibt es bereits etliche Studien im Bereich der Gesundheitskommunikation, welche sich mit dem Risiko von STIs auseinandersetzen. Sie liefern jedoch meist nur Zahlen als Ergebnisse und zeigen auf, dass es ein Problem in der Risikowahrnehmung und -einschätzung gibt, geben aber wenig Input, wie dagegen angekämpft werden könnte. Mit meiner Studie in Bezug auf Framing und STIs will ich versuchen herauszufinden, wie ein Artikel über sexuell übertragbare Infektionen aufgebaut sein muss und welche Informationen er enthalten sollte, um eine möglichst große Risikowahrnehmung zu gewährleisten und so die jungen Erwachsenen dazu anzuregen, ihr Sexualverhalten zu überdenken und in Frage zu stellen. Framing als solches wird sehr oft in der Gesundheitskommunikation verwendet und kann sehr viel Aufschluss darüber geben, inwiefern man die „manipulierten“ Artikel in Zukunft gezielt einsetzen kann, um ein Ziel zu verfolgen und die Zahlen zukünftig zu senken. In Bezug auf STIs lassen sich jedoch sehr wenig Arbeiten finden, welche mit dem Framing-Ansatz arbeiten.

⁶ vgl. Clifton et al., 2018

⁷ vgl. Gerend/Sheperd, 2007

1.4 Aufbau der Arbeit

Folgend werde ich kurz beschreiben, wie meine Arbeit aufgebaut sein wird. Zuerst möchte ich den theoretischen Hintergrund meiner Arbeit beleuchten und die beiden Begriffe Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft für meine Forschung definieren. Weiters wird näher auf den Framing-Ansatz als Theorie in der Kommunikationswissenschaft eingegangen. Im Laufe des Kapitels werde ich auch herausstreichen, welchen Stellenwert Framing innerhalb der Gesundheitskommunikation hat. Folgend werde ich die Gesundheitskommunikation allgemein mit ihren Wirkungsdimensionen und Wirkungsarten beleuchten. Das nächste Kapitel widmet sich der Risikokommunikation, wobei auch näher auf die Begriffe Risikowahrnehmung und sexuelles Risikoverhalten eingegangen wird.

Weiters folgt ein Teil über sexuell übertragbare Infektionen, in dem vor allem die Zahlen hervorgehoben werden. Hier werden globale, europaweite und nationale Zahlen miteinander verglichen und ausgearbeitet. Als nächsten Schritt werde ich die STIs in virale (HIV, HPV, HSV, Hepatitis B) und nicht-virale (Syphilis, Gonorrhöe, Chlamydien, Trichomoniasis) Infektionen aufteilen und jede einzelne genauer definieren und beschreiben.

Als nächsten Punkt werde ich mich den verschiedenen Übertragungswegen widmen, wobei ich mich auf infektiöse Körperflüssigkeiten, infektiöse Schleimhäute, Schmierinfektionen und nicht sexuelle Übertragungsarten spezialisiert habe.

Im darauffolgenden Kapitel wird die Methode des Fragebogens näher erklärt und genau beschrieben, wie meine Studie aufgebaut ist. Anschließend gehe ich auch noch genauer auf die Datenerhebung und Datenauswertung ein.

Als letztes Kapitel folgt eine ausführliche Beschreibung meiner Ergebnisse und ein zusammenfassendes Fazit mit den wichtigsten Erkenntnissen. Am Schluss der Arbeit befindet sich das Literatur- und Abbildungsverzeichnis.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Definitionen

Da es sich bei meinen beiden abhängigen Variablen um implizite Begriffe handelt, werden sie in diesem Kapitel kurz erklärt und operationalisiert. Der Begriff der Risikowahrnehmung wird außerdem in Kapitel 5.1 noch genauer beleuchtet und intensiver behandelt.

2.1.1 Risikowahrnehmung

Für meine Arbeit habe ich mich für eine Definition der Forscherin Britta Renner entschieden. Sie definiert Risikowahrnehmung als *„die Beurteilung des Risikos einer Gefahrenquelle durch Laien“*.⁸ Dabei unterscheidet sie zwischen der allgemeinen und der persönlichen Risikowahrnehmung. Bei der allgemeinen handelt es sich um eine Beurteilung des Risikos, ohne dabei einen Selbstbezug herzustellen. Die persönliche Risikowahrnehmung ist *„die Wahrnehmung des persönlichen Risikos bzw. das Erleben persönlicher Verwundbarkeit“*.⁹ Laut Renner hängt diese Einschätzung vor allem von dem Schweregrad eines Ereignisses und der Eintrittswahrscheinlichkeit für die eigene Person ab.

Die persönliche Risikowahrnehmung unterteilt sich nochmals in das eigene absolute und das komparative Risiko. Während beim absoluten Risiko von den Personen bewertet wird, wie hoch zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit ist, sich mit einer bestimmten Krankheit zu infizieren, beschreibt das komparative Risiko die eigene Risikoeinschätzung im Vergleich zu anderen Personen im selben Alter.

Im Rahmen meiner Forschungsarbeit werde ich die persönliche Risikowahrnehmung der Teilnehmenden in einem Fragebogen abfragen. Hierbei werde ich mich auf das eigene absolute Risiko fokussieren.

Konkret möchte ich die Daten mit folgenden Fragen erheben:

- Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, eine andere Person mit einer sexuellen Krankheit zu infizieren?
- Wie hoch schätzen Sie Ihr eigenes Risiko ein, sich selbst bei folgenden Akten mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren?

⁸ Renner, 2003: 470

⁹ Renner, 2003: 471

Bei der zweiten Frage wird für jede sexuelle Tätigkeit (Küssen, Petting, Oral-, Vaginal-, Analsex) eine eigene Risikoeinschätzung der Teilnehmenden gefordert. Bei beiden Fragen können die Testpersonen zwischen folgenden Risikoeinschätzungen wählen: gar nicht, eher niedrig, eher hoch, sehr hoch.

Außerdem werde ich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Frage stellen, ob sie sich schon einmal auf STIs haben testen lassen und ob ein negatives Testergebnis dann ihr Verhalten auf irgendeine Art verändert hat.

2.1.2 Risikobereitschaft

Da ich in der Literatur keine perfekte Definition von Risikobereitschaft für meine Arbeit gefunden habe, entscheide ich mich dazu, selbst diesen Begriff greifbar zu machen. Risikobereitschaft wird im Laufe meiner Forschung als Bereitschaft verstanden, sexuelles Risikoverhalten absichtlich und wissentlich einzugehen. Für den Begriff des sexuellen Risikoverhaltens habe ich mich für eine Definition von Miller entschieden, welche ungeschützten oralen, vaginalen oder analen Sex miteinschließt. Da es in meiner Studie um sexuell übertragbare Infektionen geht, konzentriere ich mich auf die Bereitschaft von Personen, ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben, bei dem eine Infektionsmöglichkeit besteht.

Konkret möchte ich die Daten mit folgenden Fragen erheben:

Ich habe fünf unterschiedliche Szenarien erfunden, welche später bei der Ergebnisdarstellung alle noch ausführlich beschrieben werden. Nach jedem Text sollen die Versuchspersonen ausfüllen, wie groß ihre eigene Bereitschaft wäre, in dieser Situation auch ohne Kondom mit der anderen Person intim zu werden. Dabei habe ich mich für einen Schieberegler entschieden, um etwaige Tendenzen besser ablesen zu können und um zu unterscheiden, ob es sich um eine klare Entscheidung handelt, oder die Personen eher unsicher sind. Die verschiedenen Szenarien gehen auf unterschiedliche Arten von Geschlechtsverkehr und Paar-Konstellationen ein, um hier besonders die Unterschiede deutlich machen zu können.

2.2 Framing-Ansatz

Als theoretische Fundierung für diese Arbeit werde ich den Framing-Ansatz heranziehen. Seinen Ursprung hat er vor allem in der Psychologie, Soziologie und Kommunikationswissenschaft. Folgend werde ich auf die drei unterschiedlichen Traditionen kurz eingehen:

In der Soziologie gilt vor allem Goffmann als Begründer des Framing-Ansatzes. In seinem Werk von 1980 beschreibt er, dass eine Person Ereignisse, welche sie erlebt hat, erst sinnvoll strukturieren muss, um diese auch verstehen zu können. Durch einen „Rahmen“ deutet und erkennt eine Person eine bestimmte Situation und handelt dann entsprechend ihrer Wahrnehmung und Interpretation. Da Situationen aber oft komplex sein können, besteht die Möglichkeit, dass mehrere Frames gleichzeitig auftauchen, welche eine Person auch anwenden kann. Je nach dem, ob der „richtige“ Rahmen in der Situation verwendet wird, kommt es zu einem Handlungserfolg. Goffmann geht es in seiner Forschung vor allem um Alltagssituationen und weniger um medial vermittelte Kommunikation.¹⁰

In der Psychologie findet man vor allem Kahnemann und Tversky als Begründer des Framing-Ansatzes. Im Jahr 1981 stellten sich die beiden Wissenschaftler die Frage, wieso genau dieselbe Information in verschiedenen Kontexten zu unterschiedlichen Entscheidungen führen kann. Im Rahmen einer Studie stellten sie fest, dass die Art der Präsentation eine wichtige Rolle dabei spielt, ob Personen eher risikovermeidendes oder risikofreudiges Verhalten wählen. Dabei hängt die Entscheidung vor allem davon ab, ob das Problem in einem positiven oder negativen Frame dargestellt wird. Die beiden Forscher unterscheiden zwischen Äquivalenz- und Betonungs-Frames. Bei ersteren geht es um die unterschiedliche Darstellung des Inhalts durch eine verschiedenartige Formulierung. Bei zweiteren handelt es sich um die Hervorhebung verschiedener Punkte in Bezug auf den Inhalt, hier werden also verschiedene Argumente hervorgehoben.¹¹

Die Grundlage der Framing-Forschung in der Kommunikationswissenschaft liegt vor allem in der Forschung von Entman. Er stellte 1993 folgende Definition auf:

¹⁰ vgl. Matthes, 2014: 24ff

¹¹ vgl. Matthes, 2014: 26ff

„To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating context, in such way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described.“¹²

Entman beschäftigt sich in seinen Werken vor allem mit Medieninhalten und die damit verbundene verzerrte Berichterstattung. Er sieht die Aufgabe der Kommunikationswissenschaft darin, Theorien zusammenzufügen und Erklärungen zu finden, die in verschiedenen Disziplinen normalerweise anders definiert werden. Seine Theorie sagt einem Frame folgende vier Funktionen zu, welche jedoch nicht alle gleichzeitig erfüllt werden müssen: Definieren eines Problems, Feststellen der Ursache, moralische Bewertung und Lösungsvorschläge. Basierend auf seiner Pionierarbeit ist die Framing-Forschung in den 1990er und 2000er Jahren zum wichtigsten Ansatz der Medienforschung geworden.¹³

Framing ist allgemein ein selektiver Wahrnehmungsprozess, das bedeutet, dass innerhalb einer Berichterstattung auf bestimmte Informationen und Merkmale eines Themas mehr Aufmerksamkeit gelegt wird als auf die übrigen. Framing ist also die Betonung eines Aspekts von einem Thema, während andere in den Hintergrund gerückt werden.¹⁴ Matthes definiert Framing zum Beispiel als den *„aktiven Prozess des selektiven Hervorhebens von Informationen und Positionen“*.¹⁵ Kommunikatoren verwenden Framing also, um eine Information auf eine bestimmte Art zu präsentieren, welche mit bereits existierenden Schemen zusammenpasst.¹⁶ Laut Entman tritt dieser Prozess durch *Selektion* und *Salienz* auf.¹⁷

Nach Dahinden sind Frames *„Deutungsmuster, die sich in allen Phasen von massenmedialen Kommunikationsprozessen (PR, Journalismus, Medieninhalte, Publikum) identifizieren lassen“*.¹⁸ Dabei strukturieren sie Informationen in Form von Deutungsmustern, um so die Komplexität zu reduzieren und die Selektion von neuen

¹² Entman, 1993: 52

¹³ vgl. Matthes, 2014: 30ff

¹⁴ vgl. Scheufele, 2003: 46

¹⁵ Matthes, 2014: 10

¹⁶ vgl. Scheufele/Tewksbury, 2007: 12

¹⁷ vgl. Entman, 1993: 52f

¹⁸ Dahinden, 2006: 308

Informationen zu leiten. Ähnlich wie bei der Metapher haben auch Frames das Ziel, auf allgemeine Muster zu schließen.

Das strategische Ziel der Kommunikatoren ist laut Matthes, den eigenen Frame nach außen zu tragen und öffentlich zu diskutieren. Strategisches Framing umfasst auch den Wettbewerb mit den Frames von anderen Kommunikatoren. Dabei ist vor allem wichtig zu verstehen, dass ein Diskurs immer von verschiedenen Frames ausgetragen wird und diese um Öffentlichkeit und Medienpräsenz kämpfen. Von Journalistinnen und Journalisten gegebene Blickwinkel beeinflussen gesellschaftliche Debatten, auch andere öffentliche Akteure haben das Ziel ihre jeweilige Sichtweise in den Vordergrund zu bringen. Diese Frames sind außerdem nie statisch, sondern wandelbar und sehr dynamisch. Wenn ein Frame im Diskurs wenig Chancen hat, kann er auch im Laufe der Zeit verändert oder angepasst werden.¹⁹

Beim journalistischen Framing heben die Journalistinnen und Journalisten im Rahmen ihrer Berichterstattung hervor, welche Aspekte sie für besonders wichtig erachten. Dabei übernehmen sie nicht einfach die Frames der Kommunikatoren, sondern bringen selbst Sichtweisen, Interpretationen und Blickwinkel ein. Dabei bildet ein medialer Frame eine „Grundlage“ für Journalisten, die es ihnen ermöglicht, die große Zahl an Informationen relativ schnell zu identifizieren und klassifizieren, um diese dann als Mitteilung an das Publikum weiterzuschicken. Journalistische Frames sind sehr eng mit Medien-Frames verbunden. Hier handelt es sich um eine bestimmte Sichtweise, welche innerhalb eines Medienartikels eingenommen wird.²⁰

Publikums- oder Rezipienten-Frames werden von Individuen bei der Informationsverarbeitung verwendet, wobei innerhalb dieses Prozesses manche Aspekte ignoriert oder angepasst werden. Rezipientinnen und Rezipienten können die Sichtweise aus den Medien übernehmen, oder aber sie ignorieren und vernachlässigen bestimmte Punkte. Dabei betrachten sie die Berichterstattung mit ihrem eigenen „Rahmen“ und ordnen das Problem dementsprechend ein.²¹

¹⁹ vgl. Matthes, 2014: 14f

²⁰ vgl. Scheufele, 2000: 306

²¹ vgl. Matthes, 2014: 11ff

Alle Akteure, welche am Framing-Prozess beteiligt sind, spielen eine sehr wichtige und aktive Rolle. Durch die Möglichkeit der „Feedback-Schleifen“ können sich die verschiedenen Sichtweisen auch gegenseitig beeinflussen. Dabei schlagen Kommunikatoren Frames vor, welche von den Journalistinnen und Journalisten übernommen oder abgeändert werden können. Durch die Rezeption wird beim Publikum eine Reaktion ausgelöst, wodurch die Kommunikatoren ihren „Erfolg“ messen können. Auf dieser Wissensgrundlage verändern die Kommunikatoren ihre Frames, beziehungsweise können sie so auf Frames der anderen Parteien reagieren.²²

Die Ergebnisse solcher Framing-Prozesse nennt man Frames. Matthes beschreibt Frames als „*Sinnhorizonte, die gewisse Informationen und Positionen hervorheben und andere ausblenden*“.²³

Bei der Erfassung von Frames kommen laut Matthes folgende Methoden zum Einsatz:

- 1) *Analyse von Dokumenten*: Hierbei kann es sich um alle möglichen Arten von Dokumenten über einen Akteur handeln. Egal ob es Pressemitteilungen, historische Materialien oder Teilnehmerlisten sind. Bei dieser Methode kann man einen direkten Einblick in die strategischen Frames der Akteure bekommen.
- 2) *Interviews mit den Akteuren*: Auch aus Interviews mit Akteuren oder Gruppenmitgliedern können Frames erfasst werden. Diese Methode eignet sich vor allem gut für die Ermittlung von Kommunikator-Frames.
- 3) *Analyse des Medieninhaltes*: Auch durch Medieninhalte können Frames entdeckt werden. Das Problem hierbei ist, dass der journalistische Frame den Kommunikator-Frame verfälschen könnte.
- 4) *Analyse von Kommentaren und Editorials*: Vor allem journalistische Frames lassen sich gut durch die Analyse von Kommentaren und Editorials der Journalisten erkennen, in denen sie ihre eigene Meinung preisgeben.
- 5) *Auf Metaphern, Argumente und Bilder achten*: Oft sind Medien-Frames nicht offensichtlich und lassen sich aus Metaphern, Bildern und Schlüsselwörtern herauslesen.²⁴

²² vgl. Matthes, 2014: 19

²³ Matthes, 2014: 10

2.3 Framing und Persuasionsforschung

Da es sich beim Framing, genauso wie bei der Persuasionsforschung, darum handelt, wie Medien-Frames auf die Meinungen und Einstellungen der Bürger wirken, stellt sich seit den 1950er Jahren die Frage, wo genau der Unterschied dieser beiden Felder liegt. Einige Stimmen behaupten, dass sich die beiden Bereiche auf unterschiedliche Prozesse beziehen.

Nelson et al. sind der Auffassung, dass in der Persuasionsforschung die Einstellung der Bürger, durch die Vermittlung neuer Information verändert wird. Beim Framing hingegen wird nur die Gewichtung und Hervorhebung der bereits bestehenden Information verändert, es wird also keine neue Information gelernt.²⁵

Folgend möchte ich auf zwei Unterschiede zwischen Persuasions- und Framing-Forschung eingehen:

- Persuasionsforschung hat das klare Ziel, Rezipientinnen und Rezipienten zu beeinflussen und deren Meinungen zu ändern, wie es beispielsweise bei Werbebotschaften der Fall ist. Frames hingegen beziehen sich nicht immer auf die Meinungsänderung, sondern auch auf journalistische Inhalte. Bei ihnen handelt es sich außerdem um komplexe Muster und nicht nur um Statements und Argumente.
- Tewksbury und Scheufele (2009) betonen, dass sich die unabhängigen Variablen der beiden Forschungsbereiche unterscheiden. Während bei der Persuasion die Bewertung eines Objektes im Vordergrund steht, bezieht sich Framing auf die Interpretation des Themas. Natürlich ist es auch möglich, dass bestimmte Frames eine Meinungsänderung hervorrufen, jeder Framing-Effekt ist also ein potentieller Einstellungseffekt. Persuasion funktioniert jedoch auch durch andere psychologische Methoden, wie zum Beispiel Konditionierung oder Heuristiken. Somit handelt es sich nicht bei jedem Persuasionseffekt automatisch auch um einen Framing-Effekt.²⁶

²⁴ vgl. Matthes, 2014: 36ff

²⁵ vgl. Matthes, 2014: 77ff

²⁶ vgl. Tewksbury/Scheufele, 2009: 17ff

2.4 Framing und Second-Level Agenda-Setting

Der Grundgedanke der Agenda-Setting-Theorie ist, dass die Relevanz und Häufigkeit von Themen in der Berichterstattung einen Einfluss darauf hat, welche Themen die Rezipientinnen und Rezipienten als wichtig erachten. Der Framing-Ansatz wird oft als Erweiterung der Agenda-Setting-Theorie gesehen. Ausgangspunkt dieser Erweiterung ist die Differenzierung von Objekten und den Attributen dieser Objekte. Ein Objekt ist hier zum Beispiel ein öffentliches Thema, welches wiederum aus mehreren Attributen besteht, welche die Eigenschaften dieses Objektes beschreiben. Laut Matthes wird hier der „Wichtigkeitstransfer“ des Objektes als First-Level Agenda-Setting und der „Wichtigkeitstransfer“ von Attributen als Second-Level Agenda-Setting beschrieben. Bisher war man der Meinung, dass Agenda-Setting nicht vorschreibt, was das Publikum denken soll, sondern vielmehr worüber es nachdenken soll. Mit Hilfe des Second-Levels beeinflussen die Medien jetzt aber auch, wie die Rezipientinnen und Rezipienten über das Objekt denken sollen.

Viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler argumentieren, dass eine Gleichsetzung beider Begriffe nicht sinnvoll ist, da es bisher schon schwierig war eine genaue und einheitliche Definition von Frames zu finden. Der Frame-Begriff ist aber allgemein etwas weiter als der Attribut-Begriff des Agenda-Settings. Zudem kommt noch, dass die klassische Agenda-Setting-Theorie in anderen Kontexten verwendet wird, als Framing.²⁷

2.5 Visuelles Framing

Es kommt in der Forschung zwar sehr selten vor, da meistens textuelle Frames benutzt und erforscht werden, aber Frames können nicht nur verbal, sondern auch visuell kommuniziert werden. Autoren sprechen hier von sogenannten visuellen Frames.

Diese haben laut Matthes drei wichtige Eigenschaften:

- Sie verkürzen ideologische Positionen auf das Wesentliche. Mit Bildern werden die wichtigsten Argumente und Gedanken hervorgehoben. Somit können visuellen Frames ihre textuellen Vorgänger erweitern, oder gar ersetzen.

²⁷ vgl. Matthes, 2014: 70ff

- Visuelle Frames gehen über textuelle Frames hinaus. Bilder sind in der Lage, gewisse Botschaften besser zu überspitzen und auf den Punkt zu bringen, als es mancher Text könnte.
- Im Gegensatz zu textuellen Frames können sie die Aufmerksamkeit besser auf sich lenken. Bilder werden schneller verarbeitet und man kann sich auch im Nachhinein besser daran erinnern.

Ein gängiges Beispiel für visuelles Framing bilden Wahlplakate. Hier ist es möglich, mit extremen Bildern Aufmerksamkeit zu erlangen, wobei die Botschaft textuell bestimmt als überspitzt und zu radikal bewertet werden würde. Außerdem ist die Chance auf Gegenargumente bei Bildern wesentlich geringer als bei Textbotschaften, was zum Teil auch daran liegt, dass Menschen oft das glauben, was sie sehen.²⁸

2.6 Framing in der Gesundheitskommunikation

Framing wird in der Gesundheitskommunikation oft dafür verwendet, um herauszufinden, welche Merkmale gesundheitsrelevante Medieninhalte aufweisen müssen, um bei Rezipientinnen und Rezipienten einen gesundheitsbewussteren Lebensstil hervorzurufen. Reifegerste et al. gehen davon aus, dass *„abhängig von der Kontextualisierung und Bewertung eines Themas unterschiedliche Schlussfolgerungen hinsichtlich der Problemdefinition, der Ursachen, der Bewertung und der Lösungsmöglichkeiten erfolgen“*.²⁹

Viele Studien haben nachgewiesen, dass die Art, wie Konsequenzen in einem Medieninhalt geframed werden, Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Entscheidungen hat. Speziell in der Gesundheitskommunikation wurde die unterschiedliche Valenz der Konsequenzen genauer untersucht. Gallagher und Updegraff haben herausgefunden, dass positive Botschaften, welche auf Prävention aufmerksam machen, die Rezipientinnen und Rezipienten mehr überzeugen als Botschaften, welche sich auf die Risiken spezialisieren.³⁰

²⁸ vgl. Matthes, 2014: 79ff

²⁹ Reifegerste et al., 2013: 122

³⁰ vgl. Reifegerste et al., 2013: 122f

Poggiolini und Ryffel haben 2017 in einer Studie untersucht, ob und inwiefern Warnhinweise auf Zigarettenpackungen Rauchende beeinflussen. Dabei wurde herausgefunden, dass Frageformulierungen (*Wollen Sie mit dem Rauchen Ihren Kindern schaden?*) von Raucherinnen und Rauchern wesentlich aufmerksamer verarbeitet und somit auch besser gemerkt wurden als Aussageformulierungen (*Rauchen schadet Ihren Kindern.*). Fragestellungen haben allgemein auch eine höhere Intention zum Rauchstopp herbeigerufen, als die Aussagen auf den Packungen. Weiters wurde in der Studie zwischen gesundheitsbezogenen und sozialen Appellen unterschieden, wobei es bei ersteren um die eigene Gesundheit und bei zweiteren um die Gesundheit der eigenen Kinder ging. Die Ergebnisse zeigen, dass gedankenanregende Hinweise, ganz unabhängig von der Gefährdungsgruppe, mehr Aufmerksamkeit erzielen, besser gemerkt werden und somit auch den Willen zur Verhaltensänderung fördern.³¹

Allgemein kann zwischen formal-abstrakten und inhaltlich-argumentativen Frames unterschieden werden. Erstere beziehen sich auf die Gestaltung und Präsentation des Beitrags. Im Gesundheitsbereich werden hier oft Zitate von Betroffenen oder Statistiken und Diagramme eingefügt. Viele Studien belegen, dass beispielhafte Darstellungen von gesundheitsfördernden oder gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen einen stärkeren Einfluss haben als statistische Angaben.

Inhaltliche Frames beziehen sich auf den Inhalt des Beitrags, in gesundheitsrelevanten Medien handelt es sich hierbei oft um Präventionsinformationen, gesundheitliche Auswirkungen oder soziale Konsequenzen.³²

2.6.1 Wirkungsdimensionen

Bei der Gesundheitskommunikation kann man innerhalb der Wirkungsebenen individuelle und gesellschaftliche Folgen feststellen. Individuen werden auf den Ebenen des Gesundheitsbewusstseins, des Wissens, der Einstellung oder des Verhaltens beeinflusst. Auf gesellschaftlicher Ebene können Homogenisierung oder Differenzierung die Folge sein. Durch Gesundheitskampagnen können sich Personen in Bezug auf Wissen und Einstellung annähern, oder aber es entstehen Wissensklüfte, welcher zu einer größeren Entfernung beitragen.

³¹ vgl. Poggiolini/Ryffel, 2017: 175ff

³² vgl. Reifegerste et al., 2013: 124ff

Gesundheitsbezogene Informationen können auch bezüglich ihrer Wirkung unterschieden werden. Positive Effekte sind zum Beispiel Sensibilisierung oder die Motivation, ein gesünderes Leben zu führen. Negative Effekte wären unter anderem Angst oder Verunsicherung.

Wenn gesundheitsbezogene Einstellungen unmittelbar durch die Nutzung medialer Informationen verändert werden, spricht man von einer direkten Wirkung. Wird die Wirkung jedoch erst dann erzielt, wenn mit anderen Personen darüber gesprochen wird, handelt es sich um eine indirekte Wirkung.

Bestimmte Wirkungen lassen sich auch hinsichtlich der Wirkungsabsicht gliedern: Hier wird zwischen intendierten und nicht-intendierten Wirkungen unterschieden. Auch die Dauer der Wirkung spielt eine Rolle. So können die Rezipientinnen und Rezipienten kurz nach einer Gesundheitsinformation motiviert sein, ihr Verhalten und ihre Einstellung zu ändern, nach wenigen Tagen oder Wochen jedoch wieder in alte Muster zurückfallen. Idealerweise würde die Rezeption aber zum Beispiel zu einer dauerhaften Ernährungsumstellung führen.

Die klassischen Wirkungsdimensionen umfassen außerdem den Wirkungszeitpunkt, den Wirkungseintritt, die Wirkungsintensität, die Reichweite und die Art der Wirkung.³³

2.6.2 Wirkungsarten

Je nach Wirkungsebene (Mikro-, Meso- und Makroebene) sind unterschiedliche Wirkungsarten zu erkennen. Auf der *Individualebene* kann man laut Rossmann und Ziegler die Wirkungen in folgende vier Bereiche einteilen: affektiv, kognitiv, konativ und physiologisch. Dabei bilden emotionale Reaktionen auf Gesundheitsinformationen wie Hoffnung oder Angst die affektive Komponente. Die kognitive Ebene beinhaltet Wissen. Konative Effekte befinden sich auf der Verhaltensebene und können das Gesundheitsverhalten verändern. Physiologische Effekte wären zum Beispiel Gewichtsreduktion oder ein besseres Wohlbefinden. Wirkungen in der Gesundheitskommunikation sind allgemein positiv.

Die *Mesoebene* beschäftigt sich vor allem mit interpersonaler Kommunikation. Sie erstreckt sich von der Arzt-Patienten-Kommunikation bis hin zur Anschlusskommunikation mit Freunden und Familienmitgliedern. Aber auch die

³³ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 385f

Kommunikationsprozesse innerhalb von Gesundheitsämtern, Schulen oder zwischen Politikern gehören dazu.

Auf der *Makroebene* geht es vor allem um mediale Gesundheitsinformationen und deren Wirkung. Auf dieser Ebene lassen sich Homogenisierungs- und Differenzierungsprozesse innerhalb der Gesellschaft beobachten.³⁴

2.6.3 Einflussfaktoren

Es lassen sich in der Gesundheitskommunikation verschiedene Einflussfaktoren unterscheiden. Dazu zählen zum Beispiel Botschaftsmerkmale, situationsbedingte Unterschiede sowie Eigenschaften der Rezipientinnen und Rezipienten.

Gesundheitsinformationen können sich beispielsweise in Bezug auf den Medienkanal differenzieren. Hier wurde schon im Jahre 1984 von Kreps und Thornton festgestellt, dass unterschiedliche Medienarten andere Potenziale aufweisen. Für die Gesundheitskommunikation sind aber nicht nur die klassischen Medien von Bedeutung, sondern auch Computerspiele, Plakate, Flyer, Broschüren oder Newsletter.

Auch zwischen den verschiedenen Genres können Unterschiede festgestellt werden. So kommt es beispielsweise bei Informations- oder Unterhaltungsformaten, Gesundheitsmagazinen oder –portalen und sozialen Netzwerken zu unterschiedlichen Effekten. Beim Entertainment-Education-Ansatz werden explizit Unterhaltungsangebote als Strategie der Gesundheitsförderung eingebaut. Somit können Zielgruppen erreicht werden, welche sonst keine klassischen Informationsangebote nutzen würden, wie zum Beispiel Jugendliche. Die Palette der gesundheitsbezogenen Inhalte ist sehr breit gefächert, sie reicht von Sport, Ernährung über die Wirkung verschiedener Medikamente oder die Darstellung von Erkrankungen. Wenn beispielsweise in einer Serie ein Darsteller Drogen konsumiert, ohne dass darauf näher eingegangen wird, spricht man von einem impliziten Gesundheitsbezug.

Auch stilistische Mittel können ein wesentlicher Einflussfaktor sein. Sowohl die sprachliche, als auch die visuelle Gestaltung sind hier von Bedeutung. Außerdem wird untersucht, ob Furchtappelle oder humorvolle Elemente verwendet werden.³⁵

³⁴ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 386f

³⁵ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 387f

2.6.4 Nicht-intendierte Wirkung auf Gesundheit

In manchen Fällen lösen Gesundheitskampagnen Effekte aus, welche nicht beabsichtigt waren. Auch Medieninhalte, welche eigentlich nicht dazu gedacht sind, Gesundheitsinformationen zu vermitteln, können manchmal einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Personen haben. In solchen Situationen spricht man von nicht-intendierter Wirkung.

Cho und Salmon unterscheiden 2007 fünf verschiedene Dimensionen von nicht-intendierten Kampagneneffekten:³⁶

1. Ebene (Individuum oder Gesellschaft)
2. Zeit (kurz- oder langfristig)
3. Zielgruppe (anvisiert oder nicht envisiert)
4. Medieninhalt (spezifisch oder unspezifisch)
5. Valenz (erwünscht oder unerwünscht)

Weiters differenzieren sie zwischen elf verschiedenen nicht-intendierten Effekten von Kampagnen. Diese können unter anderem zu einer falschen Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken führen (*obfuscation*), Dissonanzreaktionen hervorrufen (*dissonance*), ebenso gegensätzliche Effekte können die Folge sein (*boomerang*). Manche Personen können sich nach der Rezeption mehr Sorgen machen als zuvor (*epidemic of apprehension*), die Kampagne könnte aber auch Desensibilisierung gegenüber Gesundheitsrisiken zur Folge haben (*desensitization*). Auch die Setzung sozialer Normen (*social norming*), oder Schuldzuweisungen (*culpability*) und Opportunitätskosten (*opportunity cost*) können durch Kampagnen ausgelöst werden. Weitere Effekte wären die soziale Reproduktion bestehender Einstellungen (*social reproduction*), die Imagestärkung von Stakeholdern (*enabling*) oder die Systemaktivierung (*system activation*).

Aufgrund meiner Studienergebnisse möchte ich in diesem Kapitel vorgreifen und kurz genauer auf den sogenannten „Bumerang-Effekt“ eingehen. Das Fundament dieses Effektes ist die Theorie der Reaktanz, welche besagt: *„Reaktantes Verhalten tritt auf, wenn ein Persuasionsversuch als aufdringlich empfunden und die Wahlfreiheit, eine bestimmte Meinung anzunehmen, als einschränkend*

³⁶ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 393f

wahrgenommen wird. Daraufhin entsteht eine Motivation, die ausgeschlossenen Optionen wieder zu ermöglichen“. ³⁷ Als Folge besteht die Möglichkeit eines Bumerang-Effekts, also „eine Verstärkung der zum Persuasionsversuch entgegengesetzten Position“. ³⁸ Voraussetzung für reaktantes Verhalten ist, dass der Persuasionsversuch von den Personen wahrgenommen wird.

In einer Studie von Henriksen et al. (2006) wurden 14-17-Jährigen verschiedene Werbungen zur Prävention des Rauchens bei Jugendlichen gezeigt. Dabei war die Hälfte Werbung eines Tabakunternehmens und die andere Hälfte von einer gemeinnützigen Organisation. Die Ergebnisse zeigen, dass die Absicht zu rauchen sich bei keiner der Gruppen aufgrund der Werbung unterscheidet. Allerdings führt die Werbung des Tabakunternehmens zu einer allgemein positiveren Einstellung gegenüber Tabakfirmen. Diese Studie zeigt, dass von der Industrie gesponserte Anti-Raucher-Werbung eher das Unternehmensimage fördert als das Rauchen bei Jugendlichen zu verhindern. Solche Werbemaßnahmen sind für Jugendliche also eher schädlich als hilfreich. ³⁹

Auch Medienangebote, welche nicht direkt mit dem Gesundheitsbereich zu tun haben, können in der Lage sein, Wirkung bei den Rezipientinnen und Rezipienten zu erzielen. Es wird zum Beispiel vermutet, dass erhöhte Internetnutzung einen Zusammenhang mit Depression und Einsamkeit haben könnte. Auch Unterhaltungsangebote im Fernsehen und Werbespots können bei den Zuschauerinnen und Zuschauern Kultivierungseffekte hervorrufen und damit zu einer verzerrten Wahrnehmung in Gesundheitsfragen führen. Ebenso nicht-fiktionale Medieninhalte können nicht-intendierte Wirkungen nach sich ziehen, so kann beispielsweise die Unter- oder Überpräsentation bestimmter Themen eine verzerrte Risikowahrnehmung bei Gesundheitsrisiken auslösen. ⁴⁰

Auch Gesundheitsangebote im Internet können nicht-intendierte Wirkungen nach sich ziehen, wobei die Grenze hier sehr fließend ist. Eine sehr positive und oft intendierte Wirkung ist laut Rossmann und Ziegler Empowerment. So fühlen sich

³⁷ Wirth/Kühne, 2013: 322

³⁸ Wirth/Kühne, 2013: 322

³⁹ Vgl. Henriksen et al., 2006

⁴⁰ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 393f

Internetnutzerinnen und –nutzer durch die rezipierte Information oft bestärkt und besser in der Lage, Entscheidungen zu treffen, ohne dabei nur den Ratschlägen der Ärztinnen und Ärzte zu folgen. Wenn sich die Nutzerinnen und Nutzer jedoch ausschließlich auf die Internetinformation verlassen und sich gegen die Behandlungsempfehlungen des medizinischen Fachpersonals entscheiden, kann dies auch negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben.

Es wird deutlich, dass intendierte und nicht-intendierte Wirkungen sehr nah beieinander liegen und gesundheitsförderliche mit gesundheitsschädlichen Botschaften geradezu konkurrieren. Genau dieses Dilemma macht die Beeinflussung in Gesundheitsthemen so schwierig. Die Gesundheitskommunikation ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, welches sich ebenso mit Bereichen der Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Ökonomie beschäftigt. Abgesehen davon kommt die Frage hinzu, ob es ethisch richtig ist, eine Botschaft zu verbreiten, welche den Menschen unter Umständen schaden kann, falls es zu nicht-intendierten Wirkungen kommt. Ein Ansatz hier entgegenzuwirken, ist die Persuasionsversuche offenzulegen und so das ethische Dilemma ein wenig zu beantworten. Die Lösung kann schließlich laut Rossmann und Ziegler nicht darin liegen, Gesundheitsthemen zukünftig nicht mehr zu kommunizieren.⁴¹

⁴¹vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 395f

3. Gesundheitskommunikation

Obwohl der Begriff Gesundheit mehrmals am Tag von vielen Menschen verwendet wird, ist es schwierig, diesen zu definieren. Zum einen versteht man unter Gesundheit den objektiven Zustand, den man zum Beispiel durch bestimmte Tests messen kann. Zum anderen handelt es sich auch um ein subjektives, individuelles Gefühl. Weiters zählen zur Gesundheit nicht nur das körperliche und psychische Wohlbefinden, sondern auch geistige und soziale Aspekte spielen hier eine Rolle. Uns Menschen sind also auch die Einbindung in soziale Netzwerke, oder sozioökonomische Verhältnisse bei unserer allgemeinen Gesundheit wichtig.

Gesundheit ist in diesem Sinne also viel mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Die salutogenetische Sichtweise bindet auch die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeiten und Ressourcen mit ein. Viele Forscherinnen und Forscher gehen deshalb von einem Kontinuum aus, wobei Krankheit und Gesundheit nicht voneinander abhängig sind, sondern vielmehr einen fließenden Übergang haben. So ist neben der Kuration (Beseitigung von Krankheitsfolgen) auch die Prävention (Vorbeugen von Krankheiten) und Gesundheitsförderung wichtig.⁴²

Aus der Sicht der Kommunikationswissenschaften beschreibt Gesundheitskommunikation die Kommunikation über gesundheitsbezogene Themen. Es ist also die *„Art und Weise, wie man individuelle, institutionelle und andere Öffentlichkeiten über wichtige Problemfelder im Bereich der Gesundheit informiert“*⁴³. Dazu gehören auch die Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, politische und ökonomische Fragen der Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit innerhalb einer Gesellschaft. Diese breite Definition von Gesundheitskommunikation schließt alle Kommunikationspartner wie Behörden, Ärztinnen und Ärzte, aber auch Patientinnen und Patienten mit ein. Es werden auch alle Ebenen der Kommunikation berücksichtigt, wie zum Beispiel die Berichterstattung in den Massenmedien.⁴⁴

⁴² vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 17f

⁴³ Renner/Panzer/Oeberst, 2007: 252

⁴⁴ vgl. Renner/Panzer/Oeberst, 2007: 252f

Hurrelmann und Leppin definieren Gesundheitskommunikation 2001 wie folgt:

*„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Kommunikationsprozess kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen, das heißt eher den Charakter einer Information von Sender zu Empfänger haben, wie zum Beispiel (noch) beim Medium Fernsehen oder bei Plakatkampagnen, oder genuinen Austausch und gemeinsame Sinnkonstruktion repräsentieren, wie dies idealerweise in einem anamnestischen oder therapeutischen Arzt-Patient-Gespräch der Fall ist“.*⁴⁵

Das Gebiet der Gesundheitskommunikation hat viele Parallelen mit der Risikokommunikation. Dabei beschäftigt sich die Risikokommunikation auch noch mit anderen Risiken, welche über die Fragestellungen der Gesundheitskommunikation hinausgehen. Außerdem behandelt sie nur den negativen Zustand von Gesundheit. Das Ziel beider Forschungsbereiche ist das Ausbauen einer Risikowahrnehmung bei den Rezipientinnen und Rezipienten, welches ein Schutzverhalten derer auslöst.

Ebenso lässt sich eine große Schnittmenge von Gesundheitskommunikation und Wissenschaftskommunikation finden. So wird beispielsweise im Rahmen des Medizinjournalismus Wissen über medizinische Forschungsergebnisse geteilt. In der Gesundheitskommunikation wird hinzu noch die Kommunikation über Gesundheitspolitik oder das Gesundheitssystem behandelt.⁴⁶

⁴⁵ Hurrelmann/Leppin, 2001: 11

⁴⁶ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 20f

3.1 Systematisierung der Gesundheitskommunikation

Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten, um das Gebiet der Gesundheitskommunikation zu gliedern. Reifegerste hat sich dabei für drei Merkmale entschieden, welche eine Unterteilung ermöglichen. Die Wissenschaftlerin gliedert das Gebiet anhand der Merkmale **Ebene**, **Medien** und **Ziele**, worauf ich folgend kurz eingehen möchte.

Kriterium	Dimensionen	Beispiele
Ebene	intrapersonal	psychische Prozesse, Vorstellungen
	interpersonal	Arzt-Patienten-Gespräch, Gespräch zwischen Pflegepersonal
	Gruppen und Organisationen	Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärztekammer, Patientenvertretung
	Gesellschaft	Mediensystem, Staat, Kultur, Massenkommunikation
Medien	Technik	Face-to-Face-Kommunikation, analoge oder digitale Medien
	Reichweite	Gruppenmedien, Massenmedien
	Funktion	Information, Unterhaltung, Persuasion, Austausch
	Forschungsbereich	Kommunikator, Inhalt, Nutzung, Wirkung
Ziele	keine expliziten Gesundheitsziele	Internetsucht, unbewusste Entspannung durch Film
	kognitive Ziele	Gesundheitskompetenz, Verringerung der Wissenslücke
	affektive Ziele	Furcht, Bereitschaft zu sozialer Unterstützung
	konative Ziele	Ernährungs- und Bewegungsverhalten
	Gesundheitszustand	Morbidität, Mortalität, Wohlbefinden

Abb. 1: Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation⁴⁷

3.1.1 Ebenen

Die erste Möglichkeit der Systematisierung ist die Unterscheidung bezüglich der verschiedenen Ebenen. Hier werden meist vier Ebenen unterschieden:

- 1) Intrapersonale Kommunikation: Kommunikative und psychische Prozesse innerhalb einer Person.

⁴⁷ Reifegerste/Ort, 2018: 22

- 2) Interpersonale Kommunikation: Austausch von Informationen zwischen Personen.
- 3) Gruppen- und Organisationskommunikation: Kommunikation zwischen Gesundheitsinstitutionen (Krankenhaus, Pflegeheim).
- 4) Gesellschaft: Gesellschaftliche Relevanz (Medien- oder Gesundheitssystem)⁴⁸

Innerhalb des vierten Bereiches findet sich das Gebiet der massenmedialen Kommunikation wieder. Hier lassen sich erneut Unterscheidungen treffen: Die Kommunikatorforschung und der Medizinjournalismus beschäftigen sich damit, welche Gesundheitsthemen in den Medien behandelt werden, sowie mit der Ethik und Verantwortung des Berufsstandes. Die Medieninhaltsforschung sieht ihren Schwerpunkt in der Darstellung gesundheitsrelevanter Informationen. Die Themen beinhalten etwa die Gesundheitspolitik oder die gesundheitliche Aufklärung und Prävention. Die Mediennutzungsforschung umfasst alle Fragen rund um das Thema Rezeption. Hier geht es vor allem darum, wer welche Medien nutzt, wie sich Personen über Gesundheitsthemen informieren, oder welches Medium sich für welche Botschaft am besten eignet. Die Wirkungsforschung umfasst den medialen Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen, Wahrnehmungen oder Verhaltensänderungen. Außerdem stellt sie sich die Frage wie genau Botschaften aufbereitet sein müssen, um die Rezipientinnen und Rezipienten zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren. Die Gesundheitskommunikation beschäftigt sich dabei nicht nur mit den intendierten Wirkungen, wie beispielsweise bei Kampagnen und Broschüren, sondern vielmehr auch mit nicht-intendierten Wirkungen, wie zum Beispiel Gesundheitsinformationen innerhalb einer Unterhaltungsserie im Fernsehen.⁴⁹

3.1.2 Medien

Die zweite Möglichkeit der Systematisierung ist die Unterscheidung nach Medien. Für die Gesundheitskommunikation sind hier vor allem die Technik und die Reichweite der Medien vorrangig. Ebenso wie Medienangebote, bei denen Detailgrade notwendig sind. Im Bereich der Technik wird hauptsächlich zwischen audiovisuellen Medien und Printmedien unterschieden, wobei zu letzteren auch Flyer, Plakate und Broschüren zählen. Bei der Reichweite differenziert Reifegerste

⁴⁸ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 22

⁴⁹ vgl. Rossmann/Ziegler, 2013: 484f

zwischen tatsächlicher und potenzieller Verbreitung der Medieninhalte. Medien können auch aufgrund ihrer Funktion unterschieden werden. So gibt es beispielsweise die Funktionen Unterhaltung, Information, Persuasion und Austausch.⁵⁰

3.1.3 Ziele

Die dritte Möglichkeit der Systematisierung bilden die Ziele der Gesundheitskommunikation. Hier wird im Wesentlichen zwischen intendierter und nicht-intendierter Wirkung unterschieden. Oft wird auch zwischen gesundheitsbezogenen und gesundheitsrelevanten Inhalten differenziert. Dabei fokussieren gesundheitsbezogene Inhalte das Thema Gesundheit direkt und wollen eine bestimmte Wirkung herbeiführen. Gesundheitsrelevante Inhalte hingegen sprechen primär kein Gesundheitsthema an, können aber dennoch Auswirkungen auf die Rezipientinnen und Rezipienten haben.⁵¹

3.2 Historische Entwicklung des Forschungsfeldes

Schon seit 1940 wurde in den USA zu Health Communication Forschung betrieben. Dort hat sich die Forschungsdisziplin mittlerweile zu einem wichtigen Gebiet entwickelt, zu dem laufend Publikationen und Journals erscheinen. Im deutschsprachigen Europa hingegen gilt die Gesundheitskommunikation noch als sehr junge Teildisziplin, worin die ersten Bücher erst um die Jahrtausendwende veröffentlicht wurden. Die Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum fixiert sich vor allem auf massenmediale Kommunikation, wobei die internationale Forschung sich stärker mit interpersonaler und organisationaler Kommunikation beschäftigt.⁵²

3.3 Interdisziplinäres Forschungsfeld

Die Gesundheitskommunikation weist viele Verbindungen zu angrenzenden Disziplinen auf. Das Forschungsgebiet beschäftigt sich mit allen möglichen Fragen aus dem medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Bereich. Dabei werden die Fragestellungen immer aus einer kommunikationswissenschaftlichen Sichtweise untersucht. Dieses interdisziplinäre Denken ist für viele Fragen unumgänglich, um ein Verständnis des Forschungsgegenstandes sicherzustellen,

⁵⁰ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 22ff

⁵¹ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 24f

⁵² vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 25f

denn nur so können gemeinsame Lösungsansätze erarbeitet werden. Im Rahmen der Transdisziplinarität werden ebenso Methoden und Theorien von anderen Forschungsrichtungen verwendet.

An sich ist die Gesundheitskommunikation ein Teil der Kommunikationswissenschaft, die dank ihrer historischen Vergangenheit viele Perspektiven, Methoden und Theorien vereint. Im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen zählt die Kommunikationswissenschaft zu den jüngeren Gebieten. Sie behandelt vor allem medial vermittelte und interpersonale Kommunikation samt ihren sozialen Bedingungen und Folgen. Neben der Risiko- und Wissenschaftskommunikation bildet die Gesundheitskommunikation ein weiteres Forschungsfeld der Kommunikationswissenschaft, welches sich mit einem konkreten Thema auseinandersetzt.⁵³

3.3.1 Wichtige angrenzende Disziplinen

Zurzeit bauen die meisten Studien der Gesundheitskommunikation auf den Ansätzen und Theorien der Psychologie oder Gesundheitswissenschaften auf. Es gibt aber auch noch zahlreiche andere Teildisziplinen, welche die Gesundheitskommunikation beeinflussen:

- In der Psychologie wird Gesundheit und Krankheit aus einer Perspektive erklärt, welche vor allem das Individuum betrifft. Auch der Einfluss von kognitiven und emotionalen Faktoren auf den Gesundheitszustand spielen hier eine wichtige Rolle. Es geht um die inneren Prozesse eines Menschen und seine Motive für bestimmtes Verhalten und Verhaltensänderungen.
- Das Gebiet der Gesundheitswissenschaften setzt sich selbst schon aus verschiedenen Disziplinen zusammen. Das Fach spezialisiert sich auf die Analyse von Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen. Das Interesse liegt hier eindeutig auf der Meso- und Makroebene, also bei der Bevölkerung und Gesellschaft. Die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich außerdem mit Risikofaktoren, Häufigkeiten und Verteilungen von Krankheiten in der Bevölkerung.
- Die Medizin setzt sich mit den Ursachen, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten auseinander, welche durch die

⁵³ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 27f

Gesundheitskommunikation vermittelt werden. Besonders wichtig erscheinen hier die Arzt-Patienten-Kommunikation, Organisations- und Patienteninformationen. Kenntnisse über den medizinischen Forschungsstand sind entscheidend, wenn es darum geht, Gesundheitskommunikation zielgerichtet einzusetzen.

- Das Gebiet der Soziologie behandelt Beziehungen und Kommunikation zwischen Individuen, sowie innerhalb und zwischen Gruppen. Hier wird die Entstehung und Funktion sozialer Systeme beleuchtet, sowie herausgefunden wie diese die individuelle Lebensweise beeinflussen können.
- In der Gesundheitsberichterstattung werden Daten von verschiedenen Instituten oder dem Staat freigegeben. Hier geht es vor allem um die Verbreitung von Krankheiten nach Kriterien wie Alter, Geschlecht und Regionen. Anhand dieser Daten lässt sich erkennen welche Bevölkerungsgruppen am ehesten von bestimmten Krankheiten betroffen sind und somit eine wichtige Zielgruppe für die Kommunikation bieten.⁵⁴

⁵⁴ vgl. Reifegerste/Ort, 2018: 28ff

4. Gesundheitsinformationssuche im Internet

Gesundheitskommunikation im Internet kommt in den letzten Jahren immer häufiger vor. Die Anzahl der Internetseiten, welche sich mit gesundheitsbezogenen Inhalten beschäftigen, wird immer größer und auch die Menge der Betroffenen, die im Internet nach Informationen suchen, steigt an. Diese Entwicklung bringt viele Vor- und Nachteile mit sich, welche in folgendem Kapitel beleuchtet werden.

Ich habe mich deshalb für dieses Kapitel in meiner Arbeit entschieden, da sich die meisten jungen Erwachsenen über STIs im Internet informieren. Da die klassischen Medien oft wenig über Geschlechtskrankheiten berichten, wenden sie sich aktiv dem Themengebiet zu und rezipieren Artikel oder andere Inhalte im Internet.

Schon im Jahr 1993 gingen die ersten Seiten mit medizinischen und gesundheitsbezogenen Inhalten online. Ab diesem Zeitpunkt ist die Anzahl dieser Seiten immer mehr angestiegen und auch die Gruppe der Personen, welche sich im Internet über Krankheiten und Gesundheit informieren, wird immer größer. Das Internet macht es außerdem möglich verschiedenste Menschen in Foren zusammenzuführen und dort einen Austausch zu ermöglichen. Diese Interaktivität, die Aktualität und die niedrige Schwelle des Zugriffs eröffnen laut Rossmann viele neue Facetten im Bereich der Gesundheitsförderung. Bestimmte Zielgruppen sind fortan leichter zu erreichen und auch die Patientinnen und Patienten selbst sind unabhängiger von ihrem medizinischen Fachpersonal. Es besteht die Hoffnung, dass Gesundheitskampagnen im Internet in Zukunft erfolgreicher sein werden und mehr Personen damit erreicht werden können.

Trotz der vielen Vorteile können Gesundheitsinformationen im Internet auch problematisch werden. Zum Beispiel dann, wenn es darum geht, bestimmte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, welche ohnehin schwer erreichbar sind und vernachlässigt werden. Es ist auch wichtig zu hinterfragen, welche Qualität die Angebote und Informationen im Internet haben, beziehungsweise zu beleuchten, wie mit den rezipierten Informationen umgegangen wird.⁵⁵

⁵⁵ vgl. Rossmann, 2010: 338ff

4.1 Exkurs: E-Health

Bei dem Versuch Electronic-Health zu definieren, scheiden sich die Geister. Allgemein kann man sagen, dass E-Health alles umfasst, was mit Elektronik und Medizin zu tun hat. Je nach Definition handelt es sich hierbei um Facetten der Gesundheitsangebote im Internet. Diese reichen von Webportalen und Diskussionsforen, über Arzt-Patienten-Kommunikation bis zu elektronischen Patientenakten.

Kacher et al. unterscheiden fünf Leistungsbereiche von E-Health:⁵⁶

1. *Content*: Vermittlung von Information
2. *Commerce*: Aufrechterhaltung von Geschäftsbeziehungen
3. *Connectivity*: Vernetzung von Patientinnen und Patienten und medizinischem Fachpersonal
4. *Computer Application*: neue Technologien für Kommunikation
5. *Care*: medizinisch-pflegerische Dienstleistungen

4.2 Gesundheitskommunikation im Internet

Das Internet macht es der Kommunikation möglich, etwaige Raum- und Zeitschranken zu überwinden. Online-Kommunikation geht oft schneller, flexibler und ist aktueller. Bei gesundheitsbezogenen Inhalten verlieren Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apothekern, welche bislang die Hauptansprechpartner bei medizinischen Fragen waren, an Gewichtung. Online ist eine Vielzahl von verschiedensten Seiten zu finden. Egal ob es sich um Portale, Lexika, Gesundheitssendungen, Artikel, Chatrooms oder Foren handelt – das Informations- und Meinungsspektrum wird laufend erweitert.⁵⁷

Gitlow unterscheidet hierbei drei verschiedene Bereiche:⁵⁸

1. *Health Content*: Dieser Bereich umfasst alle Angebote, welche Informationen zu Gesundheit oder Krankheit bereitstellen. Hier gibt es viele Gesundheitsportale, welche entweder allgemeine Informationen zu allen möglichen medizinischen Bereichen liefern, sowie Plattformen, die sich auf bestimmte Krankheiten spezialisieren.

⁵⁶ vgl. Rossmann, 2010: 340f

⁵⁷ vgl. Rossmann, 2010: 341f

⁵⁸ vgl. Rossmann, 2010: 342f

2. *Health Communities*: Das sind soziale Netzwerke, die es ermöglichen, dass sich Personen mit denselben Symptomen oder Krankheiten austauschen können. Diese Angebote erstrecken sich von Diskussionsforen und Chatrooms über virtuelle Selbsthilfegruppen. Die Nutzerinnen und Nutzer können hier selbst Informationen preisgeben, was die Qualität dieser Informationen stark in Frage stellt.
3. *Health Provision*: Auf diesen Plattformen wird ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt ermöglicht.

Die genannten drei Bereiche unterscheiden sich in mehreren Punkten. So wird beispielsweise bei Health-Content-Angeboten nur einseitig Information vermittelt, aus welchem Grund sie sich hauptsächlich an passiv-rezipierende Nutzerinnen und Nutzer richten. Health Communities hingegen fordern Interaktion und leben davon, dass die Personen sich untereinander austauschen. Bei Health Provision steht ebenso die Interaktion im Vordergrund, da es sich um ein Arzt-Patienten-Gespräch handelt.⁵⁹

4.3 Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet

Eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach hat ergeben, dass im Jahr 2000 lediglich 7% der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren Gesundheitsangebote im Internet genutzt haben. Bis ins Jahr 2002 stieg der Anteil schon auf 24% an. 2006 suchten bereits 46% der über 10-Jährigen im Internet nach Gesundheitsfragen und im Jahr 2007 waren es schon über der Hälfte der Deutschen ab 15 Jahren. Obwohl die Nutzerzahlen steigen, ergeben Studien, dass das Internet im Gegensatz zu anderen Informationsquellen eine eher unwichtige Rolle in Gesundheitsfragen spielt. Als wichtigste Quelle für gesundheitsbezogene Information nennen die meisten Personen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker.

Natürlich sind nicht alle Menschen gleich an Gesundheitsinformationen im Internet interessiert. Vor allem junge und gebildete Menschen machen vom Medium Internet in Gesundheitsfragen Gebrauch. Ein weiteres Merkmal ist die ausgeprägte Gesundheitsorientierung und ein starkes Gesundheitsbewusstsein. Auch Personen

⁵⁹ vgl. Rossmann, 2010: 342f

mit einer chronischen Krankheit, beziehungsweise welche, die vor kurzer Zeit eine neue Diagnose erhalten haben, suchen nach Informationen im Internet.⁶⁰

Auch in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention wird stark auf das Internet gesetzt. Es ermöglicht nämlich die Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer, kann interaktiv gestaltet werden und so interpersonale Kommunikation mit medialer Reichweite verbinden. Ein wichtiger Punkt ist die Qualität der Informationen, welche man nicht immer kontrollieren kann. Deshalb ist es wichtig, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu fördern und auszubauen, damit diese die Informationen einordnen, evaluieren und qualitativ hochwertigen von nicht hochwertigem Inhalt unterscheiden können.⁶¹

4.4 Gesundheitskompetenz

Der Begriff der Gesundheitskompetenz (health literacy) findet seinen Ursprung in den 1970er Jahren in Zusammenhang mit schulischer Gesundheitsbildung. Seit den 1990er Jahren hat er auch in den Sozialwissenschaften seinen Platz. Anfangs beschäftigten sich vor allem die Forscherinnen und Forscher aus den USA mit diesem Begriff, bis er später auch nach Europa überschwappte. Mittlerweile gibt es viele verschiedene Definitionen, welche versuchen den Begriff der Gesundheitskompetenz greifbar zu machen. Dabei definiert die WHO Gesundheitskompetenz wie folgt:

*„Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people’s access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.“*⁶²

Kickbusch et al. sehen Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit des Individuums, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, welche sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken können. Dieses alltägliche Leben umfasst dabei den häuslichen Bereich,

⁶⁰ vgl. Rossmann, 2010: 343ff

⁶¹ vgl. Rossmann, 2010: 343f

⁶² WHO Health Promotion Glossary, 1998:10

den Arbeitsplatz, aber auch die Gesellschaft und die politischen Handlungsfelder.⁶³ Laut Abel und Bruhin ist Gesundheitskompetenz eine Sache, welche erstrangig über Kultur, Bildung und Erziehung erlernt und weitergegeben wird. Dazu zählen sie Wissen, welches einem Individuum eine *„gesundheitsförderliche Lebensführung ermöglicht“*.⁶⁴ Andere Definitionen schließen ebenfalls die Bereiche Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung mit ein und haben das Ziel die Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

Allgemein lässt sich sagen, dass Gesundheitskompetenz eine breite Palette von Fähigkeiten beschreibt, welche alle Definitionen gemeinsam haben: *„Gesundheitsinformationen erwerben, verstehen und beurteilen, sich über Gesundheit/Krankheit austauschen, gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und Gesundheitsinformationen für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit erfolgreich nutzen“*.⁶⁵

Nutbeam hat 2000 eine erste Differenzierung des Begriffs vorgenommen, welche heute noch oft zitiert wird und große Bedeutung hat. Der Forscher unterscheidet dabei zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz, welche er pyramidenförmig aufbaut.

Die Basis seines Konstrukts bildet dabei die funktionale Gesundheitskompetenz, welche die Fähigkeit beschreibt *„gesundheitsrelevante Informationen zu finden und ihre Inhalte so zu verstehen, wie sie - von Experten und Expertinnen – als medizinisch sinnvoll definiert sind“*.⁶⁶ In dieser Stufe geht es also vor allem um den Wissenserwerb in Bereichen der Gesundheitsrisiken und die Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems. Darüber befindet sich die interaktive Gesundheitskompetenz, die den interaktiven Austausch über Gesundheitsthemen miteinschließt. Es geht um die Fähigkeit, Wissen aus diversen Quellen zu ordnen und anzuwenden. Außerdem wird dieses Wissen anderen Personen zur Verfügung gestellt, wenn es zu Gesundheitsfragen im Bekanntenkreis, oder bei Arzt-Patienten-Gesprächen kommt. In der Pyramidenspitze befindet sich die kritische

⁶³ vgl. Kickbusch/Maag/Saan, 2005: 10

⁶⁴ Soellner/Huber/Lenartz/Rudinger, 2009: 106

⁶⁵ Abel/Sommerhalder, 2015: 923

⁶⁶ Abel/Sommerhalder, 2015: 924

Gesundheitskompetenz, welche sich auf den „*aufgeklärten und reflektierten Umgang mit Gesundheit*“⁶⁷ fokussiert. Das bedeutet den selektiven Umgang mit den rezipierten Inhalten sowie eine bewusste und kritische Lebensgestaltung (wie zum Beispiel Versorgungsleistungen, Gesundheitsförderung und Präventionsangebote).

Kickbusch legt 2006 aufbauend auf Nutbeams Arbeiten folgende fünf Handlungsbereiche fest, in denen Gesundheitskompetenz im täglichen Leben wichtig ist. Die *persönliche Gesundheit* umfasst dabei den Erwerb von Grundkenntnissen über Gesundheit und das Anwenden von gesundheitsförderlichem Verhalten. Die *Systemorientierung* beinhaltet die Fertigkeit sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und Fachpersonal gegenüber als kompetenter Partner zu erscheinen. Beim *Konsumverhalten* ist es wichtig, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen bezüglich gesundheitlicher Aspekte zu treffen. Der Bereich *Gesundheitspolitik* erwartet, dass eine Person in der Lage ist, gesellschaftlich und politisch informiert zu handeln und sich zu engagieren. Beim Bereich der *Arbeitswelt* geht es darum die Gesundheit zu schützen und Unfälle sowie Krankheiten bestmöglich zu vermeiden, es soll eine angemessene Work-Life-Balance gefunden werden.⁶⁸

⁶⁷ Abel/Sommerhalder, 2015: 924

⁶⁸ vgl. Soellner/Huber/Lenartz/Rudinger, 2009: 108ff

5. Risikokommunikation

Allgemein beschreibt das Teilgebiet der Risikokommunikation den Prozess, *„der die Unsicherheit des Eintritts eines Schadens und die Ungewissheit zukünftiger Schadensfolgen problematisiert. Bei Risikokommunikation wird die Kontingenz der selektiven Wahrnehmungen von als unsicher(er) erlebten, erfahrenen und behandelten Entscheidungsfolgen im Vergleich zu normaler Kommunikation gesteigert“*.⁶⁹ In der Praxis findet die Risikokommunikation ihren Platz vor allem in Feldern wie Wirtschaft oder Politik. Dabei sollen riskante Szenarien beobachtet und bewertet werden, außerdem wird erarbeitet, wie man am besten damit umgehen solle. In den USA wurde schon früh Wert auf die Risikokommunikation gelegt. Mit ihrer Hilfe wurde erarbeitet, welche Eigenschaften und Strategien ein Kommunikator braucht und wie man so seine Glaubwürdigkeit steigern könnte. Es wird gezielt versucht, die Art der Informationsvermittlung an die dementsprechenden Zielgruppen anzupassen.⁷⁰

Luhmann beschreibt Risikokommunikation als Folge der *„Unmöglichkeit perfekt rationalen (optimalen) Entscheidens (...), vor auszusehen, was eine Entscheidung gewesen sein wird“*.⁷¹ Der Entscheidungsprozess wird dafür in seine Einzelteile zerlegt und es wird ermittelt, mit welcher Art sich das Risiko bestmöglich nach außen kommunizieren lässt.

Die Risikokommunikation hat viel mit der Gesundheitskommunikation gemeinsam. Das Ziel beider Forschungsbereiche ist das Ausbauen einer Risikowahrnehmung bei den Rezipientinnen und Rezipienten, welches ein Schutzverhalten derer auslöst.

Die Gesundheitspsychologie stellt sich laut Renner die Frage, welchen Einfluss die Risikokommunikation auf die Risikowahrnehmung hat. Laut Renner kann man in der Risikokommunikation zwischen „Furchtappellen“ und „Informationsappellen“ unterscheiden.

Furchtappelle streichen vor allem die negativen Konsequenzen eines Verhaltens heraus und versuchen Angst und Bedrohung zu erzeugen, um eine bestimmte

⁶⁹ Ruhrmann, 2015: 980

⁷⁰ vgl. Ruhrmann, 2015: 980f

⁷¹ Ruhrmann/Guenther, 2016: 302f

Handlung hervorzurufen.⁷² In einer Studie von Witte und Allen wurde herausgefunden, dass Furchtappelle einen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten haben können. Allerdings hängt die Wirksamkeit nicht nur von der Intensität ab, sondern auch von der Effektivität und den empfohlenen Schutzmaßnahmen.⁷³

In einer Studie von Struckman-Johnson und Struckman-Johnson wurde herausgefunden, dass Männer mehr Kondome verwendeten, kurz nachdem sie angstausslösende Informationen über HIV rezipiert haben, in der die explizite Empfehlung enthalten war, Kondome als Schutz zu verwenden.⁷⁴

Witte machte im Jahr 1992 eine Studie zum Thema HIV-Prävention durch die Nutzung von Kondomen. Hier gab es zwei Testgruppen, wobei einer Hälfte Information darüber gezeigt wurde, wie wirksam Kondome gegen HIV sind. Die andere Gruppe bekam Informationen über das Versagen von Kondomen und die Probleme bei der Anwendung. Danach wurde die Kondomnutzung aller Testpersonen protokolliert und herausgefunden, dass die Gruppe, welche über die Probleme der Kondomnutzung informiert wurde, wesentlich weniger Kondome verwendete als die andere Gruppe. Man konnte feststellen, dass Risikoinformationen und Bedrohungsappelle ohne eine Empfehlung von Schutzmaßnahmen einen entgegengesetzten Effekt haben können, den sogenannten „Bumerang-Effekt“.⁷⁵

Laut Haisch und Hornung ist es wichtig, dass für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation nur ein kontrolliertes Maß an Furcht geschaffen wird. Außerdem muss das Gefühl vermittelt werden, dass die Bedrohung kontrollierbar ist, damit die gesundheitliche Eigenverantwortung gestärkt werden kann und so das Gesundheitsverhalten geändert wird.⁷⁶

Informationsappelle versuchen eine Situation möglichst objektiv darzustellen und so die Personen zu eigenverantwortlichen Handlungsweisen zu bewegen. Laut Hoffrage ist hier vor allem wichtig, wie numerische Daten dargestellt werden und welche

⁷² vgl. Renner, 2007: 251f

⁷³ vgl. Witte/Allen, 2000

⁷⁴ vgl. Struckman-Johnson/Struckman-Johnson, 1996

⁷⁵ vgl. Devos-Comby/Salovey, 2002: 290

⁷⁶ vgl. Schwermer, 2012: 21

Formulierungen getätigt werden. So sind Häufigkeiten im Vergleich zu Wahrscheinlichkeiten für die Rezipientinnen und Rezipienten leichter verständlich. Außerdem spielt der Framing-Effekt eine Rolle, wobei auf unterschiedliche Dinge Wert gelegt werden kann. Die Effektivität einer Behandlungsmethode kann so zum Beispiel mit der Anzahl der Geretteten, oder der Anzahl der verstorbenen Personen dargestellt werden. Laut einer Studie von McNeil et al. entscheidet dieser Framing-Effekt für welche Behandlungsmethode sich Ärztinnen und Ärzte eher entscheiden: Bei der Angabe der Verstorbenen entschieden sich 50% der Medizinerinnen und Mediziner für die Bestrahlung, bei der Angabe der Geretteten nur noch weniger als 20%.⁷⁷ Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, inwiefern sich die Person persönlich angesprochen und betroffen fühlt. Allgemein formulierte Informationen führen nämlich lediglich zu einer erhöhten allgemeinen, aber keiner höheren persönlichen Risikoeinschätzung. Laut Renner versuchen Menschen allgemein eine generell positive Sichtweise bezüglich der eigenen Gesundheit aufrechtzuerhalten.⁷⁸

Das eigentliche Ziel der Risikokommunikation besteht darin, die Rezipientinnen und Rezipienten über mögliche Gesundheitsgefahren zu informieren. Leider führen sie oft nur zu einer höheren allgemeinen Risikoeinschätzung und selten zu einer Änderung der persönlichen Risikowahrnehmung. Aus diesem Grund wird immer mehr darauf gesetzt einen direkten Selbstbezug herzustellen und so die Menschen mehr anzusprechen. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass Personen, die eine ungünstige Risikorückmeldung erhalten, oft die Zuverlässigkeit des Tests infrage stellen. Expertinnen und Experten sprechen in diesem Fall von der *selbstdefensiven Informationsverarbeitung*, bei der Menschen generell versuchen eher eine positive Sichtweise der eigenen Gesundheit zu wahren und negative Informationen weniger Gewichtung zu verleihen.⁷⁹

5.1 Risikowahrnehmung

Für das Wort „Risiko“ lassen sich viele Ursprünge feststellen, welche sich von China, über Griechenland, Italien bis zum arabischen Raum erstrecken. Weitere Definitionen des Begriffs entwickelten sich in Europa mit dem Buchdruck. Oft werden mit dem Risikobegriff eine göttliche Vorahnung und das Schicksal verbunden,

⁷⁷ vgl. McNeil et al., 1982

⁷⁸ vgl. Renner, 2007: 253f

⁷⁹ vgl. Renner/Schupp/Schmälzle, 2009: 118

wodurch der Mensch nicht in den Lauf der Dinge eingreifen kann. Im 17. Jahrhundert beispielsweise haben sich die italienischen Kaufleute darauf eingelassen, mit den gefährlichen arabischen Seeleuten zu handeln. Sie sind also das Risiko für einen gewinnbringenden Handel eingegangen. Erst zu Beginn der Industrialisierung wurde versucht, mittels Gesetze und Versicherungen Gefahren zu mindern und Risiken zu senken.⁸⁰

Der Begriff „Risiko“ wird heute allgemein definiert als *„die Möglichkeit eines Schadens oder Verlustes“*.⁸¹ Dabei kommen zwei Komponenten ins Spiel, nämlich die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Schadens und sein Schweregrad. Diese beiden Maßstäbe werden durch Expertinnen und Experten der verschiedensten Fachrichtungen mit Hilfe der „Risikoabschätzung“ quantifiziert. Dabei handelt es sich häufig um die Anzahl der Todes- oder Krankheitsfälle in einem bestimmten Zeitraum.⁸²

Ruhrmann beschreibt in seinem Werk eine Risikoformel, mit der seit der Jahrhundertwende das Risiko ausgerechnet werden kann. Dabei bildet das Risiko (R) das Produkt aus der Wahrscheinlichkeit (P) und der Höhe (S) eines Schadens. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Formel: **$R=P \times S$** . Die Funktion dieser Formel lag am Anfang darin, unerwünschte Folgen bei Entscheidungen berechenbar zu machen.⁸³

Britta Renner definiert Risikowahrnehmung als *„die Beurteilung des Risikos einer Gefahrenquelle durch Laien“*.⁸⁴ Renner versteht unter Risiko nichts, was man mit den Sinnesorganen wahrnehmen kann, sondern vielmehr ein Merkmal, dem Aktivitäten und Situationen zugeschrieben werden können. Es wird zwischen allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung unterschieden.

Die allgemeine Risikowahrnehmung ist die *„Beurteilung des Risikos verschiedener Gefahrenquellen, ohne dass ein Selbstbezug hergestellt wird“*.⁸⁵ Es geht also um die

⁸⁰ vgl. Ruhrmann, 2015: 977ff

⁸¹ Renner/Schupp/Schmälzle, 2009: 113

⁸² vgl. Renner/Schupp/Schmälzle, 2009: 113f

⁸³ vgl. Ruhrmann, 2015: 979

⁸⁴ Renner, 2003: 470

⁸⁵ Renner, 2003: 470

generelle Einschätzung eines Risikos einer Sache, wie beispielsweise Naturkatastrophen oder neue Technologien wie Gentechnik. Hier bedienen sich Laien zur Risikoeinschätzung oft der „Affekt-Heuristik“: *„Je mehr die Vorstellungen über eine Gefahrenquelle (zB ein Atomkraftwerk) mit negativen Affekt einhergehen, desto riskanter werden diese bewertet“*.⁸⁶ Untersuchungen zeigen, dass nicht nur die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit, sondern auch zusätzliche Fragen wie das Katastrophenpotential oder die Bekanntheit der Ereignisse berücksichtigt werden. Außerdem werden Aktivitäten, welche Personen persönlich kennen oder dessen Risiko sie sich freiwillig aussetzen, von ihnen als weniger bedrohlich und riskant eingestuft. Hingegen werden Dinge, worüber sie keine direkte Kontrolle haben, eher als Gefahr gesehen.⁸⁷

Die persönliche Risikowahrnehmung beschäftigt sich mit der *„Wahrnehmung des persönlichen Risikos bzw. das Erleben persönlicher Verwundbarkeit“*.⁸⁸ Die persönliche Risikowahrnehmung hängt laut Renner von dem perzipierten Schweregrad eines Ereignisses und der Eintrittswahrscheinlichkeit für die eigene Person ab. Der Schweregrad einer Erkrankung hängt beispielsweise von dem Wissen über Merkmale und den sozialen Vergleichsprozessen ab.

Das *eigene absolute Risiko*, also wie hoch zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit ist, sich selbst mit einer Krankheit zu infizieren, wird allgemein überschätzt. In einer Studie von Lipkus et al. wurde herausgefunden, dass Frauen zwischen 45 und 54 Jahren ihr Risiko einmal in ihrem Leben an Brustkrebs zu erkranken auf 34% schätzen. Die objektive Risikoabschätzung liegt jedoch nur bei 8%. Diese Überschätzung des eigenen Risikos liegt einerseits an mangelnder Information und andererseits auch an dem schwierigen Umgang mit Wahrscheinlichkeiten.⁸⁹

Das *eigene komparative Risiko* beschreibt die eigene Risikoeinschätzung im Vergleich zu anderen Personen derselben Altersgruppe. So können Individuen beispielsweise gut über ein Risiko informiert sein, sich selbst aber als ungefährdet einstufen. So wird zum Beispiel das eigene Risiko für eine HIV-Infektion im Vergleich

⁸⁶ Renner/Schupp/Schmälzle, 2009: 114

⁸⁷ vgl. Renner, 2003: 471f

⁸⁸ Renner, 2003: 471

⁸⁹ vgl. Renner/Schupp/Schmälzle, 2009: 115f

zu anderen Personen im gleichen Alter deutlich geringer eingeschätzt. Weinstein nannte diese Unterschätzung 1980 einen „optimistischen Fehlschuss“ oder auch „unrealistischer Optimismus“. Demzufolge können Menschen ein Verhalten als ein substantielles Risiko für andere bewerten, aber nicht für sich selbst.⁹⁰ Erklärung für dieses Phänomen könnte die Bildung von Risikostereotypen sein, bei denen die Merkmale im Vergleich zu den eigenen riskanter erscheinen. So wird das eigene Risiko in Relation zu einer Vergleichsgruppe meist geringer eingeschätzt, obwohl sich dieses objektiv betrachtet nicht von der befragten Person unterscheidet.

Zu der Studie mit den HIV-Infektionen merkt Renner an, dass eine mögliche Ursache auch darin liegen könnte, dass das Infektionsrisiko bei HIV durch das eigene Verhalten beeinflusst werden kann. Die Testpersonen schätzen ihr eigenes Risikoverhalten wesentlich geringer ein, als das der anderen. Empirisch wurde jedoch gezeigt, dass zwischen dem Infektionsrisiko und dem Risikoverhalten der Probandinnen und Probanden nur ein geringer Zusammenhang besteht. Ein Grund für diese niedrige Korrelation könnte sein, dass auch Verhaltensweisen, die keinen zuverlässigen Schutz vor einer HIV-Infektion bieten, für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als mindernd gesehen wurden. So gaben zum Beispiel Personen an, welche sich selbst als unterdurchschnittlich gefährdet einstufen, dass sie die sexuelle Vorgeschichte ihres Partners kennen oder monogam sind.⁹¹

Weiters wurde in einer Studie von Lichtenstein von 1978 herausgefunden, dass besonders die Häufigkeit dramatischer Todesursachen wie Mord überschätzt wird. Hingegen werden weniger dramatische Todesursachen wie Infektionskrankheiten unterschätzt. Eine erhöhte Anzahl an Erkrankungen im eigenen sozialen Umfeld kann jedoch dazu führen, dass auch das individuelle Erkrankungsrisiko als höher eingeschätzt wird.

⁹⁰ vgl. Renner, 2003: 471

⁹¹ vgl. Renner/Schwarzer, 2003: S. 113

Insgesamt gibt es drei Interventionsmaßnahmen zur Beeinflussung der Risikowahrnehmung:⁹²

- 1) personenunspezifische Informationen
- 2) Informationen über das Risiko einer durchschnittlichen Person
- 3) Informationen über das eigene, persönliche Risiko

5.2 Sexuelles Risikoverhalten

Sexuelles Risikoverhalten setzt sich aus vielen Variablen zusammen. Laut Miller zählt ungeschützter vaginaler, oraler oder analer Geschlechtsverkehr dazu, oder auch Sex mit mehreren Partnern, beziehungsweise mit Leuten mit einem hohen Risiko sich selbst mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Cooper schließt auch riskante sexuelle Praktiken, wie zum Beispiel Sex mit Fremden, mit ein. Brady spricht auch allgemein von unregelmäßiger Kondomnutzung.⁹³

Hoyle et al. definieren sexuelles Risikoverhalten wie folgt:⁹⁴

- Mehrere und oft wechselnde Sexualpartner
- Ungeschützter Geschlechtsverkehr
- Situationen, die eine Infektion oder ungewollte Schwangerschaft begünstigen

Der Forscher Eysenck hat sich intensiv mit dem Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsdimensionen und Sexualverhalten beschäftigt. Hier konnte eine Relation zwischen Extraversion und promiskuitivem Sexualverhalten und unsicheren Sexualpraktiken festgestellt werden.⁹⁵ Giese und Schmidt belegen, dass extrovertierte Menschen früher und öfter Geschlechtsverkehr haben sowie auch eine höhere Tendenz, ihre Geschlechtspartnerinnen und Geschlechtspartner häufiger zu wechseln, als introvertierte Personen.⁹⁶ Folgend weisen extrovertierte Menschen ein höheres sexuelles Risikoverhalten auf.

⁹² vgl. Renner, 2003: 472f

⁹³ vgl. Czermak, 2011: 11f

⁹⁴ vgl. Czermak, 2011: 13f

⁹⁵ vgl. Eysenck, 1971: 593ff

⁹⁶ vgl. Giese/Schmidt, 1968

6. Sexuell übertragbare Infektionen im Überblick

Sexually transmitted infections (STIs) werden vor allem durch sexuelle Kontakte übertragen (vaginaler, analer oder oraler Sex), können aber auch auf nicht-sexuellem Weg weitergegeben werden, wie etwa durch das Blut, oder von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft.^[1] In dieser Arbeit werde ich die acht häufigsten STIs behandeln:

- **Virale Infektionen:**

- HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)
- Hepatitis B
- HSV (Herpes simplex-Virus)
- HPV (Humanes papilloma-Virus)

- **Nicht-virale Infektionen:**

- Syphilis
- Gonorrhöe
- Chlamydien
- Trichomoniasis

Die vier viralen Infektionen werden durch Viren verursacht und sind durch einen chronischen Verlauf gekennzeichnet: Hepatitis B, HSV, HIV und HPV. Von den acht häufigsten STIs sind drei durch Bakterien verursacht und durch Antibiotika behandel- und heilbar: Syphilis, Gonorrhöe und Chlamydien. Trichomoniasis wird durch parasitäre Einzeller übertragen und ist medikamentös behandelbar.

Bei bestehender Infektion können die Symptome und Auswirkungen der Infektionen durch medizinische Interventionen reduziert und verbessert werden. Hier ist vor allem eine frühe Diagnose von hoher Bedeutung, da so die beste medizinische Behandlung möglich ist und nach Abklingen der Infektion auch die weitere Übertragung gestoppt werden kann.⁹⁷ Dies erweist sich jedoch oft als schwierig, da die meisten STIs keine oder nur leichte Symptome aufweisen, welche oft nicht als STI erkannt werden. Hierzu zählen beispielsweise vaginal- oder Harnröhrenausfluss, Genitalgeschwüre oder Unterleibsschmerzen.⁹⁸ Erschwerend können STIs aber auch

⁹⁷ vgl. WHO, 2018

⁹⁸ vgl. WHO, 2019

zu systemischen (= den ganzen Körper betreffenden) Ausprägungen führen, was eine Diagnose zusätzlich schwieriger macht. Das Hauptaugenmerk in der Verhinderung von STIs sollte jedoch in der Prävention liegen, um eine Behandlung erst gar nicht notwendig zu machen.

Laut dem Ärzteblatt können Verläufe von sexuell übertragbaren Infektionen in bis zu 90% der Fälle asymptomatisch auftreten. In Tansania wurde bei 30% der schwangeren Mädchen eine HSV Infektion nachgewiesen. In den USA wurde erforscht, dass 85% der Trichomoniasis Infektionen bei Frauen und 77% bei Männern ohne Symptome verlaufen.⁹⁹

Es gibt bisher für zwei der acht Krankheiten Impfstoffe: Hepatitis B und HPV. Der Impfstoff gegen Hepatitis B wurde in 95% der Länder in das Impfprogramm für Kleinkinder aufgenommen. Die HPV Impfung wird in immer mehr Ländern Teil der Routine, somit können viele Fälle von Gebärmutterhalskrebs verhindert werden.

Ein wichtiger Aspekt ist neben der Prävention und Behandlung auch eine genaue Diagnosestellung der STIs. Dazu werden schnelle, billige und genaue Testverfahren benötigt. Diese gibt es vor allem in Ländern der ersten Welt; in Schwellen- und Dritte-Welt-Ländern stehen diese bis jetzt nur in sehr unbefriedigendem Ausmaß zur Verfügung. Sie sind meistens zu teuer oder geografisch unzugänglich, oft müssen die Patienten lange auf die Ergebnisse warten, was dazu führen kann, dass die Behandlung unvollständig bleibt oder es in der verstreichenden Zeit zu weiteren Ansteckungen kommt. Für die beiden Krankheiten Syphilis und HIV gibt es bereits kostengünstige Schnelltests, welche bereits innerhalb von 15-20 Minuten Ergebnisse liefern können.

Zur wichtigsten und bekanntesten Präventionsmaßnahmen zählt jedenfalls der Gebrauch von Kondomen. Bei richtiger Anwendung bieten Kondome den wirksamsten Schutz vor Geschlechtskrankheiten, insbesondere vor HIV. Zur Prävention ist auch umfassende Sexuaufklärung wichtig, sowie die Empfehlung und Förderung der korrekten Kondomnutzung und deren Entstigmatisierung (vor allem in Dritte-Welt-Ländern). Vor allem Gruppen wie Suchtkranke, Personen, welche in der Sexarbeit beschäftigt sind, sowie homosexuelle Männer sind hier besonders gefährdet. Ein großer Teil der Sexuaufklärung hat sich bisher auf diese

⁹⁹ vgl. Wagenlehner/Brockmeyer/Discher/Friese/Wichelhaus, 2016

Gruppen spezialisiert, es besteht jedoch durchaus die Notwendigkeit, auch in der restlichen Bevölkerung umfassende Aufklärung zu betreiben, damit nicht der Eindruck entsteht, das Problem der STIs würde nur die drei angesprochenen Gruppen betreffen. Darüber hinaus wäre es wichtig, die Bevölkerung besser dahingehend zu schulen, wenn es darum geht, Symptome von STIs richtig einzuschätzen. Hier ist vor allem die Stigmatisierung von sexuell übertragbaren Krankheiten nach wie vor ein Hindernis für eine effektivere Prävention. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Verhaltensänderung hervorzurufen und riskantes Sexualverhalten zu reduzieren.¹⁰⁰

6.1 Globale Perspektive

Jeden Tag werden weltweit mehr als eine Million sexuell übertragbare Infektionen erworben. Schätzungsweise gibt es jedes Jahr 376 Millionen Neuinfektionen mit einer von vier heilbaren sexuell übertragbaren Krankheiten (STIs). Im Jahr 2012 hat es weltweit etwa 357 Millionen Neuinfektionen von diesen vier Krankheiten in der Gruppe der 15- bis 49-Jährigen gegeben, wobei 131 Millionen Infektionen davon Chlamydien betreffen, 78 Millionen Gonokokken, 6 Millionen Syphilis und 142 Millionen Trichomonaden.

Etwa 417 Millionen Menschen leiden an einem HSV-2-Virus und ungefähr 291 Millionen Frauen sind mit HPV infiziert. Laut dem ECDC gab es 2013 um die 400.000 Infektionen mit Chlamydien aus insgesamt 26 Ländern. Außerdem erhoben sie um die 66.000 Gonokokken-Fälle und 24.000 Syphilisinfektionen, hiervon kommen bis zu 60% der Daten aus Großbritannien, hingegen meldeten zentral- und osteuropäische Länder nur sehr vereinzelt und wenige Fälle. Daher geht das ECDC von eigentlich höheren Zahlen und einer großen Dunkelziffer aus, weil zwischen den EU-Ländern große Unterschiede auf den Gebieten Teststrategien, -methoden und Surveillance bestehen.¹⁰¹

Geschlechtskrankheiten können viele schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben, welche über die unmittelbaren Auswirkungen der Infektion selbst hinausgehen. Eine Infektion erhöht auch die Wahrscheinlichkeit von Sekundärinfektionen, eine bestehende Infektion mit HSV oder Syphilis kann zum Beispiel das Risiko einer HIV-Übertragung um das Dreifache erhöhen. Eine

¹⁰⁰ vgl. WHO, 2019

¹⁰¹ vgl. Bremer/Dudareva-Vizule/Buder/an der Heiden/Jansen, 2017

Übertragung von der infizierten Schwangeren auf das ungeborene Kind ist ebenso ein Problem. Die Mutter-Kind-Übertragung kann zu Totgeburten, Säuglingssterben oder Missbildungen führen. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2016 etwa 350.000 ungünstige Geburtsfolgen auf eine Syphiliserkrankung der Mutter zurückzuführen sind. Eine HPV-Infektion verursacht jedes Jahr um die 570 000 Fälle von Gebärmutterhalskrebs, von denen etwa 300 000 tödlich enden. Geschlechtskrankheiten wie Gonorrhöe und Chlamydien sind die Hauptursache für Unfruchtbarkeit bei Frauen.¹⁰²

Genitalherpes ist eine sexuell übertragbare Krankheit, die durch das Herpes-simplex-Virus Typ 1 (HSV-1) oder Typ 2 (HSV-2) verursacht werden kann. Laut der WHO leidet etwa eine halbe Milliarde Menschen weltweit an Genitalherpes, bei der oralen Herpesinfektion handelt es sich sogar um mehrere Milliarden. Im Jahr 2016 lebten ungefähr 491,5 Millionen Menschen mit einer HSV-2-Infektion, das entspricht 13,2% der Weltbevölkerung zwischen 15 bis 49 Jahren. Es wird geschätzt, dass im selben Jahr um die 3,7 Milliarden Menschen an einer HSV-1-Infektion erkrankt sind, das sind etwa 66,6% der Weltbevölkerung zwischen 0 und 49 Jahren. Üblicherweise erfolgen die meisten HSV-1-Infektionen oral, es gibt jedoch auch zwischen 122 - 192 Millionen Menschen, welche an einer genitalen HSV-1-Infektion leiden. Weil HSV eine lebenslange Infektion ist, steigt die geschätzte Prävalenz mit dem Alter an. Außerdem wurden bei Frauen und in Afrika durchschnittlich öfter Infektionen entdeckt.¹⁰³

Laut dem Robert-Koch-Institut (RKI) gehören Chlamydien zu den häufigsten STIs weltweit. Seit dem Ende der 90er Jahre wurde ein Anstieg in den USA, Kanada, Großbritannien und auch in den nordischen Ländern festgestellt. Von der Infektion sind vor allem Frauen zwischen 16 und 19 Jahren und Männern zwischen 20 und 24 Jahren betroffen. Unbehandelt können Chlamydien bei Frauen chronische Schmerzen und Unfruchtbarkeit hervorrufen.¹⁰⁴

6.2 Europaweite Perspektive

Das europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) hat sich mit den Syphilis-Zahlen in Europa beschäftigt. Demnach ist die Anzahl der Syphilis

¹⁰² vgl. WHO, 2019

¹⁰³ vgl. WHO, 2020

¹⁰⁴ vgl. RKI, 2013

Fälle in Europa in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Vor allem Männer zwischen 25-34 Jahren infizieren sich besonders häufig mit der Krankheit. Im Rahmen des Berichts wurden 30 Staaten (EU-Länder, Norwegen und Island) im Zeitraum von 2007-2017 ausgewertet. Laut der Studie seien die größten Faktoren Geschlechtsverkehr ohne Kondom und mit mehreren Sexualpartnern, kombiniert mit einer geringen Angst, HIV zu bekommen. Vor allem risikofreudiges Verhalten steht oft in Zusammenhang mit einer Infektion.¹⁰⁵

Das RKI hat ebenfalls herausgefunden, dass sich die Meldezahlen von Syphilis in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2008 auf einem Niveau zwischen 3000 und 3500 stabilisiert haben. Ab dem Jahr 2010 sind diese jedoch wieder kontinuierlich angestiegen und haben 2015 bereits 6834 gemeldete Syphilis-Fälle erreicht, was 19,4% mehr ist, als im Vorjahr. Zwischen 2009 und 2015 haben sich die Zahlen laut dem RKI um 149% erhöht. Die Inzidenz lag im Jahr 2015 bei 8,5 Fällen pro 100.000 Einwohner.

Vor allem städtische Ballungsräume in Deutschland wie Berlin, Hamburg, Köln oder München waren besonders von Syphilis-Fällen betroffen. Mit 16,2 Fällen pro 100.000 Personen ist die Inzidenz bei Männern 16-mal höher, als bei Frauen. Statistisch gesehen haben Männer zwischen 30-39 Jahren (gefolgt von den Männern zwischen 25-29 Jahren) das größte Risiko an Syphilis zu erkranken. Bei Frauen ließ sich die höchste Inzidenz im Alter von 25-29 feststellen, wobei diese viel geringer ist, als bei Männern desselben Alters. Allgemein wurden 94% der Syphilis-Diagnosen Männern gestellt. Das liegt zum Teil daran, dass viele Infektionen durch MSM verbreitet werden.¹⁰⁶

Eine weitere Studie der ECDC von 2012 zeigt, dass Chlamydien mit 385.000 Fällen die häufigste in Europa registrierte sexuell übertragbare Infektion ist. Junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren waren von zwei Drittel der Diagnosen betroffen. 65% aller Fälle betrafen Frauen. Gonorrhöe ist im Vergleich zur letzten Messung 2008 um 62% gestiegen, wobei fast die Hälfte der Infektionen Männer betrifft, welche Sex mit anderen Männern haben (MSM). Auch der hohe Anstieg der Syphilis-Fälle in Europa sei laut ECDC auf Sex unter Männern zurückzuführen.

¹⁰⁵ vgl. European Centre for Disease Prevention and Control, 2019

¹⁰⁶ vgl. Bremer/Dudareva-Vizule/Buder/an der Heiden/Jansen, 2017

Im Rahmen der KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) und der DEGS (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) wurden Prävalenzen von Chlamydien geschätzt. Bei sexuell aktiven 17-Jährigen Frauen wurde eine Prävalenz von 4.4% geschätzt, bei 25-29 Jährigen Männern eine Prävalenz von 4.9%.¹⁰⁷

Die GeSiD (Gesundheit und Sexualität in Deutschland) hat in einer Studie Personen gefragt, welche sexuell übertragbaren Infektionen sie kennen. Dabei wurde deutlich, dass das Alter einen signifikanten Einfluss darauf hat, wie viele STIs die Befragten kannten. Allgemein ist die Altersgruppe der 18 bis 35-Jährigen deutlich besser informiert, als die ältere Gruppe. So konnten zum Beispiel nur 3% der 66 bis 75-Jährigen Chlamydien als STI spontan nennen, bei den 18 bis 35-Jährigen waren es hingegen 20%. Bei den beiden Krankheiten Syphilis und Gonorrhöe war die Altersgruppe ab 46 Jahren genauso gut informiert wie die jüngere Gruppe. Die bessere Bekanntheit innerhalb der jüngeren Befragten ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Bildungs- und Aufklärungsangebote heute mehr verbreitet sind als damals.¹⁰⁸

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat 2018 erhoben, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland für das Jahr 2017 auf 2.600 geschätzt wird und somit gegenüber 2016 mit 2.800 Neuinfektionen abnimmt. Der Anzahl der Personen, welche nicht diagnostiziert wurden, steigt jedoch in den letzten sechs Jahren von 10.800 auf 11.200 an. Allgemein wird geschätzt, dass im Jahr 2017 ungefähr 86.000 Menschen in Deutschland mit einer HIV-Infektion leben. Bei MSM, sind die Zahlen von 2.300 Neuinfektionen im Jahr 2013 auf 1.700 im Jahr 2017 zurückgegangen.¹⁰⁹

6.3 Nationale Perspektive

Leider gibt es allgemein sehr wenig Statistiken und Zahlen, welche die Fälle von STIs in Österreich erheben. Nur bei drei von acht Krankheiten konnte ich bei meiner Recherche aussagekräftige Zahlen finden. Dabei handelt es sich um die Krankheiten HIV, Syphilis und Gonorrhöe.

Die Aids-Hilfe bestätigt, dass es in Österreich täglich mindestens eine HIV-

¹⁰⁷ vgl. RKI, 2013

¹⁰⁸ vgl. GeSiD, 2019

¹⁰⁹ vgl. RKI, 2018

Neuinfektion gibt. Im Jahr 2019 wurden 430 HIV-positive Neudiagnosen registriert.¹¹⁰

Eine Statistik der Stadt Wien zeigt, dass die Fälle von Gonorrhöe und Syphilis in den Jahren 1998 bis 2018 stetig gestiegen sind. Während man am Anfang der Statistik noch von 459 infizierten Personen ausging, sind es mittlerweile schon insgesamt um die 1615. Die Anzahl der Fälle stieg ab dem Jahr 2010 stetig an und befand sich seither immer im 1300-1600 Bereich. In den letzten Jahren ist erkennbar, dass die Anzahl der Neuinfektionen steigt und der Trend nach oben geht.

Sowohl bei Gonorrhöe als auch bei Syphilis ist die Anzahl der neuerkrankten Männer 2018 deutlich höher als die der Frauen. bei Gonorrhöe handelt es sich hierbei sogar um mehr als das Dreifache. Bei Syphilis sind 2018 mit 455 Personen mehr als achtmal so viele Männer erkrankt wie Frauen.¹¹¹ Die Statistik Austria hat erhoben, dass im Jahr 2019 insgesamt 1.601 Fälle von Gonorrhöe sowie 580 Fälle von Syphilis gemeldet wurden.¹¹²

¹¹⁰ vgl. Aidshilfe, 2018

¹¹¹ vgl. Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten, 2019

¹¹² vgl. Statistik Austria, 2020

7. Virale Infektionen

Von den acht häufigsten STIs werden vier durch virale Infektionen ausgelöst: Hepatitis B, HSV, HIV und HPV. Für die meisten viralen Erkrankungen stehen weltweit noch keine effektiven virustatischen Medikamente oder Impfungen zur Verfügung, aus diesem Grund können sie sich in den Entwicklungsländern pandemieartig ausbilden und verbreiten. In einigen Ländern sind hier sogar ganze Gebiete von einem Virus durchseucht. In den Industrieländern sind vor allem Minderheiten und Randgruppen besonders von HIV betroffen, wie zum Beispiel Drogenabhängige oder Homosexuelle. Eine gleichmäßige Durchseuchung aller sozialen Bevölkerungsschichten findet man beispielsweise bei HSV oder HPV.¹¹³

Viren können sich im Gegensatz zu Bakterien nicht eigenständig vermehren und brauchen die Zellen eines Wirts-Organismus, welche sie befallen und ihre eigene Erbinformation einschleusen. Da die Viren körpereigene Zellen befallen (und diese nicht einfach abgetötet werden können, wie es bei Bakterien mit Antibiotika der Fall ist), ist die Entwicklung wirksamer Medikamente zur Behandlung viraler Infektionen (sogenannte Virustatika) ungleich schwerer. Gegen viele Viruserkrankungen wurden bereits erfolgreiche Impfungen entwickelt, bei den Krankheiten wie HIV oder Hepatitis C ist das aber aufgrund der komplizierten Eigenschaften der Viren und ihrer häufigen Mutation (Änderung ihrer Erbinformation) schwierig.¹¹⁴

In den folgenden Kapiteln wird auf die vier häufigsten viralen STIs eingegangen.

7.1 HIV

In Deutschland leben rund 80.000 Menschen mit einer HIV-Infektion, wobei knapp 90% der Fälle durch sexuelle Kontakte erworben wurden. Zwei Drittel der Infizierten sind bei MSM zu finden, aber auch die Infektionszahlen der heterosexuellen Übertragungen steigen.

HI-Viren lösen in weiterer Folge die Krankheit AIDS (Erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom) aus, oft erst nach vielen Jahren, die zu einer drastischen Immunschwäche führt. Der Körper der Infizierten ist dann durch die bestehende AIDS-Erkrankung nicht mehr fähig, sich adäquat gegen andere Krankheitserreger zu wehren, was dazu

¹¹³ vgl. Schneede, 1999

¹¹⁴ vgl. Kirsten, 2020

führen kann, dass eine normalerweise harmlose Infektion mit anderen Erregern (z.B. Pneumokokken die eine Lungenentzündung hervorrufen), zum Tod führen kann. Unbehandelt kann eine HIV-Infektion also tödlich enden, rechtzeitig und optimal behandelte Patientinnen und Patienten haben jedoch mittlerweile dank des medizinischen Fortschritts eine nahezu identische Lebenserwartung wie HIV-Negative.¹¹⁵ Insbesondere die Anti-Retrovirale Therapie (ART) ist hier zu nennen, wie auch die Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP), welche es sogar HIV-Negativen ermöglicht, mit einer Infizierten Person Sex zu haben, ohne sich zu anstecken.¹¹⁶ Ein großes Problem stellt die Erkennung dar, da die meisten Infizierten erst bei einer fortgeschrittenen Immundefizienz diagnostiziert werden.¹¹⁷

Personen, die bereits Geschlechtskrankheiten haben, haben ein erhöhtes Risiko sich mit HIV zu infizieren (sog. Sekundärinfektionen). Dabei ist zu beachten, dass gewisse Krankheiten besonders häufig mit HIV gemeinsam auftreten. In Florida wurde im Jahr 2010 bei 42% der Syphilis-Infizierten auch eine HIV-Infektion festgestellt. Auch Gonorrhöe und HSV wird sehr häufig mit HIV in Verbindung gebracht.¹¹⁸

HIV kann durch diverse Sexualpraktiken wie Oral-, Vaginal- und Analsex übertragen werden, vor allem aber rezeptiver ungeschützter Analverkehr stellt hier das höchste Transmissionsrisiko dar. Auch Kontakt mit mehreren und anonymen Sexualpartnern erhöht das Risiko einer Infektion enorm. Weiters kann Sex unter Drogen- oder Alkoholeinfluss die Hemmschwelle für ungeschützten Verkehr senken und führt zu größerer Risikobereitschaft. Regelmäßiger Kondomgebrauch kann das Infektionsrisiko um 80% reduzieren. Wichtig ist jedoch, dass beim Geschlechtsverkehr auch während des Aktes ein neues Kondom verwendet wird, wenn zum Beispiel zwischen oralen, vaginalen oder analen Sex variiert wird.¹¹⁹

Ein wichtiger Punkt, der vor allem HIV betrifft, ist die große Stigmatisierung der Infizierten. So wurde die Krankheit vor allem bei ihrem ersten großen Auftreten Anfang der 1980er Jahre vor allem Homosexuellen und Drogensüchtigen

¹¹⁵ vgl. Aidshilfe, 2020

¹¹⁶ vgl. Aidshilfe, 2020

¹¹⁷ vgl. Wagenlehner/Brockmeyer/ Discher/Friese/ Wichelhaus, 2016

¹¹⁸ vgl. CDC, 2020

¹¹⁹ vgl. CDC, 2020

zugeschrieben und angenommen, dass die Krankheit nur sie betreffen würde. Mittlerweile wird auf diese Stigmatisierung in vielen Ländern eingegangen und dieser entgegen gewirkt, da eindeutig bewiesen ist, dass die Infektion jede und jeden betreffen kann.¹²⁰

7.2 Hepatitis B

Hepatitis B ist eine leberentzündliche Krankheit, die durch eine Infektion mit Hepatitis B-Viren verursacht wird. Eine Infektion kann sich sehr unterschiedlich äußern, von symptomfreien Verläufen (von diesen geht eine hohe Infektionsgefahr aus, da sich die Patienten der Infektion nicht bewusst sind) bis hin zu chronischen Formen, die in weiterer Folge zu einer Zirrhose (Leberversagen) führen und die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich senkt.¹²¹

Die Inkubationszeit (= Zeit von der Infektion bis zum Ausbrechen der Erkrankung) kann von 6 Wochen bis hin zu 6 Monaten kann. Die höchste Konzentration des Virus befindet sich im Blut, während auch niedrigere Konzentrationen in anderen Körperflüssigkeiten wie Sperma, Vaginalsekret und Speichel gefunden wird.¹²²

Weltweit sind 400 Millionen Menschen mit Hepatitis B infiziert. Eine akute Hepatitis B Erkrankung bei Erwachsenen ist oft selbst limitiert und benötigt keine Therapie. Bei 5-10% der Erwachsenen mit akuter Hepatitis wird die Infektion chronisch. Bei Personen mit einer chronischen Hepatitis B Erkrankung besteht eine deutliche Übersterblichkeit. In einer europäischen Studie starben 23% der 366 Patienten innerhalb von sechs Jahren.¹²³

Hepatitis B kann durch Körperflüssigkeiten sexuell, oder durch kontaminiertes Blut übertragen werden. Deshalb ist eine Anwendung von Kondomen beim Sexualverkehr sehr wichtig. Auch die Benützung von kontaminierten Spritzenutensilien im Rahmen von Drogenkonsum ist eine wichtige Übertragungsquelle. Außerdem ist auch die Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft möglich, was vor allem in der dritten Welt ein großes Problem darstellt. Die am stärksten betroffene Gruppe ist jene mit Menschen mit häufig wechselnden Sexualpartnern, die

¹²⁰ vgl. SWR, 2020: S.6

¹²¹ vgl. Sozialministerium, 2020

¹²² vgl. CDC, 2015

¹²³ Reichen/Grob, 2002

ungeschützten Sex haben. Auch Drogenkonsumenten sind stark gefährdet. Es ist wichtig, dass alle Sexualpartner und –partnerinnen und Personen, welche im selben Haushalt wohnen, geimpft werden.¹²⁴

Für Hepatitis B gibt es aktuell noch keine spezifischen Medikamente. Es gibt jedoch seit 1981 einen Impfstoff gegen Hepatitis B, welcher jährlich über 100 Millionen Mal zum Einsatz kommt. Üblicherweise findet die Impfung mit 0, 1 und 6 Monaten statt und gehört in 95% der Länder zum Impfprogramm für Kleinkinder dazu.¹²⁵ Sie ist jedoch auch Erwachsenen bis zum 65. Lebensjahr allgemein empfohlen.

7.3 HSV

Genitalherpes ist eine sexuell übertragbare Krankheit, die durch das Herpes-simplex-Virus Typ 1 (HSV-1) oder Typ 2 (HSV-2) verursacht werden kann.

Laut CDC (Centers for Disease Control and Prevention) erkranken jedes Jahr 776.000 Menschen in den USA, die Durchseuchungsrate von HSV-2 beträgt in der Gruppe der 14-49-Jährigen 11.9%

Die Krankheit wird durch Kontakt mit HSV in Herpesläsionen, Schleimhautoberfläche, genitalen oder oralen Sekreten übertragen. HSV-1 und HSV-2 können von einer gesunden Schleimhaut oder Haut abgestoßen werden. Die meisten Infektionen sind asymptomatisch und werden mit einer Hautkrankheit verwechselt, da die Krankheit sich durch mehrere Bläschen auf Genitalien (sog. Herpes genitalis) oder dem Mund (sog. Herpes labialis) äußert. Allgemein wird zwischen den ersten und nachfolgenden Ausbrüchen unterschieden. Der erste Ausbruch dauert länger und wird oft von Symptomen wie Fieber, Kopf- und Körperschmerzen begleitet. Die weiteren Ausbrüche dauern oft kürzer und äußern sich durch Genitalschmerzen und Schmerzen in den Beinen und der Hüfte.¹²⁶

¹²⁴ vgl. Reichen/Grob, 2002

¹²⁵ vgl. Reichen/Grob, 2002

¹²⁶ vgl. CDC, 2017

Der Herpes-simplex-virus (HSV) persistiert (= überlebt) also nach der Erstinfektion im Wirt, ohne Krankheitssymptome hervorzurufen und bricht immer wieder aus. Bis die Bläschen vollständig abgeheilt sind, dauert es meistens zwei bis drei Wochen.¹²⁷

Der Herpes-simplex-Virus kann auch bei der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden, was zu einer tödlichen Neugeborenen-Infektion führen kann. Bei der Erkennung von HSV-Symptomen wird daher oft eine Kaiserschnittgeburt empfohlen, um eine Infektion durch den Geburtskanal zu verhindern.

HSV ist allgemein nicht heilbar. Infizierte können nur auf bestimmte Dinge achten, zum Beispiel kein Geschlechtsverkehr während eines Ausbruchs, Verwendung einer antiviralen Therapie und die konsequente Verwendung von Kondomen. Eine Suppressionstherapie kann außerdem die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung auf Partner verringern. Momentan gibt es auch noch keinen Impfstoff gegen HSV.

Die korrekte Anwendung von Kondomen kann das Risiko einer Übertragung zwar verringern, aber nicht gänzlich ausschließen, da Herpesviren auch in Bereichen sein können, welche nicht durch das Kondom abgedeckt werden. Infizierte Personen sollten vor allem dann auf sexuelle Kontakte verzichten, wenn Läsionen oder andere Symptome vorhanden sind. Trotzdem ist es möglich, dass eine Person auch dann eine andere anstecken kann, wenn gerade keine Symptome erkennbar sind.¹²⁸

7.4 HPV

Das Humane Papillomavirus tritt in mehr als 150 verschiedenen Typen auf, was eine Charakterisierung und vereinheitliche Testung sehr schwierig macht. Etwa 40 davon treten hauptsächlich im Anogenitalbereich auf und werden ausgehend von ihrem onkogenen (krebsauslösenden) Potential in Low-Risk und High-Risk Alpha-Typen unterteilt. Infektionen mit Alpha-Typen kommen vor allem bei sexuell aktiven Menschen vor, ungefähr 80% der Bevölkerung infiziert sich im Laufe des Lebens mit HPV. Dabei liegt das Alter der Betroffenen meistens zwischen 20 und 30. Bei ausreichender Immunkompetenz wird die Infektion in über 90% der Fälle innerhalb eines Jahres wieder eliminiert.

¹²⁷ vgl. Wagenlehner/Brockmeyer/Discher/Friese/ Wichelhaus, 2016

¹²⁸ vgl. CDC, 2017

Meistens hinterlässt HPV keine bleibenden Probleme und verschwindet wieder von selbst.¹²⁹ Wenn dies nicht der Fall ist, kann die Krankheit ansteckende hartnäckige Hautveränderungen, sog. Genitalwarzen hervorrufen, oder im schlimmsten Fall Krebs verursachen, wobei es sich meist um Gebärmutterhalskrebs handelt. Etwa 70% aller Fälle von malignen Zervixkarzinomen sind von HPV verursacht. Es dauert oft 10 bis 15 Jahre, bis sich ein Krebs nach einer Infektion entwickelt. Die Typen von HPV welche Genitalwarzen verursachen können, sind nicht die gleichen Typen, welche Krebs verursachen.¹³⁰

HPV wird über oralen, vaginalen oder analen Geschlechtsverkehr übertragen, wobei die Übertragung bei Oralsex sehr untypisch ist. Die Krankheit kann auch dann übertragen werden, wenn eine infizierte Person gerade keine Symptome verspürt. Es ist sehr schwierig nachzuvollziehen, wann sich Menschen mit HPV infizieren, da man auch erst Jahre später selbst Symptome und Beschwerden haben kann.

Etwa 79 Millionen Menschen in den USA sind derzeit mit HPV infiziert. Vor der Einführung des Impfstoffes waren jährlich etwa 340.000 bis 360.000 Personen von Genitalwarzen betroffen. Jedes Jahr wird bei 12.000 Frauen in den USA Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert.¹³¹

Es gibt eine Impfung, welche in den meisten westlichen Ländern für Mädchen zwischen 12-17 Jahren von der Krankenkasse übernommen wird. Es wird empfohlen, dass sich auch erwachsene Frauen und Männer impfen lassen, hier vor allem Männer, welche Sex mit Männern haben.¹³² Bei Personen, die bereits in einer langfristigen und monogamen Beziehung sind, ist es wiederum eher unwahrscheinlich sich mit der Krankheit zu infizieren.

¹²⁹ vgl. Fuchs/Brockmeyer, 2014

¹³⁰ vgl. CDC, 2019

¹³¹ vgl. CDC, 2019

¹³² vgl. Krebsinformationsdienst des deutschen Krebsforschungszentrums, 2014

8. Nicht-virale Infektionen

Von den acht häufigsten STIs werden drei von Bakterien übertragen: Syphilis, Gonorrhöe und Chlamydien. Bakterielle Infektionen stellen vor allem in den Entwicklungsländern ein Problem dar, weil sie sich dort großflächig ausbreiten können. In den Industrieländern konnten sie weitgehend durch die Einführung der Antibiotika zurückgedrängt werden.¹³³ Vor allem die Liberalisierung der Sexualität und der internationale Tourismus führte vor einigen Jahrzehnten zu einem Aufschwung der Infektionen, vor allem Sextourismus in Ländern der dritten Welt bieten eine große Ansteckungsgefahr.¹³⁴

Bakterien vermehren sich, genauso wie auch Menschengellen, durch Zellteilung, indem eine Bakterienzelle ihr Erbgut kopiert und sich danach in zwei eigenständige Zellen teilt. Bakterien können, im Gegensatz zu Viren, gut mit Antibiotika behandelt werden, da die Medikamente die Strukturen und Zellwand der Bakterien angreifen und so abtöten. Da ihre Zellwand anders aufgebaut ist als die der eigenen Körperzellen, werden somit nur die Bakterien unschädlich gemacht. Allerdings lernen Bakterien schnell und können sich auf bestimmte Umweltbedingungen anpassen und so zum Beispiel durch Mutation ihres Erbguts und bestimmter Eigenschaften eine Antibiotikaresistenz entwickeln.¹³⁵ Diese Mutationsfähigkeit stellt die medizinische Forschung vor immer größere Herausforderungen, da viele Antibiotika, die in der Therapie von STIs verwendet werden, oft nicht mehr wirken, da die Erreger sich an sie angepasst haben und so Resistenzen entwickelt haben. Auch dieser Fakt spricht für eine Prophylaxe und Verhinderung von Infektionen, da dann die Antibiotika nicht zum Einsatz kommen müssen.¹³⁶

Die Krankheit Trichomoniasis wird durch einen parasitären Einzeller übertragen und kann mit Medikamenten ebenfalls gut behandelt werden.

In den folgenden Kapiteln wird auf die vier häufigsten bakteriellen STIs eingegangen.

¹³³ vgl. Schneede, 1999

¹³⁴ vgl. Hofstetter, 1999

¹³⁵ vgl. Kirsten, 2020

¹³⁶ vgl. WHO, 2020

8.1 Syphilis

Die Krankheit Syphilis wird durch eine Infektion mit dem Bakterium *Treponema pallidum* ausgelöst. Früher wurde Syphilis auch Lues oder französische Krankheit genannt. Mittlerweile gibt es immer mehr Neuinfektionen, in Deutschland wurden 2003 1,1 Fälle pro 100.000 Einwohner gemeldet, 2008 waren es schon 1,9 Fälle.¹³⁷ Im Jahr 2010 gab es in Deutschland 3034 gemeldete Syphilis Fälle, welche bis zum Jahr 2012 auf 4410 angestiegen sind.

Der Krankheitsverlauf kann in drei Stadien unterteilt werden: das erste Jahr ab Infektionszeitpunkt wird als Frühsyphilis bezeichnet, danach spricht man von der Spätsyphilis. Nach ungefähr drei Wochen bildet sich bei 50% der Infizierten ein schmerzloser Ulkus (Geschwür), welches auch ohne Behandlung nach vier bis sechs Wochen wieder abheilt. Im zweiten Stadium treten nach sechs Wochen bis sechs Monaten allgemeine Symptome wie Fieber, Gelenks- und Muskelschmerzen auf. Außerdem bilden sich Exantheme (Hautausschläge) auf den Schleimhäuten, Handflächen und Fußsohlen. Nach dem zweiten Stadium sind 75% der unbehandelten Patienten symptomlos. Bei den restlichen 25% kommt es nach 12 Monaten bis zu 10 Jahren zum dritten Stadium. Hier können viele internistische, neurologische oder psychiatrische Symptome auftreten, welche bei Nichtbehandlung lebensbedrohlich sein können.¹³⁸

Syphilis wird durch direkten Kontakt mit einem syphilitischen Geschwür (Schanker) übertragen. Schanker können sich an äußeren Genitalien, in der Vagina, um den Anus, im Enddarm oder im Mund befinden. Folgend kann Syphilis beim oralen, vaginalen oder analen Sex übertragen werden. Da Schanker oft innerhalb des Körpers versteckt sein können, ist es möglicherweise nicht offensichtlich, dass ein Geschlechtspartner Syphilis hat. Weiters kann die Krankheit von der Mutter auf das Kind weitergegeben werden. In diesem Fall besteht ein hohes Risiko einer Totgeburt und eine stark erhöhte Säuglingssterblichkeit. Unbehandelte Syphilis bei schwangeren Frauen hat in 40% der Fälle den Tod des Säuglings zur Folge.

¹³⁷ vgl. Fuchs/Brockmeyer, 2014

¹³⁸ vgl. Wagenlehner/Brockmeyer/ Discher/Friese/ Wichelhaus, 2016

Syphilis kann mit Hilfe von Medikamenten behandelt werden, welche zumindest das Fortschreiten der Krankheit verhindern. Die infizierten Personen müssen bis zur vollständigen Abheilung der Wunden auf sexuelle Kontakte verzichten und sind verpflichtet, ihre Sexualpartner zu benachrichtigen, damit auch diese sich testen und gegebenenfalls behandeln lassen können. Nach einer erfolgreichen Behandlung tritt Syphilis nicht noch einmal auf, das schützt jedoch nicht vor einer erneuten Infektion.

Die richtige Verwendung von Kondomen kann das Syphilis-Risiko zwar verringern, dennoch können sich Schanker an Körperstellen befinden, welche nicht durch Kondome abgedeckt werden können. In diesem Fall ist trotzdem eine Infektion möglich.¹³⁹

8.2 Gonorrhöe

Die Krankheit Gonorrhöe (ugs. auch Tripper genannt) wird durch das Bakterium *Neisseria gonorrhoeae* ausgelöst. Es infiziert die Schleimhäute, einschließlich des Gebärmutterhalses, der Gebärmutter und der Eileiter, sowie die Harnröhre bei Frauen und Männern. Es können auch die Schleimhäute von Mund, Rachen und Augen betroffen sein.

Gonorrhöe ist eine sehr häufige Infektionskrankheit. In den USA erfolgen jedes Jahr um die 1,14 Millionen Neuinfektionen, wobei die Hälfte bei jungen Menschen zwischen 15-24 Jahren auftritt. Im Jahr 2018 wurden in Amerika 583.405 Fälle gemeldet. Jede sexuell aktive Person kann sich mit der Krankheit anstecken, in den USA ist die Infektionsrate vor allem bei jungen Erwachsenen sehr hoch.

Der Krankheitsverlauf vieler Personen ist asymptomatisch. Falls sie vorhanden sind, äußern sie sich bei Männern in Form von einer Harnröhreninfektion mit Ausfluss und gegebenenfalls Hoden- oder Skrotalschmerzen. Bei Frauen sind die Symptome oft sehr mild und unspezifisch, sodass sie mit einer Blasen- oder Vaginalinfektion verwechselt werden. Die Symptome sind erhöhter Scheidenausfluss und Zwischenblutungen.

Unbehandelt kann Gonorrhöe schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Bei Frauen kann sich die Infektion auf die Gebärmutter oder Eileiter ausbreiten und eine

¹³⁹ vgl. CDC, 2017

entzündliche Beckenerkrankung hervorrufen. Auch Unfruchtbarkeit und ein erhöhtes Risiko für eine Eileiterschwangerschaft sind die Folge. Ebenso kann die Infektion bei Männern in seltenen Fällen zu Unfruchtbarkeit führen.¹⁴⁰

Gonorrhöe kann durch Oral-, Vaginal- oder Analverkehr übertragen werden, wobei beim Mann keine Ejakulation stattfinden muss. Es ist auch möglich, dass eine Mutter die Krankheit während der Geburt an ihr Kind weitergibt, was zur Erblindung, Gelenkinfektionen oder Blutinfektionen führen kann. Personen, welche Gonorrhöe hatten und bereits behandelt wurden, können sich jederzeit erneut mit der Krankheit infizieren.

Gonorrhöe kann mit den richtigen Medikamenten geheilt werden. Dennoch können die bleibenden Schäden nicht rückgängig gemacht werden. Es ist wichtig, dass man nach der Einnahme eine Zeit lang auf sexuelle Kontakte verzichtet. Mit Hilfe von Kondomen kann man sich am besten vor der Infektion schützen. Außerdem sinkt das Risiko signifikant, wenn man sich in einer langfristigen und monogamen Beziehung befindet.¹⁴¹

8.3 Chlamydien

Chlamydien sind eine häufige sexuell übertragbare Krankheit, welche durch eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis* verursacht wird. Chlamydieninfektionen bei Frauen können schwerwiegende Folgen haben, wie zum Beispiel Beckenentzündungen, Unfruchtbarkeit, Eileiterschwangerschaften oder chronische Beckenschmerzen. Bei Männern und Frauen können sie eine Harnröhrenentzündung und Proktitis verursachen und auch bei Männern zu Unfruchtbarkeit führen.¹⁴²

Chlamydieninfektionen sind die am häufigsten gemeldete bakterielle STI in den USA. Im Jahr 2018 wurden aus 50 Bundesstaaten insgesamt 1.758.668 Fälle gemeldet. Jährlich gibt es ungefähr 2.86 Millionen Neuinfektionen, wobei eine große Anzahl von Fällen nicht gemeldet wird, da die Infektion oft asymptomatisch abläuft und die Betroffenen somit keine Tests durchführen. Studien zeigen, dass nur etwa 10% der Männer und 15-30% der Frauen Symptome entwickeln. Auch die Inkubationszeit für

¹⁴⁰ vgl. CDC, 2019

¹⁴¹ vgl. CDC, 2019

¹⁴² vgl. CDC, 2016

Chlamydien ist schwer abschätzbar, es kann jedoch vorkommen, dass man erst nach mehreren Wochen Symptome entwickelt.¹⁴³ Bei Frauen kann es zu einem glasigen und eitrigen vaginalen Ausfluss kommen, in weiterer Folge können Zwischenblutungen oder Unterbauchbeschwerden auftreten, auch die Eileiter können betroffen sein. Oft wird sie erst bemerkt, wenn der Kinderwunsch in den Vordergrund tritt: denn jede vierte bis fünfte Frau mit einer genitalen Chlamydieninfektion ist von Sterilität betroffen. Es wird vermutet, dass um die 100.000 Frauen in Deutschland aufgrund einer durchgemachten oder bestehenden Chlamydieninfektion auf natürlichem Weg keine Kinder mehr bekommen können.¹⁴⁴

Bei schwangeren Frauen können Chlamydien zu einer Frühgeburt führen, beziehungsweise kann das Baby dadurch von einer Bindehaut- oder Lungenentzündung betroffen sein. Bei Männern sind die Symptome meistens ein schleimiger Harnröhrenausfluss, oder einseitige Hodenschmerzen. Es können bei beiden Geschlechtern auch komplizierte Spätfolgen, wie z.B. eine Chlamydien-induzierte Arthritis auftreten, wenn die Erreger in die Gelenke übergehen und dort überleben können.¹⁴⁵

Vor allem 15-24-Jährige infizieren sich häufig mit Chlamydien und machen damit zwei Drittel der Gesamtinfektionen aus. Es wird geschätzt, dass 1 von 20 sexuell aktiven Frauen im Alter von 14-24 Jahren infiziert ist. Vor allem Menschen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern, welche inkonsequent Kondome verwenden, oder Männer, die Sex mit Männern haben, sind einem Risiko für eine Infektion ausgesetzt.

Chlamydien können durch Oral-, Vaginal- oder Analsex übertragen werden, wobei keine Ejakulation stattfinden muss. Ein weiterer Übertragungsweg ist perinatal, wo eine unbehandelte Mutter während der Geburt die Krankheit auf ihr Baby weitergeben kann. Personen, welche bereits Chlamydien hatten und erfolgreich behandelt wurden, können sich erneut anstecken, wenn sie sexuellen Kontakt mit einer infizierten Person haben.

¹⁴³ vgl. CDC, 2016

¹⁴⁴ vgl. Gille et. al., 2005

¹⁴⁵ vgl. AWMF, 2016

Die Krankheit lässt sich mit Antibiotika behandeln, wobei die Betroffenen dann eine Woche lang auf sexuelle Aktivität verzichten sollten, um eine Ausbreitung zu verhindern. Die Medikamente können dabei zwar die Infektion behandeln, jedoch keine bleibenden Schäden rückgängig machen.¹⁴⁶

Die beste Möglichkeit sich vor einer Infektion zu schützen sind Kondome, insofern sie konsequent und richtig verwendet werden. Auch eine langfristige, monogame Beziehung mit einem Partner, der getestet wurde, kann das Risiko verringern.¹⁴⁷

8.4 Trichomoniasis

Trichomoniasis ist eine Erkrankung, welche durch den parasitären Einzeller *Trichomonas vaginalis* übertragen wird. In den USA sind ungefähr 3,7 Millionen Menschen mit der Krankheit infiziert, wobei nur ungefähr 30% davon Symptome entwickeln. Frauen sind häufiger von der Krankheit betroffen, als Männer.¹⁴⁸

Bei Männern äußert sich eine Infektion mit Trichomonaden durch eine schmerzhaft Entzündung der Harnröhre, jedoch haben 70-85% der infizierten Personen minimale oder gar keine Symptome. Bei 80% der Frauen kommt es nach einer längeren symptomfreien Phase zu Entzündungen und grün-gelbem Ausfluss. Unbehandelt kann die Infektion über Monate bis Jahre persistieren.¹⁴⁹

Trichomoniasis kann hauptsächlich durch Vaginalverkehr übertragen werden, da es unüblich ist, dass sich der Parasit auch auf andere Körperteile wie Hände, Mund oder Anus ausbreitet.

Es gibt Medikamente durch welche Trichomoniasis gut behandelt werden kann, jedoch wird auch nach einer Genesung eine Neuinfektion nicht ausgeschlossen. Es ist wichtig, dass beide Partner im Rahmen einer Paartherapie behandelt werden, damit eine erneute Ansteckung ausgeschlossen werden kann.¹⁵⁰

¹⁴⁶ vgl. AWMF, 2016

¹⁴⁷ vgl. CDC, 2016

¹⁴⁸ vgl. CDC, 2020

¹⁴⁹ vgl. Wagenlehner/Brockmeyer/ Discher/Friese/ Wichelhaus, 2016

¹⁵⁰ vgl. CDC, 2020

9. Übertragung

Da in meinem Fragebogen auf die verschiedenen Übertragungswege von STIs eingegangen wird, möchte ich diese in folgendem Kapitel näher beleuchten. Im Allgemeinen habe ich bei der Befragung zwischen folgenden Übertragungsweisen unterschieden: Küssen, Petting, Oralsex, Vaginalsex und Analsex.

In diesem Kapitel möchte ich aber aus Gründen der leichten Lesbarkeit auf die Infektion durch den Kontakt mit ansteckenden Körperflüssigkeiten, den Kontakt mit ansteckenden Schleimhäuten, Schmierinfektionen und auf nicht sexuelle Übertragungswege eingehen.

9.1 Kontakt mit ansteckenden Körperflüssigkeiten

Einige sexuell übertragbare Infektionen wie zum Beispiel Hepatitis B oder HIV können mittels infektiöser Körperflüssigkeiten übertragen werden. *„Zu den Flüssigkeiten gehören – je nach STI – zum Beispiel Sperma, Scheidenflüssigkeit, der Flüssigkeitsfilm der Darmschleimhaut oder (Menstruations-)Blut, mitunter aber auch Speichel oder Muttermilch.“*¹⁵¹ Durch verletzte Haut oder Schleimhäute wird es den Erregern ermöglicht in den Körper der anderen Person einzudringen. Hier können sogar schon sehr kleine Mengen an Flüssigkeit zu einer Infektion führen. Beim Küssen werden allgemein nur sehr selten STIs übertragen, weil sich nur wenige Erreger im Speichel befinden.

9.2 Kontakt mit ansteckenden Schleimhäuten

Bei manchen Krankheiten, wie Chlamydien, findet man die Erreger *„in den Schleimhäuten von Scheide, Penis oder Po.“*¹⁵² Wenn eine nicht-infizierte Schleimhaut mit einer infizierten Schleimhaut in Berührung kommt, kann es hier zur Ansteckung kommen.

Außerdem gibt es auch Krankheiten, deren Symptome Veränderungen der Haut sind. So kann es zum Beispiel zu Herpes-Bläschen, Syphilis-Geschwüren oder Feigwarzen kommen. Diese Hautveränderungen sind meist mit Flüssigkeit gefüllt und bei Berührung beziehungsweise bei Berührung der Flüssigkeit sehr infektiös. Obwohl die Ansteckungsgefahr beim Küssen sehr gering ist, kann es trotzdem der Fall sein, dass sich ansteckende Hautveränderungen am oder im Mund befinden. In

¹⁵¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

¹⁵² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

dieser Situation ist auch beim Küssen eine Übertragung der Krankheiten denkbar (vor allem bei Syphilis-Geschwüren, Feigwarzen und Herpes-Bläschen).

9.3 Schmierinfektion

Ein paar Infektionen, wie zum Beispiel Gonorrhöe oder Hepatitis A, können indirekt über Schmierinfektionen übertragen werden. Hier reicht zum Beispiel die gemeinsame Benutzung von Sexspielzeug aus, um eine Ansteckung zu erzielen. Die Erreger können hier auch über andere Gegenstände, oder zum Beispiel Finger und Hände weitergegeben werden, wenn sie mit Schleimhäuten oder verletzten Hautstellen in Berührung kommen. In diesem Fall wäre also auch Petting schon ein Übertragungsweg der Infektionen.¹⁵³

9.4 nicht sexuelle Übertragungswege

Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass STIs auf nicht sexuellem Weg übertragen werden können. Hierzu zählt zum Beispiel das gemeinsame Verwenden von Spritzen, Nadeln oder Zubehör beim Drogengebrauch. Selbst das Röhrchen, wodurch die Droge durch die Nase gezogen wird, kann zum Übertragungsmittel werden. So können die Erreger direkt in die Blutbahn gelangen, oder treffen gleich auf die Schleimhäute, wodurch eine Ansteckung möglich ist. Sehr wahrscheinlich ist dieser Übertragungsweg zum Beispiel bei Krankheiten wie Hepatitis C oder HIV.¹⁵⁴

Eine Ansteckung kann auch perinatal erfolgen, das bedeutet, dass eine unbehandelte Mutter ihr Kind während der Geburt mit der Krankheit infizieren kann. Auch beim Stillen kann eine Infektion erfolgen, da auch Erreger in der Muttermilch vorhanden sein können. Obwohl die Krankheiten für die Mutter oft harmlos und unbedenklich sind, wie zum Beispiel HSV oder Trichomonaden, können sie für das Baby gefährlich sein. Aus diesem Grund werden viele STI-Tests während der Schwangerschaft angeboten und durchgeführt.¹⁵⁵

¹⁵³ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

¹⁵⁴ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

¹⁵⁵ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

10. Methode

Im Rahmen dieser Studie wird mit Hilfe einer Querschnittsbefragung herausgefunden inwiefern die Medien die Risikowahrnehmung und -bereitschaft der jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbaren Infektionen beeinflussen. Aus diesem Grund liest jede Testperson einen von zwei Artikeln, welcher mit Hilfe des Framing-Ansatzes manipuliert wurde, bevor der Fragebogen im Anschluss ausgefüllt wird. Ein Drittel der Befragten bildet dabei die Kontrollgruppe und bekommt vor dem Ausfüllen keinen Stimulus.

Mein Forschungsinteresse liegt vor allem darin, ob und wie die eigene Risikowahrnehmung und -bereitschaft ausfällt, je nach dem welcher Artikel vorher rezipiert worden ist. Durch die gewonnene Erkenntnis könnte man in Zukunft mehr darauf achten, wie über STIs berichtet wird, welche Informationen durch die Medien übertragen werden und welche Auswirkungen dies auf das Verhalten der jungen Erwachsenen im Bereich von sexuell übertragbaren Infektionen haben könnte. Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, werde ich mindestens 300 Personen zwischen 18 und 30 Jahren befragen.

10.1 Fragebogen

Als Methode habe ich mich für eine experimentelle Wirkungsstudie im Rahmen eines Fragebogens entschieden. Jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin der Studie bekommt einen Fragebogen, welcher die eigene Einschätzung zur Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen abfragt.

Der Fragebogen unterteilt sich in zwei Abschnitte, dabei thematisiert der erste Teil die Risikobereitschaft. Hier habe ich mir verschiedene Szenarien überlegt, welche die Probandinnen und Probanden lesen sollen. Danach müssen sie mit Hilfe eines Schiebereglers ausfüllen, wie wahrscheinlich es ist, dass sie in den beschriebenen Situationen ohne Kondom Sex haben würden. Bei manchen Szenen wird außerdem nachgefragt, ob sich die Meinung ändern würde, wenn von mindestens einer Person auch anderweitig verhütet werden würde. So soll sichergestellt werden, dass die Risikobereitschaft in Bezug auf STIs abgefragt wird und der Gedanke an eine Schwangerschaft dieses Ergebnis nicht verzerrt.

Der zweite Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit der Risikowahrnehmung. Hier wird abgefragt, ob sich die Testperson schon einmal auf sexuell übertragbare Infektionen testen hat lassen und ob das negative Ergebnis das Sexualverhalten auf irgendeine Art verändert hat. Danach folgt die Frage, wie hoch das Risiko eingeschätzt wird, selbst eine andere Person mit einer Krankheit zu infizieren. Zu guter Letzt gibt es noch eine Tabelle, in der die Testpersonen ihr eigenes Risiko eintragen sollen, sich mit einer Krankheit zu infizieren. Hier wird zwischen Küssen, Petting, Oral-, Vaginal- und analsex unterschieden.

Abschließend werden noch die wichtigsten soziodemographischen Daten abgefragt.

10.2 Framing

Um die Wirkung des Framing in diesem Kontext herausfinden, bekommt jede Versuchsperson vor dem Ausfüllen des Fragebogens, einen durch Framing manipulierten Artikel über sexuell übertragbare Infektionen zufällig zugeteilt, welchen er oder sie zuerst lesen soll, bevor der Fragebogen ausgefüllt wird.

Bei meiner Recherche bin ich auf eine spannende Meta-Analyse von Gallagher und Updegraff gestoßen, welche herausgefunden hat, dass Artikel, welche auf Präventionsmaßnahmen aufmerksam machen, eine größere Wirkung auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen haben, als Artikel welche Risiken und Gefahren hervorheben.¹⁵⁶ Des Weiteren habe ich eine andere Studie gefunden, welche genau das Gegenteil besagt. Hier wurde erforscht, inwiefern Framing von Nachrichten die Einstellung gegenüber HPV Impfungen beeinflussen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hervorhebung von Angst und Risiken einen deutlich größeren Einfluss auf die Einstellung der Frauen hatte, als die Berichterstattung über die Vorteile und Chancen der Impfung.¹⁵⁷

Aus diesem Grund habe ich zwei Artikel in verschiedenen Versionen erstellt, wobei die Kerninformation und die Einleitung immer gleichgeblieben sind, um den Anforderungen des Framing gerecht zu werden. Bei einem Artikel rückt die Prävention in den Vordergrund und es wird hervorgehoben, dass Kondome den wichtigsten Schutz bieten. Artikel Nummer Zwei hebt vor allem die Risiken hervor und soll den Lesenden die Gefahren von einer Infektion aufzeigen.

¹⁵⁶ vgl. Gallagher/Updegraff, 2012

¹⁵⁷ vgl. Gerend /Sheperd, 2007

Neben diesen beiden Gruppen wird es ebenso eine Kontrollgruppe geben, welche den Fragebogen ausfüllt, ohne vorher einen Artikel zu lesen. Um die Objektivität so gut wie möglich zu wahren, wird ein hoher Wert auf die Randomisierung gelegt und die verschiedenen Artikel werden den Versuchspersonen völlig zufällig und anonym zugeteilt.

11. Datenerhebung und -auswertung

Für die Datenerhebung habe ich das Programm SoScisurvey verwendet und online einen Fragebogen erstellt. Nach dem Pretest habe ich ihn mittels sozialer Netzwerke und Email verbreitet. Der Erhebungszeitraum startete am 25.11.2020 und dauerte bis einschließlich 13.12.2020. In dieser Zeit füllten insgesamt 1012 Personen den Fragebogen aus, wobei 367 Fälle davon vollständig und gültig waren. Bei einigen Fragebögen wurde leider das Alter nicht angegeben, weswegen sie nicht in die Stichprobe aufgenommen werden konnten, da sich die Studie nur auf 18 bis 30-Jährige begrenzt.

Die Erhebung an sich gestaltete sich einfacher als gedacht, da innerhalb von vier Tagen schon mehr als 300 gültige Fälle registriert worden sind. Leider habe ich bei der ersten Datenerhebung einen größeren Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern festgestellt, weswegen ich eine Zeit lang versucht habe mehr junge Männer für meine Umfrage zu gewinnen. Im Endeffekt sind von 367 gültigen Fällen 107 (29,2%) von Männern und 260 von Frauen ausgefüllt worden.

Für die Datenauswertung habe ich das Programm SPSS verwendet. Hier habe ich vor allem mit Varianzanalysen und der explorativen Datenanalyse gearbeitet. Um Vergleiche zwischen den Altersgruppen zu erhalten, habe ich mich für Streudiagramme entschieden, da ich die grafische Darstellung sehr übersichtlich finde. Zum Vergleich der verschiedenen Gruppen habe ich vor allem Boxplots als grafische Darstellung gewählt, weil sie sehr gut zu vergleichen sind und durch die verschiedene Anzahl von Männern und Frauen nicht verzerrt werden, da die Mittelwerte innerhalb der Gruppen gemessen werden.

12. Ergebnisdarstellung

Bevor ich mit der detaillierten Vorstellung meiner Ergebnisse beginne, möchte ich konkret auf die Beantwortung der Forschungsfrage eingehen. Diese lautet wie folgt:

Wie wirkt sich Framing gesundheitsrelevanter Medieninhalte über sexuell übertragbare Infektionen auf die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen im Alter von 18-30 Jahren aus?

Auf der Grundlage von Literatur habe ich folgende **zentrale Hypothese** aufgestellt:

Ein Artikel, welcher auf Präventionsmaßnahmen aufmerksam macht, beeinflusst die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen eher, als ein Artikel, welcher Risiken und Gefahren hervorhebt.

Ausgangspunkt für meine Hypothese war eine ausgiebige Literaturrecherche. Dabei bin ich unter anderem auf zwei Studien gestoßen, welche jeweils genau das Gegenteil behaupten: Gallagher & Updegraff haben 2012 herausgefunden, dass Medienberichte über Präventionsmaßnahmen die Risikobereitschaft mehr senken, als Berichte, die auf gefährliche Folgen aufmerksam machen.¹⁵⁸ Gerend & Sheperd hingegen, testeten ebenfalls das gleiche, und kamen zum Schluss, dass die Informationen über Gefahren die Risikobereitschaft mehr gesenkt haben, als das Wissen über Prävention.¹⁵⁹

In meinen Untersuchungen gab es zwei Gruppen, welche verschiedene Artikel vor dem Ausfüllen des Fragebogens gelesen haben. Ein Drittel aller Probanden bildete dabei die Kontrollgruppe und rezipierte keinen Artikel. Die Versuchspersonen hatten die Möglichkeit anhand eines Schiebereglers auf einer Skala von 0 (auf gar keinen Fall) bis 100 (Ja, natürlich) anzugeben, wie sehr sie in dieser Situation bereit wären mit der anderen Person ohne Kondom Sex zu haben.

Im Rahmen meiner Untersuchung habe ich herausgefunden, dass es nur zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe, welche den Artikel mit den Folgen rezipiert hat, einen signifikanten Unterschied (0,049) gibt. In diesem Fall war die Bereitschaft zu ungeschütztem Sex bei der Kontrollgruppe in allen Szenarien sogar wesentlich

¹⁵⁸ vgl. Gallagher/Updegraff, 2012

¹⁵⁹ vgl. Gerend/Sheperd, 2007

geringer, als bei der Gruppe, die davor über gefährliche Folgen informiert wurde. Man kann also davon ausgehen, dass der Artikel die jungen Erwachsenen nicht nur nicht abgeschreckt, sondern sogar genau das Gegenteil erzielt hat und somit die Risikobereitschaft erhöht wurde.

In einer Studie von Witte (1992) zum Thema HIV-Prävention durch die Nutzung von Kondomen kam es zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier gab es ebenfalls zwei Gruppen von Studierenden: Die eine bekam Informationen darüber, wie wirksam Kondome gegen HIV wirken, die andere Gruppe sah Informationen über das Versagen von Kondomen und Probleme bei der Anwendung. Danach wurde die Kondomnutzung aller Testpersonen protokolliert und herausgefunden, dass Risikoinformationen und Bedrohungsappelle ohne eine Empfehlung von Schutzmaßnahmen einen entgegengesetzten Effekt haben könnten, den sogenannten „Bumerang-Effekt“ (welcher in Kapitel 5 schon angesprochen wurde).

160

Um aussagekräftige Zahlen zu bekommen, habe ich folgendes mit der Varianzanalyse berechnet: Insgesamt befindet sich die Risikobereitschaft der Personen, die den Artikel über Prävention gelesen haben bei 38,95. Diejenigen die den Artikel mit den gefährlichen Folgen rezipiert haben, sind bei einem durchschnittlichen Mittelwert von 42,25. Die Kontrollgruppe liegt allgemein bei einem Durchschnittswert von 35,86. Cronbachs Alpha hat dabei einen Wert von 0,81 ergeben, was bedeutet, dass die Skala reliabel ist.

Moderatorvariable:

Als Moderatorvariable wurde in der Untersuchung das Geschlecht angeführt. Allgemein lässt sich feststellen, dass Frauen eine geringere Risikobereitschaft haben und sich die durchschnittlichen Werte aller drei Gruppen zwischen den Geschlechtern signifikant unterscheiden.

In der folgenden Grafik (Abb.2) ist zu sehen, dass sowohl Männer als auch Frauen, welche den Artikel über die Folgen gelesen haben, die höchste Risikobereitschaft im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen aufweisen. Die Kontrollgruppen beider Geschlechter sind mit den Mittelwerten 43,28 und 33,14 jeweils deutlich weniger zu

¹⁶⁰ vgl. Devos-Comby/Salovey, 2002

sexuellem Risikoverhalten bereit. Vor allem bei den Männern ist der Unterschied von Kontroll- und Folgen-Gruppe deutlich erkennbar. Frauen, welche über Prävention aufgeklärt wurden, zeigen ebenfalls ein weniger riskantes Verhalten auf und befinden sich mit 32,94 sogar noch knapp unter der weiblichen Kontrollgruppe. Bei den Männern löst der Präventions-Artikel jedoch ein ganz anderes Verhalten aus: Die Risikobereitschaft ist hier mit 50,92 fast so hoch wie bei der anderen Stimulus-Gruppe. Es ist spannend zu beobachten, dass derselbe Artikel über Präventionsmaßnahmen bei beiden Geschlechtern eine konträre Wirkung erzielt hat.

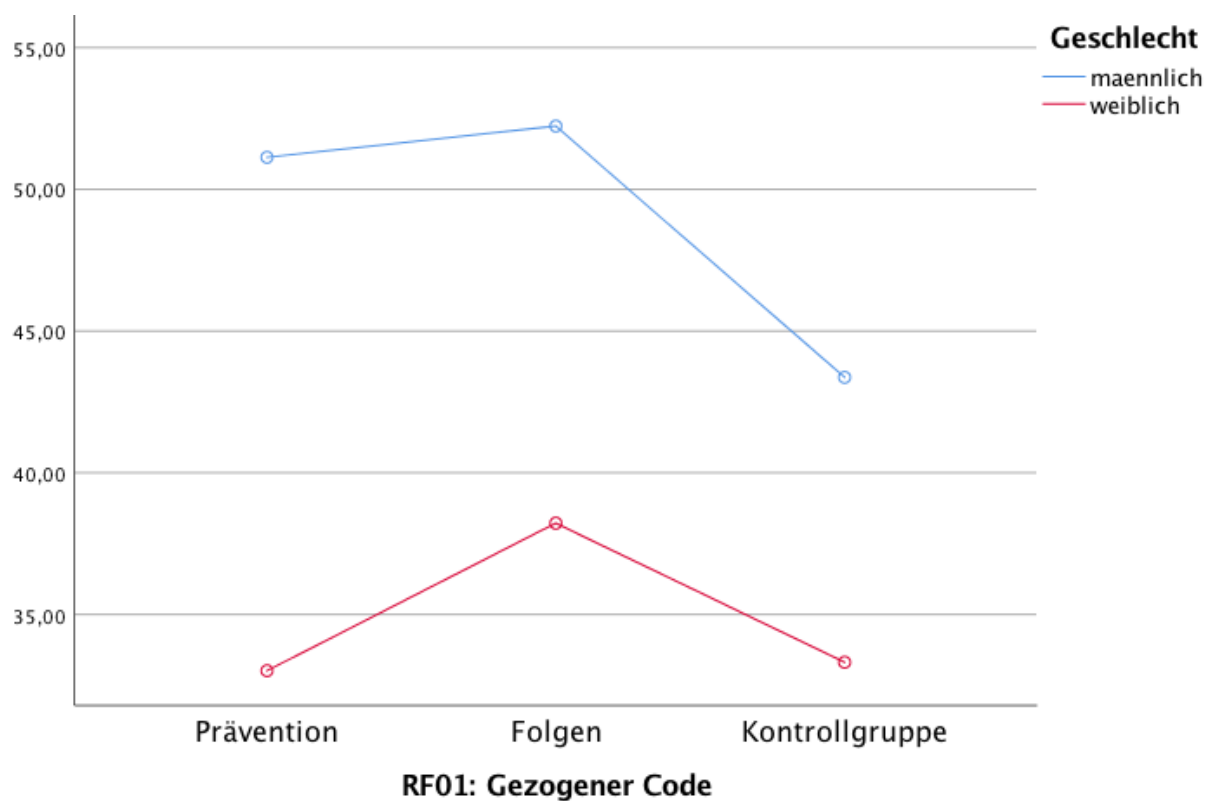


Abb.2: Risikobereitschaft nach Artikelrezeption und Geschlecht

Im Bereich der Risikowahrnehmung lässt sich feststellen, dass beide Stimulus-Gruppen der Frauen eine höhere Risikowahrnehmung aufweisen, als die Stimulus-Gruppen der Männer. Vor allem bei der Bewertung von Vaginalsex unterscheiden sich die Gruppen, wobei Frauen ein wesentlich höheres Infektionsrisiko wahrnehmen. Die Frauen, welche den Artikel über Gefahren und Risiken gelesen haben, zeigen eine höhere Risikowahrnehmung als die anderen beiden Gruppen. Es ist spannend zu beobachten, dass beide Kontrollgruppen fast idente Werte erzielen.

Daraus lässt sich schließen, dass sich die Artikelrezeption bei den Frauen positiv auf die Risikowahrnehmung ausgewirkt hat und diese dadurch gestiegen ist. Bei den Männern hingegen führte die Rezeption erneut zu einem Bumerang-Effekt, welcher zu einer geringeren Risikowahrnehmung führt. In der untenstehenden Grafik (Abb.3) zeichnet die rote Linie die Frauen und die blaue Linie die Männer ab. Von links nach rechts befinden sich die Gruppen: Prävention, Folgen und die Kontrollgruppe.

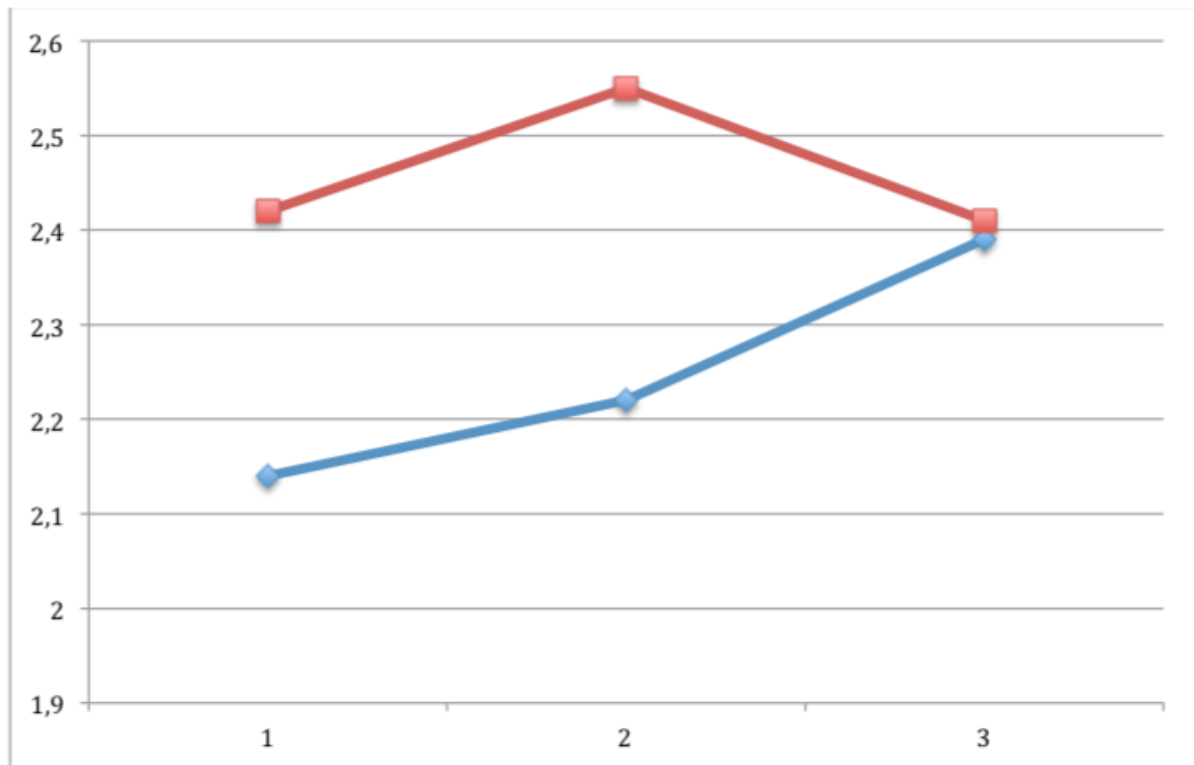


Abb. 3: Risikowahrnehmung nach Artikelrezeption und Geschlecht

Allgemein kann man feststellen, dass bei so gut wie allen Szenarien, welche zur Ermittlung der Risikobereitschaft erfunden wurden, die Kontrollgruppe die geringste Bereitschaft zu ungeschütztem Sex hat. Nur bei einer einzigen Frage, wird die Kontrollgruppe knapp von denjenigen, die den Präventions-Artikel gelesen haben, unterboten. Vor allem diejenigen Personen, die den Folgen-Artikel rezipiert haben, zeigen bei fünf von sieben Szenarien die größte Risikobereitschaft, obwohl genau diese Gruppe am besten über die Risiken Bescheid wissen müsste. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die über Präventionsmaßnahmen informiert wurden, befinden sich mit ihrer Risikobereitschaft in fast allen Szenarien im Mittelfeld.

An sich zeigen meine Ergebnisse, dass das Wissen über Prävention die Risikobereitschaft der jungen Erwachsenen mehr gesenkt hat, obwohl der Unterschied nur bei den Frauen signifikant ist. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche über die Folgen und Gefahren aufgeklärt wurden, waren bereit, größere Risiken einzugehen, vor allem wenn man die Zahlen, mit denen der Kontrollgruppe vergleicht. Die Personen, die gar keinen Artikel rezipiert haben und somit im Vorhinein gar keine Informationen in Hinblick auf Zahlen weltweit, Statistiken oder sonstiges erhalten haben, haben die geringste Risikobereitschaft gezeigt.

Die Hypothese kann in diesem Fall nur teilweise bestätigt werden: Die Ergebnisse zeigen, dass der Artikel über Präventionsmaßnahmen bei Frauen zu einer geringeren Risikobereitschaft führt, als ein Artikel über Risiken und Folgen. Trotzdem führt er bei Männern zu einer höheren Risikobereitschaft und ruft einen Bumerang-Effekt hervor. Bei der Risikowahrnehmung lassen sich allgemein keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Artikelrezeption feststellen.

Zusammenfassend kann man behaupten, dass es vermutlich ein guter Ansatz wäre, Präventionsmaßnahmen hervorzuheben und die Gesellschaft allgemein auf sexuell übertragbare Infektionen aufmerksam zu machen. Wichtig ist hierbei, nicht nur auf die Gefahren einzugehen (um einen Bumerang-Effekt zu vermeiden), sondern eher die Mittel und Wege, geschützten Sex haben zu können, aufzuzeigen.

Auch wenn die Kontrollgruppe in meiner Studie die geringste Risikobereitschaft gezeigt hat, halte ich es für notwendig, trotzdem zukünftig mehr über sexuell übertragbare Krankheiten zu informieren und zu berichten. Allerdings bedeutet das Ergebnis auch, dass junge Erwachsene anscheinend in unserer heutigen Gesellschaft genügend aufgeklärt sind und sie ihre Informationen über „safe sex“ woanders einholen, als in den klassischen Medien, was wiederum auch eine positive Entwicklung zeigt. Es ist beruhigend zu wissen, dass junge Erwachsene in der Lage sind, das Risiko selbst einzuschätzen und abzuwägen, jedoch wäre es in meinen Augen trotzdem wichtig, mehr über sexuell übertragbare Infektionen zu informieren und dieses Thema zu entstigmatisieren.

12.1 Aufschlüsselung in Szenarien

Um genauere Ergebnisse zu präsentieren, wird folgend die Risikobereitschaft der einzelnen Szenarien (welche im Fragebogen vorkamen) analysiert. Der gesamte

Fragebogen, samt genauer Beschreibung der Szenen, befindet sich im Anhang. Die Versuchspersonen hatten die Möglichkeit anhand eines Schiebereglers auf einer Skala von 0 (auf gar keinen Fall) bis 100 (Ja, natürlich) anzugeben, wie sehr sie in dieser Situation dazu bereit wären mit der anderen Person ohne Kondom Sex zu haben.

Szenario 1: In diesem Szenario handelt es sich um ungeschützten Penetrationssex. Hier lag der Mittelwert der Personen, die den Artikel über Prävention gelesen haben bei 20,63 (Std.-Abweichung 27,22). Im Vergleich siedelten sich diejenigen, die den Artikel mit den gefährlichen Folgen rezipiert haben, bei einem Mittelwert von 25,43 (Std.-Abweichung 28,44) an. Die Kontrollgruppe war mit einem Durchschnittswert von 17,23 (Std.-Abweichung 23,40) am wenigsten zu ungeschütztem Sex bereit.

Mit zusätzlicher Verhütung: Bei diesem Szenario wurde die Zusatzfrage gestellt, ob sich die Meinung ändern würde, wenn noch zusätzlich verhütet werden würde. In diesem Fall waren die Mittelwerte aller drei Gruppen deutlich höher. Die Präventions-Gruppe stieg mit 41,70 (Std.-Abweichung 35,93) deutlich an. Ebenso die Risikobereitschaft der Folgen-Gruppe beträgt mit zusätzlichen Verhütungsmitteln 40,24 (Std.-Abweichung 34,84) und die Kontrollgruppe liegt mit einem Wert von 35,20 (Std.-Abweichung 33,52) auch deutlich höher. Es gab auch wesentlich mehr Personen, welche den Schieberegler auf den Wert 100 (Ja, natürlich) geschoben haben, als bei demselben Szenario ohne zusätzliche Verhütung. Trotzdem gibt es viele Testpersonen, welche auch trotz zusätzlicher Verhütung auf gar keinen Fall mit der alten Bekanntschaft Sex hätten. Die Grafik (Abb. 3) zeigt die grafische Darstellung der Situation mit zusätzlicher Verhütung. Man kann erkennen, dass sich alle drei Gruppen mit den Ergebnissen sehr ähnlich sind, wobei die Bereitschaft zu Sex bei der Kontrollgruppe am geringsten ist. In allen drei Gruppen befindet sich die Hälfte der Probandinnen und Probanden unter dem Wert 40, was bedeutet, dass diese in der Situation sehr wahrscheinlich nicht dazu bereit wären mit der anderen Person Sex zu haben.

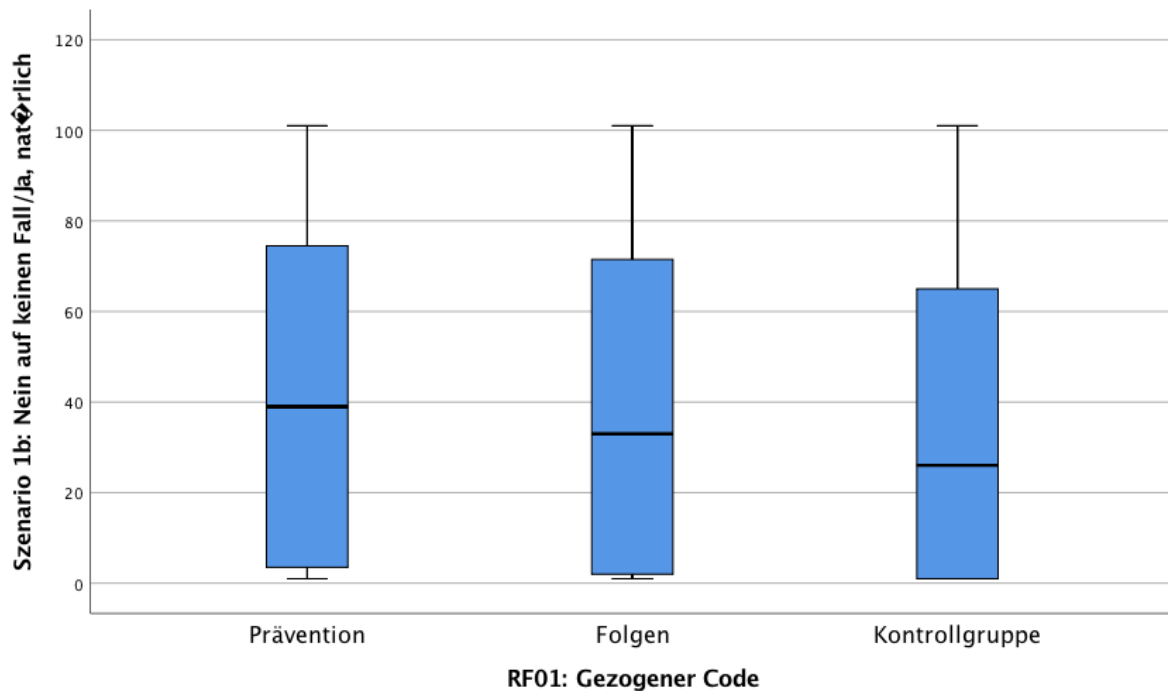


Abb. 4: Szenario 1, Penetrationssex mit zusätzlicher Verhütung

Szenario 2: Beim zweiten Szenario handelt es sich um aktiven ungeschützten Oralsex. Hier ist die Bereitschaft von allen Gruppen deutlich höher, als bei ungeschütztem Penetrationssex. Es liegen die Mittelwerte aller drei Gruppen in der oberen Hälfte. Es gibt viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche sich klar am untersten oder obersten Wert des Schiebereglers ansiedeln und somit ganz sicher bereit wären die Handlung auszuführen beziehungsweise es ganz sicher nicht tun würden.

Man kann erkennen, dass sich wieder alle Gruppen sehr ähnlich sind und kein großer Unterschied zu erkennen ist. Die Durchschnittswerte aller Gruppen unterscheiden sich nur minimal: 54,07 (Prävention; Std.-Abweichung 37,70), 58,87 (Folgen; Std.-Abweichung 34,94), 55,34 (Kontrollgruppe; Std.-Abweichung 36,34). Auch hier kann man leider keinen signifikanten Unterschied und Framing-Effekt erkennen.

Es kann beobachtet werden, dass sich in allen drei Gruppen die Hälfte der Leute über dem Wert 60 befindet, was bedeutet, dass diese in der Situation eher wahrscheinlich zu ungeschütztem Oralsex bereit wären. Im Vergleich zu passivem Oralsex (Szenario 5) liegt die Hälfte der Leute (mit Ausnahme der Folgen-Gruppe) unter dem Wert 40, was auf eine noch geringere Bereitschaft schließen lässt, als bei aktivem Oralsex.

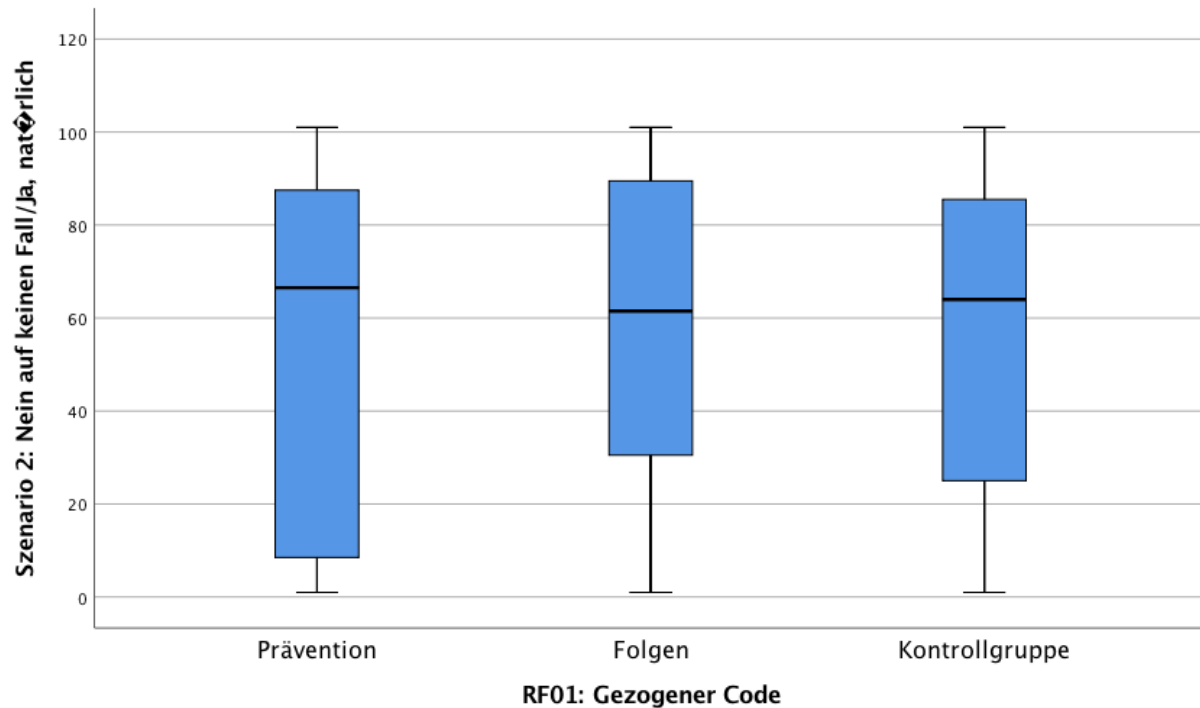


Abb. 5: Szenario 2, ungeschützter Oralsex

Szenario 3: Bei diesem Szenario handelt es sich um ungeschützten Penetrationssex innerhalb einer Paar-Beziehung. Hier lässt sich ein deutlicher Unterschied erkennen, sobald zusätzliche Verhütungsmittel ins Spiel kommen. In diesem Fall sind nämlich die Testpersonen aller Gruppen mehr dazu bereit mit dem/r Partner/in ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben.

Bei der ersten Frage, in der es um ungeschützten Sex geht, ist der Mittelwert in allen drei Gruppen wesentlich höher als bei Szenario eins, was wahrscheinlich daran liegt, dass es sich hier um eine monogame Paar-Beziehung handelt und so das Infektionsrisiko allgemein als geringer eingeschätzt wird. Die Durchschnittswerte befinden sich ohne zusätzliche Verhütungsmittel bei 49,18 (Prävention; Std.-Abweichung 36,34), 47,59 (Folgen; Std.-Abweichung 36,78) und 43,24 (Kontrollgruppe; Std.-Abweichung 35,29).

Es ist spannend, dass die meisten Personen, welche in dieser Situation natürlich bereit dazu wären Sex zu haben aus der Gruppe stammen, die den Präventions-Artikel gelesen hat. Die meisten Probandinnen und Probanden, die in dieser Situation auf gar keinen Fall mit der anderen Person ungeschützt Sex hätten, sind aus der Kontrollgruppe, welche gar keinen Artikel rezipiert hat. Das kann unter anderem daran liegen, dass das Infektionsrisiko von diesen Personen anders

eingeschätzt wird, als von den Gruppen, welche davor informiert wurden. Wenn man sich die Grafiken ansieht (Abb. 6) kann man erkennen, dass sich in allen drei Gruppen etwas mehr als 50% der Personen in der oberen Hälfte ansiedelt, was bedeutet, dass zirka die Hälfte mit ihrem/r Partner/in in dieser Situation Sex hätten.

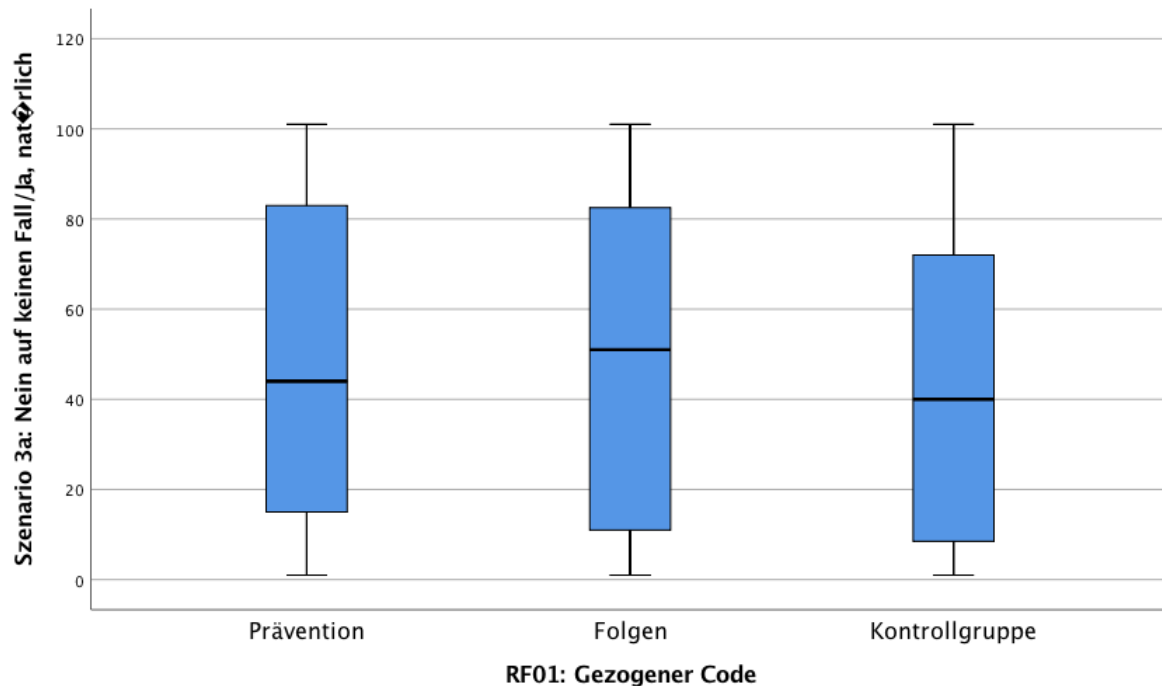


Abb. 6: Szenario 3, ungeschützter Penetrationssex innerhalb Paar-Beziehung

Mit zusätzlicher Verhütung: Bei derselben Frage gingen die Mittelwerte deutlich nach oben, sobald eine von beiden Personen auch noch anderweitig verhütet. Vor allem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche den Artikel über die Folgen gelesen haben, springen von 47,59 auf den Mittelwert 71,05 (Std.-Abweichung 33,33). Die anderen beiden Gruppen befinden sich in diesem Fall bei 65,15 (Prävention; Std.-Abweichung 34,37) und 64,07 (Kontrollgruppe; Std.-Abweichung 35,16).

In allen drei Gruppen befinden sich ungefähr gleich viele Testpersonen, welche in diesem Fall auf jeden Fall Sex mit ihrem/r Partner/in hätten. Vor allem die Gruppe „Folgen“ hat hierbei ihre Meinung am meisten geändert. In dieser Gruppe befinden sich 75% der Personen über dem Wert 50, was bedeutet, dass diese wahrscheinlich in dieser Situation Sex hätten. Bei der Kontrollgruppe und der Gruppe „Prävention“ siedeln sich die Hälfte der Leute über einem Wert von 70 an, man kann also davon

ausgehen, dass diese in der Situation ziemlich sicher bereit dazu wären, mit der anderen Person Sex zu haben.

Werden die beiden Grafiken miteinander verglichen, kann beobachtet werden, dass sich alle Antworten tendenziell nach oben (zur Bereitschaft hin) entwickelt haben und sich mehr Personen in der oberen Hälfte des Boxplots ansiedeln. Man könnte also interpretieren, dass die meisten Personen von Sex ohne Kondom angehalten werden, weil sie Angst vor einer möglichen Schwangerschaft haben. Sobald innerhalb einer Paar-Beziehung anderweitig verhütet wird, ist die Bereitschaft zu ungeschütztem Sex viel höher. Die Angst vor einer Schwangerschaft überschattet somit die Angst vor einer Infektionskrankheit.

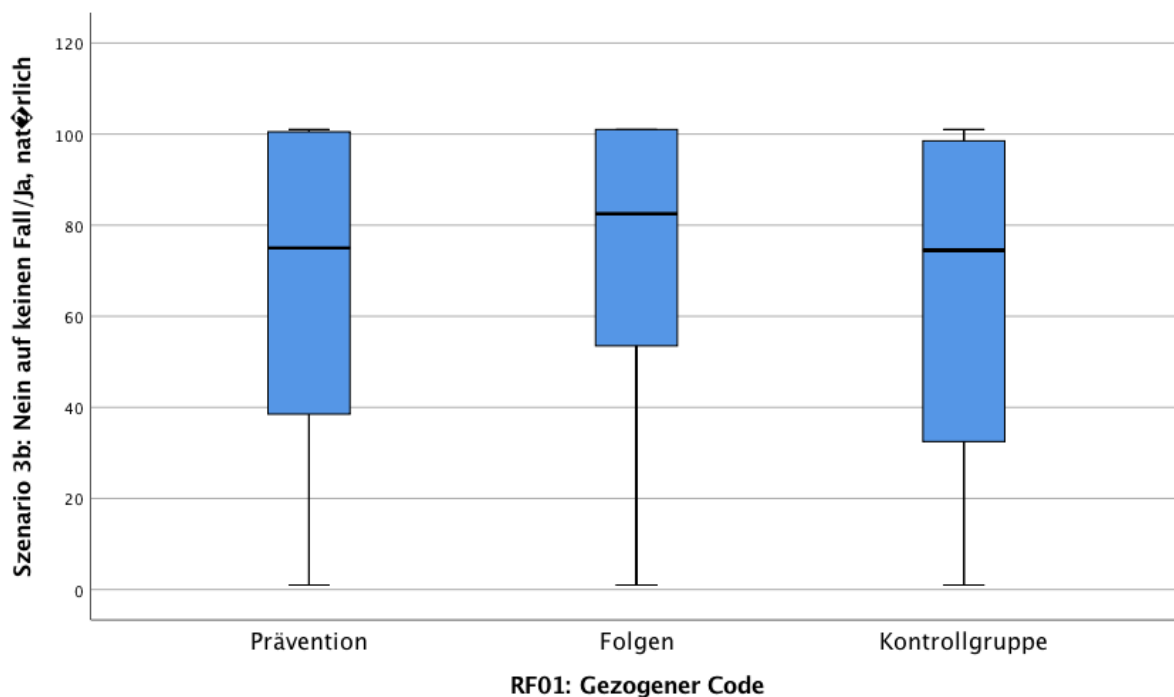


Abb. 7: Szenario 3, Penetrationssex mit Verhütung innerhalb Paar-Beziehung

Szenario 4: In der nächsten Situation geht es um einen One-Night-Stand in einem Party-Urlaub. Hier wurden mit Abstand die niedrigsten Werte von allen anderen Szenarien angegeben. Das kann daran liegen, dass man einem/r unbekannten Einheimischen weniger vertraut, als einer älteren Bekanntschaft (Szenario 1) oder seinem/r Partner/in (Szenario 3). Die Durchschnittswerte liegen hier bei 14,28 (Prävention; Std.-Abweichung 25,83), 15,25 (Folgen; Std.-Abweichung 23,62) und 10,88 (Kontrollgruppe; Std.-Abweichung 20,47). In allen Gruppen gibt es sehr viele

Personen, welche in dieser Situation auf gar keinen Fall Sex mit dem/r Fremden hätten.

Mit zusätzlicher Verhütung: Selbst wenn noch eine zusätzliche Verhütung ins Spiel kommt, steigen die Mittelwerte nur sehr wenig an, wobei sich die Folgen- und Kontrollgruppe signifikant unterscheiden: 20,52 (Prävention; Std.-Abweichung 29,55), 25,67 (Folgen; Std.-Abweichung 31,97) und 17,23 (Kontrollgruppe; Std.-Abweichung 27,31). Die Anzahl der Personen, welche auch hier den Schieberegler ganz nach links (= 0) geschoben haben, sinken durch den Einsatz anderer Verhütungsmittel nur wenig, obwohl das in den anderen Szenarien oft der Fall war. Man kann also sagen, dass junge Erwachsene bei wildfremden Menschen das Risiko eine Infektion nur sehr selten eingehen würden und höher bewerten.

Szenario 5: In der letzten Szene geht es wieder um ungeschützten Oralsex, wobei die Probandinnen und Probanden hierbei die passive Rolle einnehmen. Die Durchschnittswerte der Präventions- und Kontrollgruppe sind mit 44,93 (Std.-Abweichung 40,62) und 44,43 (Std.-Abweichung 40,14) beide sehr nah beieinander. Auch die Personen, welche in diesem Fall auf keinen Fall einwilligen würden, sind beide ungefähr gleich viele. Nur bei der Folgen-Gruppe (Mittelwert 51,82; Std.-Abweichung 36,55) gibt es zirka nur halb so viele Personen, wessen Bereitschaft bei null wäre. Allgemein lässt sich feststellen, dass sich bei der Gruppe „Folgen“ mehr als die Hälfte über dem Wert 60 befindet, woraus sich schließen lässt, dass diese auch bereit dazu wären ungeschützten passiven Oralsex zu haben. Bei den anderen beiden Gruppen befindet sich knapp über die Hälfte der Personen unter dem Wert 50 und wären so gesehen auch nicht bereit dazu ungeschützten Oralverkehr zu haben.

12.2 Risikowahrnehmung

Einschätzung des eigenen Infektionsrisikos: Bei dieser Frage sollten die Probandinnen und Probanden angeben, wie hoch sie ihr eigenes Infektionsrisiko bei bestimmten sexuellen Tätigkeiten einschätzen. Die erste Frage behandelt das Infektionsrisiko beim Küssen. Hier geben insgesamt 198 von 367 Personen an, dass gar kein Risiko einer Infektion besteht. 154 Leute hingegen schätzen Küssen mit einem niedrigen Infektionsrisiko ein. 2 Personen, welche sich in der Kontrollgruppe befinden, schätzen das Risiko sehr hoch ein.

Auch beim Petting schätzen die meisten Personen das Risiko sehr niedrig ein, viele geben auch an, dass es gar kein Risiko gäbe. Nur 38 Personen glauben, dass das Infektionsrisiko beim Petting eher hoch bis sehr hoch sei. Sowohl beim Küssen als auch beim Petting lässt sich kein Unterschied bezugnehmend auf die Rezeption der verschiedenen Artikel erkennen.

Beim Oralsex schätzen die meisten Probandinnen und Probanden das Risiko eher niedrig bis eher hoch ein, die Antworten befinden sich also im Mittelfeld. Vor allem Personen, welche den Artikel, der die Prävention von STIs hervorhebt, rezipiert haben, schätzen das Risiko eher hoch ein, sich beim Oralsex zu infizieren.

Wenn man sich die Zahlen bei der Bewertung des Vaginalsex anschaut, kann man erkennen, dass Frauen ein signifikant höheres Infektionsrisiko darin sehen, als Männer, was vielleicht daran liegt, dass beim vaginalen Sex in die Frau eingedrungen wird und nicht umgekehrt. Insgesamt bewertet die Hälfte aller Frauen das Risiko sich beim Vaginalsex zu infizieren, als sehr hoch. Hingegen sieht nur ein Drittel der Männer das Infektionsrisiko bei vaginalem Sex als sehr hoch an.

Bei analem Sex schätzen 170 Personen von 367 das Risiko sich zu infizieren sehr hoch ein, davon sind 132 Frauen und 38 Männer. Es lässt sich bei beiden Geschlechtern eine deutliche Risikowahrnehmung feststellen.

Infektionsrisiko des anderen: Die Testpersonen wurden gefragt, wie hoch sie das Risiko einschätzen, eine andere Person mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Hier gaben insgesamt 149 Personen an, dass sie gar kein Risiko sehen, eine andere Person zu infizieren. Etwa die Hälfte sieht das Risiko eher niedrig und nur 33 Probandinnen und Probanden geben an, ein eher hohes Risiko zu erkennen. Ein sehr hohes Risiko sehen nur zwei der Befragten, welche aber beide den Artikel rezipiert haben, in dem es um die Folgen und Gefahren von STIs geht.

13. Zusätzliche Analyse

Um einen besseren Überblick zu gewährleisten, werden die zusätzlichen Analysen in Risikobereitschaft und Risikowahrnehmung aufgeschlüsselt.

13.1 Risikobereitschaft

13.1.1 Unterschiede nach Geschlecht

Szenario 1: Beim ersten Szenario geht es um ungeschützten Penetrationssex mit einem/r Bekannten. Hier war der Durchschnittswert der Männer bei 30,82, bei den Frauen betrug er nur 16,74, was einen sehr signifikanten Unterschied bedeutet.

Mit zusätzlicher Verhütung: Im Anschluss wurde die Frage gestellt, ob die Personen ohne Kondom Sex hätten, wenn auch anderweitig verhütet werden würde. Auch in diesem Fall kann man ein signifikantes Ergebnis beobachten, die Männer kamen durchschnittlich auf den Wert 61,18 und die Frauen auf 29,94. Man sieht, dass sich bei beiden Geschlechtern die Bereitschaft Sex zu haben fast verdoppelt, wenn eine andere Verhütungsmethode eingesetzt wird. Trotzdem ist die Bereitschaft bei den Frauen fast nur halb so groß, wie bei den Männern und unterscheidet sich aus diesem Grund signifikant.

Szenario 2: Im zweiten Szenario geht es um aktiven Oralsex. Wenn man die beiden Boxplots miteinander vergleicht, kann man erkennen, dass der Höchstwert (also vollkommene Bereitschaft) zwar bei beiden Geschlechtern erreicht wird, sich jedoch bei den Frauen nur ein Viertel über dem Wert 82 befinden. Knapp die Hälfte der Frauen liegen zwischen 0 und 60, woraus man schließen kann, dass diese eher nicht bereit für Sex wären. Bei den Männern befinden sich 50% der Befragten im Bereich zwischen 73 und 100, die Bereitschaft von diesen Männern Sex zu haben, ist also ziemlich hoch und wahrscheinlich. Die Risikobereitschaft bei aktivem Oralsex ist also allgemein höher als bei Penetrationssex. Außerdem ist die Risikobereitschaft der Männer auch signifikant höher, als die der Frauen.

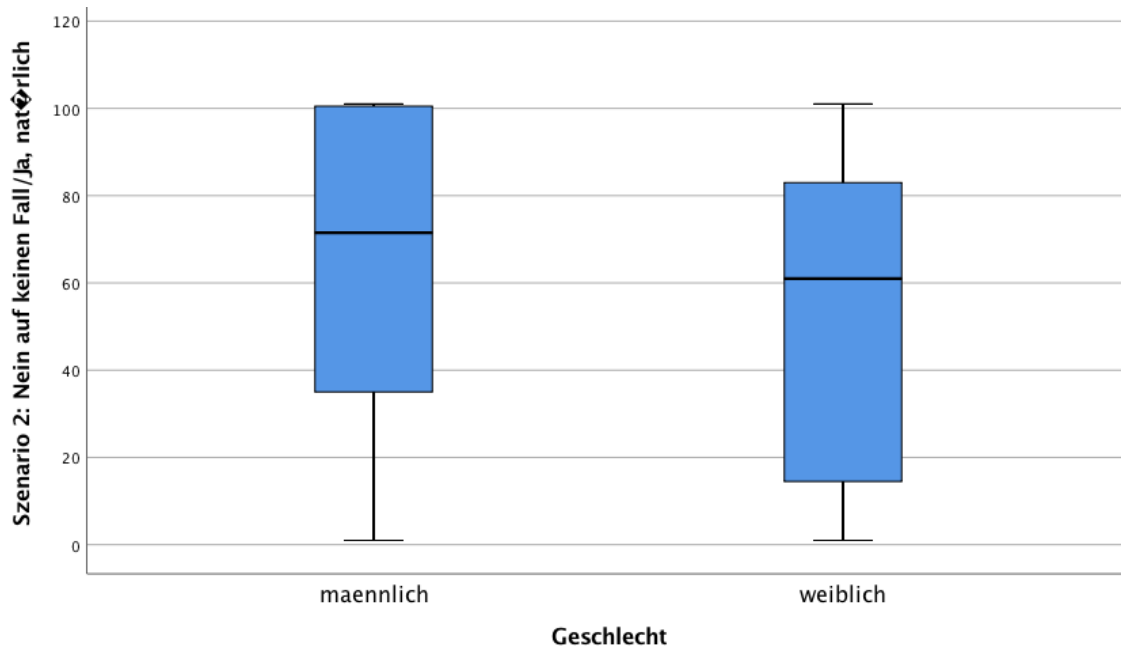


Abb. 8: Szenario 2, ungeschützter Penetrationssex

Szenario 3: Beim dritten Szenario wurde wieder nach der Bereitschaft zu Sex innerhalb einer monogamen Paar-Beziehung gefragt. Bei der ersten Frage, in der keine zusätzlichen Verhütungsmittel verwendet werden, sind sich Frauen und Männer beziehend auf ihre Bereitschaft mit 47,65 und 46,18 sehr ähnlich.

Mit zusätzlicher Verhütung: Bei den beiden Diagrammen (Abb. 9 und Abb. 10) kann man erkennen, wie sich die Einstellung der Männer im Vergleich verändert. Man sieht, dass die Anzahl der Männer, welche vorher auf gar keinen Fall Sex gehabt hätten, jetzt bei der Option mit den zusätzlichen Verhütungsmitteln deutlich sinkt. Insgesamt lässt sich eine Tendenz nach rechts zu den höheren Werten erkennen. Auch die Anzahl der Männer, die auf jeden Fall Sex hätten, steigt von etwa 18 auf fast 40 an.

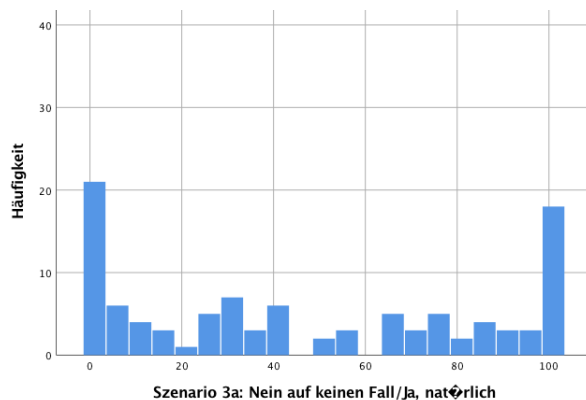


Abb. 9: Szenario 3, Männer ohne Verhütung

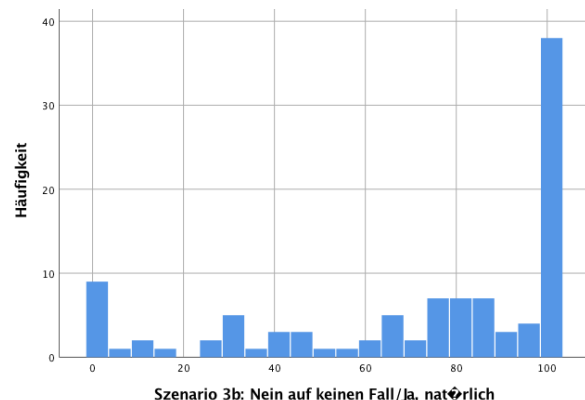


Abb. 10: Szenario 3, Männer mit Verhütung

Bei den Frauen zeichnen sich in diesem Fall ähnliche Tendenzen ab. Bei den Abbildungen 11 und 12 kann man ebenfalls erkennen, dass die Anzahl der Frauen, welche ohne zusätzliche Verhütung auf keinen Fall mit einer anderen Person schlafen würden, sich fast halbiert. Im Gegenzug verdoppelt sich die Anzahl der Frauen, welche ganz sicher in diesem Fall Geschlechtsverkehr haben würde. Man könnte also interpretieren, dass die Angst vor einer Schwangerschaft bei beiden Geschlechtern ein größerer Indikator dafür ist Kondome zu verwenden, beziehungsweise nicht ohne Kondom Sex zu haben, als die Angst vor Geschlechtskrankheiten.

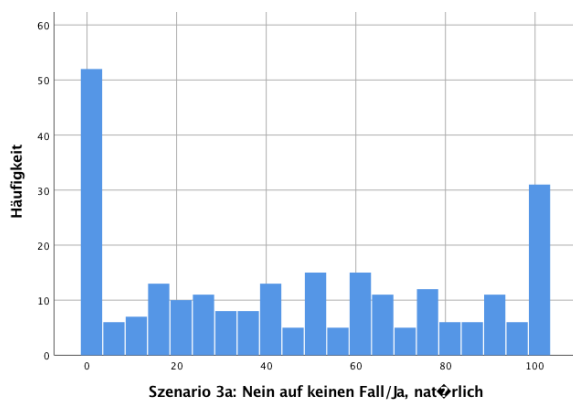


Abb. 11: Szenario 3, Frauen ohne Verhütung

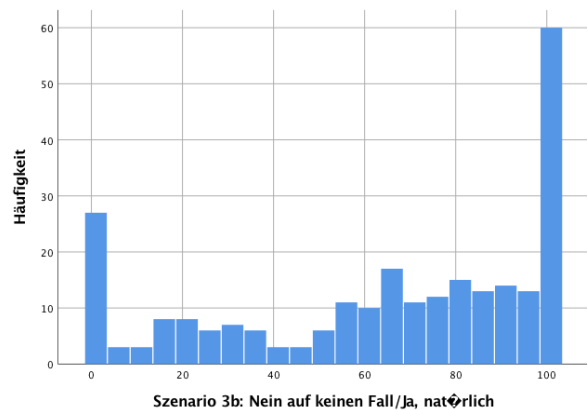


Abb. 12: Szenario 3, Frauen mit Verhütung

Szenario 4: Im vierten Szenario wird ein One-Night-Stand in einem fremden Land im Urlaub thematisiert. Hier sind sowohl Männer als auch Frauen eher vorsichtig, was ungeschützten Sex angeht. Vor allem die Frauen würden mit einem Mittelwert von 9,44 eher nicht mit der fremden Person Geschlechtsverkehr haben. Der Durchschnittswert der Männer hingegen liegt bei 22,99 und unterscheidet sich signifikant von dem der Frauen.

Mit zusätzlicher Verhütung: Trotz anderer Verhütungsmethoden siedelt sich der Großteil der Frauen beim Wert 0 (= auf keinen Fall) an. Es sind hier zwar ein paar Ausreißer erkennbar, aber im Allgemeinen kann man sagen, dass die Bereitschaft der Frauen hier mit durchschnittlich 14,05 sehr niedrig ist. Bei den Männern ist der Unterschied der zusätzlichen Verhütung signifikant größer, von 22,99 steigt hier die Bereitschaft ohne Kondom Sex zu haben auf immerhin 37,54 an. Trotzdem gibt auch hier die Mehrheit an auf gar keinen Fall mit der/dem Einheimischen intim zu werden. Es lässt sich der Schluss ziehen, dass bei One-Night-Stands mit fremden Personen

eher vorsichtiger vorgegangen wird, als bei der Vorstellung man würde sich in einer Beziehung befinden.

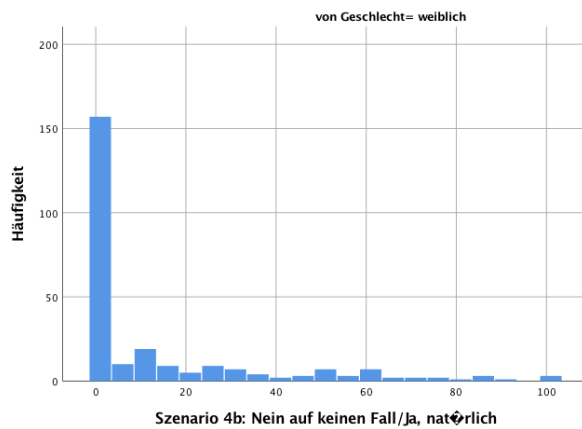


Abb. 13: Szenario 4, Frauen mit Verhütung

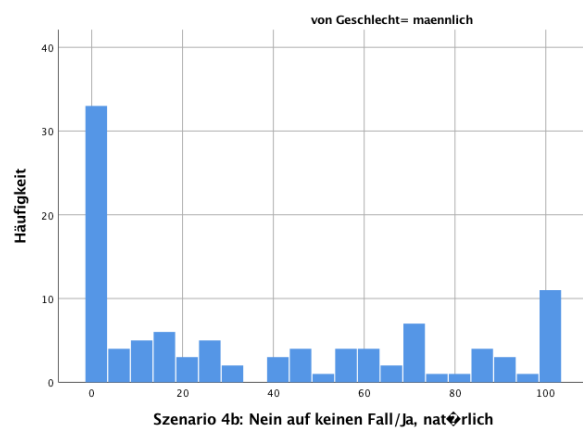


Abb. 14: Szenario 5, Männer mit Verhütung

Szenario 5: Bei Szenario fünf geht es um passiven Oralsex, das Risiko einer Infektion liegt hierbei also bei der anderen Person, welche man in dieser Situation das erste Mal persönlich trifft. Fast 90 von 256 befragten Frauen geben an sich in dieser Situation auf gar keinen Fall von der anderen Person oral befriedigen zu lassen, 37 hingegen würden es auf jeden Fall tun. Der Rest verteilt sich ziemlich gleichmäßig und siedelt sich bei einem Mittelwert von 42,78 an. Bei den Männern ist die Bereitschaft intim zu werden mit 56,49 etwas größer. Es ist spannend zu beobachten, dass die Tendenz aktiv jemanden oral zu befriedigen (siehe Szenario 2) größer ist, als passiv Oralverkehr zu empfangen, obwohl hier das Infektionsrisiko deutlich geringer ist. Trotzdem ist die Bereitschaft zu ungeschütztem Oralverkehr höher als zu ungeschützten Penetrationssex.

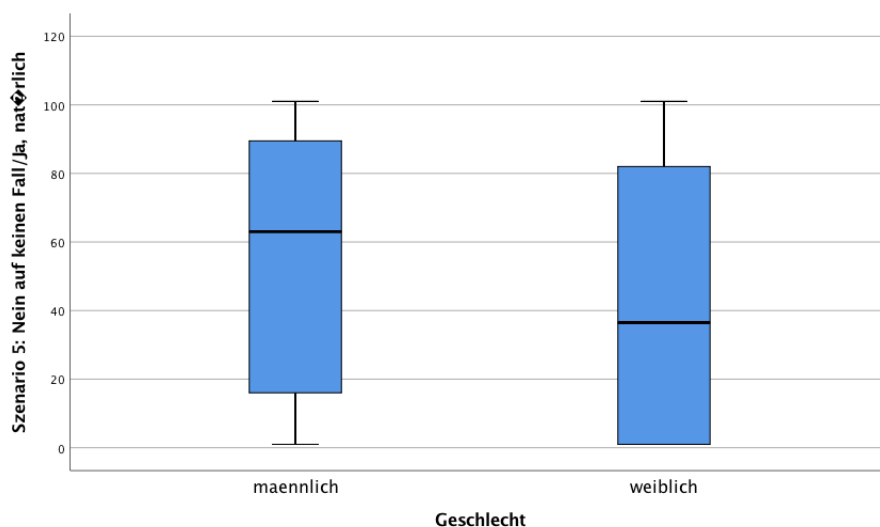


Abb. 15: Szenario 5, ungeschützter Oralverkehr

13.1.2 Unterschiede nach Alter

Im Rahmen der Studie wurden junge Erwachsene im Alter von 18 bis 30 befragt. Bei der grafischen Darstellung habe ich mir hier für Streudiagramme entschieden, da man so jede einzelne Ausprägung erkennen kann. In den untenstehenden Abbildungen kann man die Verteilung der Risikobereitschaft in Bezug auf das Alter erkennen. Auf der y-Achse ist das Alter von 18 bis 30 aufgeschlüsselt, auf der x-Achse befindet sich die Risikobereitschaft, welche von links nach rechts immer größer wird.

Szenario 1: Links (Abb.16) sieht man die Bereitschaft mit einer älteren Bekanntschaft ungeschützten Sex zu haben. Man kann erkennen, dass sich nur sehr wenige Punkte rechts befinden, wo die Bereitschaft sehr hoch ist. Die meisten Werte befinden sich zwischen 0 und 20, also in einem Bereich einer sehr geringen Bereitschaft.

Mit zusätzlicher Verhütung: Rechts (Abb.17) kann man erkennen, dass sich wesentlich mehr Punkte in den Bereichen von 40 bis 80 befinden. Vor allem für die älteren Studienteilnehmer ist zusätzliche Verhütung anscheinend ein ausschlaggebendes Merkmal, um sich auf ungeschützten Sex einzulassen. Man könnte auch hier wieder interpretieren, dass die Angst vor einer Schwangerschaft, die einer Infektion überschattet.

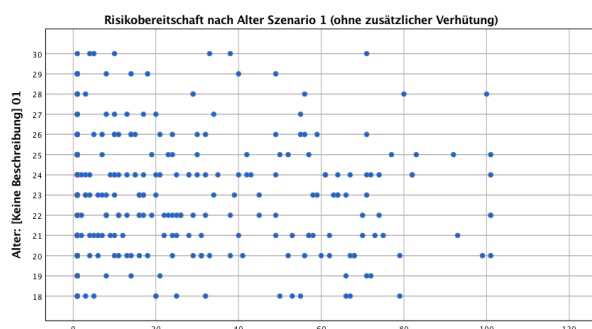


Abb. 16: Szenario 1, ohne Verhütung

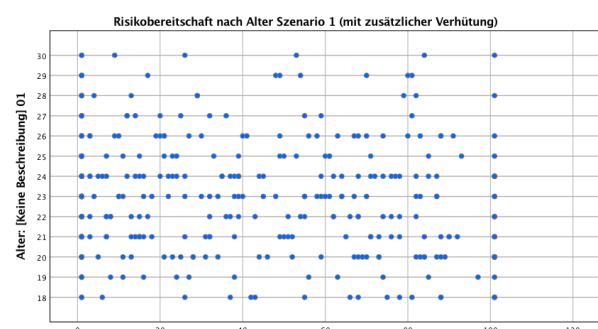


Abb. 17: Szenario 1, mit Verhütung

Szenario 2: Bei aktivem ungeschütztem Oralsex lässt sich erkennen, dass alle Altersgruppen auch an den beiden Endpunkten des Schiebereglers vertreten sind. Vor allem die 21 bis 26-Jährigen füllen die Werte von 0 bis 40 auf. Personen ab 26

Jahren entscheiden sich entweder aktiv gegen Sex (= 0), oder aber aktiv dafür (ab Wert 60), wogegen sich die jüngeren Teilnehmer vermutlich etwas unsicherer sind.

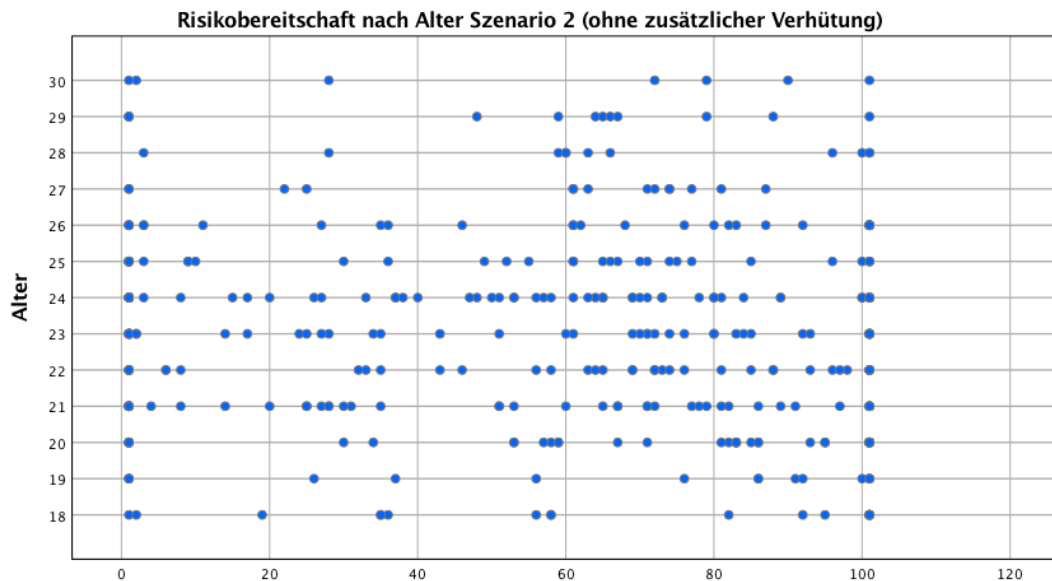


Abb. 18: Szenario 2, ungeschützter Oralsex

Szenario 3: Innerhalb einer Paar-Beziehung lassen sich nicht wirklich Altersunterschiede in den Antworten erkennen. Allgemein sind alle Altersgruppen mehr zu Sex bereit, wenn zusätzlich verhütet wird. Hier lässt sich die Tendenz erkennen, dass sich vor allem die ab 26-Jährigen am ehesten von einem weiteren Verhütungsmittel umstimmen lassen.

Szenario 4: Bei dem Urlaubs-One-Night-Stand sind alle Altersgruppen eher nicht bereit mit der fremden Person zu schlafen. Bei der Anschlussfrage, wie es mit zusätzlichen Verhütungsmitteln wäre, geben vor allem die 20 bis 26-Jährigen Personen an, eher bereit zu sein das Risiko einer Infektion einzugehen.

Szenario 5: Bei ungeschütztem passivem Oralsex lässt sich nur kaum ein Unterschied in Bezug auf das Alter feststellen. Es befinden sich zwar mehr Werte der jüngeren Personen im Bereich über 50, das liegt aber vor allem auch daran, dass mehr Leute unter 25 an der Befragung teilgenommen haben. Wenn man sich nur die 27 bis 30-Jährigen ansieht, kann man erkennen, dass sich im Vergleich sehr viele Punkte im Bereich von 50 bis 100 befinden. Man könnte also sagen, dass die Personen, welche über 27 Jahre alt sind, eher ungeschützten Oralsex eingehen würden.

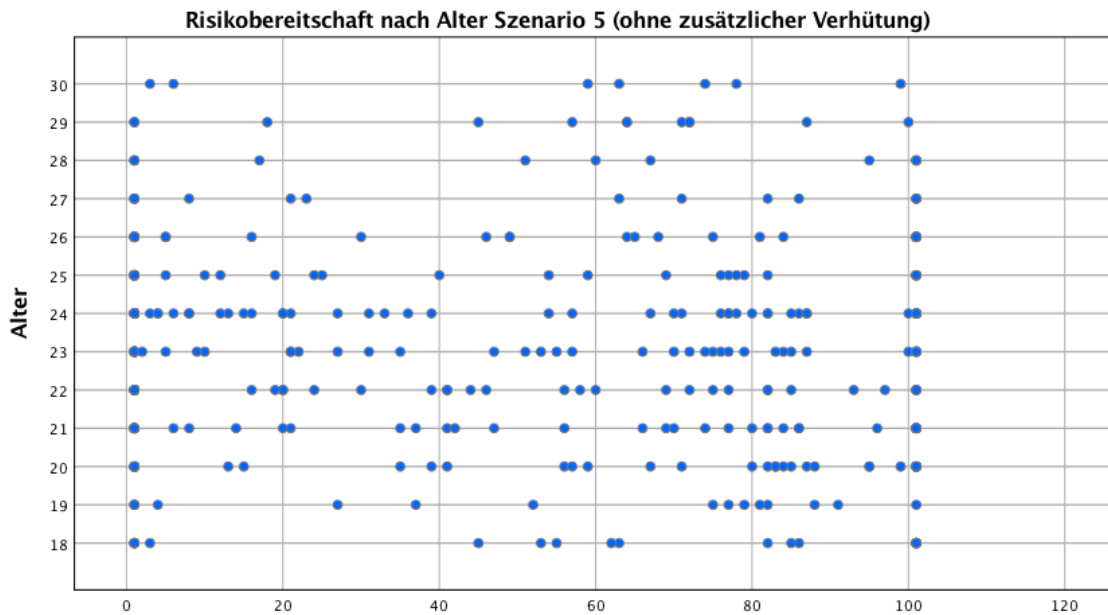


Abb. 19: Szenario 5, ungeschützter Oralsex

13.1.3 Unterschiede nach Beziehungsform

An der Studie nahmen insgesamt 208 Personen teil, welche sich in einer monogamen Partnerschaft befinden, 13 sind in einer nicht monogamen Partnerschaft und 138 Personen alleinstehend.

Szenario 1: Die Mittelwerte beim ersten Szenario sind bei den Personen, welche in einer monogamen Beziehung sind und den Singles mit 20,46 (Std.-Abweichung 35,61) und 20,59 (Std.-Abweichung 32,44) sehr ähnlich.

Mit zusätzlicher Verhütung: Auch bei zusätzlicher Verhütung steigen die Durchschnittswerte dieser beiden Beziehungsformen fast ident auf 38,37 und 38,88 an. Personen, welche sich in einer nicht-monogamen Beziehung befinden, setzen ihre Bereitschaft deutlich höher. Ohne zusätzlicher Verhütungsmittel befindet sich der Mittelwert bei 26,31, mit sogar bei 44,62. Bei Abbildung 20 kann man erkennen, dass es vor allem bei den Singles und den monogamen Beziehungen sehr viele Ausreißer im oberen Bereich gibt. Bei den nicht-monogamen Partnerschaften sind hier 25% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu bereit auch ohne Verhütung ungeschützten Sex zu haben. Bei Abbildung 21 sieht man, dass die Bereitschaft bei allen Beziehungsformen deutlich gestiegen ist. Bei den Personen in einer nicht-monogamen Partnerschaft wären mit zusätzlicher Verhütung die Hälfte der Testpersonen bereit Sex zu haben.

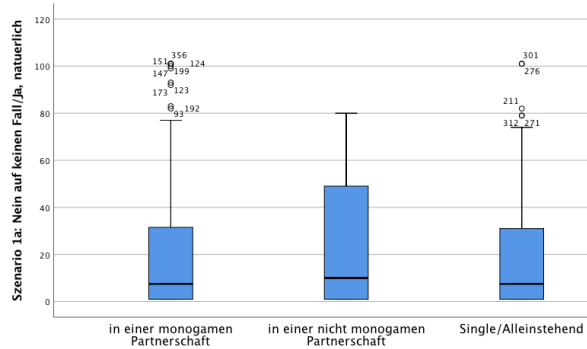


Abb. 20: Szenario 1, ohne Verhütung

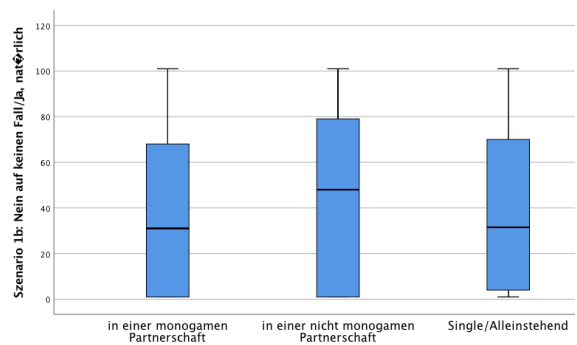


Abb. 21: Szenario 1, mit Verhütung

Szenario 2: Mehr als die Hälfte der Singles würde ungeschützten aktiven Oralsex eingehen. Mit einem Mittelwert von 64,18 (Std.-Abweichung 33,20) ist das auch die Gruppe, die am ehesten dazu bereit wäre, gefolgt von den Personen, welche in einer nicht-monogamen Beziehung sind. Hier würde trotzdem mehr als die Hälfte der Person das Angebot ablehnen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer monogamen Partnerschaft haben ebenso einen recht hohen Mittelwert mit 50,04 (Std.-Abweichung 37,81), trotzdem würden hier fast 60 Personen von 208 auf gar keinen Fall das Risiko eingehen.

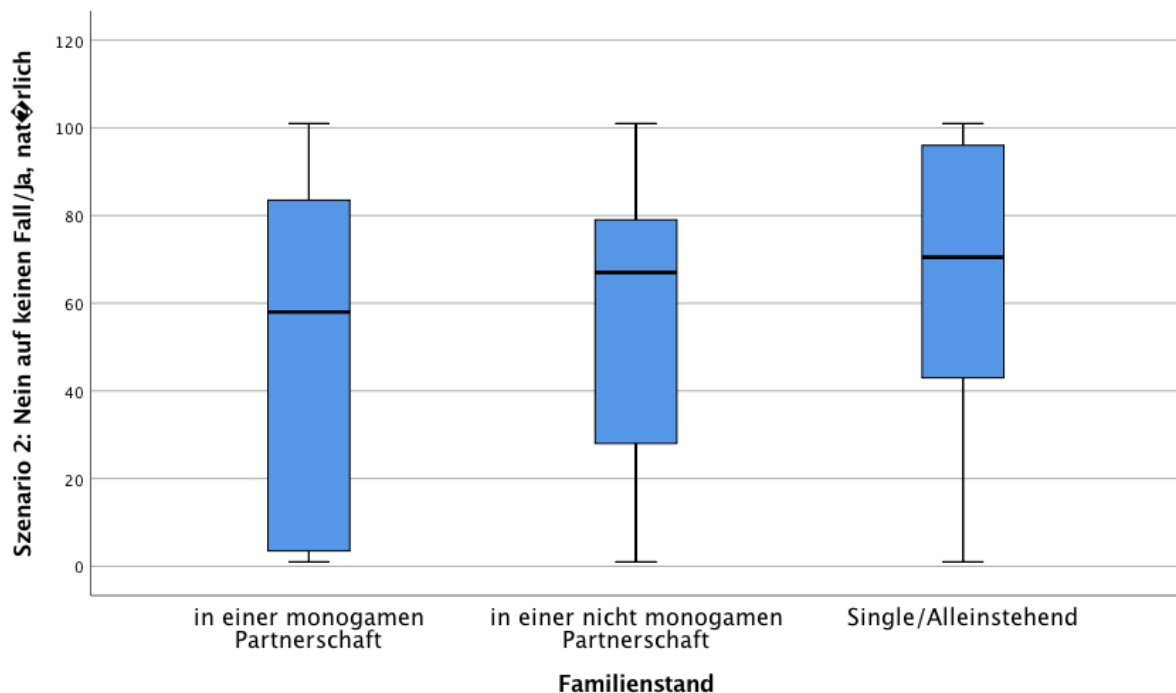


Abb. 22: Szenario 2, ungeschützter Oralsex

Szenario 3: Innerhalb einer Paar-Beziehung wären mehr als die Hälfte von allen Personen bereit Sex ohne Kondom zu haben, wenn eine andere Verhütungsmethode vorliegt (Abb. 24). Vor allem Personen, welche derzeit in einer monogamen Partnerschaft sind, würden das Risiko eingehen. Das liegt vielleicht auch daran, dass sie dieses Risiko selbst schon eingegangen sind und bereits schon einmal in der Vergangenheit beschlossen haben, ohne Kondom miteinander zu schlafen, ohne sich davor auf Geschlechtskrankheiten testen zu lassen. Ihr Durchschnittswert liegt bei 67,80 (Std.-Abweichung 34,53), im Vergleich zu den nicht-monogamen Beziehungen mit 56,62 (Std.-Abweichung 35,51) und den Singles mit 65,14 (Std.-Abweichung 34,14). Ohne Verhütung würden allgemein weniger Personen das Risiko eingehen, wobei es sich bei den nicht-monogamen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, immer noch ungefähr um die Hälfte handelt (Abb. 23).

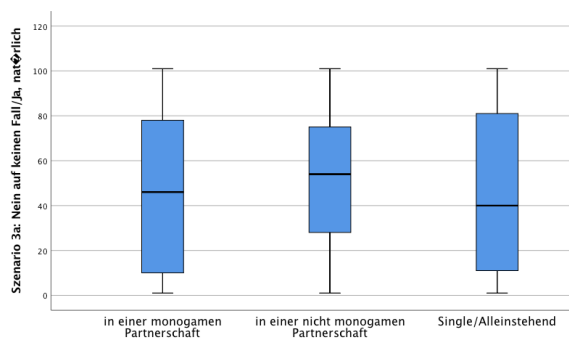


Abb. 23: Szenario 3, ohne Verhütung

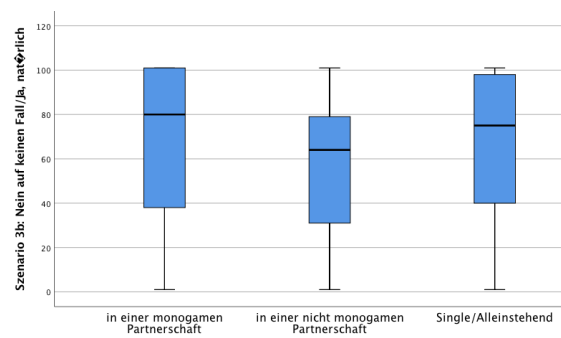


Abb. 24: Szenario 3, mit Verhütung

Szenario 4: Bei einem One-Night-Stand sind sich die Mehrheit aller Personen sicher, auf gar keinen Fall ungeschützten Sex mit einer/m Fremden zu haben. Von 208 Personen in einer monogamen Beziehung geben 127 an sicher nicht in dieser Situation mit der anderen Person zu schlafen. 10 von 13 Teilnehmer, die in einer nicht-monogamen Beziehung sind, wählen auch den Wert Null aus. Auch 90 von 138 Singles haben gar keine Bereitschaft mit dieser Person Sex zu haben.

Mit zusätzlicher Verhütung: Selbst wenn Verhütungsmittel ins Spiel kommen, ändert sich die Meinung der Singles und Monogamen nur gering. Bei den nicht-monogamen Personen steigt der Mittelwert von 19,92 auf 32,32 an, jetzt geben nur noch 6 von 13 Personen an, auf gar keinen Fall Sex zu haben.

Szenario 5: Bei ungeschützten passiven Oralsex geben die meisten Singles und monogamen Beziehungspartner an, dass ihre Bereitschaft dazu überhaupt nicht vorhanden ist. Trotzdem finden sich bei beiden Gruppen auch ungefähr halb so viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche genau das Gegenteil ausfüllen und ganz sicher in diesem Fall Oralsex empfangen würden. 5 von 13 Probandinnen und Probanden, welche in einer nicht-monogamen Partnerschaft sind, würden in diesem Fall ganz sicher ungeschützten Oralsex mit der anderen Person haben. Die anderen 4 sind hingegen der Meinung auf gar keinen Fall mit der anderen Person intim zu werden.

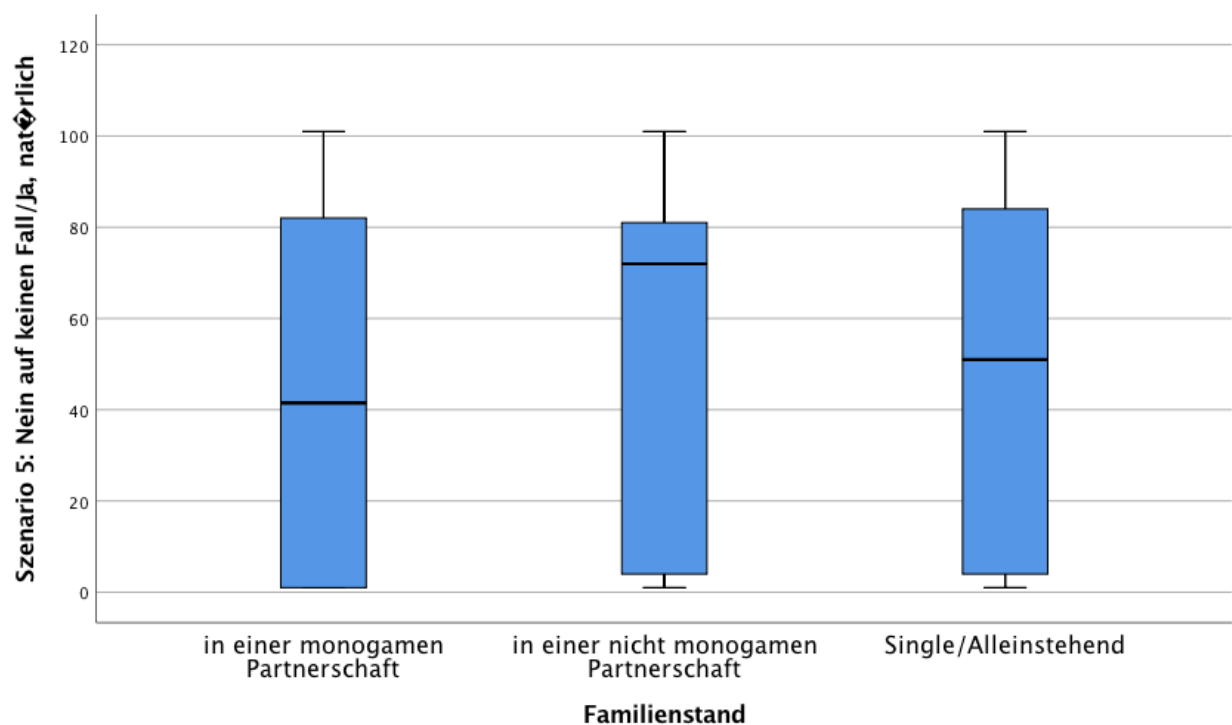


Abb. 25: Szenario 5, ungeschützter Oralsex

13.2 Risikowahrnehmung

13.2.1 Eigenes Infektionsrisiko in Hinblick auf Beziehungsform

Wenn man die verschiedenen Beziehungsformen miteinander vergleicht, kann man feststellen, dass nicht-monogame Partner das Risiko sich beim Küssen zu infizieren sehr niedrig bis nicht vorhanden einschätzen. Unter den monogamen Partnern und Singles gibt es immerhin 15 Personen, welche das Risiko eher hoch bis sehr hoch einschätzen, alle anderen bewerten das Risiko ebenfalls sehr gering.

Beim Petting sehen die Befragten das Infektionsrisiko schon etwas höher, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu erkennen sind. Die Gefahr sich beim Oralsex anzustecken, bewertet ungefähr die Hälfte der in einer monogamen Beziehung Seienden als sehr hoch bis hoch. Etwa ein Drittel der nicht-monogamen Partner sieht das Risiko ebenfalls hoch bis sehr hoch.

Etwa die Hälfte der Personen in einer Beziehung geben an, dass das Infektionsrisiko bei vaginalem Sex sehr hoch sei, auch die meisten Singles bewerten das Risiko als sehr hoch.

Auch bei Analsex sehen die Hälfte der Beziehungspartner eine sehr hohe Übertragungschance. Allgemein bewerten alle drei Beziehungsformen Vaginal- und Analsex als ungefähr gleich gefährlich.

13.2.2 Testbereitschaft

Die Probandinnen und Probanden wurden gefragt, ob sie sich auf STIs testen lassen, bevor sie mit einer neuen Person ohne Kondom Geschlechtsverkehr haben. 22 Frauen und 2 Männer gaben an, sich immer einem Test zu unterziehen, bevor das Kondom weggelassen wird. Die Mehrheit mit 256 Personen gab jedoch an, sich noch nie auf sexuell übertragbare Infektionen testen lassen zu haben. 87 Teilnehmer haben ausgefüllt, sich manchmal testen zu lassen, bevor sie ungeschützten Sex haben.

13.2.3 Einfluss eines negativen Testergebnisses

Insgesamt gaben 92 junge Erwachsene an, dass ein negatives Testergebnis ihr Sexualverhalten nachgiebig verändert. Hier wurde eine offene Frage eingebaut, bei der die Probanden ihre Erfahrungen berichten konnten. Die meisten Personen geben an, dass sie dann ohne Kondom Geschlechtsverkehr hätten, wenn noch anderweitig

verhütet werden würde, das ist ein Punkt, der fast allen Teilnehmern sehr wichtig war. Viele Probanden haben auch angegeben, dass sie nur mit ihren fixen Partnern ohne Kondom schlafen würden, bei wechselnden oder neuen Sexualpartnern würde man nicht auf das Kondom verzichten wollen. Einige schreiben auch, dass sie durch einen negativen Test weitaus entspannter seien und den Sex mehr genießen können. Niemand hat angegeben, nach einem negativen Test beider Seiten ungeschützten Sex zu haben, bei dem nicht noch anderweitig verhütet wird, deshalb kann man davon ausgehen, dass die jungen Erwachsenen vor allem dem Risiko schwanger zu werden entgehen möchten.

13.2.4 Kondomnutzung

Es wurde nachgefragt, wie die Teilnehmer allgemein subjektiv zu Sex mit Kondomen stehen. Dabei gaben 163 Personen an, Sex mit Kondomen sehr positiv zu sehen. 80 Personen der Befragten sehen Sex mit Kondom eher negativ bis negativ.

14. Fazit

Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden, inwiefern Medien die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen beeinflussen. Um das zu erforschen, wurden verschiedene Artikel über sexuell übertragene Infektionen nach den Regeln der Framing-Theorie von mir verfasst. Innerhalb der quantitativen Umfrage gab es zwei verschiedene Gruppen, welche unterschiedliche Texte vor dem Ausfüllen des Fragebogens rezipiert haben.

Die Ergebnisse der Untersuchungen haben die ursprüngliche Hypothese nur teilweise bestätigt. Es wurde festgestellt, dass es nur zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe, welche über Risiken informiert wurde, einen signifikanten (0,049) Unterschied gibt. Folgend kann dadurch behauptet werden, dass Personen, welche einen Artikel über Präventionsmaßnahmen gelesen haben eine niedrigere Risikobereitschaft aufweisen. Zwischen den beiden Stimulus-Gruppen konnte nur bei den Frauen ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche einen Artikel gelesen haben, in dem sie über die gefährlichen Folgen und die Gefahren von sexuell übertragbaren Infektionen aufgeklärt wurden, zeigen in den meisten Situationen die höchste Risikobereitschaft.

Die Ergebnisse der Studie knüpfen also in weiterem Sinne an die Untersuchungen in der Persuasionsforschung an, da ein sogenannter „Bumerang-Effekt“ zu erkennen ist. In diesem Kontext bedeutet das, dass bei der Gruppe, welche Risikoinformationen und Bedrohungsappelle ohne eine direkte Empfehlung von Schutzmaßnahmen rezipiert hat, ein entgegengesetzter Effekt aufgetreten ist, welcher sich in einem riskanteren Verhalten und höherer Risikobereitschaft äußert. Während die Risikoinformation bei beiden Geschlechtern zu einer höheren Risikobereitschaft führt, löst der Artikel über Präventionsmaßnahmen nur bei den Männern einen solchen Effekt aus. Bei den Frauen hingegen führt das Wissen über Präventionsmaßnahmen zu einer geringeren Risikobereitschaft.

Allgemein hat man sich noch sehr wenig konkret mit dem Bumerang-Effekt beschäftigt, weshalb ich der Meinung bin, dass sich weiterführende Forschung diesem Effekt aus einer anderen Perspektive nähern und beispielsweise die genauen

Gründe dafür herausfinden könnte. Außerdem wäre es interessant zu wissen, welche Unterschiede es bei der Artikelrezeption zwischen den Geschlechtern gibt, da man so das Risiko, dass eine Präventionsmaßnahme kontraproduktiv wirkt, verringern könnte.

Obwohl meine Forschung leider keinen kommunikationswissenschaftlichen Effekt zeigen konnte, finde ich es wichtig, zukünftig an diesem bedeutenden Thema anzuschließen. Ich habe im Laufe meiner Datenerhebung erkannt, dass es wichtig ist, mit jungen Erwachsenen ausreichend über das Thema der sexuell übertragbaren Infektionen zu reden und dass durchaus Interesse von deren Seite besteht. Es hat mich sehr gefreut, dass mein Forschungsthema durchaus positiv und interessiert aufgenommen wurde sowie zu neuem Gesprächsstoff und neuen Gedankenanstößen geführt hat.

Nach meiner Datenerhebung ist es für mich schwierig, konkrete Handlungsvorschläge für Medien zu formulieren, da ich leider nur herausfinden konnte, welche Art von Information bei den jungen Frauen zu einem nicht riskanten Verhalten und einer höheren Risikowahrnehmung führt. Trotzdem bin ich der Meinung, dass es der richtige Weg wäre, das Thema STIs allgemein präsenter zu machen und es zu schaffen, dieses zu enttabuisieren. Denn nur wenn es ein Thema wie jedes andere ist, erreichen wir, dass junge Erwachsene auch wie über jedes andere Thema darüber sprechen, und ich denke genau das ist der Schlüssel zu einer besseren Wahrnehmung und Risikoeinschätzung.

15. Literaturverzeichnis

Abel, T., Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. In: Bundesgesundheitsbl. 58. S. 923–929. Doi: 10.1007/s00103-015-2198-2

Aids Hilfe (2018). HIV Statistik. URL: <http://www.aids.at/information/hiv-statistik/> (Abgerufen am 4.11.2020)

Baumann, E., Czerwinski, F. (2015). Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R., (2015). Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. 1.Auflage. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S.57-80.

Bonfadelli, H., (2015). Gesundheitskommunikation: Ein Forschungsfeld in Bewegung. In: Rossmann, C., Hastall, M., Baumann, E., Sowka, A. (2015). Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S.15-35.

Brady, S. S., Tschann, J. M., Ellen, J. M., Flores, E. (2009). Infidelity, trust, and condom use among latino youth in dating relationships. In: Sexually Transmitted Diseases, 36. S. 227-231. Doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181901cba.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). Hepatitis B. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Hepatitis-B.html> (Abgerufen am 2.1.2021)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020). Wie kann man sich anstecken? In: Liebesleben. Es ist deins. Schütze es. URL: <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/sexuell-uebertragbare-infektionen/sti-uebertragungswege/> (Abgerufen am 4.11.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2015). Viral Hepatitis. URL: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/hepatitis.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2016). Chlamydia – CDC Fact Sheet (Detailed). URL: <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm>

(Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2017). Genital Herpes – CDC Fact Sheet (Detailed). URL: <https://www.cdc.gov/std/herpes/stdfact-herpes-detailed.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2017). Syphilis – CDC Fact Sheet (Detailed). URL: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2017). Genital Herpes – CDC Fact Sheet (Detailed). URL: <https://www.cdc.gov/std/herpes/stdfact-herpes-detailed.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2019). Genital HPV Infection –Fact Sheet. URL: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Centers for Disease Control and Prevention (2020). STDs and HIV –CDC Fact Sheet. URL: <https://www.cdc.gov/std/hiv/stdfact-std-hiv-detailed.htm> (Abgerufen am 2.12.2020)

Cho, H., Salmon, C. T. (2007). Unintended Effects of Health Communication Campaigns. In: Journal of Communication 57, S. 293–317.

Clifton, S., Field, N., Gravningen, K., Hughes, G., Johnson, A., Mapp, F., Mercer, C., Sonnenberg, P., Tanton, C. (2018). STI Risk Perception in the British Population and How It Relates to Sexual Behaviour and STI Healthcare Use: Findings From a Cross-sectional Survey (Natsal-3). United Kingdom. doi: 10.1016/j.eclinm.2018.08.001

Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. Journal of Personality and Social Psychology, 84, S. 390-410. doi: 10.1037//0022-3514.84.2.390.

Czermak, C. (2011). Eine paarbasierte Studie zu sexuellem Risikoverhalten unter Anwendung des Actor-Partner Interdependence Model (APIM). Universität Wien: Diplomarbeit.

Dahinden, U. (2006). Framing: Eine integrative Theorie der Massenkommunikation.

Köln: Herbert von Halem Verlag.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG). (2014). Published by John Wiley & Sons Ltd. In: Journal of the German Society of Dermatology. doi: 10.1037/2014/1206

Devos-Comby, L., Salovey, P. (2002). Applying persuasion strategies to alter HIV-relevant thoughts and behavior. In: Review of General Psychology 6, S. 287-304.

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. In: Journal of Communication, 43(4), S. 51–58. doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x

European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Syphilis and congenital syphilis in Europe – A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Stockholm: ECDC; URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-and-congenital-syphilis-in-Europe.pdf> (Abgerufen am 4.11.2020)

Eysenck, H. J. (1971). Personality and sexual adjustment. In: British Journal of Psychiatry, 118, S. 593-608.

Gallagher, K., Updegraff, J. (2012). Health Message Framing Effects on Attitudes, Intentions, and Behavior: A Meta-analytic Review. In: Annals of Behavioral Medicine. doi: 10.1007/s12160-011-9308-7

Gerend, M., Sheperd, J. (2007). Using Message Framing to Promote Acceptance of the Human Papillomavirus Vaccine. In: Health Psychology. doi:10.1037/0278-6133.26.6.745

Gesundheit und Sexualität Deutschland (2019): GeSiD-Studie zu Gesundheit und Sexualität in Deutschland. Bekanntheit verschiedener sexuell übertragbarer Infektionen (STI) nach Altersgruppen. URL: https://www.liebesleben.de/media/presse/GeSiD/Infoblaetter_GeSiD_6.pdf (Abgerufen am 6.11.2020)

Giese, H., Schmidt, G. (1986). Studentensexualität. Hamburg: Rowohlt.

Gille, G., Klapp, C., Diedrich, K., Schäfer, A., Moter, A., Griesinger, G., Kirschner, R.

- (2005). Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin. In: Deutsches Ärzteblatt 2005: 102: A 2021-2025 (Heft 28-29).
- Gitlow, S. (2000). The Online Community as a Healthcare Resource. In Nash, D., Manfredi, M.P., Bozarth, B., Howell, S. (Hrsg.). Connecting with the New Healthcare Consumer: Defining your Strategy. New York: McGraw-Hill. S.113-133.
- Henriksen, L., Dauphinee, A.L., Wang, Y., Fortmann, S.P. (2006). Industry sponsored anti-smoking ads and adolescent reactance: test of a boomerang effect. PMC. doi: 10.1136/tc.2003.006361
- Hoffrage, U., Lindsey, S., Hertwig, R., Gigerenzer, G. (2000). Communicating statistical information. In: Science 290. S. 2261-2262.
- Hofstetter, A. (1999). Sexuell übertragbare bakterielle Infektionen. In: Hofstetter, A. (eds) Urogenitale Infektionen. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-59883-8
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C., & Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: A quantitative review. In: Journal of Personality, 68, S. 1203-1231.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). (2001). Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern u. a.: Huber.
- Kacher, C., Wiest, A., Schumacher, N. (2000). E-Health: Chancen und Risiken für Ärzte, Patienten und Kostenträger. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 76. S. 607-613.
- Kickbusch, I., Maag, D., Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. In: European Health Forum Badgastein.
- Kirsten, A. (2020). Der Unterschied zwischen Bakterien und Viren. In: Apotheken-Umschau. URL: <https://www.apotheken-umschau.de/Infektion/Der-Unterschied-zwischen-Bakterien-und-Viren-209555.html> (Abgerufen am 6.11.2020)
- Krebsinformationsdienst des deutschen Krebsforschungszentrum (2016). Gebärmutterhalskrebs: Krebsentstehung, Anatomie, Häufigkeit. URL:

<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/gebaermutterhalskrebs/was-ist-gebaermutterhalskrebs.php> (Aufgerufen am 29.9.2020)

Leval, A., Sundstrom, K., Ploner, A., Arnheim Dahlstrom, L., Widmark, C., et al. (2011). Assessing Perceived Risk and STI Prevention Behavior: A National Population-Based Study with Special Reference to HPV. In: PLOS ONE 6(6): e20624. doi:10.1371/journal.pone.0020624

Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten (2019). Gemeldete Geschlechtskrankheiten in Wien nach Art der Erkrankung und Geschlecht seit 1998. URL: <https://www.wien.gv.at/statistik/soziales/tabellen/geschlechtskrankheiten-zr.html> (Aufgerufen am 29.9.2020)

Matthes, J. (2007). Framing-Effekte: Zum Einfluss der Politikberichterstattung auf die Einstellungen der Rezipienten (Bd. 13). München: Verlag Reinhard Fischer.

Matthes, J. (2014): Framing. Konzepte. Ansätze der Medien- und Kommunikationswissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

McNeil, B.J., Pauker, S.G., Sox, H.C., Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. In: New England Journal of Medicine. 306. S. 1259-1262.

Miller, J.D., Lynam, D., Zimmerman, R. S., Logan, T. K., Leukefeld, C., Clayton, R. (2004). The utility of the Five Factor Model in understanding risky sexual behavior. Personality and Individual Differences, 36, S. 1611-1626.

Mittermayr, E. (2018). Gesundheitsinformationen aus dem Internet. Eine quantitative Erhebung zur Online-Gesundheitsinformationssuche. Johannes Kepler Universität Linz: Diplomarbeit.

Nutbeam, Don. (1982) The Evolving Concept of Health Literacy. In: Social Science & Medicine. S. 2072-078.

Poggiolini, C., Ryffel, F. (2017). Zur Wirkung unterschiedlicher Warnhinweis-Formulierungen auf Zigarettenpackungen. In: Lampert, C., Grimm, M. (2017).

Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld. 1. Auflage.
Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S.175-187.

Reichen, J., Grob, P.J. (2002). Hepatitis B Virusinfektion: Diagnose, klinische Folgen, Therapie und Prophylaxe. Institut für Klinische Pharmakologie. Bern: Verlag Hand Huber.

Reifegerste, D. Ort, A., (2018). Gesundheitskommunikation. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Reifegerste, D., Schumacher, M.B., Hoffmann, S., Schwarz, U., Hagen, L.M. (2015). Framing von Gesundheitskommunikation in Settingansätzen. In Rossmann, C., Hastall, M., Baumann, E., Sowka, A. (Hrsg): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S.119-134.

Renner, B. (2003). Risikowahrnehmung. In: Lexikon der Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 470-473.

Renner, B., Schwarzer, R. (2003). Risikostereotype, Risikowahrnehmung und Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 11. S. 112-121.

Renner, B., Schupp, H.T., Schmälzle, R. (2009). Risikowahrnehmung und Risikokommunikation. In: Bengel, J. et al. (Hrsg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen [u.a.] : Hogrefe. S. 113-121.

Renner, B., Panzer, M., Oeberst, A. (2007). Gesundheitsbezogene Risikokommunikation. In: Six, U. (Hrsg). Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie. Weinheim: Beltz. S.251-270.

Renner, B., Schwarzer, R. (2003). Risikostereotype, Risikowahrnehmung und Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 11, 3. S. 112-121.

Robert-Koch-Institut (2018). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. In: Epidemiologische Bulletin

47/2018. URL:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/47_18.pdf?__blob=publicationFile (Abgerufen am 6.11.2020)

Robert-Koch-Institut (2013). Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. In:

Epidemiologisches Bulletin 46/2013. URL:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/46_13.pdf?__blob=publicationFile (Abgerufen am 6.11.2020)

Rossmann, C., Ziegler, L. (2013). Gesundheitskommunikation: Medienwirkung im Gesundheitsbereich. In: Rossmann, C., Hastall, M. (Hrsg.). Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen. o.O: Nomos Verlagsgesellschaft.

Rossmann, C. (2010). Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. In: W. Schweiger, K. Beck (Hrsg.). Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 338-363. doi 10.1007/978-3-531-92437-3_14.

Ruhrmann, G. (2015). Risiko und Risikokommunikation. In: Fröhlich, R., Szyszka, P., Bentele, G. (2015). Handbuch der Public Relations. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 977-992.

Ruhrmann, G., Guenther, L. (2016). Katastrophen- und Risikokommunikation. In: Bonfadelli, H., Fähnrich, B., Lüthje, C., Milde, Jutta., Rhomberg, M., Schäfer, M.S. (2017). Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation. Wiesbaden: Springer VS. S. 297-314.

Schenk, M. (2007). Medienwirkungsforschung. 3., Vollst. überarb. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck.

Scheufele, B. (2003). Frames - Framing - Framing-Effekte: Theoretische und methodische Grundlegung des Framing-Ansatzes sowie empirische Befunde zur Nachrichtenproduktion. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Scheufele, DA. (2000). Agenda-Setting, Priming, and Framing Revisited: Another Look at Cognitive Effects of Political Communication, Mass Communication & Society. Vol. 3, No. 2&3. S 297-316.

Scheufele, DA., Tewksbury, D. (2007). Framing, Agenda Setting and Priming: The Evolution of Three Media Effects Models. In: Journal of Communication, Vol. 57. S. 9 – 20.

Schneede, P. (1999). Sexuell übertragbare virale Infektionen. In: Hofstetter, A. Urogenitale Infektionen. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-59883-8_19

Schwermer, B. (2012). Risikowahrnehmung und Impfverhalten in der Influenzasaison 2010/2011. Universität Ulm: Dissertation.

Signitzer, B. (2001). Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In Hurrelmann, K., Leppin, A. (Hrsg.). Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Göttingen. Toronto/Seattle: Huber. S. 22-35

Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17 (3). Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 105-113.

Statistik Austria (2020). Anzeigepflichtige Krankheiten. URL: [https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/anzeigepflichtige_krankheiten/index.html#:~:text=25%2C1%20Erkrankungen%20pro%20100.000,580%20F%C3%A4lle%20von%20Syphilis\)%20aus.](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/anzeigepflichtige_krankheiten/index.html#:~:text=25%2C1%20Erkrankungen%20pro%20100.000,580%20F%C3%A4lle%20von%20Syphilis)%20aus.) (Abgerufen am 6.11.2020)

Stary, A. et al., (2015). Die Gonokokkeninfektion in Österreich. Eine Langzeitbeobachtung der Prävalenz und Resistenzentwicklung von 1999 bis 2014. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 13(11). S. 1136–1146. doi: 10.1111/ddg.12816

Struckman-Johnson, D., Struckman-Johnson, C. (1996). Can you say condom? It makes a difference in fear-arousing AIDS prevention public service announcements. In: Journal of Applied Social Psychology, 26. S. 1068–1083.

Beck, D. (2020). HIV und Aids – Geschichte einer Pandemie. In: SWR2 Wissen. URL: <https://www.swr.de/swr2/wissen/201201-hiv-und-aids-100.pdf>

Tewksbury, D., Scheufele, D. A. (2009). News framing theory and research. In J.

- Bryant, M. B. Oliver (Eds.). Media effects: Advances in theory and research. Hillsdale, NJ: Erlbaum. S. 17-33
- Wagenlehner, F.M.E., Brockmeyer, N.H., Discher, T., Friese, K., Wichelhaus, T.A.(2016). The presentation, diagnosis and treatment of sexually transmitted infections. In: Deutsches Ärzteblatt 113. S. 11–22. doi: 10.3238/arztebl.2016.0011
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. In: Journal of Personality and Social Psychology. 39(5). S. 806-820.
- WHO (2019). Sexually transmitted infections (STI). URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) (Abgerufen am 10.9.2020)
- WHO (2019). Sexually transmitted infections (STIs) in the Western Pacific. URL: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sexually-transmitted-infections> (Abgerufen am 10.9.2020)
- WHO (2020). Massive proportion of world's population are living with herpes infection. URL: <https://www.who.int/news/item/01-05-2020-massive-proportion-world-population-living-with-herpes-infection> (Abgerufen am 10.9.2020)
- WHO (1998). Health Promotion Glossary. URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf (Abgerufen am 10.9.2020)
- Wirth, W., Kühne, R. (2013). Grundlagen der Persuasionsforschung. Konzepte, Theorien und zentrale Einflussfaktoren. In: Schweiger, W., Fahr, A. (2013). Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Witte, K., Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. In: Health Education and Behavior 27. S. 591-615.
- Zeyer, A. Odermatt, F. (2009). Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Bindeglied zwischen Gesundheitsbildung und naturwissenschaftlichem Unterricht. In: Zeitschrift für Didaktik der Naturwissenschaften, 15. S. 265-285.

16. Anhang

16.1 Fragebogen

Was würden Sie in folgenden Situationen tun?

1. Stellen Sie sich vor Sie sind mit Ihren Freunden auf einer Party. Sie sind schon seit längerer Zeit Single. Plötzlich treffen Sie eine/n Bekannte/n wieder, die/den Sie schon länger nicht mehr gesehen haben. Sie unterhalten sich gut miteinander und haben einen lustigen Abend. Nach einigen Drinks fahren Sie mit der Bekanntschaft mit nach hause. Als sie dort angekommen sind, beginnen sie miteinander intim zu werden. Als Sie Sex haben möchten, bemerken Sie, dass Sie keine Kondome mithaben. Auch die Bekanntschaft hat keine in ihrer Wohnung.

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom Sex haben?

Nein auf keinen Fall Ja, natürlich

Würden Sie in dieser Situation ohne Kondom Sex haben, wenn eine der beiden Personen anderweitig verhütet?

Nein auf keinen Fall Ja, natürlich

2. Stellen Sie sich vor Sie sind auf einer großen Homeparty. Die Feier ist ein voller Erfolg und Sie verbringen einen sehr schönen und lustigen Abend mit Ihren Freunden. Den/die Gastgeber/in kennen Sie flüchtig über Freunde und Sie standen schon immer heimlich ein bisschen auf ihn/sie. Sie nähern sich den ganzen Abend über an und flirten miteinander. Nach einigen Küssen beschließen Sie, sich ins Schlafzimmer zurückzuziehen. Sie sind bereits nackt und kurz davor einen Schritt weiter zu gehen, als Sie bemerken, dass Sie Ihre Kondome/Lecktücher in Ihrer Jacke im Wohnzimmer haben. Der/die Gastgeber/in hat auch keine in seinem/ihrer Schlafzimmer.

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom/Lecktuch die andere Person oral befriedigen?

Nein auf keinen Fall Ja, natürlich

3. Stellen Sie sich vor Sie sind bei ihrem/r festen Freund/in zu Hause, mit dem/der Sie schon seit längerem Sex mit Kondom haben. Sie haben beschlossen sich beide auf Geschlechtskrankheiten testen zu lassen, bevor Sie das Kondom weglassen. Heute ist Ihr Jubiläum und Sie haben einen wunderschönen Abend miteinander verbracht. Sie können es gar nicht mehr erwarten zu Hause den Abend ausklingen zu lassen. Bei Kerzenschein und einer guten Flasche Wein kommen Sie sich näher. Als Sie Sex haben wollen, bemerken Sie, dass Sie keine Kondome mithaben. Auch ihr/e Freund/in hat keine in seiner/ihrer Wohnung. Sie haben sich zwar vor ein paar Tagen auf Krankheiten testen lassen, aber haben das Ergebnis noch nicht bekommen.

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom Sex haben?

Nein auf keinen Fall Ja, natürlich

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom Sex haben, wenn eine von beiden Personen noch anderweitig verhütet?

Nein auf keinen Fall Ja, natürlich

4. Stellen Sie sich vor Sie sind mit guten Freunden auf Urlaub. Alle sind zu dieser Zeit Single und wollen einen richtigen Party-Urlaub erleben. Sie kaufen sich einige Flaschen Alkohol und glühen gemeinsam in Ihrem Ferienhaus vor, bevor es in den Club geht. Alle steigen top motiviert ins Taxi und Sie fahren in den besten Club der Stadt. Dort angekommen trinken Sie noch weiter und tanzen die ganze Nacht. Plötzlich werden Sie auf der Tanzfläche von einem/r gutaussehenden Mann/Frau angesprochen. Sie unterhalten sich kurz und tanzen daraufhin miteinander weiter. Dabei kommen Sie sich immer näher und küssen sich innig. Es ist schon spät und Ihre Freunde sind schon nach Hause gefahren, sie beschließen mit dem/der Einheimischen mit heim zu fahren. Schon im Taxi ist die Spannung spürbar. Daheim angekommen, fallen Sie schon übereinander her. Sie sind bereits nackt und wollen einen Schritt weiter gehen. Als Sie Sex haben möchten, bemerken Sie, dass Sie keine Kondome mithaben. Auch die Club-Bekanntschaft hat keine in ihrer Wohnung.

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom Sex haben?

Nein auf keinen Fall _____ Ja, natürlich

Würden Sie in dieser Situation auch ohne Kondom Sex haben, wenn einer von beiden Personen noch anderweitig verhütet?

Nein auf keinen Fall _____ Ja, natürlich

5. Stellen Sie sich vor Sie sind schon seit längerer Zeit von ihrem/ihrer letzten Freund/in getrennt und haben sich wieder auf einer Dating-Plattform angemeldet. Sie lernen dort eine nette Person kennen und schreiben schon ein paar Tage miteinander. Die Chat-Bekanntschaft schlägt vor sich bei ihm/ihr zu Hause zu treffen für ein erstes Date. Sie stimmen zu und fahren am nächsten Tag zu ihm/ihr nach Hause, wo Sie gemeinsam kochen und ein tolles Date haben. Nach ein paar intensiveren Blickkontakten und Berührungen landen Sie gemeinsam im Schlafzimmer. Plötzlich fällt Ihnen ein, dass Sie vergessen haben Kondome/Lecktücher einzustecken. Auch Ihr Date hat keine zu Hause.

Würden Sie sich in dieser Situation auch ohne Kondom/Lecktuch oral befriedigen lassen?

Nein auf keinen Fall _____ Ja, natürlich

6. Haben Sie sich schon einmal auf sexuelle Krankheiten testen lassen, bevor Sie mit einer neuen Person ohne Kondom Sex hatten?

- ☐ Ja, immer
☐ Ja, manchmal
☐ Nein noch nie

7. Ändert ein negativer Test dann Ihr Sexualverhalten? Wenn ja wie?

☐ Nein

☐ Ja:

8. Rein subjektiv: Wie stehen Sie allgemein zu Sex mit Kondomen?

- ☐ negativ
☐ eher negativ
☐ eher positiv
☐ positiv

9. Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein eine andere Person mit einer sexuellen Krankheit zu infizieren?

- ☐ sehr hoch
☐ eher hoch
☐ eher niedrig
☐ gar nicht

10. Wie hoch schätzen Sie Ihr eigenes Risiko ein sich selbst bei folgenden Akten mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren?

	gar nicht	eher niedrig	eher hoch	sehr hoch
Küssen	☐	☐	☐	☐
Petting	☐	☐	☐	☐
Oralsex	☐	☐	☐	☐
Vaginalsex	☐	☐	☐	☐
Analsex	☐	☐	☐	☐

Soziodemographische Daten

11. Alter in Jahren:

12. Geschlecht:

- ☐ männlich
☐ weiblich
☐ divers

13. Denken Sie an die letzten fünf Jahre – Wie viele Sexualpartner/innen hatten Sie ungefähr?

Anzahl:

14. Familienstand

- ☐ in einer monogamen Partnerschaft
☐ in einer nicht monogamen Partnerschaft
☐ Single/Alleinstehend

15. Höchstabgeschlossener Bildungsgrad

- ☐ keine abgeschlossene Ausbildung
☐ Pflichtschulabschluss
☐ Lehre
☐ Matura/Abitur
☐ akademischer Abschluss

16.2 Artikel

Kondome bieten den besten Schutz

Jeden Tag gibt es weltweit mehr als eine Millionen Neuinfektionen mit zumindest einer sexuell übertragbaren Infektion (STI). Damit kommt man schätzungsweise im Jahr auf 376 Millionen neue Infektionen. STIs werden vor allem durch sexuelle Kontakte übertragen, egal ob vaginaler, analer oder oraler Sex. Bei richtiger Anwendung bieten Kondome den wirksamsten Schutz vor einer Ansteckung. Vor allem Gruppen wie Personen welche in der Sexarbeit beschäftigt sind, sowie homosexuelle Männer sind hier besonders gefährdet.

"Einen hundertprozentigen Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten gibt es nicht", sagt Jansen vom Robert-Koch-Institut. Wer den Verdacht hat, sich mit einem Keim angesteckt zu haben, sollte daher nicht erst auf die Symptome warten, sondern sich testen lassen. "Einmal erkannt", sagt Jansen, "sind die meisten Geschlechtskrankheiten gut heilbar". Manchen kann man sogar vorbeugen: Gegen krebsauslösende humane Papillomaviren gibt es seit 2006 die Möglichkeit, sich impfen zu lassen. Von den acht häufigsten STIs sind derzeit vier heilbar: Syphilis, Gonorrhöe, Chlamydien und Trichomoniasis.

Den wirksamsten Schutz bieten zur Zeit Kondome - will jemand beim Sex das Kondom weglassen, sollte die Person sich zudem trauen, Geschlechtskrankheiten und HIV vorher anzusprechen. Dann kann sich das Paar gemeinsam testen lassen, ehe es auf Kondome verzichtet und geht somit kein unnötiges Risiko einer Infektion ein. Das Problem ist: Nicht jeder weiß, dass es sich bei Geschlechtskrankheiten oft um Schmierinfektionen handelt, welche auch schon beim Oralverkehr übertragen werden können. Hierfür gibt es auch schon viele Möglichkeiten wie zum Beispiel Latextücher oder Latexhandschuhe.

Sexualpädagoge Kempf rät dazu, sich nicht unnötig den Kopf zu zerbrechen: Wer schon beim Petting die ganze Zeit daran denkt, das Geschlecht seines Partners nicht anzufassen, um Schmierinfektionen zu vermeiden, dem vergeht die Lust schneller, als sie gekommen ist. Natürlich sei es wichtig, dass wir uns beim Sex schützen, sagt Kempf. "Spaß sollte er dennoch machen."

Wenn Sex böse Folgen hat

Jeden Tag gibt es weltweit mehr als eine Millionen Neuinfektionen mit zumindest einer sexuell übertragbaren Infektion (STI). Damit kommt man schätzungsweise im Jahr auf 376 Millionen neue Infektionen. STIs werden vor allem durch sexuelle Kontakte übertragen, egal ob vaginaler, analer oder oraler Sex. Bei richtiger Anwendung bieten Kondome den wirksamsten Schutz vor einer Ansteckung. Vor allem Gruppen wie Personen, welche in der Sexarbeit beschäftigt sind, sowie homosexuelle Männer sind hier besonders gefährdet.

Norbert Brockmeyer, Leiter des Zentrums für sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum erklärt: "Wer infiziert ist, kann andere bereits anstecken, auch wenn er noch keine Symptome aufweist. Daher breiten sich diese STIs immer weiter aus." Unbehandelt können diese Krankheiten schwerwiegende Folgen wie Unfruchtbarkeit, Organausfälle und Krebs haben. Zudem erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, an einer anderen STI zu erkranken, da die Schleimhäute durch die Entzündung verletzt sind und Erreger leichter eindringen können, wie zum Beispiel: HIV.

Besonders gefährdet sind Frauen und Männer, die häufig ihre Sexualpartner wechseln. Ungeschützter Geschlechtsverkehr mit neuen Partnern birgt immer ein Risiko. Auch übertriebene Hygiene der Geschlechtsorgane bereitet den Boden für Infektionen. Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien werden durch Bakterien übertragen und lassen sich mit Antibiotika abtöten. Wichtig ist hier eine schnellstmögliche Behandlung und auch dass sich ihre Sexualpartner untersuchen lassen, denn nur so können Neuinfektionen vermieden werden. Die anderen vier Infektionen werden durch Viren verursacht und sind nicht heilbar: Hepatitis B, HSV, HIV und HPV. Hier ist vor allem eine frühe Diagnose von hoher Bedeutung, da so die beste medizinische Behandlung möglich ist und die weitere Übertragung gestoppt werden kann. Diese erweist sich jedoch oft als schwierig, da die meisten Krankheiten keine oder nur leichte Symptome aufweisen, welche oft nicht als solche erkannt werden. Hierzu zählen beispielsweise vaginaler oder Harnröhrenausfluss, Genitalgeschwüre oder Unterleibsschmerzen.

Es ist wichtig, sich selbst und auch andere beim Sex vor STIs zu schützen und nicht leichtfertig mit diesem wichtigen Thema umzugehen.

16.3 Abstract

The aim of this research is to show the extent which media influence young adults' risk perceptions and willingness to take risks regarding sexually transmitted infections. In this purpose this research question posed: How does framing of health-related media content about sexually transmitted infections affect risk perception and willingness to take risks among young adults aged 18-30 years?

To answer this question, an online survey was conducted targeting the german-speaking population between 18 and 30 years. The respondents were randomly divided according to two conditions. One group received an article that was about prevention measures, while the second group read an article about risks and dangers of STIs. In addition, there was a control group that did not receive any article at all.

The results of the study show that there is a significant difference in willingness to take risks between the control group and the group that received risk information. The control group generally exhibits the lowest willingness to take risks. The group that received risk information and threat appeals without a direct recommendation of protective measure, shows an opposite effect. They exhibit definitely riskier behavior and a higher willingness to take risks. In this case, we speak of the so-called "boomerang effect", which is a phenomenon of persuasion research. The article on preventive measures shows a positive effect for women, which is expressed in a lower willingness to take risks and higher risk perception, while it also leads to a "boomerang effect" for men.

16.4 Zusammenfassung

Das Ziel dieser Forschung ist es herauszufinden, inwiefern Medien die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen beeinflussen. Dazu wurde folgende Forschungsfrage gestellt: Wie wirkt sich Framing gesundheitsrelevanter Medieninhalte über sexuell übertragbare Infektionen auf die Risikowahrnehmung und Risikobereitschaft von jungen Erwachsenen im Alter von 18-30 Jahren aus?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, die sich an die deutschsprachige Bevölkerung zwischen 18 und 30 richtete. Die Befragten wurden zufällig nach zwei Bedingungen unterteilt. Die eine Gruppe rezipierte einen Artikel, der sich mit Präventionsmaßnahmen auseinandersetzte, während die zweite Gruppe einen Artikel über Risiken und Gefahren von STIs las. Außerdem gab es eine Kontrollgruppe, welche gar keinen Artikel rezipierte.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe, welche Risikoinformationen rezipiert hat, ein signifikanter Unterschied in der Risikobereitschaft zu erkennen ist. Die Kontrollgruppe weist allgemein die geringste Risikobereitschaft auf. Bei der Gruppe, welche Bedrohungsappelle ohne eine direkte Empfehlung von Schutzmaßnahmen gelesen hat, ist ein entgegengesetzter Effekt aufgetreten, welcher sich in einem riskanteren Verhalten und höherer Risikobereitschaft äußert. In diesem Fall spricht man vom sogenannten „Bumerang-Effekt“, welcher ein Phänomen der Persuasionsforschung ist. Der Artikel über Präventionsmaßnahmen zeigt bei den Frauen einen positiven Effekt, welcher sich in einer geringeren Risikobereitschaft und höheren Risikowahrnehmung äußert, während er bei den Männern auch zu einem Bumerang-Effekt führt.