

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Gesundheitskommunikation:
Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich
am Beispiel des „Pilotprojekts Schulfrucht“

Verfasserin

Birgit Doppler, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im August 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Publizistik- und Kommunikationswissenschaften

Betreuer:

O. Univ.-Prof. Dr. Thomas A. BAUER

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Ich versichere, dass ich diese Magisterarbeit bisher in keiner Form als Prüfungsleistung vorgelegt habe, weder im Inland noch im Ausland.

Wien, im August 2010

Birgit Doppler

Hinweis:

Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Formulierung der Sprache verzichtet. Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass mit allen männlichen Bezeichnungen auch die weibliche Person gemeint ist.

Danksagung

Während des Studiums und der Erarbeitung der vorliegenden Magisterarbeit haben mich viele Personen begleitet und unterstützt.
Dafür möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

Ganz besonderer Dank gilt:

Meinen Großeltern, Stefan, meinen Eltern und meinen Freunden Verena, Julia, Veronika, Peter, Manu und Susanne Stuefer.

Auch möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. Thomas Bauer für die sehr gute, kompetente und freundliche Betreuung bedanken.

INHALTSVERZEICHNIS

I. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	11
1. EINLEITUNG	12
1.1. Ausgangslage und Problemstellung	12
1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen	14
1.3. Methodische Durchführung	17
1.4. Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	19
2. GESUNDHEIT.....	21
2.1. Was ist Gesundheit?	21
2.2. Definitionen zu Gesundheit	23
2.3. Betrachtungsebenen von Gesundheit.....	25
3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION.....	29
3.1. Gesundheitsförderung versus Prävention.....	29
3.2. Gesundheitsförderung.....	29
3.2.1. <i>Wirksame Gesundheitsförderung</i>	31
3.3. Prävention.....	31
3.3.1. <i>Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention</i>	32
3.3.2. <i>Personale und strukturelle Prävention</i>	33
3.3.3. <i>Prävention über die Massenmedien</i>	34
4. THEORETISCHE KONZEPTE ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN	35
4.1. Was ist Gesundheitsverhalten?	35
4.2. Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action)	36
4.3. Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)	39
4.4. Selbstwirksamkeitstheorie (Self Efficacy Konzept)	41
4.5. Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Modell)	44
4.6. Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory).....	47
4.7. Volitionstheorie.....	48
4.8. Kritische Betrachtung der Theorien	49
5. GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	51
5.1. Was versteht man unter Gesundheitskommunikation?	51
5.2. Gesundheitskommunikation: Einführung und historischer Überblick....	52
5.3. Ebenen der Gesundheitskommunikation	53
5.4. Funktionen der Gesundheitskommunikation (nach Krause).....	53
5.5. Public Health.....	55

5.5.1.	<i>Gesundheitswissenschaften und Public Health</i>	55
5.5.2.	<i>Definition von Public Health</i>	55
5.5.3.	<i>Public-Health-Theorien</i>	57
5.5.4.	<i>Die Entwicklung von Public Health in Deutschland</i>	57
5.5.5.	<i>Public Health in den USA</i>	58
5.5.6.	<i>Aufgaben von Public Health</i>	58
6.	KOMMUNIKATIONSKAMPAGNEN	60
6.1.	Begriffsdefinition: Was ist eine Kampagne?	60
6.2.	Kampagnen in der Kommunikationswissenschaft.....	61
6.3.	Abgrenzungen und Unterschiede	62
6.4.	Themen und Auftraggeber von Kampagnen.....	63
6.5.	Vorraussetzungen für den Erfolg einer Kampagne	64
6.6.	Geschichte und Wirkungsweise von Kampagnen.....	67
6.6.1.	<i>Meta-Analyse von Synder/Hamilton</i>	71
6.6.2.	<i>Meta-Analyse von Derzon/Lipsey</i>	72
6.6.3.	<i>Aktuelles Beispiel von Gottlieb</i>	73
6.7.	Gesellschaftlicher Hintergrund – aktuelle Kontroversen	73
A.	SYSTEMPERSPEKTIVE	75
7.	SOCIAL MARKETING	76
7.1.	Definitionsansätze von Social Marketing	76
7.2.	Merkmale des Social Marketing	78
7.3.	Abgrenzung zum kommerziellen Marketing	80
7.4.	Ziele von Social Marketing	80
7.5.	Arten sozialer Veränderung.....	81
7.5.1.	<i>Kognitive Veränderung</i>	81
7.5.2.	<i>Konkret handlungsbezogene Veränderungen</i>	82
7.5.3.	<i>Verhaltensänderungen</i>	82
7.5.4.	<i>Wertänderungen</i>	83
7.6.	Social Marketing und Gesundheitsförderung	84
8.	DER STRATEGISCHE SOCIAL MARKETING PROZESS	85
8.1.	Schritt 1: Analyse des Umfelds für Social Marketing	86
8.2.	Schritt 2: Untersuchung und Auswahl der Zielgruppen	88
8.3.	Schritt 3: Entwurf der Social-Marketing-Strategien	90
8.4.	Schritt 4: Planung des Social-Marketing-Mix	91

8.5.	Schritt 5: Organisation, Durchführung, Kontrolle und Bewertung des Social-Marketing-Einsatzes	93
9.	SYSTEMMODELL VON KOMMUNIKATIONSKAMPAGNEN	95
9.1.	Kampagnen-Input: das Umfeld von Kampagnen	96
9.2.	Problemanalyse	97
9.3.	Festlegung der Zielgruppen.....	97
9.4.	Definition der Ziele	99
9.5.	Wahl der Strategie.....	101
9.6.	Kampagnen-Output	102
9.6.1.	<i>Kampagnenbotschaften.....</i>	<i>102</i>
9.6.2.	<i>Wahl der Medien</i>	<i>102</i>
9.7.	Kampagnen-Evaluation	103
B.	THEORIEPERSPEKTIVE.....	106
10.	KOMMUNIKATIONSWISSENSCHAFTLICHE ANSÄTZE ZUR WIRKUNG VON MASSENKOMMUNIKATION	107
10.1.	Überlegungen zum Wirkungsbegriff	107
10.2.	Der Begriff „Wirkung“	108
10.3.	Wirkungsbereiche- und formen	110
10.4.	Einstellungs- und Meinungskonzept	112
10.4.1.	<i>Funktionen von Einstellungen.....</i>	<i>116</i>
10.4.2.	<i>Abgrenzung von Einstellungen und Meinungen.....</i>	<i>117</i>
10.4.3.	<i>Einstellungen und Verhalten</i>	<i>118</i>
11.	WIRKUNGEN IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	120
11.1.	Konsistenztheoretische Modelle	120
11.2.	Theorien der kognitiven Konsistenz.....	122
11.2.1.	<i>Affektive-kognitive Konsistenz</i>	<i>123</i>
11.2.2.	<i>Theorie der kognitiven Dissonanz.....</i>	<i>124</i>
11.3.	Theorie der Persuasion	128
11.4.	Verstärkerhypothese	134
11.5.	Elaboration-Likelihood-Model	136
11.6.	Sozial-kognitive Lerntheorie	138
II.	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	143

12.	ANALYSE UND INTERPRETATION DES „PILOTPROJEKTS SCHULFRUCHT“	144
12.1.	Die Ausgangssituation.....	144
12.2.	Zweck und Struktur der Tool Box	145
12.3.	Tool 1: Situationsanalyse	147
12.3.1.	<i>Problemsituation</i>	148
12.3.2.	<i>Stand der Wissenschaft, an den angeknüpft wurde</i>	149
12.3.3.	<i>Stakeholder</i>	151
12.4.	Tool 2: Briefing	152
12.4.1.	<i>Planung und Ablauf des Projekts</i>	153
12.4.2.	<i>Ziele und Zielgruppen</i>	155
12.4.3.	<i>Botschaften</i>	156
12.4.4.	<i>Budget</i>	156
12.5.	Tool 3.1.: Konzept	158
12.5.1.	<i>Media-Strategie</i>	159
12.5.2.	<i>Message-Strategie</i>	164
12.6.	Tool 3.2.: Realisation.....	165
12.6.1.	<i>Adaption: Botschaften an Medien und Medien an Zielgruppen</i> ...	165
12.6.2.	<i>Formative Evaluation</i>	165
12.6.3.	<i>Begleitkommunikation</i>	166
12.7.	Tool 4: Monitoring	167
12.8.	Tool 5: Summative Evaluation.....	168
12.8.1.	<i>Evaluierungsdesign</i>	169
12.8.2.	<i>Methodischer Ablauf der Evaluation</i>	170
12.8.3.	<i>Ergebnisse der Evaluation</i>	174
12.8.4.	<i>Empfehlungen für zukünftige Evaluationen</i>	176
13.	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	178
13.1.	Zusammenfassung des „Pilotprojekts Schulfrucht“	178
13.2.	Beantwortung der Forschungsfragen	182
13.3.	Ergebnisse und Schlussfolgerungen	186
13.4.	Zukunftsaussichten und abschließende Bemerkungen.....	187
14.	LITERATURVERZEICHNIS	189
15.	ANHANG	198

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007	22
Abb. 2: Theorie der Handlungsveranlassung nach Ajzen & Fishbein.....	37
Abb. 3: Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen & Madden	40
Abb. 4: Modell gesundheitlicher Überzeugungen.....	44
Abb. 5: Vereinfachte Darstellung der Theorie der Schutzmotivation	48
Abb. 6: Beispiele erfolgreicher und erfolgloser Kampagnen	70
Abb. 7: Social-Marketing-Managementprozess	85
Abb. 8: Systemmodell von Kommunikationskampagnen	95
Abb. 9: Typologie möglicher Kampagneneffekte	104
Abb. 10: Vereinfachtes Medienwirkungsmodell	114
Abb. 11: Erweit. Modell zur Informationsverarbeitung u. Einstellungsänderung	115
Abb. 12: Das Grundmodell der Wirkungsforschung	130
Abb. 13: Persuasionsmatrix, in Anlehnung an McGuire	132
Abb. 14: Faktoren, die sozial-kognitives Lernen beeinflussen.....	139
Abb. 15: Struktur der Tool Box	146
Abb. 16: Meilensteine des Pilotprojekts Schulfrucht	153
Abb. 17: Veröffentlichungen zum Pilotprojekt Schulfrucht nach Medienart	160
Abb. 18: Qualitative Bewertung der Medienresonanz	161
Abb. 19: Entwickl. der Besucherzahlen pro Tag auf www.5amtag-schulfrucht.de	162
Abb. 20: Struktur der eingegangenen Anrufe bei der Projekt begleitenden Hotline.....	163
Abb. 21: Untersuchungsmodelle und Schultypen	170
Abb. 22: Evaluierungs-Design	171
Abb. 23: Anzahl an Fragebögen und Interviews	174

I. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1. EINLEITUNG

1.1. Ausgangslage und Problemstellung

Kommunikation spielt im Bereich der Gesundheit eine immer wichtigere Rolle. Das Spektrum der Gesundheitskommunikation reicht dabei von Gesundheitsbeiträgen in Printmedien, TV- und Radiosendern über Internet bis hin zur individuellen Arzt-Patienten-Kommunikation. Das öffentliche Interesse an Gesundheit wächst zunehmend. Nicht zuletzt aufgrund der alternden Gesellschaft, der Zunahme an Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes oder Bluthochdruck und den wachsenden Informationsangeboten. Gesundheitskommunikation ist wichtiger denn je.

Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Wohlbefinden wird immer wichtiger, Krankheit wird nicht mehr als Schicksal empfunden. Dadurch wird eine gesunde Lebensführung, sei es durch gesunde Ernährung oder mehr Alltagsbewegung und Sport zum Ziel. Bei Krankheit beschäftigen sich die Patienten zunehmend mit ihrer eigenen Gesundheit. Sie entwickeln ein immer größeres Informationsbedürfnis.

Genauso verhält es sich mit dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Auch da gab es in den letzten Jahren und Jahrzehnten massive Veränderungen.

Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist auch weiterhin in dem Maß im Wandel begriffen, in dem sich gesellschaftliche Bedingungen verändern. Lange Zeit verstand man Gesundheit als bloße Abwesenheit von Krankheit. Jedoch hat sich spätestens seit der Einigung auf die Ottawa Charta im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Mitte der 80er Jahre ein neues Verständnis durchgesetzt. Gesundheit soll nach Gesundheitspolitikern und Gesundheitsförderungsfachleuten positiv definiert werden: Gesundheit als ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.

Genau hier setzt die Gesundheitsförderung an. Die Gesundheitsförderung motiviert die Menschen dazu, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden. Aber es geht auch darum, die Kontrolle über die Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Laut Ottawa Charta der WHO zielt Gesundheitsförderung *„auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* (WHO 1986, S.1)

Die österreichische Gesundheitspolitik befindet sich in einem Wandel und orientiert sich immer mehr in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention. Sie beschränkt sich nicht länger nur auf Reparatur, Therapie und Rehabilitation, sondern es werden auch immer mehr Bewegungs- und Gesundheitsprojekte lanciert. Auch in Deutschland wird in den kommenden Jahrzehnten die Bedeutung des Gesundheitswesens noch weiter wachsen.

Lange Zeit ging man in der Kommunikationswissenschaft von der Unwirksamkeit öffentlicher Kommunikationskampagnen aus. Die moderne Kommunikationsforschung geht jedoch davon aus, dass Kommunikations- und Präventionskampagnen durchaus Erfolg haben. Sie müssen jedoch zielgerichtet geplant und sorgfältig umgesetzt werden und das vorhandene Wissen aus der Forschung in der Praxis auch anwenden.

Die Tool Box von Bonfadelli und Friemel baut genau auf diesen Bausteinen „zielgerichtet geplant“ und „sorgfältig umgesetzt“ auf. Mit der Tool Box soll das Pilotprojekt Schulfrucht, dass im Rahmen der 5 am Tag Kampagne initiiert wurde, untersucht werden.

„5 am Tag“ ist eine Gesundheitskampagne, die sich dafür engagiert, dass die Menschen mehr Obst und Gemüse essen. Die Kampagne ist vor ca. 20 Jahren als „5 a day“ in den USA entstanden. Der 5 am Tag Verein wurde im Jahr 2000 in Deutschland gegründet. Ähnliche Kampagnen gibt es auch in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern. Mitglieder und Träger des 5 am Tag Vereins sind Gesundheitspartner und Wirtschaftspartner quer durch alle Gesellschaftsbereiche. Auch die Europäische Union (EU) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützen die Kampagne.

Mehrere hundert wissenschaftliche Studien belegen, dass Menschen die viel Obst und Gemüse essen, seltener an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, verschiedenen Krebsarten, Bluthochdruck, Adipositas und Diabetes erkranken.

Die Schulfrucht-Kampagne setzt bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter an. Durch die Verordnung zur Einführung eines EU-Schulfruchtprogramms des Rates der Europäischen Union im Dezember 2008 wurde in Deutschland das erste Schulfruchtprogramm als wissenschaftlich evaluiertes Pilotprojekt durchgeführt.

Das Vorhaben ist Bestandteil des Nationalen Aktionsplanes zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP) mit der Kommunikationsplattform IN FORM.

Mit diesem Pilotvorhaben wurde erstmals in Deutschland unter kontrollierten Bedingungen eine Maßnahme der Verhältnisprävention im Setting Schule durchgeführt. Die bisherigen Studien zu ähnlichen Schulfruchtprogrammen aus anderen EU-Staaten untersuchen ähnliche Fragestellungen. Kernpunkte waren eine mögliche Änderung des Ernährungsverhaltens und des Ernährungsbewusstseins.

1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, sich anhand des Pilotprojekts Schulfrucht die Planung, Durchführung und Evaluation einer öffentlichen Präventionskampagne im Gesundheitsbereich anzusehen.

Als Analysegrundlage dient die Tool Box von Bonfadelli und Friemel sowie der Social Marketing Prozess von Kotler und Roberto. Der Social Marketing Prozess soll als Ergänzung dienen und die Untersuchung vervollständigen.

Die Tool Box ist ein eigens entwickeltes Instrumentarium, das den Prozess der Planung und Realisierung von Kommunikationskampagnen optimieren soll. Anhand dieser praxisorientierten Handlungsanleitung die auf wissenschaftlicher Basis für Organisationen im Gesundheitsbereich entwickelt wurde, soll untersucht werden, welche der sechs Teilmodule der Tool Box im Pilotprojekt miteinbezogen wurden. Auch soll der Frage nachgegangen werden, ob die einzelnen Tools bei der Kampagnenplanung so 1:1 übernommen werden können und Kampagnen generell Schritt für Schritt anhand der Tool Box aufgebaut werden können.

Als Ausgangspunkt für die Bearbeitung der Thematik stellen sich folgende Forschungsfragen:

Allgemeine Forschungsfrage: Welche Teilmodule der Tool Box von Bonfadelli und Friemel kann man beim Pilotprojekt Schulfrucht erkennen? Ist das Pilotprojekt genauso aufgebaut wie die Tool Box?

Die sechs Teilmodule gliedern sich in:

- Tool 1: Situationsanalyse

- Tool 2: Briefing
- Tool 3.1.: Konzept
- Tool 3.2.: Realisation
- Tool 4: Monitoring
- Tool 5: Summative Evaluation

Anhand dieser aufeinander aufbauenden Tools wird das Pilotprojekt Schulfrucht untersucht.

Forschungsfrage 1: Wurde vor der Planung des Projekts eine umfassende und adäquate Analyse der bestehenden Problemsituation durchgeführt?

Der Erfolg von Kommunikationskampagnen basiert auf einer systematischen und möglichst unvoreingenommenen Problemanalyse auf wissenschaftlicher Basis. Das soziale Problem, zu dessen Lösung die Kampagne einen Beitrag leisten soll, muss explizit definiert und abgegrenzt werden. Zudem muss die bestehende Situation ausreichend wissenschaftlich abgesichert und dokumentiert sein. Es kann die Gefahr bestehen, dass die Problemanalyse nicht umfassend oder nur aus der Perspektive des Auftraggebers erfolgt.

Prüfkriterien aus dem Fragekatalog sind:

- ⇒ Ist das soziale Problem, das durch die Kommunikationskampagne angegangen werden soll, explizit und klar formuliert?
- ⇒ Ist die Situationsanalyse genügend aktuell und umfassend?
- ⇒ Welche Quellen (Statistiken, Forschungen) sind vorhanden bzw. wurden benutzt?

Forschungsfrage 2: Wurden alle relevanten Stakeholder bei der Konzeption und Durchführung des Projekts miteinbezogen?

Alle am sozialen Problem beteiligten Stakeholder sollten bei der Konzeption und Durchführung von Kampagnen möglichst frühzeitig d.h. schon in der Planungsphase, miteinbezogen werden. Wenn dies nicht der Fall, kann es immer wieder zu Konflikten zwischen Auftraggebern, Betroffenen und involvierten Stakeholdern kommen. Solche Konflikte können den Erfolg von Kommunikationskampagnen beeinträchtigen.

Anhand dieser Forschungsfrage soll untersucht werden, welche Stakeholder miteinbezogen und ob diese früh genug miteinbezogen wurden. Nicht zu vergessen ist auch, dass der Kreis der relevanten Stakeholder sich im Verlauf der Kampagne ändern kann und deshalb auch regelmäßig überprüft werden sollte.

Prüfkriterien dazu sind:

- ⇒ Sind alle am sozialen Problem beteiligten Stakeholder bekannt?
- ⇒ Zu welchen Stakeholdern bestehen Beziehungen und zu welchen nicht?

Forschungsfrage 3: Welche Medien werden verwendet um die Botschaften zu den Zielgruppen zu bringen, mit welcher Intensität und wie wird die Medienwahl begründet?

Ideal ist es, verschiedene Medien zu kombinieren und durch interpersonale Medien zu ergänzen. Allerdings garantieren die eingesetzten Medien nicht die angestrebten Kontakte mit den Zielgruppen. Hier soll auch die Medienberichterstattung genauer untersucht werden, mit welcher Intensität die Medien eingesetzt wurden, wie die Medienwahl begründet wird, etc.

Prüfkriterien:

- ⇒ Wurden die Spezifika der Medien, welche als Kanäle vorgesehen sind, berücksichtigt und die Inhalte der Kampagne entsprechend darauf abgestimmt?
- ⇒ Sind die Botschaften an die Spezifika der Zielgruppen angepasst: Alter, Gender, Wissen, Bildung, Problembezug?

Forschungsfrage 4: Wurde eine formative und am Ende des Projekts eine summative Evaluation durchgeführt?

Integraler Bestandteil jeder Kampagne sind unterschiedliche Formen der Evaluation. Eine frühzeitige Entwicklung eines Evaluationskonzepts auf Basis eines Kampagnenmodells ist wichtig. Das Evaluationskonzept sollte nicht erst nach dem Start oder Ende der Kampagne entwickelt werden.

Anhand dieser Forschungsfrage soll das Pilotprojekt auf ihr Evaluationskonzept hin untersucht werden.

Folgende Fragen als Prüfkriterien sollen angewendet werden:

- ⇒ Wurde eine Evaluation durchgeführt?
- ⇒ Welche Effekte konnten festgestellt werden? Sind die Effekte auf die Kampagnenaktivität zurückzuführen oder waren wesentliche externe Faktoren daran beteiligt?
- ⇒ Wie können die Ergebnisse für zukünftige Kampagnen nutzbar gemacht werden?

Als weiteres Ziel soll die Frage nach den kommunikationswissenschaftlich relevanten Kriterien des Erfolgs von Kampagnen durch die Erarbeitung der Literatur beantwortet werden. Auch stellt sich hier die Frage, wie man kommunikationswissenschaftlich Wirkungsmodelle konzipieren und beschreiben kann.

Eine weitere Frage betrifft die Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen. Anhand der Aufarbeitung der Literatur soll die Frage der Beeinflussung durch Kommunikationskampagnen beantwortet werden.

1.3. Methodische Durchführung

Die vorliegende Arbeit stützt sich hinsichtlich ihrer methodischen Vorgehensweise auf zwei Grundkomplexe: Einerseits die Erarbeitung relevanter Literatur zur Erfassung der grundlegenden Aspekte, welche für die Untersuchung von Kommunikationskampagnen notwendig ist, andererseits wurde eine qualitative strukturierende Inhaltsanalyse durchgeführt.

Nach der Erarbeitung der theoretischen Erkenntnisse aus der Literatur soll die Untersuchung des Pilotprojekts Schulfrucht als konkretes Fallbeispiel einer Gesundheitskampagne dazu dienen, die vorangegangenen theoretischen Überlegungen zu überprüfen.

Die Inhaltsanalyse ist die am häufigsten verwendete Methode zur Analyse von Medienbotschaften in der Publizistikwissenschaft (Bonfadelli 2002: 79 zit. n. Brosius/Koschel 2001: 156).

Nach Werner Früh (ebd.: zit. n. Früh 2001: 25) ist die Inhaltsanalyse eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen. Nach Klaus Merten (ebd.: zit. n. 1995: 95) handelt es sich um eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der

von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht manifesten Kontextes geschlossen wird.

Nach beiden Definitionen ist die Inhaltsanalyse eine Methode zur Erhebung empirischer Daten. Ihr Gegenstand ist die materialisierte Kommunikation in Form von Texten oder ähnlichem (Bonfadelli 2002: 79).

Während bei einer quantitativen Inhaltsanalyse nur die Häufigkeit bestimmter Text-, Bild- oder Tonelemente gezählt wird, konzentriert sich die qualitative Inhaltsanalyse auf eine mehr oder weniger subjektive Bewertung des zu analysierenden Inhalts (Ebster/Stalzer 2003: 228).

Mayring (Ebster/Stalzer 2003: 228 zit. n. Mayring 2000: 472f) unterscheidet bei der qualitativen Inhaltsanalyse vier Formen:

- *Zusammenfassende Inhaltsanalyse*: das Textmaterial wird zu einem Kurztext unter Beibehaltung der wesentlichen Inhalte reduziert
- *Induktive Kategorienbildung*: Entwicklung von Kategorien (oder Codes) anhand des Textmaterials, unter die die Inhalte oder sonstigen Textmerkmale subsumiert werden können
- *Explizierende Inhaltsanalyse*: versucht, die untersuchten Inhalte so gut wie möglich – auch unter Hinzuziehung sonstigen Materials, Hintergrundwissen usw. – verständlich zu machen
- *Strukturierende Inhaltsanalyse*: das Textmaterial wird unter bestimmten Kriterien analysiert, um spezifische Aspekte besonders zu betonen

Die Inhaltsanalyse beeinflusst ihren Untersuchungsgegenstand nicht, benötigt kein vorstrukturiertes Material und Texte können auch im Nachhinein untersucht werden. Zudem ist sie effizient, insofern sie besonders zur Analyse von größeren Datenmengen geeignet ist, was bei meiner Untersuchung der Fall ist. Sie ist gegenstandsgerecht und flexibel zu konzipieren.

Die qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse habe ich gewählt, da sie als Instrument sowohl zur Beantwortung der entsprechenden Fragestellung als auch in Bezug auf die zu untersuchenden Texte gut geeignet ist.

Das Textmaterial bzw. Stimulus-Material wird anhand der Kriterien der Toolbox von Bonfadelli und Friemel und dem Social-Marketing-Prozess von Kotler und Roberto

untersucht. Die einzelnen Schritte des Social Marketing Prozesses werden als zusätzliche Möglichkeit betrachtet, um das Pilotprojekt Schulfrucht zu analysieren und dadurch zu sehen, ob das Pilotprojekt die gewünschten Entwicklungen und Ergebnisse hervorrufen konnte.

Als Stimulus-Material dienen ein 100-seitiger Abschlussbericht von 5 am Tag, mehrere Zwischenberichte, eine Kurzfassung vom evaluierenden Institut CO CONCEPT und diverse Tabellen und Grafiken aus den Berichten.

Durch das Stimulus-Material sollen die Forschungsfragen am Ende der Arbeit beantwortet werden.

1.4. Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Diese Magisterarbeit ist so konzipiert, dass die Ausführungen von allgemeinen und theorieorientierten Erkenntnissen zu praktischen Erkenntnissen führen.

Die ersten theoretisch gehaltenen Kapitel behandeln die Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitskommunikation und Kommunikationskampagnen. Alle relevanten und verwandten Begriffe zu diesen Themen werden detailliert aufgezeigt und wichtige Definitionen werden genannt, um eine solide Basis für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel zu erlangen.

Das Kapitel Gesundheit dient als eine Art Einleitung für alle nachfolgenden Kapitel.

In Kapitel 3 wird der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt, sowie wichtige Grundsätze der WHO zur Gesundheitsförderung genannt. Die Strategien der Prävention, die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und die Prävention in den Massenmedien werden erklärt.

Kapitel 4 widmet sich der Frage nach dem Gesundheitsverhalten. Modelle und Theorien zum Gesundheitsverhalten, die für Kommunikationskampagnen von Bedeutung sind, werden näher erläutert.

Das nächste Kapitel, die Gesundheitskommunikation, gibt einen Einblick in die Entstehung und den Beginn von Health Communication, welcher vor ca. 20 Jahren in den USA entstanden ist und sich als Teilbereich der Kommunikationswissenschaft etabliert hat. Das Kapitel widmet sich weiters der Gesundheitswissenschaft und der Public Health.

Das Kapitel Kommunikationskampagnen befasst sich ausführlich mit den Kampagnen in der Kommunikationswissenschaft und der Abgrenzung und den Unterschieden zu

anderen Kampagnen, sowie der Voraussetzung für den Erfolg der Kampagne und den Wirkungen.

In einem weiteren Schritt werden die theoretischen Grundlagen in eine System- und eine Theorieperspektive unterteilt.

Die systemische Perspektive betrachtet die Konzeption und Durchführung von Kampagnen als Managementprozess. Zur Systemperspektive gehören das Social Marketing mit dem Social Marketing Prozess und die von modernen Kommunikationskampagnen heute bevorzugten Systemmodelle.

Die Theorieperspektive behandelt die Fragen nach der Wirkung der Massenmedien, unter welchen Bedingungen Wirkungen zustande kommen und unter welchen Voraussetzungen Menschen bereit sind, ihre Meinungen und Einstellungen zu ändern. Als zweiter Unterpunkt wird der Frage nach den Wirkungen in der Gesundheitskommunikation nachgegangen.

Kapitel zwölf widmet sich der Analyse und Interpretation des Pilotprojekts mittels einer qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse.

Das letzte Kapitel beinhaltet eine Zusammenfassung und einen Ausblick des Schulfruchtprojekts. Des Weiteren werden die Forschungsfragen beantwortet, weitere Ergebnisse und Schlussfolgerungen angeführt und Zukunftsaussichten dargelegt.

2. GESUNDHEIT

„Wir müssen versuchen, als Gesunde so zu leben, wie wir es uns als Kranke vorgenommen haben.“ Plinius der Jüngere (Gottwald 2006: 7)

2.1. Was ist Gesundheit?

„Gesundheit ist das, was mir hilft zu sein, was ich sein will und zu tun, was ich tun will. Und ich möchte hinzufügen: das mir hilft, so zu leben, wie ich leben möchte.“

(Hurrelmann/Leppin 2001: 167 zit. n. Hochbaum 1979: 199)

Überall spricht man über Gesundheit. Im Kaffeehaus, am Stammtisch, in Zeitungen und Zeitschriften, bei Verwandten - Gesundheit ist das Gesprächsthema Nummer eins. Schon alleine die Frage „Wie geht's dir?“ weist darauf hin, dass das Thema Gesundheit bzw. Krankheit jedermanns Alltag bestimmt. Gesundheit ist zu einem Breitenthema geworden (Gottwald 2006: 10).

„Gesundheit ist (...) kein Zustand, sondern ein ständiger Optimierungsprozess.“ (Gottwald 2006: 17)

Es ist nicht nur alleine die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch das Wohlfühlen im eigenen Körper. Was nützt es, wenn man Schmerzen hat, Verdauungsbeschwerden, erhöhte Laborwerte oder psychische Probleme.

Gesundheit, Fitness, Wohlbefinden und geistige Ausgeglichenheit bekommen in der westlichen Gesellschaft einen immer höheren Stellenwert.

Gesundheit ist ein elementares menschliches Anliegen und ein Grundrecht nach der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN (Schwartz 2003: 3 zit. n. Ministry of Health and of Social and Urban Affairs, 1996).

Gesundheit ist für alle Menschen ein wichtiges persönliches Gut. Es bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern wird auch von einer Vielzahl positiver Aspekte beeinflusst. Dazu zählt die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, psychisch ausgeglichen zu sein oder zufrieden stellende soziale Beziehungen zu pflegen. Oft wird uns die Bedeutung dieser Faktoren erst nach dem Auftreten von (chronischen) Krankheiten oder im höheren Lebensalter und den damit vermehrt auftretenden gesundheitlichen Problemen bewusst (Statistik Austria).

Die Statistik Austria hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend und der Bundesgesundheitsagentur in den Jahren 2006 und 2007 unter insgesamt 15.000 Personen ab 15 Jahren eine Gesundheitsbefragung durchgeführt. Dabei beurteilten drei Viertel der Befragten (rund 76 %) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Nur 6 % bewerteten ihre Gesundheit mit schlecht bzw. sehr schlecht (Statistik Austria: 9 ff).

Sieben von zehn Frauen (2,5 Mio.) und sechs von zehn Männern (2,0 Mio.) leiden an zumindest einem chronischen gesundheitlichen Problem. Dabei ist der Problembereich Nummer Eins der Rücken, gefolgt von erhöhten Blutdruck, Allergien, Gelenkserkrankungen, Kopfschmerzen und Migräne sowie Diabetes mellitus.

Verglichen mit der Gesundheitsbefragung in den Jahren 1991 und 1999 ist ein positiver Trend hinsichtlich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes festzustellen (Statistik Austria: 9 ff).

Übersicht 1: Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?						
Jahr, Ge- schlecht	Subjektiver Gesundheitszustand					
	Insgesamt in 1.000	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
2006/2007						
Ingesamt	6.991,9	37,5	38,1	18,5	5,0	1,0
Männer	3.367,6	39,4	38,4	16,8	4,5	1,0
Frauen	3.624,3	35,6	37,8	20,2	5,5	0,9
1999						
Ingesamt	6.592,0	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2
Männer	3.157,7	36,4	39,0	19,0	4,5	1,1
Frauen	3.434,3	32,4	39,5	21,6	5,2	1,3
1991						
Ingesamt	5.244,5	32,1	39,1	22,3	5,3	1,2
Männer	2.480,1	36,4	38,2	19,4	4,8	1,1
Frauen	2.764,5	28,2	40,0	24,9	5,7	1,3
Quellen: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07, Mikrozensus-Sonderprogramme "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999.						

Quellen: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07, Mikrozensus-Sonderprogramme "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999.

Abb. 1: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Quelle: Statistik Austria, S. 9ff

Noack (1987 zit. n. Belz-Merk 1995: 23) unterteilt den Gesundheitsbegriff in folgende Grunddimensionen:

- (1) Gesundheit als Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung,
- (2) Gesundheit als positiv bewertete psychologische Erfahrung,

- (3) Gesundheit als Balance oder Gleichgewicht innerhalb des Selbst und mit der Umwelt,
- (4) Gesundheit als Kapazität oder Potential, persönliche Ziele zu verfolgen sowie Umwelt und soziale Anforderungen zu bewältigen,
- (5) Gesundheit als Prozess zielgerichteter Handlung bzw. als Prozess erfolgreicher Bewältigung.

„Gesundheit ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts nicht mehr nur ein privater Wert, aufgehoben in der Versorgungsintimität einer individuellen Medizin, sondern (...) eine öffentliche Aufgabe.“ (Schwartz 2003: 3).

2.2. Definitionen zu Gesundheit

Die Definition von Gesundheit ist schwierig. Eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition gibt es bislang nicht. Auch in Österreich existiert keine Definition von Gesundheit.

Die wohl am meisten zitierte Definition der Gesundheit dürfte die der WHO von 1946 sein. Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organisation), definierte im Jahr 1946 Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“
(WHO 1946)

Diese Definition ist nicht einer einzelnen Fachdisziplin zuzuordnen und wurde oft kritisiert. Bemängelt wurde vor allem das Kriterium des Wohlbefindens und die statische Betrachtungsweise von Gesundheit. Auch wurde sie als utopische Wunschvorstellung kritisiert. Sie wurde jedoch inzwischen relativiert und auf die jeweiligen Verhältnisse in unterschiedlichen Ländern angepasst (Fuchs 2003: 36f; Belz-Merk 1995: 18f).

Nach Korosec und Pichlbauer (2007: 9) muss eine Grundversorgung des Gesundheitssystems gemäß dieser WHO-Definition gewährleistet werden.

Der Gesundheitsbegriff der WHO beinhaltet die Prävention (Krankheitsvermeidung), die Kuration (Behandlung/Heilung), die Rehabilitation (Wiederherstellung), die Pflege und die Palliation (Linderung der Krankheitsbelastung) (ebd.).

Gesundheit ist ein ständiger, aktiver Prozess der Veränderung mit der Möglichkeit der Verbesserung. Gesundheit artikuliert sich in einem System von Schwankungen, Veränderungen und Selbstübertreffungen mit Krisen und Übergangssituationen. Deshalb ist es schwierig, Gesundheit und Krankheit immer deutlich voneinander abzugrenzen (ebd.).

Wissenschaftler und Experten haben eine Vielfalt an Definitionen und Konzeptualisierungen der Gesundheit vorgenommen. Unterschiede in den Definitionen bestehen zwischen verschiedenen Kulturen und Gesellschaften und auch innerhalb verschiedener Fachdisziplinen. Ein paar der wichtigsten Definitionen im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum werden nachfolgend genannt (Belz-Merk 1995: 18ff).

Die am längsten und im Gesundheitssystem am weitesten verbreitete Definition kommt aus dem naturwissenschaftlich-medizinischen Bereich. Sie sieht Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit (ebd.).

Im sozialmedizinischen Bereich wird Gesundheit als hohe Anpassungsfähigkeit des Menschen an körperliche, seelische und soziale Belastungen gesehen (Belz-Merk 1995: 19 zit. n. Levi 1975).

Parsons (1967 zit. n. Belz-Merk 1995: 19) formuliert eine soziologische Sichtweise von Gesundheit. Gesundheit wird definiert *„als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“*

Hurrelmann (1990: 93 zit. n. Belz-Merk 1995: 19f) definiert Gesundheit auf sozialisationstheoretischer Grundlage als

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

Weitere Definitionen von Gesundheit sind:

„Gesundheit heißt, man muss sich wohlfühlen, sich frei bewegen können, guten Appetit haben, normal in seinen Funktionen sein und daher keinen Arzt aufsuchen müssen.“ (Ghandi)

„Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“ (Talcott Parsons)

„Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“ (Friedrich Nietzsche)

„Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können“. (Sigmund Freud)

Gesundheit ist äußerst subjektiv. Für den einen kann es das Frei sein von Krankheiten und Beschwerden sein, für den anderen das innere Gleichgewicht und das Gefühl des Wohlfühlens.

2.3. Betrachtungsebenen von Gesundheit

Schwartz (2003: 23 ff) teilt die Vorstellungen und Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in drei Bezugssysteme ein:

- Gesundheit im Bezugssystem der Gesellschaft
- Das Bezugssystem der betroffenen Person: Subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit
- Das Bezugssystem der Professionen. Definitionen von Gesundheit und Krankheit aus Sicht der Medizin und benachbarter Fächer

Bezugssystem der Gesellschaft:

Gesundheit und Krankheit werden hier unter dem Aspekt der Werteorientierung, eines normativen Rechts auf Gesundheit und der gesellschaftlich legitimierten Definitionsmacht bei Krankheit betrachtet.

Gesundheit ist ein Grundrecht. Sie zu bewahren, zu verbessern und wiederherzustellen ist primärer Zweck unseres Gesundheitssystems (Schwartz 2003: 23 ff. zit. n. Sozialgesetzbuch [SGB] §1).

In unserer entwickelten Industriegesellschaft, in der wir leben, ist Gesundheit zu einem Grundwert und einem Leitbegriff geworden. Noch vor 100 Jahren wurden die Hälfte der Menschen knapp 40 Jahre – heute werden wir durchschnittlich 75 Jahre alt.

Das Preußische Oberverwaltungsgericht hat 1898 Krankheit als „*einen Zustand des Körpers oder des Geistes, der ärztliche Behandlung notwendig macht*“ definiert.

Bezugssystem der betroffenen Person:

Flick (Schwartz 2003: 25 zit. n. Herzlich 1973) gibt subjektive Bestimmungen von Gesundheit wieder, die sich an Gesundheit als Voraussetzung von Aktivitäten, Wohlbefinden und sozialen Funktionen orientieren:

- Gesundheit als Freisein von Beschwerden und Krankheiten,
- Gesundheit als „Kapital“ oder „Ressource“ der einzelnen Person, als Befähigung zur Bewältigung von Alltagspflichten und als Befähigung zu sozialen Austausch,
- Gesundheit als erfahrenes Gleichgewicht, als Wohlbefinden, Gefühl der Fitness und Lebensfreude.

Subjektive Konzepte von Krankheit können als Beeinträchtigung, als Rollenverlust, Inaktivität, soziale Isolation und Abhängigkeit betrachtet werden oder aber auch als Ruhepause, Chance für den Ausstieg oder als Reife erlebt werden.

Schäfer (1992: 50-71 zit. n. Schwartz 2003: 25) untersuchte zum Begriff Gesundheit kulturelle Unterschiede bei Jugendlichen aus verschiedenen Kulturen. Philippinische Jugendliche sehen viel häufiger die positiven Aspekte von Gesundheit als deutsche Jugendliche. In Deutschland wurde die Abwesenheit von Krankheit mit den Assoziationen krank, Krankenhaus, Arzt, Arznei viel häufiger thematisiert.

Medizinsoziologische Studien zeigen, dass sich Gesundheitskonzepte und die damit verbundenen Krankheitstheorien und Vorstellungen über den Körper und sein Funktionieren nach dem Bildungsgrad und der Berufszugehörigkeit differenzieren lassen.

In bildungsschwächeren Schichten herrschen Einstellungsmuster und Handlungsorientierungen vor, die eher fatalistischen Vorstellungen von Gesundheit

und Krankheit, geringerer Präventivorientierung und Symptomaufmerksamkeit geprägt sind. *„Die Konzepte von Gesundheit und Krankheit variieren nach Lebensalter, Geschlecht, aber auch sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung.“* (Schwartz 2003: 25)

Das Bezugssystem der Professionen

Die Definition von Gesundheit der WHO 1946 hat Kritik hervorgerufen. Sie wird als zu utopisch, zum Beispiel angesichts der realen Lebenssituation der Menschheitsmehrheit und als zu statistisch (Gesundheit sei kein Zustand, sondern ein sich verändernder Prozess) bezeichnet.

Göckenjan (1991: 16) sieht die WHO-Definition von Gesundheit als *„der abstrakte, in Utopien hinreichende Maßstab für die Qualität der individuellen und gesellschaftlichen Umstände“*.

Trotzdem hat die Gesundheitsdefinition der WHO eine wichtige visionäre Wirkung und auf die Zieldefinition der Gesundheitspolitik verschiedener Länder Einfluss genommen. Häufig wird die Frage gestellt, ob es für die Medizin als Handlungssystem einen positiven Gesundheitsbegriff gibt, der mehr aussagt als lediglich die Abwesenheit von Krankheit. Es gibt bisher nur wenige Antworten auf diese Frage. Die Medizin kennt ca. über 30 000 Krankheiten und Symptome. In der Medizin wird Krankheit als das Vorliegen von Symptomen und oder Befunden bezeichnet. Zwischen „sicher gesund“ und „sicher krank“ gibt es einen großen Zwischenbereich und vielfältige Übergänge, z.B. „bedingte Gesundheit“ bei chronischer Krankheit. Für die Medizin ist es wichtig, klare Grenzen zwischen diesen Bereichen zu ziehen.

Göckenjan (1991: 15) fasst alle Definitionen von Gesundheit zusammen und formuliert die Definition: *„Gesundheit ist eine unbestimmte Wertidee“*.

Er teilt den Begriff Gesundheit in drei Gruppen von Motiven bzw. Interessenorientierungen ein, die sich zu vielfältigen Deutungsfigurationen mischen:

1. Gesundheit ist eine Wertaussage: ist die üblichste und umgangssprachliche Begriffsverwendung. Gesundheit steht hier als Metapher für positive Wertaussagen wie Gesundheit ist „das schlechthin Gute“, „das höchste Gute“, „der höchste Wert“, eine „umfassende Lebenskompetenz“ oder ein „vitales Fähigkeitsgefühl“. Gesundheit fungiert hier als ein Symbol für den Wunsch nach einem guten oder besseren Leben.

Auch Forderungen wie ein „Recht auf Gesundheit“ und „Pflichten zur Gesundheit“ werden genannt. Gesundheit wird dabei an das Handeln oder Nichthandeln von Institutionen und das Aushandeln von Politikzielen gekoppelt.

2. Gesundheit dient als Abgrenzungskonzept: und ist dabei eng mit Krankheit verknüpft. „Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit“ – Gesundheit mit Krankheit als negatives Gegenteil zu definieren ist einfach, zieht aber vielfältige Unklarheiten nach sich. *„Solch eine Definition schafft eine fiktive Schnittstelle zwischen Gesundheit und Krankheit, die sich konzeptionell schlecht begründen lässt, weil es sich bei den zu bezeichnenden Umständen immer um Leben in einem breiten Deutungsfeld handelt.“* (Göckenjan 1991: 16) Der Kampf um das Deutungsfeld Gesundheit-Krankheit ist so alt wie die Medizin.
3. Gesundheit wird in Funktionsaussagen gefasst: um die Abgrenzung zu Krankheit zu verwissenschaftlichen oder die Wertaussagen zu objektivieren. Die Funktionsfähigkeit steht in den traditionellen Definitionen im Vordergrund: *„Gesundheit, das ist Funktionsfähigkeit des Körpers, seine Fähigkeit zu allen natürlichen Verrichtungen.“* Solch eine und weitere ähnliche Funktionsaussagen sind unvollständige auf Experten zugeschnittene Definitionen.

3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

3.1. Gesundheitsförderung versus Prävention

Gesundheitsförderung ist nicht gleichzusetzen mit Prävention, auch wenn dies im alltäglichen Sprachgebrauch oft geschieht. Gesundheitsförderung und Prävention ergänzen sich zwar, haben aber eine klare begriffliche Abgrenzung. Das Ziel ist in beiden Fällen jedoch dasselbe, nämlich Gesundheit.

In meiner Arbeit erfolgt keine synonyme Verwendung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention. Die folgenden Kapitel sollen deutlich machen, dass es klare Unterscheidungsmerkmale zwischen Gesundheitsförderung und Prävention gibt und die Möglichkeiten der Umsetzung aufzeigen.

3.2. Gesundheitsförderung

Einfach ausgedrückt bedeutet Gesundheitsförderung die Erhaltung der Gesundheit. Die Gesundheit steht im Mittelpunkt, nicht mehr die Krankheit. Die Pathogenese ist der Salutogenese gewichen. Für die Gesundheitsförderung dominiert die Frage: Wie entsteht Gesundheit? (Salutogenese) Hingegen in der Prävention dominiert die Frage: Wie entsteht Krankheit? (Pathogenese) Beide Denkrichtungen bzw. Perspektiven sind miteinander verbunden (Vgl. Gutzwiller/Wydler/Jeanerret 1996: 192; Trojan 2002: 198).

Gesundheitsförderung (im englischen: „health promotion“) ist auf die Stärkung von Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtet. Laaser und Hurrelmann (1998: 395) bezeichnen Gesundheitsförderung als *„alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen.“*

Angesprochen werden sollen nicht Risikogruppen, dies ist bei der Prävention der Fall, sondern alle Gruppen der Bevölkerung, insbesondere gesunde Menschen. Das Ziel der Gesundheitsförderung ist die Bewahrung von Gesundheit und die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen (Laaser/Hurrelmann 1998: 395).

Der Ansatz des health promotion bezieht strukturelle wie auch politische Einflussnahme als integralen Bestandteil erfolgreicher Gesundheitsförderung mit ein. Die Maßnahmen dazu müssen miteinander und mit allen Lebensbereichen vernetzt

sein. Dabei werden die Betroffenen miteinbezogen und eine ökologische Orientierung bei der Entwicklung von Maßnahmen gefordert (Krause 1989: 12).

Dr. Rainer Christ, Gesundheitsreferent beim Fonds Gesundes Österreich definiert Gesundheitsförderung im „Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention“ als *„ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Anforderungen, denen wir uns stellen müssen, und die Ressourcen, die uns zu deren Bewältigung zur Verfügung stehen, in einem Gleichgewicht zueinander stehen sollten. [...]“* Die Gesundheitsförderung unterscheidet interne von externen Ressourcen. Erstere umfassen ein positives Selbstwertgefühl, ein stabiles Immunsystem und persönliche Kompetenzen. Zu den externen Ressourcen zählen soziale Netzwerke oder der Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung.

Der Begriff Gesundheitsförderung ist noch relativ jung und geht auf die Konferenz der WHO, die 1986 in Ottawa (Kanada) stattfand, zurück.

„Gesundheitsförderung zielt auf den Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO 1986: 1)

Nach dieser Definition der WHO baut die Gesundheitsförderung auf fünf Grundsätzen auf. Gesundheitsförderung:

1. umfasst die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen, nicht nur spezifische Risikogruppen.
2. zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.
3. verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze und spontane Aktivitäten gegen Gesundheitsgefährdungen.
4. bemüht sich besonders um eine wirkungsvolle Teilnahme der Öffentlichkeit.

5. ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich (Faltermeier 1994: 59).

Nach diesen Vorstellungen lässt sich eine deutliche Schwerpunktverlagerung erkennen. Die Verantwortung liegt nicht nur alleine bei den Individuen, sondern Gesundheitsförderung wird als öffentliche Aufgabe angesehen. Die Gesundheitspolitik hat die Voraussetzungen dafür zu schaffen (Faltermeier 1994: 59f).

Die WHO beschreibt Gesundheitsförderung als Prozess, der allen Menschen ein Mehr an Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens ermöglichen soll. Gesundheitsförderung setzt sowohl auf der individuellen Ebene der Stärkung persönlicher Kompetenzen (Empowerment) als auch auf der politischen Ebene der Veränderung sozialer und struktureller Umwelten an (Fuchs 2003: 41f).

3.2.1. Wirksame Gesundheitsförderung

Nach Krause (1989: 13ff) muss wirksame Gesundheitsförderung mindestens drei Ebenen berücksichtigen. Sie werden auch als „Trias der Gesundheitsförderung“ bezeichnet. Zu den Trias zählen die Information, die Motivation und die Unterstützung bei der Verhaltensänderung. Die Ebenen der Information und Motivation müssen zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt sein. Nur so kann die entstandene Motivation genutzt und die Chance für eine tatsächliche Verhaltensänderung erhöht werden. Die Information ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung und reicht allein fast nie aus, um Verhalten zu ändern. Vor allem wenn es um Veränderung von Lebensweisen geht, die über Jahre oder Jahrzehnte geprägt worden sind.

Da Gesundheitsförderung auf schwierige Einstellungs- und Verhaltensänderungen abzielt, ist Gesundheitsförderung immer ein langsamer Prozess.

3.3. Prävention

Die Prävention, auch Präventivmedizin genannt, ist auf das Verhindern von Krankheiten ausgerichtet. Der Begriff Prävention kommt ursprünglich aus dem lateinischen („prävenire“) und bedeutet soviel wie „zuvorkommen“. Damit ist das Zuvorkommen des Negativ-Zustandes Krankheit gemeint (Krause 1989: 13f). Präventionsmaßnahmen setzen zeitlich *vor* und nicht nach dem Auftreten von Krankheiten an. Dabei soll in der Gegenwart etwas unternommen werden, um unangenehme oder unerwünschte Zustände in der Zukunft zu vermeiden (Leppin 2004: 31).

In der Prävention steht wie zuvor bereits erwähnt der pathogenetische Ansatz im Vordergrund. Leppin (2004: 31) stellt die Prävention in den Kontext von Gesundheit und Krankheit und definiert Prävention folgendermaßen:

„Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.“

Laaser und Hurrelmann (1998: 395) grenzen Gesundheitsförderung von Prävention ähnlich ab: *„Prävention bezeichnet alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten richten.“*

3.3.1. Primär-, Sekundär-, Teritärprävention

Strategien der Krankheitsprävention können je nach Zeitpunkt und Art des Eingriffs in primäre, sekundäre und teritäre Schritte unterteilt werden. Diese Aufteilung wird oftmals als klassische Präventionstriade genannt.

Die *Primärprävention* soll der Entstehung von Krankheiten zuvorkommen. Sie ist bestrebt, das Auftreten einer Krankheit möglichst ganz zu vermeiden oder doch zumindest die Verbreitung einer Krankheit so niedrig wie möglich zu halten. Die primäre Prävention versucht, sowohl auf individueller (z.B. Aufklärung, Erziehung, Information) als auch auf struktureller Ebene (z.B. Jugendpolitik, Werbeverbote) Einfluss zu gewinnen. Sie spricht die gesamte Bevölkerung an, kann aber auch, was häufiger der Fall ist, spezifisch an Menschen gerichtet sein, die Risikomerkmale tragen, zum Beispiel erhöhter Blutdruck, Diabetes oder Übergewicht. Sie setzt in einer möglichst frühen Lebensphase ein.

Die *Sekundärprävention* befasst sich mit der möglichst frühzeitigen Erfassung von Veränderungen, die zu Krankheiten führen. Dabei steht die Entdeckung und Behandlung von Patienten mit Krankheitsfrühstadien wie etwa Krebs oder Koronarkrankheiten im Vordergrund. Es wird versucht, das Ausmaß der Ausbreitung und der Dauer einer Krankheit zu reduzieren. Sie greift in Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden. Das wichtigste Instrument der Sekundärprävention (beispielsweise bei Diabetikern oder Herzkreislauferkrankten) ist die Veränderung von Lebensgewohnheiten.

Die *Tertiärprävention* meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe. Sie richtet sich darauf, die Schwere einer Krankheit und ihre Verschlimmerung (Funktionseinschränkungen, Begleitkrankheiten) zu reduzieren. Die tertiäre Prävention betrifft Menschen, die bereits an einer Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium leiden. Ziel ist es, die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität so gut wie möglich wiederherzustellen (Vgl. Gutzwiller/Jeanneret 1996: 28; Hurrelmann 2000: 98; Laaser/Hurrelmann 1998: 397; Korosec/Pichlbauer 2007: 31ff)

Zusammenfassend die definierte Unterteilung des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (1999, zit. n. Hafen 2001: 3):

„Die Primärprävention setzt möglichst früh an und will der Entstehung von Risikoverhalten bzw. Symptomen zuvorkommen. Die Sekundärprävention zielt auf eine möglichst frühe Erfassung von beobachteten Risiken bzw. Symptomen. Tertiärprävention bezieht sich auf die Linderung und Rehabilitation nach erfolgter Krankheit.“

3.3.2. Personale und strukturelle Prävention

Nach den Zielsetzungen der Prävention wird zwischen der Ebene der Person (individuelle Ebene) und der Ebene der Umwelt, der Gesellschaft (strukturelle Ebene) unterschieden. Es wird auch von Verhaltens- und Verhältnisprävention gesprochen. Die *personenorientierte Prävention* arbeitet individuumsbezogen. Sie versucht durch Information und Aufklärung präventiv zu wirken. Sie setzt sich mit innerpsychischen Prozessen auseinander und versucht durch die Stärkung der Persönlichkeit und die Förderung von individuellen Kompetenzen eine präventive Wirkung zu entfalten.

Individuelle Prävention kann auf personaler oder massenmedialer Ebene erfolgen.

Zum individuellen Ansatz gehören insbesondere die Informations- und Aufklärungskampagnen.

Die *strukturelle Prävention* setzt bei den Umweltfaktoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens an. Die soziale Umwelt kann in verschiedene Lebensbereiche gegliedert werden (Familie, Arbeit, Freizeit, Wohnen,...), für die spezifische Maßnahmen zur Förderung und Stärkung sozialer Ressourcen möglich sind. Die Umwelt soll so verändert werden, dass negative Einflüsse eliminiert und positive verstärkt werden.

Personenorientierte und strukturelle Prävention sind aufeinander bezogen. Die Prävention muss Ansatzpunkte auf beiden Ebenen suchen (Gutzwiler/Jeanerret 1996: 27f und 193).

3.3.3. Prävention über die Massenmedien

Prävention setzt auf Wissen und Aufklärung und bedarf im Zeitalter der Massenkommunikation der Öffentlichkeit. Ohne Öffentlichkeit ist Prävention nicht denkbar. Massenkommunikation stellt Aufmerksamkeit für Themen her. Jedoch alleine das Erzeugen von Aufmerksamkeit bedeutet nicht gleichzeitig die Verarbeitung des Themas. Und die angebotene Information führt nicht automatisch schon zum Verstehen und zu einem entsprechenden risikovermindernden Verhalten der Bevölkerung (Gottschlich 1998: 155).

Betrachtet man das Wirkpotenzial von Massenmedien, könnte man annehmen, dass Gesundheitsaufklärung nur im Sinne der Primärprävention möglich sei. Denn eine besondere Stärke der Massenmedien ist die Informationsvermittlung an eine möglichst große Empfängerzahl. Primärprävention heißt aber auch, dass die angesprochenen Benutzer der Medien nicht immer Interesse an den angebotenen Informationen zeigen oder ihr Interesse schon von vornherein zu gering ist. Das schränkt die Bedeutsamkeit von Massenmedien wieder ein. Viele Menschen bekunden zwar ihr Interesse an Gesundheitsthemen in den Medien, lesen aber die Beiträge zu solchen Themen oft nicht (Göpfert 2001: 131 ff).

Gesundheitsaufklärung ist aber auch im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention möglich. Bei der Sekundärprävention sind die Möglichkeiten von Massenmedien eher begrenzt. Sie ist an zusätzliche Voraussetzungen gebunden. Denn hier geht es darum, den gefährdeten Einzelnen gezielt anzusprechen, mit dem Ziel, eine Veränderung von Einstellungen und Verhalten, zum Beispiel eine Therapie aufzunehmen, herbeizuführen.

Da Massenmedien weniger neues Verhalten erzeugen und eher bestehendes Verhalten verstärken, können sie überaus wirksam in der Tertiärprävention eingesetzt werden. Beispielsweise wenn es darum geht, Suchtkranke nach einer Therapie vor einem Rückfall zu bewahren. Der Einsatz von Massenmedien in der tertiären Prävention ist also nicht nur sinnvoll, sondern wird auch dringend benötigt (ebd.).

4. THEORETISCHE KONZEPTE ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN

Warum leben so viele Menschen ungesund? Warum rauchen sie oder ernähren sich falsch, obwohl sie genau wissen, dass sie sich selbst damit Schaden zufügen?

Wie können sie dahingehend beeinflusst werden, mehr auf ihre Gesundheit zu achten?

In diesem Kapitel sollen die Modelle bzw. Theorien zum Gesundheitsverhalten angeführt und näher erläutert werden. Die Modelle entstammen aus dem allgemeinen Theoriebestand der Psychologie und wurden spezifisch für gesundheitsrelevante Fragestellungen entwickelt. Auch gehören sie zu jenen Modellen, die für die Konzeption und Realisierung von Kommunikationskampagnen von Bedeutung und in der Kampagnenliteratur immer wieder Erwähnung finden.

4.1. Was ist Gesundheitsverhalten?

Der Begriff Gesundheitsverhalten (Health Behavior) geht auf den amerikanischen Medizinsoziologen Koos (1954) zurück.

Koos versteht darunter *„alle Verhaltensweisen und Reaktionen, die in einem Zusammenhang mit Krankheit bzw. Gesundheit stehen.“* (Ahlstich: 1999: 26)

Der Begriff wird heute für alle Verhaltensweisen angewandt, die das Gesundheitsverhalten eines Individuums fördert und seine Gesundheit erhält, wobei sich die betroffenen Personen selbst als gesund einschätzen (Ahlstich 1999: 26 zit. n. Bengel/Stöbel 1988). Eine Abgrenzung zu den Begriffen Vorsorge- oder Präventivverhalten ist daher kaum möglich (ebd. zit. n. Kasl/Cobb 1966).

Troschke (1993: 155 zit. n. Ahlstich 1999: 139) versteht unter Gesundheitsverhalten *„traditionell menschliche Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als für deren Gesundheit förderlich oder riskant im Sinne der potentiellen Verursachung von Krankheiten bewertet werden können.“*

Ahlstich (1999: 138ff) klassifiziert gesundheitsbezogene Handlungen danach, ob sie die allgemeine Lebensführung betreffen (z.B. Ernährung), ein Verhalten im Krankheitsfall darstellen (z.B. Einnahme von Medikamenten) oder sich auf den Bereich der Prävention (z.B. Krebsvorsorge) beziehen. Vor allem das individuelle Vorsorgeverhalten ist ein zentrales Element gesundheitsorientierter Lebensführung.

Zum gesundheitsrelevanten Verhalten zählen auch körperliche Aktivitäten und Sport, Genussmittelkonsum von Alkohol, Tabak oder Kaffee, Drogenkonsum sowie stressreduzierende Aktivitäten wie Yoga, Massagen etc. (ebd.)

Eine genaue Klassifikation gesundheitsbewussten Verhaltens kann nicht aufgestellt werden, da die gesundheitsbedeutsame Einschätzung einzelner Verhaltensweisen von den aktuellen medizinischen Erkenntnissen abhängt und dies darüber hinaus eine Frage der gesellschaftlichen Bewertung ist (ebd.).

Wie diese Verhaltensweisen beeinflussbar sind, wie Motivation und Intention für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entstehen und welche Faktoren schließlich dazu beitragen, dass dieses Verhalten gezeigt und beibehalten wird, wird in den folgenden Theorien dargestellt (Ahlstich 1999: 27).

4.2. Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action)

Die Theorie der Handlungsveranlassung ist eine der am meisten verbreiteten Ansätze der Vorhersage von Gesundheitsverhalten.

Sie wurde von Ajzen & Fishbein (1975, 1980) entwickelt. Die Theorie versuchte ursprünglich den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten zu erklären. Es gestaltet sich schwierig, die englische Bezeichnung der Theorie zu übersetzen: Theorie des begründeten, aufgeklärten, durchdachten, verständigen oder logisch abgeleiteten Handelns? Oft wird sie auch Theorie des überlegten Handelns genannt (Schwarzer 1996: 1).

Die Theorie der Handlungsveranlassung unterstellt, dass Menschen im Einvernehmen mit ihren Absichten handeln. Kurz gesagt: Menschen handeln entsprechend ihren Absichten, also Intentionen, wodurch zukünftiges Verhalten prognostiziert werden könnte. Aber es kann auch vorkommen, dass sich Menschen anders verhalten als beabsichtigt. Es gibt interne und externe Barrieren und Unwägbarkeiten, die den erwarteten Zusammenhang mindern können. Außerdem sind Intentionen nicht als unerschütterliche Determinanten von Verhalten gedacht, sondern stellen viel mehr Wahrscheinlichkeitsaussagen dar, die unterschiedlich hoch ausfallen (Schwarzer 1996: 2f).

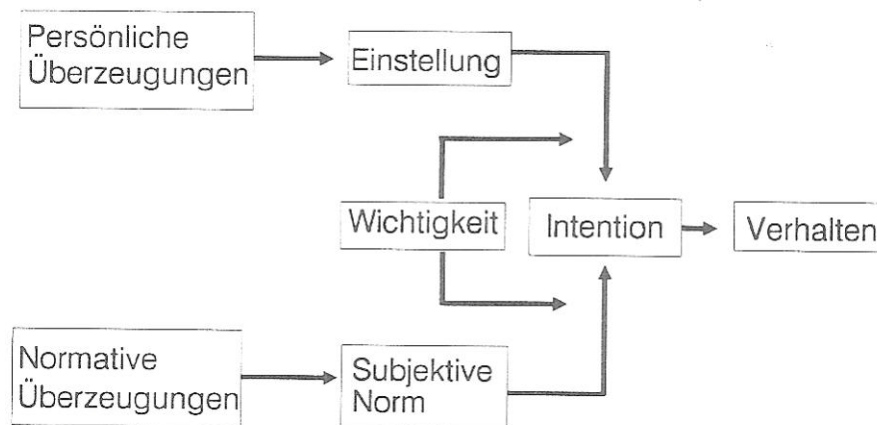


Abb. 2: Theorie der Handlungsveranlassung nach Ajzen & Fishbein
 Quelle: Schwarzer 1996: 1

Die Theorie umfasst die folgenden vier Elemente: *Verhalten*, *Verhaltensintention*, *Einstellung* und *subjektive Norm*. Die Grafik wird im folgenden Absatz schrittweise von rechts nach links erklärt.

Als zentrale erklärende Variable für das Verhalten gilt die *Verhaltensintention*. Sie repräsentiert die motivational-volitionale (=willentliche) Basis des Handelns und zeigt an, wie stark eine Person gewillt ist, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen (Ahlstich 1999: 187). Unter Intention werden verbal vermittelte Verhaltensabsichten verstanden, die darin bestehen können, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen oder zu unterlassen. *Verhalten* wird als direkte Folge einer Verhaltensabsicht betrachtet.

Auf die Intention wirken die beiden Variablen *Einstellung* und *subjektive Norm*. Die *Einstellungsvariable* beinhaltet, ob die Durchführung des jeweiligen Verhaltens von einer Person als positiv oder negativ bewertet wird (Hornung 1997: 34f). Die Einstellung wird als eine eher diffuse affektiv-evaluative Modellkomponente aufgefasst, die weder über explizite Prozesse der Informationsverarbeitung noch über Handlungstendenzen verfügt (Schwarzer 1996: 4). „An attitude toward any concept is simply a person's general feeling of favorableness or unfavorableness for that concept.” (Ajzen/Fishbein 1980: 54) Einstellungen werden als gefühlsmäßige Einschätzungen gesehen, die streng zu trennen sind von Überzeugungen, Intentionen und Handlungen.

Um ein spezifisches Verhalten vorherzusagen, sollte also nicht die Einstellung einer Person gegenüber dem Gegenstand des Verhaltens erfasst werden, sondern ihre Einstellung dem Verhalten gegenüber, unter der Annahme, sie würde dieses Verhalten selbst ausführen. Dies reicht aber noch nicht aus, um Intention und Handlung

ausreichend erklären und vorhersagen zu können. Hier spielen noch die *subjektiv wahrgenommenen Normen* gegenüber dem Verhalten eine wesentliche Rolle. Menschen tun nicht nur das, was sie für richtig halten, sondern auch das, was andere von ihnen erwarten. Die *subjektive Norm* umfasst die Vorstellung von Erwartungen all derjenigen Personen, die zur eigenen normativen Bezugsgruppe gehören wie z.B. Eltern, Freunde und Bekannte. (Schwarzer 1996: 5). Diese normative Komponente ist Ausdruck des wahrgenommenen sozialen Umgebungsdrucks, ein bestimmtes Verhalten auszuführen oder die Ausführung zu unterlassen, konkret: „*It refers to the person's ... perception that most people who are important to him think he should not perform the behavior in question.*“ (Ajzen/Fishbein 1980: 57)

Beispiel: Ein Raucher wird sein Rauchverhalten dann zu ändern und aufzugeben beabsichtigen (*Intention*), wenn er eine positive Einstellung zum Nichtrauchen (*Einstellung zum Verhalten*: positive Bewertung der Sofort-Folgen für die eigene Gesundheit, negative Bewertung zukünftiger Krankheitsfolgen) besitzt und gleichzeitig glaubt, dass für ihn wichtige Bezugspersonen, wie zum Beispiel Freunde oder Familie, Nichtrauchen ebenfalls positiv bewerten (*subjektive Norm*) (Hornung 1997: 35).

Einstellungen und subjektive Normen können in unterschiedlicher Intensität auf die Intention einwirken, je nach Situation und Fähigkeit. Es kann auch vorkommen, dass nur eine der beiden Modellkomponenten zum Zuge kommt, zum Beispiel wenn jemand nur der eigenen Einstellung gemäß handelt. Auch der umgekehrte Fall ist möglich: wenn jemand sich ängstlich an die subjektive Norm hält und darüber die eigene Einstellung vernachlässigt (Schwarzer 1996: 6).

Für jede Einstellung oder subjektive Norm gibt es eine Mehrzahl von Überzeugungen. Es wird unterschieden zwischen *persönliche Überzeugungen*, auch Verhaltensüberzeugungen (behavioral beliefs) genannt und *normativen Überzeugungen*.

Es handelt sich dabei um Überzeugungen einer Person, inwieweit spezifische bedeutsame Bezugspersonen wie z.B. Freunde, Eltern oder der Arbeitgeber, die Ausführung des Verhaltens befürworten würden (ebd.).

Noch einmal zurück zum obigen Beispiel, dass jemand eine negative Einstellung zu seinem Rauchverhalten hat. Persönliche Überzeugungen könnten sein, das Rauchen Geld kostet, es die sportliche Leistung mindert oder zu Lungenkrebs führen kann.

Normative Überzeugungen sind nichts anderes als subjektive Normen. Sie beziehen sich auf ganz bestimmte Personen oder Gruppen. Normative Überzeugungen lassen sich präzise an bestimmte Bezugspersonen festmachen, während die subjektive Norm eher verschwommen den Erwartungsdruck seitens „generalisierter Anderer“ zum Ausdruck bringt (ebd.: 7f).

„Die Überzeugungen [...] liefern den Ausgangspunkt für die Erklärung und Vorhersage von Intention und Handlung. Verhaltensänderungen beruhen somit letzten Endes auf Veränderungen von Kognitionen.“ (ebd.: 9)

Die Theory of Reasoned Action wurde im Laufe der Jahre zu einem ausführlicheren Modell modifiziert. Dabei stellte man sich die Frage, ob Handeln nicht auch durch andere Faktoren bestimmt ist, die in diesem Modell gar nicht auftreten. Das Modell wurde um externe Variablen wie Demographie, Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen zu Objekten erweitert. Die externen Variablen haben jedoch eher einen geringen Stellenwert. Diese sollen aber die persönlichen und die normativen Überzeugungen direkt beeinflussen können und dann indirekt auf das Handeln einwirken (ebd.: 10ff).

Eine Schwäche der Theorie ist, dass sie sich nur auf solche Situationen bezieht, in denen Personen willentlich Kontrolle über das Geschehen ausüben. Die Intentionsbildung ist daher nicht nur von Einstellung und subjektiver Norm abhängig, sondern auch von dem Ausmaß erlebter Kontrollierbarkeit und Kompetenz. Dieser Ansatz führte zu einer Weiterentwicklung der Theory of Reasoned Action, nämlich der „Theory of Planned Behavior“ (ebd.).

4.3. Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)

Eine Erweiterung der älteren Konzeption ist notwendig geworden, da wesentliche Punkte in der Theorie der Handlungsveranlassung nicht ausreichend bedacht wurden. *„Da ist zum einen die geforderte Entsprechung zwischen Verhalten, Intention, Einstellung und subjektiver Norm, zum anderen das Stabilitätsproblem hinsichtlich der zeitlichen Lücke zwischen Intention und Verhalten, und schließlich die Vorraussetzung, dass das Verhalten auch wirklich unter willentlicher Kontrolle sein muss.“* (Schwarzer 1996: 57f)

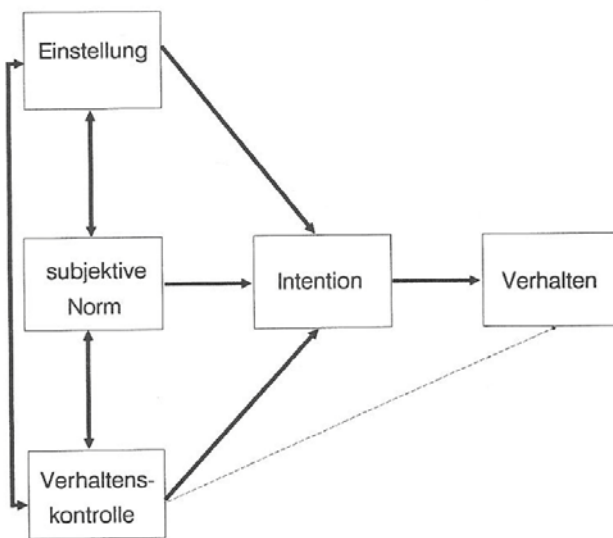


Abb. 3: Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen & Madden

Quelle: Schwarzer 1996: 59

Ajzen erweitert die Theorie der Handlungsveranlassung um die Variable der „*wahrgenommenen Verhaltenskontrolle*“. Bei diesem Ansatz wird nun die wahrgenommene Kontrolle einer Person über ihr Verhalten als zusätzlicher Prädiktor berücksichtigt. Das Konzept hat große Ähnlichkeit zum Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura (Hornung/Gutscher 1994: 72).

Das wichtigste dabei ist, dass das Verhalten unter willentlicher Kontrolle der Person passiert.

Beispielsweise hat jemand die Intention ab morgen jeden Tag Sport zu treiben. Dabei stellt sich die Frage, in welchem Maße er überhaupt Herr seines Entschlusses ist. Es könnte sein, dass er durch seinen Beruf keine Zeit findet um sich täglich sportlich zu betätigen, die Sportstätten zu abgelegenen sind oder ihm das nötige Geld für die Ausrüstung fehlt (Schwarzer 1996: 58).

Je mehr es an geeigneten Gelegenheiten oder Ressourcen fehlt, desto mehr entzieht sich das beabsichtigte Verhalten der willentlichen Kontrolle. In der Theorie der Handlungsveranlassung war lediglich von Barrieren die Rede, die für eine zu geringe Korrelation zwischen Intention und Verhalten verantwortlich gemacht werden können. Dies waren Störgrößen außerhalb des Modells, das eigentlich für vollkommen kontrollierbare Situationen entwickelt worden war (ebd.).

Die Variable der „*Verhaltenskontrolle*“ wirkt gleichberechtigt neben den Einflussgrößen „Einstellung“ und „subjektive Norm“ auf die Verhaltensabsicht. Die Variable „Verhaltenskontrolle“ erfasst, inwieweit das zu untersuchende Verhalten überhaupt von

der handelnden Person uneingeschränkt kontrolliert werden kann: „...*the degree of success will depend not only on one's desire or intention, but also on such partly nonmotivational factors as availability of requisite opportunities and resources.*“ (Ahlstich 1999: 195 zit. n. Ajzen 1988: 127)

Die drei Determinanten Einstellung, subjektive Norm und Kontrollierbarkeit beeinflussen die Intention und diese das Verhalten. Die persönliche und die normative Überzeugung sind der Übersichtlichkeit halber von Ajzen & Madden in der Grafik weggelassen worden. Auch der Faktor Wichtigkeit ist ausgeklammert worden. Das neue Modell enthält zwei Möglichkeiten, von denen die eine durch die fettgedruckten Linien in der Grafik eingezeichnet sind. Die andere Variante ist, dass Kontrollierbarkeit auch einen direkten Einfluss auf das Verhalten ausübt (gestrichelte Linie).

Die zweite Variante tritt dann auf, wenn sich in der Kontrollierbarkeit nicht nur die wahrgenommene, sondern auch die tatsächliche Kontrolle ausdrückt. Fehlen objektiv die Ressourcen oder Gelegenheiten, eine Handlung zum Ende zu bringen, dann besteht eine direkte Beziehung zwischen der realen Kontrolle und dem Verhalten.

Um an das Beispiel von oben anzuknüpfen: Will jemand im Park laufen, zweifelt aber daran, dass das Wetter schön bleibt, so wird die Intention schwach ausgeprägt sein. Fängt es dann tatsächlich an zu regnen, wird der Entschluss nicht ausgeführt. Es resultiert daraus der direkte Effekt von Kontrollierbarkeit auf Verhalten (Schwarzer 1996: 60).

4.4. Selbstwirksamkeitstheorie (Self Efficacy Konzept)

Bandura (1977) hat eine sehr einflussreiche Selbstwirksamkeitstheorie entwickelt. Er hat die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für menschliches Verhalten und Erleben systematisch erforscht. Ausgangspunkt dabei waren Beobachtungen in der Verhaltenstherapie (Schwarzer 1996: 20).

Lange Zeit glaubte man, Menschen lernen vor allem durch Bekräftigung, etwa wenn sie systematisch für eine erfolgreiche Handlungsausführung belohnt werden. Später hat sich herausgestellt, dass es nicht so sehr die Bekräftigung oder die Kontingenzen sind, die das Verhalten ändern, sondern vielmehr die Erwartungen über solche Kontingenzen (Kognitionen). Bekräftigung ist daher vielmehr ein Mittel zur Erzeugung einer entsprechenden Kognition, die zur Verhaltensänderung motiviert (ebd.).

Weitere kognitive Elemente dieses Änderungsprozesses sind die Zielsetzungen und Selbstbewertungen. Der Erwerb von Kompetenzerwartungen und der Aufbau von Verhalten sind wesentlich davon abhängig, wie realistisch die Zwischenziele

(Ergebnisse) gesetzt werden und wie deren Erreichen subjektiv verarbeitet wird, nämlich entweder als selbstverursacht oder fremdverursacht (ebd.).

Beispiel: Jemand kann nicht schwimmen und hat Angst davor ins Wasser zu gehen. Dies kann an mangelhafter Kompetenzerwartung liegen. Die Person weiß, dass gezielte Bewegungen im Wasser (Handlung) dazu führen, dass man nicht untergeht (Ergebnis) und dass man sich an dem nassen Element erfreuen kann (Folge), traut sich aber nicht zu, diese Schwimmbewegungen selbst durchzuführen oder zu erlernen. Hier wäre es eine Möglichkeit zunächst leichtere Teilhandlungen auszuführen und ihre Erfolge in selbstwertdienlicher Weise zu beurteilen (ebd.).

Solche Kompetenzerwartungen lassen sich für eine Reihe von Situationen bzw. Aufgaben auf unterschiedliche Weise erwerben. Bandura (1977 zit. n. Schwarzer 1996: 21f) nennt vier Quellen: direkte Erfahrung, indirekte Erfahrung, symbolische Erfahrung und Erregungsfeedback.

1. *Direkte Erfahrungen:* kommen zustande, wenn man Anforderungssituationen erfolgreich meistert. Dadurch erkennt man den Zusammenhang zwischen persönlichen Anstrengungsaufwand und den Konsequenzen aus der Umwelt. Man tut also etwas und erfährt unmittelbar, ob sich dadurch etwas verändert hat.
2. *Indirekte Erfahrung:* entstehen dadurch, dass man eine Person, die einem oft selbst ähnlich ist, beobachtet wie sie ein Problem erfolgreich bewältigt. Aus solchen sozialen Vergleichsprozessen werden dann Schlussfolgerungen auf die eigene Kompetenz gezogen. Die direkte Erfahrung wird auch „stellvertretende Erfahrung“ genannt. Selbstwirksamkeitserwartungen, die auf stellvertretender Erfahrung beruhen, sind schwächer als solche, die auf eigenen Erfahrungen beruhen.
3. *Symbolische Erfahrung:* resultiert daraus, dass man sich durch Mitteilungen anderer davon überzeugen lässt, über ein Problem die Kontrolle zu haben. Symbolische Information gilt als eine noch schwächere Quelle von Kompetenzerwartung als die indirekte Erfahrung.
4. *Gefühlserregung:* kann eine weitere Informationsquelle darstellen, wenn sie im Zusammenhang mit der Bewältigung bedrohlicher Situationen eine Rückmeldung liefert. Wenn man in solchen Situationen ängstliche Erregung spürt, sagt einem das womöglich, man sei nicht kompetent genug um die Belastung auszuhalten. Menschen mit hoher Kompetenzerwartung treten einer

Klasse von Anforderungssituationen mit weniger körperlicher Erregung entgegen als solche mit geringer Körperwahrnehmung, unabhängig von der tatsächlichen Kompetenz.

Insgesamt kann man sagen, dass es hier nicht um die realen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Belastungen geht, sondern darum, was jemand glaubt, wie er mit den wahrgenommenen Anforderungen fertig wird.

Die Einschätzung der Schwierigkeit einer Aufgabe beeinflusst ebenfalls den Zusammenhang von Handlungsvollzügen und Kompetenzerwartung. Leichte Aufgaben zu lösen, ergibt keine neuen Informationen für eine Veränderung der Kompetenz, während die Bewältigung von herausfordernden Aufgaben eher den Eindruck wachsender Fähigkeit vermittelt (Schwarzer 1996: 22).

Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst die Auswahl von Situationen, in die man sich hineinbegibt. Menschen vermeiden Situationen, von denen sie denken, dass sie ihnen nicht gewachsen sind. Ist dagegen die Kompetenzerwartung hoch ausgeprägt, setzt sich die Person einer kritischen Situation eher aus. Die Kompetenzerwartung bestimmt darüber hinaus auch über das Ausmaß der Anstrengung, mit der man eine Aufgabe zu lösen versucht. Zusammenfassend lässt sich sagen, je geringer die Kompetenzerwartung, desto früher wird man aufgeben (ebd.).

Nach Bandura (1977 zit. n. Schwarzer 1996: 24) lassen sich innerhalb der Kompetenzerwartung drei Aspekte unterscheiden:

- Ausmaß oder Niveau (magnitude)
- Allgemeingrad (generality)
- Gewissheit (strength)

Das *Niveau* bezieht sich auf den Schwierigkeitsgrad der Aufgabe, d.h. man kann Erwartungen gegenüber sehr leichten oder sehr schwierigen Problemen haben, denen man sich mehr oder weniger gewachsen fühlt. Der *Allgemeingrad* bezieht sich auf die Menge unterschiedlicher Situationen, für die eine Kompetenzerwartung gilt. Die *Gewissheit* bezieht sich auf den Grad, zu dem man sich sicher ist, wirklich über die eigene Kompetenz zu verfügen (ebd.).

Es hat sich empirisch wiederholt gezeigt, dass die verhaltensspezifische Kompetenzerwartung beim Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (ebd.).

4.5. Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Modell)

Das Health Belief Modell (Theorie gesundheitlicher Überzeugungen) ist eines der bekanntesten gesundheitspsychologischen Modelle. Es hat zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung als Referenzmodell für nachfolgende Modellansätze erhalten und eine Vielzahl empirischer Studien angeregt. Die Theorie gilt heute als Klassiker der individualpsychologischen Gesundheitsforschung und ist eine der am häufigsten zitierten Theorien (Hornung 1997: 33; Stroebe/Stroebe 1998:32; Ahlrich 1999: 203).

Das Modell entstand bereits in den 50er Jahren. Es wurde ursprünglich von den Sozialpsychologen Hochbaum, Kegeles, Leventhal und Rosenstock der US-amerikanischen Gesundheitsbehörden entwickelt. Sie stellten sich die Frage, warum die Bevölkerung so wenig Gebrauch von Vorsorgeuntersuchungen macht. Mit dem Ziel, die Teilnahme der US-Bevölkerung an medizinischen Vorsorgemaßnahmen zu erhöhen, wandten sich die vier Forscher der Formulierung des „Health Belief Modells“ zu (Ahlrich 1999: 203f).

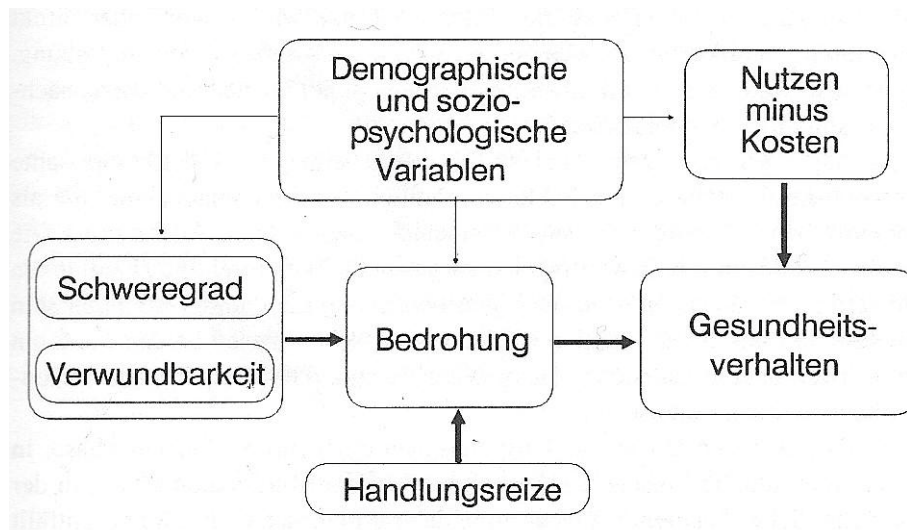


Abb. 4: Modell gesundheitlicher Überzeugungen

Quelle: Schwarzer 1996: 55

Das Modell der Gesundheitsüberzeugung betrachtet menschliches Handeln als weitgehend rational. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen eine präventive

Maßnahme anstreben, wenn sie sich durch eine Krankheit persönlich gefährdet sehen (Hornung 1997: 33).

Gesundheitsverhalten wird demnach beeinflusst von der subjektiv wahrgenommenen Bedrohung einer Krankheit. Wer sich selbst gegenüber Erkrankungen für *verwundbar* hält, ist eher geneigt, sich präventiv zu verhalten. Jedoch unterschätzen die meisten Menschen ihre Anfälligkeit für Krankheiten. Ein weiterer Faktor ist der *Schweregrad* von Symptomen, die häufig nicht ernst genommen werden. Der Schweregrad und die Verletzlichkeit ergeben gemeinsam den Grad der wahrgenommenen *Bedrohung* durch eine Krankheit (Schwarzer 1996: 54). Auch *demographische* und *soziopsychologische Variablen* können handlungsaktivierende Elemente hervorrufen.

Ist eine Gesundheitsgefahr durch eine ernst zu nehmende Krankheit gegeben, wird überlegt wie die Krankheit erfolgreich behandelt werden könnte. Dies löst eine *Kosten-Nutzen-Abwägung* aus. Es findet eine Abschätzung der Kosten und Nutzen für eine bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweise statt, ob deren Ausübung förderlich oder hinderlich ist. Eine Vorbeugung oder Behandlung kann teuer, schmerzhaft, umständlich oder schwer zugänglich sein, was dem erwarteten Nutzen gegenüberzustellen ist (Schwarzer 1996: 54; Dlugosch 1994: 106).

Ein weiterer Faktor stellen externe und interne Reize da, die als *Handlungsanstöße* (cue to action) wirken. Dies könnte ein inneres Signal sein, z.B. ein körperliches Symptom, oder ein von außen kommendes, z.B. eine Medienkampagne (Schwarzer 1996: 55; Stroebe/Stroebe 1998: 33).

Hornung (1997: 33f) nennt folgende vier Elemente, die auch in der Grafik oben vorkommen:

- a) Perzipierte Anfälligkeit gegenüber einer Krankheit: Menschen nehmen ihre eigene Anfälligkeit gegenüber einer Erkrankung unterschiedlich wahr. Ein Mensch kann die persönliche Gefährdung durch eine Krankheit gänzlich verneinen oder aber sich als stark gefährdet betrachten.
- b) Perzipierte Ernsthaftigkeit der Krankheit: Je ernsthafter eine Krankheit in ihren Konsequenzen eingeschätzt wird, umso höher wird nach den Annahmen des Modells die Bereitschaft zum präventiven Verhalten sein.
- c) Wahrgenommener Nutzen und Kosten des präventiven Verhaltens: Nutzen und Kosten eines bestimmten präventiven Verhaltens werden abgewogen. Dabei können neben den finanziellen Kosten auch strukturbedingte Barrieren oder

durch das Medizinalsystem bedingte Barrieren (zum Beispiel lange Wartezeiten beim Arzt) auftreten.

- d) Handlungsauslöser: Der Handlungsauslöser soll den konkreten Anstoß zum gesundheitsfördernden Verhalten geben. Dieser kann intern (z.B. Wahrnehmung von Symptomen) oder extern (z. B. interpersonale Kommunikation, Botschaften der Massenmedien) erfolgen.

Das Modell der Gesundheitsüberzeugung hat den empirischen Nachweis seiner Gültigkeit nur unzureichend erbringen können. In einer Reihe von Arbeiten wurde versucht, die Erklärungs- und Vorhersageleistungen des Modells empirisch zu prüfen.

Das Modell weist unter anderem folgende Schwächen auf: Aus heutiger Sicht fehlen dem Modell mindestens zwei kognitive Vermittlungsgrößen, nämlich die Intention und die Kompetenzerwartung. Weiters werden nur schwache Zusammenhänge zwischen den Modellkomponenten und dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten festgestellt. Außerdem weiß man nicht ganz genau, wie man die Variablen messen soll (Schwarzer 1996: 55f; Hornung 1997: 34).

Weitere Schwachstellen sind die ungeprüfte Annahme einer positiven Gesundheitsmotivation, die Vernachlässigung situativer Faktoren sowie die Überschätzung des direkten Einflusses von Bedrohung und Furcht auf das Verhalten (ebd.).

Schwarzer (1996: 56) bezeichnet das Health Belief Modell als statistisch. Es wird dem prozesshaften Charakter des Gesundheitsverhaltens nicht gerecht.

Inzwischen haben Becker und Rosenstock (1987 zit. n. Schwarzer 1996: 56f) eine zeitgemäße Neuinterpretation ihres Ansatzes vorgenommen, die der sozial-kognitiven Theorie von Bandura sehr ähnlich ist und sich nur durch die Variablen unterscheidet.

Das Health Belief Modell fand in Bezug auf sehr verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens Anwendung (im medizinischen Bereich bei Vorsorgeverhalten, im gesundheitspsychologischen Feld etc). Allerdings konnte es sich nicht in allen Bereichen bewähren (Dlugosch 1994: 106).

Am gewinnbringendsten hat sich das Modell bisher bei der Planung und Evaluation von verschiedenen Interventionen im Gesundheitswesen, zum Beispiel bei Aufklärungskampagnen, erwiesen (ebd.).

Folglich sollte jede Kommunikationskampagne, die im Gesundheitsverhalten der Menschen etwas ändern möchte, Argumente beinhalten, die die Zielgruppe davon überzeugen, dass

- a) ernste gesundheitliche Konsequenzen drohen, wenn sie nicht gewisse Aspekte ihrer Lebensweise ändern, und dass
- b) das Aneignen bestimmter gesundheitsfördernder Verhaltensweisen das Erkrankungsrisiko erheblich vermindert (Stroebe/Stroebe 1998: 37).

4.6. Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory)

Die „Protection Motivation Theory“ von Rogers aus 1975 beinhaltet Elemente des Health Belief Models und der Theory of Reasoned Action. Die Komponenten aus den beiden Modellen werden miteinander verknüpft und als Grundlage für zwei parallel ablaufende Einschätzungsprozesse angenommen:

- die Einschätzung der gesundheitlichen Bedrohung (threat appraisal) und
- die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Abwendung der gesundheitlichen Gefährdung (coping appraisal) (Dlugosch 1994: 108).

Die Wechselwirkung der Ergebnisse dieser beiden Prozesse beeinflusst die Entstehung einer „Gesundheitsschutzmotivation“, die das gesundheitsbezogenen Handeln kontrolliert (ebd.).

Der Begriff Schutzmotivation bezeichnet die Absicht, die eigene Gesundheit durch ein entsprechendes Verhalten zu erhalten oder wiederzuerlangen (Stroebe/Stroebe 1998: 64). Die Höhe der Schutzmotivation ist von vier Faktoren abhängig:

- 1) wahrgenommene *Schweregrad* einer Gesundheitsbedrohung
- 2) wahrgenommene *Verletzlichkeit* gegenüber einer Gesundheitsgefährdung
- 3) wahrgenommene *Wirksamkeit* des gesundheitsfördernden Verhaltens zur Vermeidung der gesundheitlichen Bedrohung
- 4) die *Selbstwirksamkeitserwartung*, also die wahrgenommene eigene Fähigkeit, das gesundheitsfördernde Verhalten selbst ausführen zu können (Schwarzer 1996: 63f).

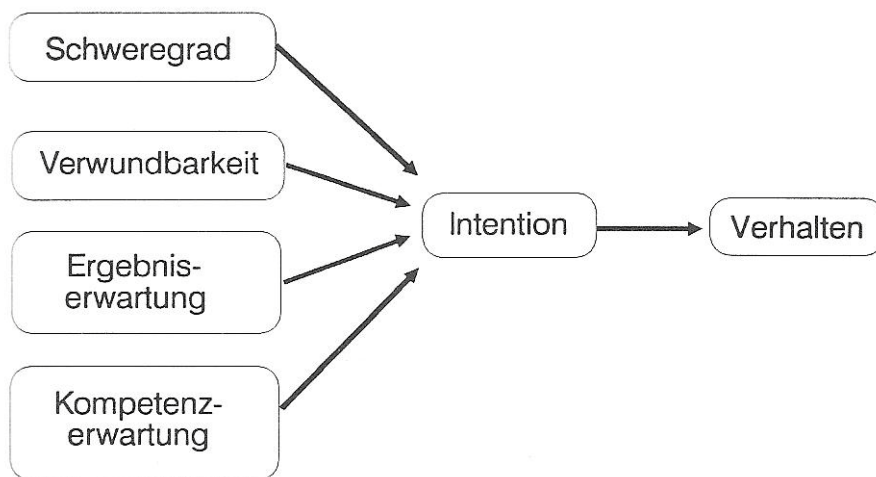


Abb. 5: Vereinfachte Darstellung der Theorie der Schutzmotivation

Quelle: Schwarzer 1996: 65

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine hohe Schutzmotivation dann besteht, wenn die Bedrohung der Gesundheit als ernsthaft betrachtet wird, das Individuum sich als verletzlich einschätzt, die empfohlene Schutzmaßnahme als wirksam bewertet wird und der betreffende Mensch davon überzeugt ist das Schutzverhalten erfolgreich ausüben zu können (Hornung 1997: 35).

Die einzelnen Komponenten des Modells sollen dazu beitragen, ein bestimmtes Gesundheitsverhalten auszuüben.

Die drei Modellkomponenten Schweregrad, Verwundbarkeit und Ergebniserwartung gehen auf das Health-Belief Modell zurück. Die Kompetenzerwartung, auch Selbstwirksamkeit genannt, wurde später hinzugefügt und ist die wichtigste Variable. Die Verlaufsstruktur ähnelt der Theorie des geplanten Verhaltens.

Somit lässt sich feststellen, dass das Modell eine Integration verschiedener heute vorherrschender Modelle und eine Aneinanderreihung unterschiedlicher Annahmen ist. Empirisch wurde das Modell unter anderem auf die Vorhersage von körperlicher Betätigung, Brustselbstuntersuchung und Raucherentwöhnung angewandt (Schwarzer 1996: 64ff).

4.7. Volitionstheorie

Bei der Volitionstheorie spielen die Willensstärke und die beabsichtigte Handlung die zentrale Rolle. Es geht nicht mehr wie bei den vorigen Modellen um eine

Intentionsbildung bzw. Motivation, sondern es soll geklärt werden, ob eine beabsichtigte Handlung tatsächlich realisiert wird. Die bisher dargestellten Modelle haben sich damit nur am Rande auseinandergesetzt (Schwarzer 1996: 67ff).

Wir hegen Absichten, aber es gelingt uns nicht immer, sie auch wirklich in die Tat umzusetzen. Menschen neigen dazu, entweder gute Absichten zu entwickeln und sie überhaupt nicht zu verwirklichen oder sich zunächst auf eine Verhaltensänderung einzulassen, diese aber schnell wieder aufgeben (ebd.).

Es gibt Tendenzen, die viele dazu veranlassen, nur vorübergehend ein Ziel anzustreben, sei es beispielsweise regelmäßig zu joggen oder das Rauchen aufzugeben.

Die Volitionstheorie befasst sich genau mit dieser Umsetzung. Ein einmal gefasster Entschluss soll auch mit einer tatsächlichen Handlung enden. Dabei ist die Aufrechterhaltung einer Handlung über einen längeren Zeitraum hinweg wesentlich (ebd.).

Ein Vorsatz enthält schon mal ausführungsbezogene Überlegungen und stellt einen konkreten Handlungsplan dar. Er enthält im Detail, wie und wann eine beabsichtigte Handlung in eine tatsächliche Handlung ausgeführt werden soll. Dabei können Vor- und Nachteile auftreten, denn für jede Handlung ist ein gewisser Aufwand erforderlich. Dieser Aufwand muss in einem erträglichen Verhältnis zum erwarteten Effekt stehen. Damit nun eine Handlung realisiert wird, muss sich ein bestimmter Vorsatz gegenüber einen anderen durchsetzen. Es kann vorkommen, dass man dabei auf eine andere Handlung verzichten muss, die ebenfalls attraktiv erscheint (ebd.).

Die Volitionstheorie hängt auch davon ab, wie erfolgversprechend die Handlung subjektiv bewertet wird. Bei der Handlungsumsetzung ist ein weiterer Faktor, die „optimale Basisaktiviertheit“, zu beachten. Dies sind innere Bedingungen wie Energie, Erregung, Stimmung, Wachheit oder Konzentriertheit (ebd.).

4.8. Kritische Betrachtung der Theorien

Die vorgestellten Modelle und Theorieansätze weisen eine Reihe von Schwächen und Defiziten auf. Zu diesen Schwächen zählen die strukturelle Ähnlichkeit der Modelle, die starken inhaltlichen Überschneidungen und die strukturellen Probleme (Ahlstich 1999:

37). Als Hauptkritikpunkte nennt Hornung (1997: 36) die Rationalität als Basis menschlicher Entscheidungsprozesse und die Defizit- und Individuumszentrierung.

Die Modelle gehen davon aus, dass Gesundheitsverhalten aufgrund eines rationalen Entscheidungsprozesses erfolgt, in dem zentrale Variablen wie Krankheitsanfälligkeit, Ernsthaftigkeit einer Erkrankung, Kosten-Nutzen-Aspekte sowie Selbstwirksamkeit auftreten (Hornung 1997: 36). Das dabei nicht immer von einem hohen Stellenwert der Gesundheit für das einzelne Individuum ausgegangen werden kann, wird unberücksichtigt gelassen. Gesundheitsrelevantes Verhalten kann auch aus körperbezogenen, leistungsorientierten oder sozialen Motiven ausgeübt werden. Andererseits können genau diese Motivbereiche gesundheitsbewusstes Verhalten verhindern (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum). Ebenso kann gesundheitsschädigendes Verhalten Bewältigungscharakter haben. Die Lebensgewohnheiten, ökonomische, umweltbezogene und kulturelle Einflussfaktoren werden nicht berücksichtigt (Ahlstich 1999: 37f). Im Mittelpunkt steht das einzelne Individuum, losgelöst von allen sozialen Bezügen, das gesundheitsrelevante Entscheidungen trifft (Hornung 1997: 36).

5. GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

5.1. Was versteht man unter Gesundheitskommunikation?

Der Begriff „Gesundheitskommunikation“ wurde aus dem englischen „Health Communication“ übertragen und ist ein eigenständiges Teilgebiet der Geisteswissenschaften, auch als Public Health bezeichnet (Hurrelmann/Leppin 2001: 9 zit. n. Atkin/Wallak 1990).

Der Terminus Gesundheitskommunikation ist noch relativ jung, wird in der Literatur sehr unterschiedlich interpretiert und lässt großen interpretatorischen Spielraum offen.

Eine der ersten und bekanntesten Formulierungen ist die Definition von Kreps und Thornton:

„Health communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process and share health information. Human communication is the singularly most important tool health professionals have to provide health care to their clients. Not only do health care providers offer their services to consumers through communication contact, but they also gather pertinent information from their clients, explain procedures and regimes to clients, and elicit cooperation among members of their health care team through their ability to communicate.“ (Krebs/Thornton 1992: 2)

Eine andere bekannte Definition aus dem deutschsprachigen Raum ist jene von Krause:

„Unter Gesundheitskommunikation sollen hier alle kommunikativen Aktivitäten verstanden werden, die im Rahmen von Projekten zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden (...). Der Begriff schließt gleichzeitig eine Methoden- und Maßnahmenvielfalt ein, die aus den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Public Relations und Werbung stammt.“ (Krause 1989: 13)

Der Begriff Gesundheitskommunikation führt zwei interdisziplinär ausgerichtete Wirtschaftsgebiete zusammen: die Gesundheitswissenschaften einschließlich der Medizin und die Kommunikationswissenschaften (Hurrelmann/Leppin 2001: 9 zit. n. Jackson/Duffy 1998). Beide Disziplinen haben sich in den letzten Jahrzehnten zwar aufeinander zu bewegt, allerdings gibt es bis heute noch keine allgemein anerkannten theoretischen und methodischen Positionen. Es existieren unterschiedliche

theoretische und methodische Zugänge nebeneinander, die zum Teil wiederum aus anderen Disziplinen übernommen wurden.

Das Gebiet hat sich aus einer starken Praxis- und Anwendungsorientierung heraus entwickelt und es mangelt nach wie vor an Grundlagenforschung, die eine Zusammenführung der beiden Bereiche „Kommunikation“ und „Gesundheit“ ermöglichen würde (Hurrelmann/Leppin 2001: 11).

5.2. Gesundheitskommunikation: Einführung und historischer Überblick

Das Forschungsfeld der health communication hat sich vor etwa 20 Jahren im angloamerikanischen Sprachraum etabliert.

In den 80er Jahren war health communication nicht viel mehr als ein neues Label für altbekannte Forschungsthemen wie die Forschung der direkten Kommunikation zwischen Arzt und Patient als auch Untersuchungen zur bevölkerungsweiten Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch gezielte Gesundheitsinformation über öffentliche Kampagnen.

Ende der 80er Jahre wurden die Forschungsgebiete um Untersuchungen zu der Frage, wie der alltägliche Medienkonsum das Gesundheits- und Krankheitsverhalten beeinflusst und wie Massenmedien in Strategien der Gesundheitsförderung einbezogen werden können, erweitert.

In den neunziger Jahren wurden beide Forschungsstränge ausgebaut und zusammengeführt. Diese „zweite Phase“ nennt Jazbinsek (2000: 13) auch „health communication research“. Gesundheitskommunikation wurde nun als ein wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik verstanden. Es geht nicht mehr nur um den Einfluss von den Medien auf gesundheitsfördernde oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in der Bevölkerung, sondern auch um ihren Einfluss von der politischen Seite.

Diese zweite Phase macht vor allem den Trend zur stärkeren Politisierung und Professionalisierung aus.

Durch die zunehmende Professionalisierung wurden eigenständige Institute wie das „Center for Health Communication“ an der Havard School of Public Health gegründet und spezielle Fachzeitschriften (*Health Communication*, seit 1989; *Journal of Health Communication*, seit 1996) herausgegeben (Jazbinsek o. J.: 12 f; Hurrelmann/Leppin 2001: 9).

Auch im deutschsprachigen Raum gibt es Studiengänge zu Gesundheitskommunikation. An der Hochschule für Technik und Wirtschaft in Berlin

wird der Studiengang „Health Communication Management“ angeboten und an der Universität Bielefeld der Studiengang „Health Communication“.

Zu Public Health gibt es in Österreich unterschiedliche Universitätslehrgänge und Aufbaulehrgänge an verschiedenen Universitäten in Linz, Graz und Vorarlberg.

Nach wie vor ist Gesundheitskommunikation ein Forschungsfeld und kein bestimmtes theoretisches Konzept oder ein empirisches Verfahren. Die Grenzen dieses Feldes werden sehr weit abgesteckt. Sie werden nicht mehr nur auf die Medienprodukte eingeschränkt, die speziell zum Zweck der Gesundheitsinformation erstellt worden sind (Jazbinsek o. J.: 13).

5.3. Ebenen der Gesundheitskommunikation

Nach Hurrelmann und Leppin (2001: 23, 28 ff zit. n. Berger/Chaffee 1987) gibt es vier Ebenen der Kommunikation: die intrapersonale Ebene, die interpersonale Ebene, die Organisationsebene und die gesellschaftliche Ebene – die sich einander ergänzen.

Bei der intrapersonalen Ebene geht es um die kommunikativen und psychischen Prozesse innerhalb einer Person, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen. Zum Beispiel ein Individuum macht sich Gedanken über seinen Gesundheitszustand und spricht gewissermaßen mit sich selbst.

Bei der interpersonalen Ebene steht der Austausch von Informationen, die den Gesundheitsstatus evaluieren und die Behandlung bestimmen zwischen Arzt und Patient oder zwischen Arzt und Arzt oder Patient und Patient im Vordergrund.

Das moderne Gesundheitswesen wird zunehmend von Organisationen geprägt: Krankenhäuser, Praxisgemeinschaften, Altersheime, Kuranstalten, usw. Hier spielt die Ebene der Organisationskommunikation eine große Rolle, zum Beispiel die Kommunikation im Krankenhaus, aber auch die Public Relations des Krankenhauses.

Die gesellschaftliche Ebene oder auch Ebene der Massenkommunikation genannt, beinhaltet die Medizinberichterstattung in den Medien, medial vermittelte Images von Gesundheit und Krankheit, medizinische Fachpublizistik und auch die Rolle der Kommunikation bei Gesundheitskampagnen und Gesundheitsförderungsprojekten.

5.4. Funktionen der Gesundheitskommunikation (nach Krause)

Krause (1989: 31 ff) unterscheidet 1989 fünf Informations-Funktionen von Gesundheitskommunikation:

- Information über das Gesundheitsproblem: Die Frage nach dem eigentlichen Gesundheitsproblem soll geklärt werden.
- Information über die Zielgruppe: Wer ist eigentlich betroffen von dem Problem und wer soll informiert werden.
- Information über das Ziel und die positiven Folgen einer Verhaltensänderung: Die Fragen „Was soll erreicht werden?“ und „Was habe ich davon?“ sollen beantwortet werden. Es ist wichtig, das Ziel möglichst positiv und attraktiv zu formulieren, während die Zielvorgaben realistisch und erreichbar dargestellt werden sollen.
- Information über die Wege zum Ziel und das Angebot: Realistische Wege und Lösungen sollen aufgezeigt werden sowie genaue Informationen über das Angebot sollen gegeben sein. Es sollen Antworten auf die Fragen „Was soll ich konkret tun?“ und „Wer unterstützt mich?“ gegeben werden.
- Information über den Anbieter: Der Zielgruppe sollen hier Fragen wie „Wer unterstützt mich bei dem geforderten Verhalten und aus welchem Grund?“ beantwortet werden.

5.5. Public Health

5.5.1. Gesundheitswissenschaften und Public Health

Public Health ist ein Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften. Mit dem Begriff Gesundheitswissenschaften werden diejenigen Wissenschaften bezeichnet, die sich aus jeweils unterschiedlicher Perspektive mit Gesundheit beschäftigen, insbesondere Gesundheitssoziologie, Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsökonomie. Vereinfacht gesagt, alles was mit Gesundheit zu tun hat und alle Begriffe, die das Wort Gesundheit beinhalten, sind Themen der Gesundheitswissenschaften (Waller 2002: 7).

Werden diese und weitere Wissensgebiete gezielt auf die Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung angewandt, spricht man von Public Health (ebd.).

Ziel der Gesundheitswissenschaften ist es, die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesundheit zu erforschen und hieraus Konsequenzen für die Gestaltung des Gesundheitssystems abzuleiten (Hurrelmann/Laaser 1998: 25).

Public Health und die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich also mit ähnlichen Fragestellungen.

Die Public-Health-Forschung ist interdisziplinär orientiert, integriert eine Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen und Methoden und bezieht theoretische Ansätze aus den Sozial- und Verhaltenswissenschaften, der Psychologie und auch aus der Wirtschafts- und Managementwissenschaft mit ein.

5.5.2. Definition von Public Health

Die WHO (Public Health Schweiz) definiert 1998 Public Health folgendermaßen:

„Public Health (Öffentliche Gesundheit) ist ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt.“

Die am meisten zitierte Definition geht auf Winslow 1920 (Waller 2002: 9) zurück:

„Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society.“

In den USA, Kanada und Großbritannien wird Public Health in der Regel definiert als *„Wissenschaft und Kunst der Verhütung von Krankheit, der Lebensverlängerung und der Förderung psychischer und körperlicher Gesundheit der Bevölkerung durch gesundheitspolitische und sozialpolitische Aktivitäten.“* (Hurrelmann 2000: 75)

Public Health lässt sich gut definieren, auch wenn es keine einheitliche Definition gibt, doch eine Übersetzung ins Deutsche ist schwierig, sprachlich wie inhaltlich.

Versuche Public Health ins Deutsche zu übersetzen: Öffentliche Gesundheit, Volksgesundheit, Bevölkerungsgesundheit – aufgrund dieses sprachlichen Dilemmas wird der Begriff im deutschsprachigen Raum in der englischen Originalversion, zum Teil auch in der deutsch-englischen Doppelversion Gesundheitswissenschaften/Public Health verwendet (Waller 2002: 9).

Hurrelmann und Laaser (1998: 27) plädieren dafür, den Begriff Gesundheitswissenschaften zu verwenden. Denn mit dieser Bezeichnung wird deutlich, dass es sich um ein interdisziplinäres wissenschaftliches Gebiet handelt. Es wird im deutschen Sprachraum noch sehr häufig der Begriff Public Health unübersetzt verwendet, doch bei den meisten Wissenschaftlern wird inzwischen die Bezeichnung Gesundheitswissenschaften bevorzugt.

Eine Unterscheidung in „Old Public Health“ und „New Public Health“ wird immer wieder gemacht und drückt sich als eine Erweiterung der Aufgabenfelder aus. Zu Old Public Health, dem „alten“ Verständnis von Public Health gehören die Fachgebiete Hygiene, Mikrobiologie, Epidemiologie und Prävention. Neu hinzugekommen und zu New Public Health“ gehörend, sind Umwelt- und Sozialhygiene, Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung (Hurrelmann/Laaser 1998: 26 ff).

Es sind nicht mehr nur die gesundheitlich unterversorgten und sozial gefährdeten Teilgruppen der Bevölkerung Gegenstand von angewandter wissenschaftlicher Forschung, sondern nun vielmehr die Versorgung mit medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen der gesamten Bevölkerung (Hurrelmann/Laaser 1998: 28 zit. n. Frenk 1993: 469-490). New Public Health ist die Weiterentwicklung und Überwindung der engen hygienebezogenen Ansätze (Hurrelmann/Laaser 28 zit. n. Schwartz/Walter 1996: 2-12). Jetzt steht die Entwicklung und Steuerung des ganzen Gesundheitssystem, das der Bevölkerung eine möglichst gute und angemessene gesundheitliche Versorgung bieten soll, im Vordergrund.

New Public Health sieht die Gesundheit der Bevölkerung auch als ein öffentliches Gut an, weshalb die politischen und öffentlichen Instanzen eine wichtige Rolle spielen, für die Festsetzung von Prioritäten in der Gesundheitspolitik sowie der Beeinflussung von qualitätsgerechten Handlungen im Gesundheitswesen (ebd.: 29 zit. n. Laaser/Wolters/Kaufmann 1990).

5.5.3. Public-Health-Theorien

Nach Hurrelmann (2000: 76) gibt es zwei Public-Health-Theorien: die Gesundheitsforschung und die Gesundheitssystemforschung. Diese analysieren die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung und kümmern sich um bedarfsgerechte Strukturen der Versorgung und um Modelle der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Die Gesundheitsforschung als epidemiologische Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen und Kontexte der Gesundheits- und Krankheitsbalance und des Gesundheits- und Krankheitsstatus der Bevölkerung, aus dem der Versorgungsbedarf abgeleitet wird. Sie analysiert die Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung und die statistischen Bedingungen dieser Verteilung nach personalen und sozialen Merkmalen.

Die Gesundheitssystemforschung analysiert die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie/Kuration, Rehabilitation und Pflege und der Ableitung von Modellen der Steuerung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems.

5.5.4. Die Entwicklung von Public Health in Deutschland

Der Begriff „Gesundheitswissenschaft“ wurde zum aller ersten Mal von Gottstein, Schlossmann und Teleky (1925) in ihrem „Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“ erwähnt.

Am Ende des 18. Jahrhunderts erschienen mehrere wissenschaftliche Publikationen über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Mitte des 19. Jahrhunderts erkannten Rudolf Virchow und Alfred Neumann den Zusammenhang von gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen mit der Gesundheit der Bevölkerung und auch die wichtige Rolle einer aktiven öffentlichen Gesundheitspflege zur Vermeidung von Krankheiten.

Durch den zweiten Weltkrieg wurde diese aussichtsreiche wissenschaftliche Entwicklung unterbrochen und Deutschland verlor seine führende Position in der wissenschaftlich begründeten öffentlichen Gesundheitspolitik (Waller 2002: 8).

International als „Public Health“ bezeichnet, orientierte sich die Medizin seit 1945 fast ausschließlich auf Krankheiten. Die zentrale Aufgabe bestand darin, Krankheiten zu heilen. Erst in den 1980er und 1990er Jahren wurden interindividuelle und extraindividuelle Faktoren (psychische und soziale Faktoren, Umweltbedingungen) von Krankheiten und moralische und ethische Fragen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit aufgenommen (Hurrelmann 2000: 75).

Seit Ende der 80er Jahre wird in Deutschland die Institutionalisierung in Forschung und Lehre von der Bundesregierung im Rahmen des Programms „Gesundheit 2000“ verstärkt gefördert (Bodenbach/Kirch 1996: 4).

5.5.5. Public Health in den USA

Die Entwicklung des Faches hat in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Formen angenommen.

1917 wurde in den Vereinigten Staaten, zum Teil auf deutsche Vorläufer zurückgehend, die erste School of Public Health an der Johns Hopkins Universität in Baltimore gegründet. Die Themen war damals schon die genaue Beschreibung von Gesundheitsproblemen ganzer Bevölkerungsgruppen, das verbesserte Verständnis der Ätiologie von Gesundheitsstörungen und die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Später kamen die Universitäten Harvard, Columbia und Yale dazu. Heute gibt es in den USA insgesamt 24 Schools of Public Health, als eigenständige Fakultäten neben der Medizin (Waller 2002: 8; Gutzwiller 1996: 26).

Auffällig in den USA ist der starke politische Anwendungsbezug von Public Health. Die politische Relevanz und Zielorientierung der wissenschaftlichen Aktivitäten ist dabei oft so stark, dass Public Health als ein Bestandteil der staatlichen Gesundheitspolitik wahrgenommen wird (Hurrelmann/Laaser 1998: 29 zit. n. Schwartz/Waller 1996: 2-12).

5.5.6. Aufgaben von Public Health

Public-Health-Forschung ist der Vermeidung und Verringerung von Erkrankungen und der Förderung und Erhaltung von Gesundheit verpflichtet (Milles/Müller 1991: 8).

Die zentrale Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern. Für die Erfüllung dieser Aufgabe sind neben individuellen, vor allem

gesellschaftliche Anstrengungen im öffentlichen und privaten Bereich zu unternehmen. Dafür erforderlich ist ein aufeinander abgestimmter Einsatz der verschiedenen Disziplinen und Berufe.

Heute geht es bei Public Health um ein gesamtheitliches Konzept, das Gesundheitsverhalten, Gesundheitsförderung und gesundheitspolitische Themen beinhaltet. Hierbei wird als Ziel gesetzt, das Gesundheitspotenzial optimal auszuschöpfen und dabei die höchstmögliche Lebensqualität zu erreichen (Gutzwiller/Jeanneret 1996: 26).

Nach Schwartz (2003: 3) sind die beiden wichtigsten gesundheitspolitischen Fragen, die sich Public-Health-Wissenschaften zu Beginn des 21. Jahrhundert stellen, folgende: Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Status vor dem Horizont neuer Gefahren wie Umwelt, Infektionen etc. sichern? Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?

6. KOMMUNIKATIONSKAMPAGNEN

„Kampagnen zeigen den Krümel, den Kuchen erklären sie nicht. Sie können aber die Wahrnehmung verändern, so dass alte Selbstverständlichkeiten hinterfragt und eine neue Sicht der Dinge, eine Veränderung von Entscheidungsregeln ermöglicht wird.“
(Gottwald 2006: 156 zit. n. Klaus 2002: 97-119)

Bevor näher auf die Kampagnenforschung und Kampagnen im Kontext der Gesundheitsförderung eingegangen wird, soll der Begriff Kampagne näher erläutert werden. In den nächsten Kapiteln und Unterkapiteln wird versucht einheitlich den Begriff Kommunikationskampagne zu verwenden.

6.1. Begriffsdefinition: Was ist eine Kampagne?

Der Ursprung des Wortes Kampagne kommt aus der Etymologie und leitet sich aus dem Lateinischen „campus“ – das Feld, weites Land - und dem Französischen „campagne“ – das weite Land, Feldzug – ab (Vitouch 1997: 232).

Aus der Verknüpfung beider Begriffe ergibt sich eine gewisse Sinnhaftigkeit, die im übertragenen Sinn heute weiter Gültigkeit hat, wenn man „eine Kampagne als Werbefeldzug in das weite Land, in den weiten Raum einer komplexen Gesellschaft hinein“ bezeichnen will (ebd.).

Im Duden (2001: 483) findet man unter dem Wort „Kampagne“ folgende Begriffe: militärischer Feldzug; gemeinschaftliche, große angelegte, aber zeitlich begrenzte Aktion; Aktivität in Bezug auf jemanden; Vormarsch; Bekämpfung; Befehdung; Kriegszug; Heerwesen; Streifzug; Bewegungskrieg; Verteidigung; Auseinandersetzung; Maßnahme.

Willi Mernyi, (2005: 13) Leiter des Referates für Kampagnen des ÖGB (Österreichischer Gewerkschaftsbund) impliziert Kampagnen als *„dramaturgisch angelegte, thematisch begrenzte und zeitlich befristete kommunikative Strategien zur Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit“*.

Eine Kampagne ist eine Serie von Kommunikationsereignissen mit dem Mindestziel, eine Veränderung in den Köpfen der Menschen zu bewirken. Das nächste Ziel ist dann die Menschen zu einer konkreten Handlung zu motivieren.

Lange Zeit interpretierte man eine Kampagne ausschließlich mit einem *militärischen* Feldzug. Eine Kampagne ist jedoch ein *kommunikativer* Feldzug.

Es soll ein Veränderungsprozess stattfinden, in dem es darum geht, ohne formelle Macht und durch eine geschickte Kommunikationsstrategie das gewünschte Ziel zu erreichen. Dabei ist die Aufgabe eines „Campaigners“ oder einer „Campaignerin“ die Gestaltung dieses Veränderungsprozesses (ebd.).

6.2. Kampagnen in der Kommunikationswissenschaft

In der Kommunikationswissenschaft werden für den Begriff „Kampagne“ unterschiedliche Namen verwendet wie „öffentliche Informationskampagne“, „Kommunikationskampagne“, „PR-Kampagne“, „Präventions- oder Gesundheitskampagne“, im englischsprachigen Raum auch „Public Information Campaigns“, „Communication Campaigns“ oder „Social Marketing“¹ (Bonfadelli/Friemel 2006: 15).

Bonfadelli und Friemel (2006:15) bevorzugen die Bezeichnung „Kommunikationskampagne“, da sie die Auffassung vertreten, dass der Begriff „Informationskampagne“ zu eng gefasst sei - Kampagnen informieren nicht nur, sie beeinflussen auch Meinungen und Verhalten.

Bonfadelli (2000: 93) schreibt auch von der Pflicht zur Information, die in jüngster Zeit immer mehr wird. Wir leben heute in einer pluralistischen Informationsgesellschaft, in der Information als universales Medium, immer mehr systematisch geplant und kontinuierlich produziert, verbreitet und ersetzt bzw. ergänzt wird.

„PR-Kampagnen“ hingegen intendieren weniger Bewusstseins- und Verhaltensänderungen, sondern bezwecken die öffentlichkeitswirksame Darstellung von Images oder Themen von Auftrag gebenden Organisationen (Bonfadelli/Friemel 2006: 15 zit. n. Röttger 2001).

Bonfadelli und Friemel (2006: 15) definieren „Kommunikationskampagne“ folgendermaßen:

- 1) Konzeption, Durchführung und Kontrolle von
- 2) systematischen und zielgerichteten

¹ Social Marketing wird im Kapitel 7 näher erläutert.

- 3) Kommunikationsaktivitäten zur
- 4) Förderung von Problembewusstsein und Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser
- 5) Zielgruppen in Bezug auf
- 6) soziale Ideen, Aufgaben oder Praktiken, und zwar im
- 7) positiven d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn.

6.3. Abgrenzungen und Unterschiede

Vitouch (1997) teilt die Kampagnentätigkeit in zwei grobe Hauptgruppen ein: „kommerzielle Kampagnen“ und „Werbekampagnen“.

Kommerzielle Kampagnen

Das Primär- oder Sekundärziel von kommerziellen Kampagnen ist der kommerzielle Erfolg, der sich einstellen soll, wobei der finanzielle Nutzen entweder sofort nach der Kampagne eintritt oder ein längerfristiger Nutzen entsteht, der sich außer in Kapitalzuwachs auch in Kostenersparnis manifestieren kann.

Oft wird der finanzielle Vorteil des Betreibers hinter einem plakativen Zusatznutzen versteckt, damit der kommerzielle Gewinn nicht zu sehr auffällt.

Werbekampagnen

Bei Werbekampagnen ist der Grundnutzen eines beworbenen Produkts bereits abgedeckt. Der zu bewerbende Nutzen ist also nur noch ein Zusatznutzen wie zum Beispiel Status, Erfolg, Umweltschutz u.ä. Bei neuen Produkten, die auf den Markt eingeführt werden, dient die Werbung als Information, als Wissenszuwachs, der meist auch zur gewünschten Verhaltensänderung führt.

Bonfadelli (2000: 96) unterscheidet Kommunikationskampagnen nach der obigen Definition einerseits von „Konsumwerbung“, „Image-PR“ und „Issue-Werbung“, andererseits aber auch von „Massenkommunikation“.

Kommunikationskampagnen wollen nicht den Produktabsatz erhöhen, auch wenn in manchen Kampagnen der Erwerb oder die Anwendung eines Produktes im Mittelpunkt stehen, zum Beispiel Präservative bei AIDS-Kampagnen. Im Unterschied zu Werbekampagnen steht aber kein konkreter Hersteller oder keine spezielle Marke im

Vordergrund. Außerdem wird bei Werbekampagnen nicht das Verhalten der Zielgruppen beeinflusst, sondern das Kaufverhalten (Bonfadelli 2000: 96).

Bei Image-PR geht es darum, Vertrauen für Firmen, Organisationen, Verbände oder staatliche Institutionen in der Öffentlichkeit zu schaffen. Es steht dabei aber nicht zum Beispiel das gesundheitliche Verhalten der Bevölkerung im Vordergrund, sondern das Image des Auftraggebers (Bonfadelli/Friemel 2006: 17).

Issue-Werbung will gesellschaftlich kontroverse Positionen und Themen beeinflussen, deren politische Regelung die Interessen wirtschaftlicher Interessengruppen tangiert. In beiden Fällen geht es darum, dass Verbände oder Firmen ihre Interessen in der Öffentlichkeit durchzusetzen versuchen. Es stehen keine wirklich öffentlichen Anliegen im Mittelpunkt (Bonfadelli 2000: 96).

Kommunikationskampagnen unterscheiden sich von Massenkommunikation dadurch, dass Massenmedien regelmäßig und umfassend mit einem vielfältigen Themenangebot Aufmerksamkeit erzeugen. Kommunikationskampagnen hingegen wollen zu einer im voraus festgelegten Zeitperiode mit einem begrenzten Budget bei einer definierten Zielgruppe und darauf speziell zugeschnittener uniformer Botschaften deren Verhalten gemäß dem Zweck der Kampagne gezielt beeinflussen (Bonfadelli 2000: 96f.).

6.4. Themen und Auftraggeber von Kampagnen

Es gibt zu den unterschiedlichsten Themenbereichen und sozialen Problemen der Gesellschaft Kommunikationskampagnen. Gerade die Kampagnen im Gesundheitsbereich dominieren und nehmen immer mehr zu, da die Zielsetzungen von Kampagnen dort meist wenig kontrovers sind.

Häufige Themen sind hier Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, richtige Ernährung, Drogen- und Suchtprävention sowie Themen zur Gesundheitserziehung wie Bewegung, Entspannung und Ernährung.

Weiters gibt es Kommunikationskampagnen zu sozialen Themen wie zum Beispiel Toleranz gegenüber Ausländern, Gleichberechtigung, etc. Themen zur Sicherheit beim Autofahren oder in der Freizeit und Themen zum bewussten Umgang mit der Umwelt, beispielsweise betreffend Energiesparen, Abfallvermeidung oder der Ozonverminderung (Bonfadelli/Friemel 2006: 20; Bonfadelli 2000: 95).

Die wichtigsten Auftraggeber von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich sind Regierungen und Behörden, wie zum Beispiel das Bundesministerium für Gesundheit. Hinzu kommen parastaatliche Institutionen wie kommunale Versorgungsbetriebe, aber auch politische Interessengruppen wie Parteien, Gewerkschaften und Verbände. Weiters gibt es eine Vielzahl von (religiös-)karitativen Organisationen wie das Rote Kreuz und gemeinnützige Stiftungen oder Vereine (Bonfadelli/Friemel 2006: 20).

Staatliche Institutionen beauftragen oft Werbeagenturen mit der Erstellung der jeweiligen Kampagne. Oft bildet sich dadurch eine Schere zwischen professionellen, kreativen Werbefachleuten und den Organen der Institutionen (Vitouch 1997: 234).

Staatliche Institutionen verfügen meist über genügend finanzielle Mittel um professionell geplante Kampagnen „von oben“ bzw. „top down“ durchzuführen. Kleinere Kampagnen „von unten“ bzw. „bottom up“ entwickeln sich oft ausgehend von direkt Betroffenen wie beispielsweise Elterngruppen, Vereine oder Bürgerbewegungen. Der Fokus bei einer Kampagne kann mehr auf der Realisierung von gesellschaftlichen Zielen und oder auf dem individuellen Nutzen für die Zielgruppen liegen (Bonfadelli/Friemel 2006: 21).

6.5. Voraussetzungen für den Erfolg einer Kampagne

Kotler und Roberto (1991: 22) betonen, dass Lazarsfeld und Merton sich 1947 in ihrem Aufsatz „Mass Communication, Popular Taste, and Organized Social Action“ schon mit den Bedingungen wirksamer Nutzung von Massenmedien auseinander setzten. Sie arbeiteten folgende Bedingungen bzw. Erfolgskriterien für erfolgreiche massenmedienorientierte Kommunikationskampagnen aus, die bis heute Gültigkeit haben:

- 1) Monopolstellung: Monopolisierung des Informationsflusses bzw. Minimierung von Gegenpropaganda. Eine Kommunikationskampagne muss eine Monopolstellung in den Medien einnehmen. Es sollten keine den Zielen der Kampagne entgegen gesetzten Botschaften erscheinen. Jedoch vertreten verschiedene Kampagnen oft ein ähnliches Ziel oder ähnliche gesellschaftliche Anliegen und können somit keine Monopolstellung in den Medien einnehmen. Auch müssen Kampagnen oft mit alltäglichen Ablenkungen oder anderen

Beeinflussungsversuchen konkurrieren, was die Wirksamkeit der Kampagne stark reduzieren kann.

- 2) Kanalisierungsfunktion: Kanalisierung statt Änderung grundlegender Werte. Kampagnen, vor allem auch massenorientierte gesellschaftspolitische Kampagnen erfordern eine günstige öffentliche Grundstimmung. Hier haben es kommerzielle Kampagnen leichter, weil diese nicht erst eine neue Grundstimmung herbeiführen oder neue Verhaltensmuster erzeugen müssen, sondern nur bestehende Einstellungen und Verhaltensweisen in die eine oder andere Richtung kanalisieren müssen. Es ist leichter, bereits bestehende Einstellungen zu verstärken, als sie zu ändern.
- 3) Ergänzung/Supplementierung: durch interpersonalen Kontakt. Je mehr man die medienorientierte Kommunikation durch indirekte Kommunikation ergänzt, desto besser können Kommunikationskampagnen funktionieren. Und je mehr man das, was man hört, mit anderen besprechen kann, desto besser werden Informationen verarbeitet, und desto wahrscheinlicher ist es, dass man Veränderungen akzeptiert.

Die Supplementierung, die Kanalisierung und das Vorhandensein eines Monopols sind auch für die Wirksamkeit aller Anstrengungen im Bereich des Social Marketing ausschlaggebende Faktoren (Kotler 1978: 283).

Wiebe (Kotler 1978: 284; Kotler/Roberto 1991: 23) versuchte nach seiner zentralen Frage 1952 „*Why can't you sell brotherhood and rational thinking like you sell soap?*“ im Rahmen einer Untersuchung von vier gesellschaftspolitischen Kampagnen festzustellen, welche Voraussetzungen bzw. Charakteristika für den Erfolg oder Misserfolg von Kampagnen verantwortlich sind. Er kam zu dem Ergebnis, dass eine soziale Kampagne umso erfolgreicher ist, je mehr sie einer Produktwerbekampagne ähnelt. Wiebe weist darauf hin, dass viele soziale Kampagnen unter Bedingungen durchgeführt werden, die mit jenen eines Marktes kaum vergleichbar sind. Er führt die unterschiedliche Wirksamkeit der Kampagnen auf fünf Faktoren zurück, die sich mit der Beziehung zwischen den Zielgruppen und dem Beeinflussungsversuch befassen.

1. *Antriebskraft*: ist die vor Empfang der Botschaft bestehende Motivationsintensität im Hinblick auf das Ziel der Kampagne und die von der Botschaft übermittelte Anregung.

2. *Richtungsweisung*. Konkrete Aussagen darüber, wie und wo der Zielempfänger der Motivierung entsprechend handeln kann.
3. *Verwirklichungsmechanismus*: Das Vorhandensein von bestimmten Einrichtungen, die den einzelnen in die Lage versetzt, der Motivation entsprechend zu handeln.
4. *Angemessenheit und Zugänglichkeit*: Die Fähigkeit und Effektivität dieser Einrichtungen bei der Erfüllung ihrer Aufgabe.
5. *Korrelation oder Distanz-Konstellation*: Der Aufwand des Zielempfängers zur Veränderung mit deren verbunden Energie und Kosten versus der dafür in Aussicht gestellten Belohnung.

Rothschild (Kotler/Roberto 1991: 24f) stellte sich ebenfalls der Frage, warum sozialer Wandel schwerer zu verkaufen ist als kommerzielle Produkte und stellte folgendes fest: *„Je geringer das Engagement der Zielgruppe in der Frage und je geringer das Verhältnis zwischen Nutzen und Aufwand für ein einzelnen ausfallen, desto geringer ist im allgemeinen die Wirkung einer Kampagne in den Massenmedien.“*

Flay und Burton (1990: 129 zit. n. Bonfadelli/Friemel 2008: 14) verfassten sieben Leitsätze für erfolgreiche Kampagnenpraxis:

1. Entwickle Botschaften von hoher Qualität, wähle Quellen und Kampagnenkanäle aufgrund von Bedürfnis- und Problemanalysen, angewandter Kommunikationstheorie und formativer Forschung.
2. Verbreite die Kampagnenbotschaften zu den Zielgruppen möglichst häufig, konsistent und über eine hinreichend lange Dauer.
3. Erziele Aufmerksamkeit bei den potentiellen Empfängern.
4. Stimuliere interpersonale Kommunikation zur Unterstützung des Kampagnenthemas.
5. Verändere das Bewusstsein, das Wissen und oder das Verhalten der Zielgruppen.
6. Bewirke sozialen Wandel durch zusätzliche Veränderungen auf kommunaler und politischer Ebene.
7. Setze summative Evaluation ein, um Wissen über die Bedingungen der maximalen Effektivität der Kampagne zu generieren.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Erfolg einer Kampagne von der Bereitschaft der Gesellschaft abhängt, einer bestimmten Veränderung nachzugehen. Diese Bereitschaft ist zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich stark ausgeprägt (Kotler/Roberto 1991: 25).

6.6. Geschichte und Wirkungsweise von Kampagnen

Kampagnen gibt es schon seit undenklichen Zeiten. So wurden Kampagnen zur Sklavenbefreiung bereits bei den alten Griechen und Römern durchgeführt. In England gab es zur Zeit der industriellen Revolution Kampagnen zur Einführung des Frauenwahlrechts oder zur Abschaffung der Kinderarbeit. Auch in Amerika der Kolonialzeit sind zahlreiche Kampagnen entstanden (Kotler/Roberto 1991: 17).

Ebenso gibt es frühe Beispiele von evaluativen empirischen Forschungen von Informationskampagnen (ebd.).

Seit Ende der 70er Jahre etablieren sich Informationskampagnen zunehmend in der Kommunikationswissenschaft, speziell im Bereich der Gesundheitskommunikation (Bonfadelli 2000: 98).

Herbert Hyman und Paul Sheatsley (Kotler/Roberto 1991: 19) haben sich 1947 in ihrem Aufsatz „Some Reasons Why Information Campaigns Fail“ mit den sozialpsychologischen Kommunikationsbarrieren beschäftigt. Demnach scheitern Kampagnen häufig, weil:

1. das anvisierte Zielpublikum oft gar nicht erreicht wird. Es gibt einen Kern von sogenannten „chronischen Nichtwissern“. Personen, die die Kampagneninformation aufnehmen, sind von vorn herein schon interessiert und gut informiert (Bonfadelli 2000: 99). Die Uninformierten haben etwas, das sie schwerer erreichbar macht, wobei es nicht wichtig ist, auf welchen Niveau oder durch welche Art die Information übermittelt wird (Kotler 1978: 286f).
2. die Wahrscheinlichkeit, dass ein Individuum auf neue Informationen reagiert, mit dem Engagement oder Interesse der Öffentlichkeit für das Thema steigt. Das heißt, wenn von Anfang an wenige interessiert sind, werden auch nur wenige auf die Information reagieren.
3. Menschen dazu neigen, unangenehmen Informationen auszuweichen. Hat das Individuum bisher eine positive Einstellung zu einem Thema, wird es neue Kampagneninformationen darüber auch besser aufnehmen.

4. Menschen je nach eigenen Werten, Vorstellungen und Überzeugungen unterschiedliche Deutungen in die empfangenen Informationen hineininterpretieren. Menschen reagieren unterschiedlich auf ein und dieselbe Information, je nach vorhandenen Überzeugungen und Wertvorstellungen.

Ein Beispiel zu Punkt 1 ist die Cincinnati-Kampagne von Star und Hughes aus dem Jahr 1951. Die Kampagne hatte eine Dauer von 6 Monaten mit folgenden öffentlichen Aktivitäten: Zeitungsartikel, Radiospots, Dokumentarfilme in Kino, einen World-Community-Tag usw. mit dem Ziel die Uno bekannter zu machen.

Die Evaluation mit Pre-/Post-Panel-Designs und einer Kontrollstichprobe brachte keinen Wissenszuwachs. Die Kampagne wurde nur von denjenigen beachtet, die sich vorher schon für die UNO interessiert hatten und Personen mit relativ hohem Informationsstand bereits vor der Kampagne (Bonfadelli 2000: 99).

Auch Feldforschungen zu den amerikanischen Präsidentschaftswahlen von Paul Lazarsfeld und Experimente von Carl Hovland zeigten, dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen von Massenkommunikation eher die Ausnahme, Bestätigung und Verstärkung bestehender Haltungen die Regel sind. Diese Forschungen reihten sich in das Paradigma der klassischen Medienwirkungsforschung ein (Bonfadelli 2000: 99 zit. n. Bonfadelli 1999: 25 ff).

In den 70er Jahren fand ein Paradigmenwechsel statt. Den Medien wurden mäßige und unter bestimmten Rahmenbedingungen sogar starke Wirkungen zugeschrieben.

25 Jahre nach „Some Reasons Why Information Campaigns Fail“ publizierte Harald Mendelson „Some Reasons Why Information Campaigns Can Succeed“. Ein neues Zeitalter der Kampagnenforschung wurde eingeleitet (ebd.: 101).

Mendelson stellte fest, dass viele Kampagnen das Publikum gar nicht erreichten und der Misserfolg den Kampagnenplanern zuzuschreiben war. Es wurden zu wenige und nur vage Spots zu schlechten Zeiten ausgestrahlt und der Informationsstand und die Bedürfnisse des Publikums zu wenig berücksichtigt. Die Kampagnen beruhten auf falscher Intuition, waren schlecht konzipiert, mangelhaft vorbereitet und unzulänglich finanziert (ebd.).

Kurt Lewin (Bonfadelli 2000: 101) betont dazu: „Eine gute Theorie ist immer noch die beste Praxis.“ Das heißt, dass für eine erfolgreiche Kampagne das vorhandene kommunikationstheoretische Wissen bei der Planung und Implementierung

berücksichtigt werden sollte und zum Abschluss mit einer Evaluation abgesichert werden sollte.

Autoren	Kampagne	Bewertung
Erfolglose Kampagnen		
Star / Hughes 1951 UNO-Cincinnati-Kampagne	6-monatige Kampagne mit Zeitungstexten, Radiospots, Kino-Dokumentarfilmen, World-Community-Day, öffentliche Aktivitäten: kein Wissenszuwachs; Beachtung und Lernen nur bei jenen, die schon vorher interessiert waren	Geringer Bezug zum Alltag der Bürger; wenig inspirierte Slogans; viel Information (Quantität) allein vermag noch kein Interesse zu stimulieren
O'Keefe 1971/72 Nicht-Rauchen	TV-Kampagne gegen Rauchen; 10% hatten gar keine Spots gesehen; von jenen, die Spots beachtet hatten, fanden vorab Nicht-Raucher diese wirkungsvoll. Nur jene, die Rauchen schon vorher aufgeben wollten, wurden beeinflusst.	Info führt nicht notwendigerweise auch zu Verhaltensänderung und die Einflussmöglichkeiten des Fernsehens allein sind auf der Verhaltensebene beschränkt.
Küttel / Suter 1994 3. Welt	Einmonatige Kampagne der Schweizerischen Hilfswerke zur Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 mit 940 Plakaten und Inseraten in Zeitungen und Zeitschriften.	Nur gerade 7,6% hatten die Kampagne wahrgenommen, offenbar wegen mangelnder Frequenz und nicht optimaler Botschaften.
Erfolgreiche Kampagnen		
Douglas / Westley / Chaffee 1970 Behinderte	Kampagne in einer Kleinstadt, die Wissen über und Einstellungen gegenüber geistig Behinderten positiv beeinflusste.	Erfolg wegen positiven Thema, Kleinstadt; interpersonale Kommunikation verstärkte Effekte.
Risopatron / Spain 1980 Sexualaufklärung	Sexualaufklärung in Costa Rica aufgrund von	Ganzheitlicher, zielgruppenorientierter

	regelmäßiger unkonventioneller und populärer Radiosendung.	Ansatz; hohe Programmqualität, Nützlichkeit der Info.
Maccoby / Solomon 1981 Herz-Kreislauf-Krankheiten	Stanford-Heart-Disease- Prevention Programm in drei Städten mit umfassender wissenschaftlicher konzipierter Untersuchungsanlage. Ist modellhaft geworden für weitere Versuche.	Formative Research, d.h. wissenschaftlich getestet Kampagnen-Botschaften, Ergänzung durch interpersonale Kommunikation.
Bonfadelli 1989	Verkehrssicherheitskampagne „Leo Lässig“ mit Comics- Zeitung zu Fragen der Verkehrssicherheit wurde in der Ostschweiz allen Jungfahrern zugesandt; Evaluation: Telefoninterviews.	Kampagne von 53% beachtet, erzeugte Problembewusstsein und hohe Akzeptanz. Comics und Humor zielgruppengerecht.

Abb. 6: Beispiele erfolgreicher und erfolgloser Kampagnen

Quelle: Bonfadelli 2000: 100

Kotler und Roberto (1991: 20) nennen vier Faktoren, die die Wirksamkeit der Massenmedien verringern:

publikumsbedingte Faktoren: Apathie, Abwehrhaltung, Verständnisschwierigkeiten

aussagebedingte Faktoren: Aussagen, die den Bürgern keinen Aufmerksamkeit beanspruchenden, real motivierenden Nutzen nahebringen.

medienbedingte Faktoren: Nichteinsatz eines Mediums das eine bestimmte Zielgruppe am meisten anspricht; Vernachlässigung, die geeigneten Medien zum optimalen Zeitpunkt wirksam einzusetzen.

nichtkoppelungsbedingte Faktoren: es wird versäumt, eine einfache Möglichkeit für die Zielgruppen aufzuzeigen, positiv auf die Ziele in der Kampagne zu reagieren und die Absichten umzusetzen .

Der Erfolg der Kampagnen bleibt dem Zufall überlassen, wenn nicht

- 1) eine sorgfältige Problemanalyse durchgeführt wurde,
- 2) explizite Ziele formuliert wurden,
- 3) eine Segmentierung nach Zielgruppen erfolgte,

- 4) ein Mix von medialen und interpersonalen Kanälen zum Transport der Kampagnenbotschaften eingesetzt wurde, und
- 5) eine wissenschaftlich fundierte Evaluation durchgeführt wurde (ebd.: Bonfadelli/Friemel 2008: 12).

6.6.1. Meta-Analyse von Synder/Hamilton

Heute gehen die meisten Experten aus der Kommunikationswissenschaft davon aus, dass Kommunikationskampagnen Erfolg haben und wirksam sind. Unzählige empirische Evaluationsstudien belegen dies.

Eine der aktuellsten quantitativen Meta-Analysen stammt von Synder und Hamilton aus dem Jahr 2002. Die Studie basiert auf 48 Kommunikationskampagnen aus dem Gesundheitsbereich, die seit Mitte der 1980er Jahre in den USA durchgeführt worden waren.

Die Evaluation ergab, dass 9% mehr Personen das erwünschte Verhalten nach der Durchführung der Kampagne ausübten. Synder und Hamilton sind der Meinung, dass die Wirkung von Gesundheitskampagnen ähnlich stark ist wie die Wirkung von Geburtenplanungsprogrammen (8% Veränderung), Tabakprävention in Schulen (5%) oder Drogenprävention in Grundschulen (6%) (Bonfadelli/Friemel 2006: 76f).

Insgesamt konnte eine durchschnittliche Reichweite von knapp 40% der Kampagne erzielt werden (ebd.).

Die Ergebnisse zeigen, dass Kampagnen besonders erfolgreich sind, wenn sie Botschaften verwenden, die auf explizite Sanktionen bei Nichteinhaltung hinweisen oder wenn sie neue Informationen für die Zielgruppe enthalten. Auch konnte festgestellt werden, dass es einfacher ist, mittels einer Kampagne neue Verhaltensweisen zu propagieren als bestehende Verhaltensmuster rückgängig zu machen. Kampagnen mit größerer Reichweite erzielten zudem stärkere Wirkungen.

Interessant ist die Tatsache, dass der Erfolg von Kampagnen mit bis zu einem Jahr Dauer größer als jener von länger dauernden Kampagnen war. Eventuell erreichen länger dauernde Kampagnen nicht jene Intensität, die kürzer angelegte Kampagnen zu erzielen vermögen (ebd.).

Nach Synder und Hamilton kann festgehalten werden, dass Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich tatsächlich wirksam sind und die

Effektivität von Kampagnen zusätzlich durch Beachtung folgender mediatisierender Drittfaktoren deutlich gesteigert werden kann:

- Kombination mit bzw. expliziter Betonung von Sanktionen
- Steigerung der Reichweite der Kampagne
- Vermittlung neuer Information für die Zielgruppe (ebd.)

Kritik wird von Haug (2004: 286 zit. n. Bonfadelli/Friemel 2006: 77) laut bezüglich der kurzfristigen Effekte von nur einem Jahr, was die Wirksamkeit von Kampagnen relativiert.

6.6.2. Meta-Analyse von Derzon/Lipsey

Eine weitere aktuelle Meta-Analyse stammt von Derzon und Lipsey (2002 zit. n. Bonfadelli/Friemel 2006: 77f) aus demselben Jahr.

Derzon und Lipsey untersuchten 110 Berichte von 72 verschiedenen Studien. Es wurden die Effekte zur Drogenprävention (Drogen, Tabak, Alkohol) auf Jugendliche untersucht. Von den 72 untersuchten Studien konnte in 48 eine Verhaltensänderung festgestellt werden.

Zu den wichtigsten Befunden zählen, dass Video-Botschaften den stärksten Einfluss auf das Wissen, Radio-Botschaften aber den stärksten Einfluss auf Verhaltensänderungen haben.

Bei der Kampagnenbotschaft konnten die größten Effekte mit Botschaften erzielt werden, die:

- Alternativen zum Drogenkonsum aufzeigten,
- Anleitungen zum Sprechen mit Anderen über den Drogenkonsum beinhalteten und
- positive Effekte des Nichtkonsums thematisierten.

Die größten Einstellungs- und Verhaltensänderungen konnten mit Serien mehrerer Medienbotschaften erzielt werden. Diese Aussage beruht allerdings nur auf vier Studien (ebd.).

„Der wichtigste Befund ist, dass bei den analysierten Experimental-Settings die positiven Effekte bei den Interventionsgruppen deutlich höher lagen als bei den Kontrollgruppen.“ (Bonfadelli/Friemel 2006: 78 zit. n. Derzon/Lipsey 2002: 249)

Bonfadelli und Friemel (ebd.) schließen darauf, dass die potentielle Wirksamkeit von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich somit als gesichert betrachtet werden kann.

6.6.3. Aktuelles Beispiel von Gottlieb

Gottlieb führte in den USA unter Studenten eine Studie zur Verbreitung des Rauchens (smoking prevalence) durch. Vor der Durchführung der Kampagne zwischen 1997 und 1999 ging der Raucherkonsum jährlich um 3,2% zurück. Während bzw. nach der Kampagne, zwischen 1999 und 2002 verstärkte sich dieser jährliche Rückgang sogar auf 6,8%. 22% des Rückgangs kann der Kommunikationskampagne zugeschrieben werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 78f).

Zudem zeigte sich, dass je größer der Kontakt mit der Kampagne war, desto tiefer war der Anteil an Rauchern. Dieser Veränderung folgten verschärfte Vorschriften gegen das Rauchen und eines generellen Anti-Smoking-Trends in den USA (ebd.).

6.7. Gesellschaftlicher Hintergrund – aktuelle Kontroversen

Kampagnen im Gesundheitsbereich haben seit den 1970er Jahren stark zugenommen. Zu dieser Zeit wurden den Kampagnen mäßige bis sogar starke Wirkungen zugeschrieben (Vgl. Bonfadelli 2000: 98 ff; Vgl. Rice/Atkin 2001: 10ff).

Kampagnen sind in der öffentlichen Diskussion. Röttger (2006: 9) stellt fest, dass der Einfluss der Kampagne auf die öffentliche Meinung wächst. Seit einigen Jahren wird ihnen seitens der Medien, der Öffentlichkeitsarbeit, der Politik und der Wissenschaft vermehrt Aufmerksamkeit entgegengebracht.

Dies hat nach Röttger (ebd.) vor allem drei Gründe:

- 1) die rein quantitative Zunahme von Kampagnen,
- 2) die Professionalisierung von Kampagnenarbeit und
- 3) eine veränderte Qualität der Kampagnenkommunikation – die moralische Aufladung von Kampagnenbotschaften.

Auf der anderen Seite werden die Kampagnen in der medienvermittelten Öffentlichkeit immer wieder aus unterschiedlichen Gründen kontrovers diskutiert. Dabei stellt sich immer wieder die Frage, ab wann der Staat legitimiert ist, eine Kommunikationskampagne durchzuführen: Wie gravierend muss ein gesundheitliches Problem sein? Inwiefern ist ein bestehendes Problem tatsächlich ein Kommunikationsproblem und eine Kommunikationskampagne die angemessene Strategie der Problemlösung? (Bonfadelli/Friemel 2006: 23)

Auch wird kritisiert, dass Kommunikationskampagnen nur Symptombekämpfung wären, die tatsächlichen Ursachen aber nicht angegangen würden (ebd.).

Auch das gesellschaftliche Umfeld für die Realisierung von Kommunikationskampagnen hat sich im Unterschied zu den 1970er und 1980er Jahren eher ungünstig entwickelt. Verschiedene Faktoren sind dafür verantwortlich. Die Tendenzen der Individualisierung haben sich verstärkt und vor dem Hintergrund von zunehmenden liberalen Werthaltungen wird das Verhalten der Gesellschaftsmitglieder immer stärker individualistisch ausgeprägt. Auch die Verantwortung für soziale Probleme und gesellschaftliche Fehlentwicklungen wird immer mehr dem einzelnen Individuum zugewiesen und immer weniger als Aufgabe des Staates wahrgenommen. Auch die schlechte Wirtschaftslage und der parteipolitisch verstärkte Spardruck macht die Situation nicht besser. Bundesämter wie das BAG (Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz) sehen sich daher als staatliche Auftraggeber gezwungen, die von ihnen durchgeführten Kommunikationskampagnen stärker öffentlich zu begründen, die Effektivität mittels summativer Evaluation stärker zu dokumentieren und in der Öffentlichkeit noch aktiver zu kommunizieren (Bonfadelli/Friemel 2006b: 3ff).

A. SYSTEMPERSPEKTIVE

7. SOCIAL MARKETING

“Why can't you sell brotherhood and rational thinking like you sell soap?”

(Schwarz 2003: 215 zit. n. Wiebe 1952: 679-691)

7.1. Definitionsansätze von Social Marketing

Der Begriff des Social Marketing ist in den USA entstanden. Das Konzept des sozialen Marketings existiert seit über 30 Jahren. Seine Wurzeln liegen im kommerziellen Marketing. Verwandte Begriffe sind Absatzmarketing, Öffentlichkeitsarbeit und Werbung.

Die Entstehung des Begriffs wird Anfang der 50er Jahre auf den amerikanischen Kommunikationsforscher Gert O. Wiebes zentrale Frage „Why can't you sell brotherhood and rational thinking like you sell soap?“ zurückgeführt. „Warum lässt sich Nächstenliebe nicht wie Waschmittel verkaufen?“ Wiebe stellte fest, dass jemand der Handelswaren verkauft, im Allgemeinen erfolgreich ist, jedoch jemand der soziale Anliegen zu „verkaufen“ hat, im Allgemeinen erfolglos bleibt (Schwarz 2003: 215 zit. n. Wiebe 1952: 679-691). Diese Frage beschäftigt Marketing- und Kommunikationsexperten bis heute.

Das erste Mal erwähnt wurde der Begriff „Social Marketing“ von Kotler und Zaltman.

Der amerikanische Marketingforscher Philip Kotler veröffentlichte mit Gerald Zaltmann 1971 den Artikel „Social Marketing: An Approach to Planned Social Change“ im Journal of Marketing. In diesem Artikel arbeitete er heraus, dass man Marketingmaßnahmen, die bisher nur für konventionelle Produkte verwendet wurden, auch auf den sozialen Bereich anwendbar sind, zum Beispiel für gemeinschaftliche Anliegen wie Probleme des Gesundheitswesens, die mit Hilfe des Marketinginstrumentariums effizienter gelöst werden können.

Social Marketing ist also das „Marketing für soziale Ideen bzw. Ziele“ (Koziol et al. 2006: 4; Bruhn/Tilmes 1989: 17).

„Social Marketing ist die Planung, der Einsatz und die Kontrolle von Programmen zur Beeinflussung der Akzeptanz von sozialen Vorstellungen, in die Überlegungen zur Gestaltung des Produktes, des Preises, der Kommunikation, des Vertriebs und der Marketingforschung eingehen.“ (Schwartz 2003: 215 zit. n. Kotler/Zaltman 1971: 35, 3-12)

Diese Definition setzt nach Krzeminski und Neck (1994: 13f) folgende drei Punkte voraus:

- Soziale Vorstellungen sind zielgerichtet veränderbar, ihre Akzeptanz in der Gesellschaft lässt sich beeinflussen.
- Dieser Einfluss kann systematisch und kontrolliert ausgeübt werden.
- Auf dem „Marktplatz der Ideen“ unterliegt der Austausch sozialer Vorstellungen ähnlichen Regeln wie der Austausch von Wirtschaftsgütern.

Kotler und Zaltmann verwenden in ihrer Definition auch die berühmten 4 P des Marketings: Produktpolitik, Preispolitik, Distributionspolitik und Kommunikationspolitik. Diese sind zentrale Aufgabenfelder in der marktorientierten Unternehmensführung (Krzeminski/Neck 1994: 14 zit. n. Kotler 1972: 46-54).

Für Kotler und Zaltmann ist Social Marketing *„das auf soziale Vorstellungen gerichtete Marketing sowohl von Wirtschaftsunternehmen als auch von Nonprofit-Organisationen.“*

Holscher betrachtet Social Marketing lediglich als Sonderform des betriebswirtschaftlichen Marketings, das den speziellen Bedenken von Nonprofit-Organisationen entspricht (Krzeminski/Neck 1994: 15 zit. n. Holscher/Jetter 1980).

Bruhn und Tilmes (1989: 21) legen sich ebenfalls auf einen grundsätzlichen Unterschied zwischen dem Marketing von Wirtschaftsunternehmen und dem nichtkommerzieller Organisationen fest. Sie definieren Social Marketing als *„die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von Marketingstrategien und –aktivitäten nichtkommerzieller Organisationen, die direkt oder indirekt auf die Lösung sozialer Aufgaben gerichtet sind.“*

Krzeminski und Neck (1994: 18) übernehmen die von Kotler und Zaltmann aufgestellte Definition aus dem Jahr 1972, erweitern sie und beziehen sie auf Wirtschaftsunternehmen und Nonprofit-Organisationen gleichermaßen:

„Social Marketing bezeichnet die Planung, Durchführung und Kontrolle von Programmen zur Beeinflussung der Akzeptanz von sozialen Vorstellungen, und zwar unter Berücksichtigung der Dimensionen Produkt, Preis, Distribution und Kommunikation. Soziale Vorstellungen sind insbesondere Wertmaßstäbe und Verhaltensnormen, die sich auf das menschliche Zusammenleben auswirken.“

Durch soziales Marketing wird die wechselseitige Stimulation von Angebot und Nachfrage im Bereich sozialer Vorstellungen für die Zielsetzungen einer Organisation fruchtbar gemacht.“

Seit der Definition von Wiebe hält sich das Gerücht, Social Marketing gehe es hauptsächlich darum, Wertvorstellungen mit den Mitteln der Konsumgüterwerbung an den Mann bzw. Frau zu bringen. Social Marketing als Werbung für den guten Zweck wird zu einseitig betrachtet. Auch ist nicht deutlich, wo die Grenze zwischen absatzorientiertem Konsumgütermarketing und akzeptanzorientiertem Social Marketing verläuft (Krzeminski/Neck 1994: 13).

Krzeminski und Neck (1994: 17f) unterscheiden zwischen Absatzmarketing und Social Marketing als Idealtypen, die in der Wirklichkeit nur selten in reiner Form in Erscheinung treten. Für sie ist Social Marketing nicht nur dem Nonprofit-Bereich und Absatzmarketing nur dem erwerbswirtschaftlichen Bereich zuzuordnen, sondern beide Formen sind als zwei Funktionsbereiche der Unternehmensführung zu konzipieren, die sich sowohl in Wirtschaftsunternehmen als auch in Nonprofit-Organisationen wechselseitig überlappen.

Genauso wie das Absatzmarketing für Konsum- und Wirtschaftsgüter den „Markt der Vorstellungen und Ideen“ zumindest berücksichtigen muss, hat das Social Marketing es auch oft mit konkreten Absatzfragen zu tun.

Generell ist zu sagen, dass sich in der Literatur bis heute keine Definition mit einheitlichen Bedeutungsinhalt durchgesetzt hat. Es existieren mehrere konkurrierende Definitionsversuche nebeneinander, die soziale Aspekte in unterschiedlicher Weise miteinbeziehen (Bruhn/Tilmes 1989: 20).

7.2. Merkmale des Social Marketing

Social Marketing ist als ein systematischer Planungs- und Entscheidungsprozess anzusehen, der auf Basis einer Situationsanalyse und Zielformulierung Marketingaktivitäten plant, organisiert, durchführt und kontrolliert und ist auf die Lösung sozialer Aufgaben ausgerichtet.

Social Marketing bezieht sich auf vielfältige Erscheinungsformen nichtkommerzieller Organisationen und orientiert sich an der systematischen Entwicklung einer Marketingkonzeption. Durch den Einsatz verschiedener Marketinginstrumente wird ein integriertes Marketing angestrebt. Somit ermöglicht Social Marketing eine Vielzahl von

sozialen Aktionen und Programmen, zum Beispiel die Bekämpfung von AIDS, die Stärkung des Umweltschutzes etc. (Bruhn/Tilmes 1989: 21f)

Andreasen (Hurrelmann/Leppin 2001: 165 zit. n. Andreasen 1995) identifiziert sieben Hauptmerkmale des sozialen Marketings:

- die entscheidende Dimension ist das Verhalten der Konsumenten
- die Programme müssen kosteneffizient sein
- alle Strategien setzen beim Kunden an
- Interventionen umfassen die vier Ps: Produkt, Preis, Platzierung und Promotion
- Marktforschung ist von grundlegender Bedeutung beim Entwurf, dem Vortest und der Auswertung von Interventionsprogrammen
- Märkte werden sorgsam segmentiert, zum Beispiel nach Zielgruppen
- Wettbewerb wird grundsätzlich berücksichtigt

Koziol et al. (2006: 3f) fassen folgende Differenzierungen von verschiedenen Social-Marketing-Formen zusammen:

- Marketing von Non-Profit-Organisationen

Die Bezeichnung Non-Profit-Organisation meint, dass es sich dabei um Organisationen handelt, denen es nicht gelingt oder nicht wichtig ist, Gewinne zu erzielen. Aus diesem Grund sollten sie eigentlich als „Not-for-Profit-Organisationen“ benannt werden.

In gemeinnützigen Organisationen ist der Einsatz von Marketingmethoden und –maßnahmen noch sehr gering. Dies wird sich in Zukunft aber stark ändern, da der zunehmende Wettbewerb und die Kürzung öffentlicher Mittel durch den Staat Non-Profit-Organisationen dazu zwingen wird. Ein Strukturwandel ist von Nöten.

- Marketing für gemeinnützige Ziele und Ideen

Marketing für gemeinnützige Ziele und Ideen setzt die Methoden und Instrumente des kommerziellen Marketings auch für ideelle Zwecke ein. Gezielte Aktionen und Kampagnen, auch als Kampagnen-Marketing bezeichnet, zielt auf die Änderung von Einstellungen oder Verhaltensweisen ab. Das Kampagnen-Marketing wird vor allem in den USA eingesetzt.

- Marketing von Wirtschaftsunternehmen mit sozialer Komponente

Wirtschaftsunternehmen setzen Social-Marketing-Methoden immer mehr ein. Dadurch sichern sich die Unternehmen Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren Konkurrenten. Da die Öffentlichkeit heutzutage immer kritischer die Unternehmen bzw. deren Produkte und Dienstleistungen auswählt und vor allem auch die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte der Produktwahl überdenkt, wird es für Wirtschaftsunternehmen immer wichtiger die Methoden und Instrumente des Social Marketing anzuwenden.

Nur eine konsequente Verwendung aller drei Formen kann die erwünschte „Soziale Kompetenz“ auf dem Markt erzeugen. Die bisherige strikte Trennung kann aufgehoben werden.

7.3. Abgrenzung zum kommerziellen Marketing

Der Unterschied zum kommerziellen Marketing liegt darin, dass kommerzielles Marketing versucht, das Verhalten der Zielgruppe zugunsten der Organisation und deren Ziele zu beeinflussen. Die für Unternehmen typische Gewinnerzielungsabsicht ist eine Notwendigkeit. Social Marketing hingegen sieht ihre Aufgabe darin, soziales Verhalten zugunsten der Zielgruppe bzw. der Allgemeinheit zu beeinflussen.

Die Produkte von Social Marketingorganisationen sind nicht in allen Fällen denen kommerzieller Organisationen gleichzustellen. Soziale Organisationen streben meist ideelle Ziele und andere immaterielle Güter als Produkte nichtkommerzieller Organisationen an. Ein solches Ziel kann zum Beispiel die Sensibilisierung der Bevölkerung für bestimmte Themenbereiche (bspw. gesunde Ernährung gegen Herzkreislauf-Erkrankungen) sein (Koziol et al. 2006: 5; Bruhn/Tilmes 1989: 22).

Social Marketing hat im Unterschied zum kommerziellen Marketing einen gemeinnützigen Wert. Der Nutzen liegt nicht im Profit für eine Organisation, es wird kein Produkt verkauft, sondern eine wertvolle Information (bspw. zur Steuerung der Gesundheit) (Hurrelmann/Leppin 2001: 15).

7.4. Ziele von Social Marketing

Ziel von Social Marketing ist es, Glaubenssätze, Einstellungen, Wertvorstellungen und das Verhalten der Zielgruppen zu verändern. Beispiele für Social Marketing sind Kampagnen zur Aufklärung von Aids, die Erhöhung des Informationsstandes bezüglich

Drogen oder Kampagnen zur Förderung einer gesünderen Ernährung als Vorbeugung von Krebserkrankungen.

Ausgangsbasis hierfür ist immer eine umfassende, systematische Planung des Social Marketing Prozesses.

Social Marketing ist eine Strategie zur Veränderung von Verhaltensweisen. Zunächst wird das Wissen erweitert, dann die Einstellungen und letztendlich werden die Verhaltensweisen verändert. Die Möglichkeiten zur Verwirklichung einer angestrebten Veränderung in kurzer Zeit ist jedoch häufig beschränkt. Denn je fester eine Zielgruppe eine Vorstellung oder ein Verhaltensmuster prägt, desto stärker leistet es Widerstand gegen Änderungsversuche. Daher kann Social Marketing dort am meisten erreichen, wo die Veränderung niemanden viel bedeutet (Kotler 1978: 280f).

7.5. Arten sozialer Veränderung

Kotler (1991: 285ff) unterscheidet zwischen vier Arten von sozialen Veränderungen: *kognitive Veränderungen, konkret handlungsbezogene Veränderungen, Verhaltensänderungen und Wertänderungen.*

Diese sozialen Veränderungen sind unterschiedlich schwierig zu verwirklichen. Einige Veränderungen sind relativ leicht zu bewerkstelligen, auch ohne die Hilfe des Social-Marketing, andere extrem schwierig. Auch wenn ein Plan optimal gestaltet wurde, garantiert das nicht eine tatsächliche Zielveränderung.

7.5.1. Kognitive Veränderung

Viele Kampagnen verfolgen nur das Ziel, neue Informationen zu vermitteln und das Bewusstsein für ein wünschenswertes Ziel zu erreichen. Solche Kampagnen lassen sich relativ leicht durchführen, da tief sitzende Einstellungen und Verhaltensweisen nicht geändert werden sollen. Trotzdem erreichen viele Kampagnen ihre Ziele nicht. Probleme können insofern auftreten wie mangelndes Interesse, eine Fehlinterpretation der Botschaft oder das die Medien zur Verbreitung der neuen Informationen schlecht gewählt waren.

Kurz: Bei kognitiven Veränderungen wird eine Änderung des Wissens- bzw. Informationsstandes der Zielperson angestrebt.

Als Beispiele für derartig konzipierte Kampagnen sind Informations- und Aufklärungskampagnen zu nennen, die über den Nährwert verschiedener

Nahrungsmittel aufklären, das Bewusstsein für gesunde Ernährung stärken, etc. (Fischer: 2000: 106; Vgl. Bruhn/Tilmes 1989:56; Vgl. Kotler 1978: 287).

7.5.2. Konkret handlungsbezogene Veränderungen

Hier wird versucht, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes möglichst viele Individuen zu einer bestimmten Handlung oder Verhaltensweise zu bewegen.

Bei konkret handlungsorientierten Kampagnen reicht es nicht aus, die Zielgruppe nur zu informieren, vielmehr muss sie zu einer bestimmten Handlung umgesetzt werden.

Das kann einen gewissen Aufwand bedeuten. Wichtig ist, der Zielgruppe die gewünschte Handlung so einfach und leicht wie möglich zugänglich zu machen, denn zu meist kostet eine entsprechende Handlung etwas, sei es in finanzieller Hinsicht, aus Zeitmangel oder aus Bequemlichkeit. Deshalb muss der Mittler des Wandels in einer solchen Kampagne für Belohnungen und Anreize sorgen.

Direkt handlungsbezogene Verhalten sind schwieriger erreichbar als kognitive Veränderungen.

Als Beispiele erweisen sich eine Teilnahme an einer Spendenaktion, die Unterstützung einer Bürgerinitiative oder die Stimmenabgabe für eine Wahlkampagne (Fischer 2000: 106; Bruhn/Tilmes 1989:56; Kotler 1978: 287).

7.5.3. Verhaltensänderungen

Andere Kampagnen haben wiederum zum Ziel, Menschen dazu zu bringen, zu ihrem eigenen Besten eine bestimmte Verhaltensweise zu ändern. Verhaltensänderungen sind schwieriger herbeizuführen als kognitive Veränderungen oder konkret handlungsbezogene Veränderungen, da die Person unter Umständen einem gesundheitsgefährdendem Verhalten nachgeht, wie zum Beispiel regelmäßiger hoher Alkoholkonsum oder Kettenrauchen. Dadurch ist es für die Personen oft nicht einfach, eine Änderung einer schon eingefahrenen Verhaltensweise herbeizuführen. Die Aufgabe besteht also darin, den Personen bei der Änderung einer festen, gewohnten Verhaltensroutine behilflich zu sein. Oft sind sich die Personen der negativen Auswirkungen ihrer Konsumgewohnheiten gar nicht bewusst oder sie sind nicht gewillt eine Verhaltensänderung durchzuführen. Alte Gewohnheiten müssen aufgegeben werden, neue Verhaltensmuster eingelernt und beibehalten werden. Die Information über die Massenmedien ist hierbei oft nicht ausreichend. Zur Ergänzung sind zwischenmenschliche Kommunikation und persönliche Aussprache notwendig.

Häufig werden dazu neben der Kommunikationspolitik auch produkt-, preis- und distributionspolitische Maßnahmen eingesetzt (Fischer 2000: 107; Bruhn/Tilmes 1989:56; Kotler 1978: 289ff; Kotler/Roberto 1991: 31).

7.5.4. Wertänderungen

Diese Zielsetzung ist die schwierigste Aufgabe von Social Marketing. Es wird versucht auf die psychische Struktur der Menschen Einfluss zu nehmen und mentale Strukturen zu verändern, die zumeist in der Erziehung oder durch langjährige Erfahrungen angeeignet wurden. Die wertverändernden Maßnahmen benötigen eine umfassende Anwendung des Marketinginstrumentariums. Oft wird versucht, den Informationen, die eine Änderung dieser Einstellung zum Ziel haben, aus dem Weg zu gehen, da es sich um fest verwurzelte Wertstrukturen handelt, die die eigene Identität und Lebenssichtweise betreffen. Oft haben Wertänderungen eine geringe Erfolgsquote. Beispiele sind Kampagnen, die die Einstellung zur Abtreibung und Geburtenkontrolle ändern oder weit verbreitete Vorurteile bekämpfen wollen. Gerne werden gesetzliche Vorschriften und rechtliche Sanktionen eingesetzt, um neue Verhaltensweisen und Werte, die nicht freiwillig angenommen werden, durchzusetzen. Nach und nach kann die Befolgung solcher Gesetze den erwünschten Einstellungs- und Wertewandel herbeiführen (Bruhn/Tilmes 1989:56f; Kotler 1978: 291ff; Kotler/Roberto 1991: 32; Fischer 2000: 107f).

Passend dazu Kotler's (Koziol et al. 2006: 8) Definition zu Sozialkampagnen:

„Eine Sozialkampagne ist ein von einer Gruppe (Mittler des Wandels) betriebenes systematisches Bemühen mit dem Ziel, andere (die Zielgruppe) zur Annahme, Änderung oder Aufgabe bestimmter Vorstellungen, Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu bewegen.“

Bruhn und Tilmes (1989) unterscheiden Ziele nach verschiedenen Differenzierungen. Einerseits bietet es sich an, zwischen Sach- und Formalzielen zu unterscheiden, andererseits kann man zwischen adaptive (defensive Ziele) und strukturverändernde (offensive Ziele) unterscheiden.

Formalziele streben finanzielle Gewinne an und sind auf die Deckung des Aufwands ausgerichtet. Sachziele sind im Social Marketing für die Bedarfsorientierung relevant. Sie werden nicht primär im Hinblick auf Formalziele ausgerichtet, sondern Formalziele

stellen Nebenprodukte dar, die die Durchführung von Social Marketingaktivitäten begrenzen (Bruhn/Tilmes 1989: 52f zit. n. Kosiol 1976: 212).

Adaptive (defensive) Ziele versuchen auf Basis eines festen Wertesystems handlungsbezogene Veränderungen herbeizuführen, während strukturverändernde (offensive) Ziele mittels Änderung dieser Werte auf einen Strukturwandel abzielen (Bruhn/Tilmes 1989: 53).

Eine weitere Unterscheidung kann nach ökonomischen und psychografischen Marketingzielen vorgenommen werden. Ökonomische Marketingziele orientieren sich an Markttransaktionen wie beispielsweise Spendenaufkommen, psychografische Ziele sind beispielsweise die Erhöhung des Bekanntheitsgrades einer Kampagne oder die positive Veränderung bzw. Verstärkung von Einstellungen, Werten und Wissen (Bruhn/Tilmes 1989: 53f zit. n. Meffert 1986: 82f).

7.6. Social Marketing und Gesundheitsförderung

Social Marketing hat erst in den letzten 10 Jahren Einzug in den Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung gehalten und ist ein Instrument der Gesundheitskommunikation.

Soziales Marketing im Bereich von Gesundheitsförderung bedeutet, dass die Konzepte und Prinzipien der Gesundheitsförderung den Rahmen für soziale Marketingstrategien bilden (Schwartz 2003: 216).

Neuere Sozialkampagnen zielen besonders auf Gesundheitsreformen (Kampagnen gegen das Rauchen, für gesunde Ernährung und körperliche Fitness), Umweltreformen, Bildungsreformen usw. ab (Kotler/Roberto 1991: 17).

Jedoch ist vielen, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung arbeiten, diese Strategie zur Beeinflussung sozialen Wandels und individuellen Verhaltens nach wie vor weitgehend unbekannt und oder wird häufig missverstanden.

Auch die Nützlichkeit für die Beeinflussung von Gesundheitsverhalten ist bisher nicht ausreichend untersucht worden (Hurrelmann/Leppin 2001: 164).

So wird soziales Marketing von vielen Gesundheitspädagogen nicht als mögliche Strategie akzeptiert (Hurrelmann/Leppin 2001: 164 zit. n. Clift 1989: 17-24).

8. DER STRATEGISCHE SOCIAL MARKETING PROZESS

Der strategische Social Marketing Prozess umfasst mehrere Stadien der Planung.

Je nach Autor wird die Analyse und Planung in der Literatur mit drei Hauptschritten und zusätzlichen Unterschriften oder fünf bis sieben größeren Schritten durchgeführt (Vgl. z.B. Koziol et al. 2006: 33ff; Roberto/Kotler 1991: 51ff; Bruhn 1989: 51ff etc.).

Im Folgenden soll nun der Planungsprozess des Social Marketing in seinen einzelnen Phasen näher betrachtet werden. Dafür wird der Social Marketing Prozess von Kotler und Roberto als Grundlage verwendet.

Die Vorschläge zur Gestaltung eines Planungsprozesses im Social Marketing sollen als Möglichkeiten betrachtet werden, um Kampagnen und Aktionen im Gesundheitsbereich systematisch zu gestalten und zu analysieren, um danach zu sehen, ob die jeweilige Kampagne bzw. Aktion die gewünschten Entwicklungen und Ergebnisse hervorrufen konnte.

Kotler und Roberto (1991: 51ff) gliedern den Social-Marketing-Managementprozess in fünf aufeinander aufbauende Schritte:



Abb. 7: Social-Marketing-Managementprozess

Quelle: Kotler/Roberto 1991: 51ff

8.1. Schritt 1: Analyse des Umfelds für Social Marketing

Der erste Schritt ist eine Umwelt- und Marktanalyse der jeweiligen Kampagne. Zu einer umfassenden Marktanalyse gehört die Kennzeichnung der Marktsituation und eine Untersuchung der Marktteilnehmer. Sie betrachtet die unmittelbare Umgebung einer Organisation und dient dazu, den Markt so objektiv und umfassend wie möglich darzustellen (Bruhn/Tilmes 1989: 5; Koziol et al. 2006: 42). Die Makroumwelt wird einer Analyse unterzogen, denn die Entscheidungen der ökonomischen, technologischen, soziologischen und natürlichen Umwelt beeinflussen ebenfalls die Social Marketingaktivitäten. Auch organisationsinterne und –externe Ressourcen wie verfügbare finanzielle Mittel sowie Mitarbeiteraufkommen werden überprüft (Bruhn/Tilmes 1989: 51).

Kampagnenplaner benötigen ein Verständnis des Marketingumfeldes, seiner Veränderungen und der Auswirkung dieser Veränderungen auf die Handlung, Organisation und auf die Zielgruppensegmente (Kotler/Roberto 1991: 95).

Kotler und Roberto verstehen unter dem Umfeld von Social Marketing *„die Gesamtheit der außerhalb der Sozialkampagne liegenden Kräfte, die die Fähigkeit, Einfluß auf die Zielgruppen zu gewinnen und zu erhalten, beeinträchtigen.“*

Auch das Kundenverhalten wird einer Analyse unterzogen. Es werden die Bedürfnisse, Motive, Einstellungen und Präferenzen untersucht. Motive und Bedürfnisse sind die Antriebskräfte menschlichen Verhaltens (Bruhn/Tilmes 1989: 76).

Neben der definitorischen Festlegung des Marktes sind auch die teilnehmenden Interessensgruppen bzw. Marktteilnehmer von wesentlicher Bedeutung. Kotler charakterisiert eine Interessentengruppe als *„eine klar abgrenzbare Gruppe von Personen und/oder Organisationen, die sich tatsächlich oder potenziell für eine spezifische Organisation interessieren und/oder Auswirkungen auf sie haben bzw. haben könnten.“* (Bruhn/Tilmes 1989: 87 zit. n. Kotler 1978: 19)

Die Makroumwelt innerhalb einer Social Marketing Aktion ist ständig von Veränderungen geprägt. Bisher fand kaum eine Berücksichtigung der Makroumwelt statt, deshalb ist es jetzt noch wichtiger diese eingehender zu betrachten.

Kotler (1991: 95) und Bruhn/Tilmes (1989: 103) sprechen von sechs verschiedenen Kräften bzw. Komponenten der Makroumwelt: demographische, wirtschaftliche, physische, technische, politisch-rechtliche und soziokulturelle Kräfte.

Ein entscheidender wirtschaftlicher Umfeldfaktor sind die Kosten. Die wirtschaftliche Kraft bzw. ökonomische Umwelt hat sich in den letzten Jahren tiefgreifend verändert. So führte beispielsweise steigende Arbeitslosigkeit zu einem größerem Kundenkreis betroffener Organisationen.

Für das Social Marketing sind Veränderungen hinsichtlich der Werte, Einstellungen und Lebensstile der Bevölkerung von besonderer Bedeutung, den dies erfordert auch veränderte Strategien von Seiten des Social Marketing. Insgesamt gewinnt der Wertewandel immer mehr an Bedeutung, zum Beispiel das Umweltbewusstsein, das Gesundheitsbewusstsein oder auch das Streben nach Selbstverwirklichung. Aus diesem Grund steigen auch die Anforderungen an das Social Marketing hinsichtlich der Qualität und Zuverlässigkeit. Demzufolge können sich auch neue Marktpotentiale ergeben.

Zur technischen Komponente ist zu sagen, dass die Marketinginstrumente durch die Neuen Medien nicht nur eine Verfeinerung erfahren, sondern auch neue Möglichkeiten der Marktgestaltung bieten.

Hinsichtlich der politisch-rechtlichen Komponente ist der Einfluß von Bürgerinitiativen und bestimmten Interessengruppen, zum Beispiel Verbraucher- und Umweltschützer, in den letzten Jahren in Bezug auf Unternehmensentscheidungen hervorzuheben.

Abschließend ist zu sagen, dass durch die Analyse des Umfelds einer Social-Marketing-Kampagne die Social Marketers in der Lage sind, Veränderungen vorherzusehen und dadurch im Ablauf eines Social-Marketing-Programms rechtzeitig Anpassungen an ein verändertes Umfeld vornehmen können. Die Analyse des gegenwärtigen Umfelds zeigt die bestehenden Probleme und Chancen. Das Umfeld ist genauso zu erfassen wie das zukünftig für möglich gehaltene (Kotler/Roberto 1991: 95ff).

Zur konkreten Vermessung bzw. Analyse der umgebenden Umwelt bzw. einer Kampagne stehen nach Chase (1984: 38 zit. n. Kotler/Roberto 1991: 101f) mehrere Möglichkeiten als Erhebungsmethode zur Verfügung:

- a) Befragung von Meinungsführern: für nützliche Einschätzungen, Erwartungen und Vorhersagen über Veränderungen im Umfeld, sowie über ihre Steuerbarkeit, Eintrittswahrscheinlichkeit, Wechselwirkung und Prioritäten.

- b) Medieninhaltsanalyse: es werden regelmäßig Nachrichteninhalte der Massenmedien analysiert. Ist ein bestimmtes Thema zunehmend in den Medien präsent, bedeutet dies, dass das Thema im Bewusstsein der Öffentlichkeit zukünftig eine größere Rolle spielen wird.
- c) Öffentliche Meinungsumfragen: um Veränderungen und neue Trends der öffentlichen Meinung aufzuspüren.
- d) Analyse parlamentarischer Trends: Die Daten werden mit Hilfe einer bei Politikern und Angehörigen des öffentlichen Lebens angewandten Erhebungsmethode gewonnen. Damit lässt sich die Neigung gewählter Volksvertreter, bei einem bestimmten Thema auf die eine oder andere Art zu entscheiden, bestimmen.

Da drei dieser Methoden Umfragen sind, stellt sich die Frage der Finanzierung. Bereits erhobene Daten können aus volkszählungsstatistischen und anderen amtlichen Publikationen gewonnen werden.

8.2. Schritt 2: Untersuchung und Auswahl der Zielgruppen

Im Zentrum jeder Social-Marketing-Kampagne stehen die anzusprechenden Zielgruppen. Social Marketing ist stets auf eine oder mehrere Individuen, Gruppen oder Populationen ausgerichtet. Um Kampagnen erfolgreich zu vermarkten, ist es notwendig, das Verhalten der Zielgruppe vorhersagen zu können (Kotler/Roberto 1991: 40 und 109).

Annahme von Vorstellungen und Verhaltensweisen

Die Annahme eines neuen Gedankens bedeutet die Annahme oder Veränderung einer Ansicht, einer Einstellung oder eines Wertes.

Eine Ansicht ist jede einer Person bewusste oder unbewusste aus ihren Äußerungen oder Handlungen folgerbare Aussage, die sich mit „Ich glaube, dass“ einleiten lässt.

Beispiel: „Ich glaube, dass Rauchen für meine Gesundheit schädlich ist.“

Diese Ansicht wird zur Einstellung, wenn die Zielperson verdeutlicht: „Ich glaube, dass Rauchen für meine Gesundheit schädlich ist, und möchte gerne mit dem Rauchen aufhören.“ Eine Einstellung ist eine relativ dauerhafte Anordnung von Ansichten zu einem Gegenstand oder einer Situation.

Die Einstellung wird zum Wert, wenn der Raucher erklärt: „Ich glaube, dass Rauchen schädlich für die Gesundheit aller ist, alle Raucher sollten mit dem Rauchen aufhören.“

Ein Wert ist eine Ansicht darüber, wie man sich verhalten oder nicht verhalten sollte (Kotler/Roberto 1991: 109f).

Social Marketing verlangt also genaue Kenntnis jeder einzelnen Zielgruppe. Dafür gibt es die Zielgruppenanalyse, die den Markt in einzelne „Kundengruppen“ teilt. Jede Zielgruppe hat ihre eigenen Ansichten, Werte und Einstellungen und je nach den Ansprüchen der einzelnen Segmente einer Zielgruppe werden die Kampagnen ausgerichtet und strukturiert (Kotler/Roberto 1991: 40).

Die Strukturierung der Zielgruppe erfolgt nach demografischen, geografischen sowie psychografischen Kriterien und Verhaltensmustern.

Je präziser die Zielgruppe von vorn herein unterschieden werden kann, desto einfacher ist es später, die Zielgruppe anzusprechen und zu erreichen (Koziol et al. 2006: 45).

Demografie: Bei der demografischen Zielgruppenanalyse werden die Zielpersonen in Gruppen eingeteilt. Zu den demografischen Eigenschaften gehören Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsgrad, Einkommen, Haushaltsgröße, Kinderzahl usw.

Solche Daten werden in regelmäßigen Abständen von statistischen Bundes- bzw. Landesämtern ermittelt.

Geografie: Die geografische Zielgruppenbestimmung legt das räumliche Zielgebiet fest, in dem die Zielpersonen angesprochen werden sollen. Es geht um den Anteil einer bestimmten Untergruppe, die zu einem festgelegten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitrahmen Kontakt mit den Kommunikationsmaßnahmen der Kampagnenaktion haben bzw. hatten.

Psychografische Kriterien und Verhaltensmuster: helfen bei der weiteren Zielgruppendefinition. Dazu gehören innere Attribute wie Einstellungen, Werte, Motivation und Persönlichkeit sowie charakteristische Verhaltensweisen wie Verhaltensmuster, Kaufgewohnheiten und die Art und Weise der Entscheidungsfindung. Mit Hilfe solcher Merkmale und Verhaltensweisen können gewünschte Reaktionen, beispielsweise Kauf, Zustimmung oder Aufmerksamkeit, der angesprochenen Person auf die Aktivitäten der Kampagne besser ersichtlich bzw. prognostizierbar gemacht werden.

Zur Ermittlung verschiedener Einstellungen, Verhaltensmuster und Bedürfnisse werden Unterteilungen in Gruppen mit vergleichbaren Denk- und Handlungsanweisungen durchgeführt, so genannte soziale Milieus (Koziol et al. 2006: 45f).

Für Bruhn und Tilmes (1989: 159) sind folgende Zielpersonen von besonderer Bedeutung:

- Kunden (aktuelle und potentielle)
- Meinungsführer, Meinungsbildner (z.B. Politiker) und Meinungsmultiplikatoren (z.B. Presse)
- Absatzmittler, Geldgeber (z.B. Unternehmen), staatliche Institutionen, Verbandsvertreter und Mitarbeiter (hauptamtliche und ehrenamtliche).

Sie unterscheiden die Zielgruppen danach wie Koziol et al. nach sozioökonomischen, geografischen Merkmalen, Besitz- und Konsummerkmalen, Merkmalen der Beeinflussung Dritter und psychologischen Merkmalen (zit. n. Freter 1983).

Es werden aber nicht nur unterschiedliche Zielgruppen differenziert, sondern auch Einzelne oder Gruppen, die einen Einfluss auf den Erfolg der Kampagne haben können. So müssen vielleicht Geldgeber oder Unterstützungsgruppen wie Ärzte oder andere im medizinischen Bereich Tätige angesprochen werden oder die Behörden von den Aktivitäten des Programms und der Kampagne in Kenntnis gesetzt werden. Ziel ist es, zuwiderlaufende Einflüsse zu minimieren und die Unterstützung einflussreicher Persönlichkeiten oder Gruppen zu gewinnen (Kotler/Roberto 1991: 40f).

8.3. Schritt 3: Entwurf der Social-Marketing-Strategien

Mit der Social-Marketing-Strategie wird der Plan zur Erreichung der Ziele einer Kampagne festgelegt. Es werden neue Prinzipien definiert und Grundsatzentscheidungen getroffen.

Meffert (1980: 89 zit. n. Bruhn/Tilmes 1989: 115) definiert eine Marketingstrategie als *„Festlegung eines bedingten, langfristig orientierten und globalen Verhaltensplans, der Hinweise auf die Erreichung der Organisation- und Marketingziele gibt.“*

Jedoch fehlen bei nichtkommerziellen Organisationen häufig die essentiellen Grundbestandteile einer umfassenden Strategie, wie eine schriftliche Formulierung und die Fixierung der Strategien. Somit ist häufig keine verbindliche Richtschnur vorhanden, anhand derer Kampagnenaktivitäten kontrolliert geführt werden könnten (Bruhn/Tilmes 1989: 113).

Es werden konkrete messbare und erreichbare Social-Marketing-Ziele aufgestellt. Kampagnen neigen dazu, ihre Ziele mit allgemeinen Begriffen wie „Steigerung der Lebensqualität“, „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ oder „Verbesserungen der Möglichkeiten des einzelnen“ zu umschreiben. Solche Ziele sind aber weder konkret, noch sind sie messbar. Um spezifische und messbare Ziele festzulegen, schlägt Samuel (1977 zit. n. Roberto/Kotler 1991: 57) vor, von allgemein formulierten Zielen auszugehen und spezifische Verhaltensweisen und Handlungen der Zielpersonen herauszuarbeiten. Um diese speziellen Handlungen der Zielgruppen bewerten zu können, sollte Social-Marketing-Forschung betrieben werden. Auch die Ausgaben zur Erreichung der Ziele der Kampagne sollten festgelegt werden.

Die Ziele sollten nur so hoch angesetzt sein, dass sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auch erreicht werden können.

Ein Social-Marketing-Plan besteht aus unterschiedlichen Teilen: einer zusammenfassenden Kurzdarstellung der im Plan enthaltenen Hauptziele und Empfehlungen. Dies ist wichtig für die Leitung der Social-Marketing-Kampagne sowie gegenüber Einflussgruppen. Auch eine Einschätzung der gegenwärtigen Situation und des Umfelds sowie ein Zielgruppenprofil und Möglichkeiten zur Planüberwachung sind Bestandteile des Plans.

Nicht zu vergessen der Methoden- und Instrumentenmix, mit dem die Kampagnen ihre Ziele zu erreichen versuchen (Kotler/Roberto 1991: 299ff).

8.4. Schritt 4: Planung des Social-Marketing-Mix

Der Marketing-Mix ist die Kombination aus den Marketinginstrumenten, die Kampagnen zur Erreichung der Marketingziele einsetzen. In dieser Phase des Social-Marketing-Prozesses werden die Instrumente gewählt, mit denen das Konzept umgesetzt werden soll. Die Instrumente des Marketing-Mix sind Produkt-, Preis-, Distributions- und Kommunikationspolitik (Koziol et al. 2006: 58).

Produkt- und Programmpolitik

In der Produktpolitik geht es um die Festlegung des angebotenen Leistungsangebotes. Die Produktpolitik wird auch als „Herz des Marketing“ bezeichnet, da sie alle Maßnahmen setzt, um das Produkt bzw. die Idee auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abzustimmen.

Produktpolitik ist auch aufzufassen als ein eigenes materielles Eingreifen und als die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen mittels gezielter Kommunikation.

Im Social Marketing können sich Produkte auf materielle und auf immaterielle Leistungen beziehen, die zur Erfüllung sozialer Bedürfnisse geeignet sind. Produkte können sowohl Sachgüter (Bücher, Veröffentlichungen), Dienstleistungen als auch Ideen oder geistige und ideelle Werte, beispielsweise im Falle von Religionen oder politischen Parteien, sein (Bruhn/Tilmes 1989: 117ff).

Preispolitik bzw. Gegenleistungspolitik

Die Preispolitik befasst sich mit den Bedingungen, unter denen Abnehmer das Leistungsangebot in Anspruch nehmen. Sie umfasst die Festlegung der zu fordernden Gegenleistung für die Produktion und Bereitstellung der Produkte und Unternehmensleistungen. Der Einsatz von Maßnahmen bewirkt, dass die Abnehmer die festgelegten Leistungen erbringen. Die Preispolitik nichtkommerzieller Organisationen wird häufig auch als Gegenleistungspolitik bezeichnet. Unterschieden wird hier zwischen monetärem und nichtmonetärem Aufwand. Als Beispiel für eine nichtmonetäre Gegenleistung kann das ehrenamtliche Engagement angeführt werden oder ein Zeitaufwand, der mit einer Aktion verbunden ist. Ein monetärer Aufwand ist beispielsweise, wenn Rehabilitationszentren eine Gebühr für ihre Dienstleistungen verlangen (Bruhn/Tilmes 1989: 210f; Koziol et al. 2006: 59f).

Preispolitische Maßnahmen zielen weiters auf die Erhöhung des Produktnutzens, die Senkung der monetären und/oder nichtmonetären Kosten und der Einbeziehung von Preisstrategien (z.B. Mitgliedsbeiträge) ab.

Distributionspolitik

Unter Distribution fallen alle Entscheidungen, die den Austauschprozess zwischen Anbieter und Abnehmer des Produktes bzw. der Dienstleistung (bezogen auf alle organisationsintern- und externen Organe) herbeiführen und unterstützen (Vgl. Hasitschka/Hruschka 1982: 118ff; Bruhn/Tilmes 1989: 194ff; Koziol et al. 2006: 60f).

Die Distributionspolitik hat die Aufgabe, *„die einzelnen Produkte und Dienstleistungen im richtigen Zustand, am richtigen Ort, in der richtigen Menge und zur richtigen Zeit bereitzustellen.“* (Bruhn/Tilmes 1989: 194f). Es wird entschieden, welche Absatzkanäle gewählt werden, um die Leistungen an die Adressaten zu bringen.

Kotler (1978 191) beschreibt Distribution auch als „räumliche Verteilung“, dabei geht es um die physische Verteilung von Produkten oder Dienstleistungen an die Verwender. Im Bereich der Gesundheitsfürsorge spricht man auch von „health delivery systems“ (wörtlich: Gesundheits-Liefersysteme).

Kommunikationspolitik

Die Kommunikationspolitik ist die „Übermittlung von Informationen und Bedeutungsinhalten zur Verbreitung von Meinungen, Erwartungen und Einstellungen gemäß organisationsspezifischer Zielsetzungen.“ (Bruhn/Tilmes 1989: 147 zit. n. Meffert 1986: 443)

Bekanntmachung und Information sind die wichtigsten Aufgaben der Kommunikationspolitik nichtkommerzieller Organisationen. Weitere wichtige Aufgabenfelder sind die Imagebildung sowie emotionale und motivierende Aktivierungen, die Änderung von Einstellungen und Werthaltungen sowie die Handlungsauslösung. Dazu dient Werbung, persönlicher Kontakt und Public Relations genauso wie Zielgruppenkampagnen.

8.5. Schritt 5: Organisation, Durchführung, Kontrolle und Bewertung des Social-Marketing-Einsatzes

Der letzte Schritt im Social-Marketing-Prozess beinhaltet die Bereitstellung geeigneter Marketingressourcen, die Umsetzung des Social-Marketing-Mix, die Leistungskontrolle des Programms und die Bewertung der Ergebnisse. Dabei ist nicht zu vergessen, dass der beste und noch so sorgfältig ausgearbeitete Plan einen nicht weiterbringt, wenn er nicht wirksam umgesetzt und kontrolliert wird. Durch Social-Marketing-Forschung werden die Reaktionen der Zielgruppe auf die jeweilige Aktivität der Kampagne erhoben (Kotler/Roberto 1991: 62).

Die Umsetzung eines Plans besteht aus der Strukturierung der Organisation und der Durchführung der Programme. Rechtzeitige und wirksame Umsetzung kann nicht ohne ein geeignetes Kontrollsystem erreicht werden. Möchte eine Kampagne die Wirksamkeit ihrer Marketingaktivitäten garantieren, ist ein formales Kontrollsystem unerlässlich. Dabei handelt es sich bei den Planungs-, Umsetzungs- und Kontrollfunktionen von Kampagnen um einen kontinuierlichen Prozess des Kontrollieren und Bewerten von Programmen.

In vielen Social Marketingorganisationen finden sich vor der eigentlichen langfristigen Planung häufig erst unregelmäßige ad-hoc Planungen, die später in ein formales

Planungssystem und letztendlich in einem erweiterten Rahmen zu langfristigen Plänen werden (Kotler/Roberto 1991: 347; Bruhn/Tilmes 1989:229).

Oft ergeben sich für Social-Marketing-Kampagnen Managementkontrollprobleme. Viele Sozialkampagnen werden in dem Bewusstsein geleitet, Aufgaben hohen sozialen Wertes zu erfüllen. Durch tief empfundenes emotionales Engagement glauben sie, sich selbst kontrollieren und korrigieren zu können, was jedoch nicht der Fall ist (Kotler/Roberto 1991: 348).

Zu letzt gilt es die Kampagne zu bewerten. Dabei geht es hauptsächlich um zwei Fragen: Sind mit Hilfe der Kampagne die beabsichtigten Veränderungen eingetreten oder haben andere Faktoren zum Wandel beigetragen? Hat die Kampagne aus gesellschaftlicher und ethischer Sicht wünschenswerte Veränderungen herbeigeführt und dabei die richtigen Mittel zur Erreichung der erwünschten Ziele eingesetzt?

Die erste Frage betrifft die Wirkungsbewertung. Sie ist relativ einfach auszuführen. Um den Erfolg einer Social-Marketing-Kampagne zu bewerten, ist zu untersuchen, ob und wie das Social-Marketing die beobachtbaren Ergebnisse bewirkt hat. Die Bewertungsforschung betrachtet Kausalbeziehungen (Kotler/Roberto 1991: 367).

Suchman (1967 zit. n. Kotler/Roberto 1991: 367) arbeitete mehrere Kriterien und Bestandteile der Wirkungsbewertung heraus.

1. Bei der *Leistung einer Kampagne* muss belegt werden, dass die Zielgruppen tatsächlich das beabsichtigte gesellschaftspolitische Produkt erhalten haben.
2. Die *Wirksamkeit der Ausführung des Programms* ist zu zeigen. Es soll festgestellt werden, ob statistisch signifikante Effekte erreicht wurden und ob sich diese Effekte einwandfrei auf das Programm zurückführen lassen.
3. Die *Bedeutung der Programmausführung* – ihre Ergebnisse oder Zielwirkungen der Programmausführung sind aus gesellschaftlicher Sicht aufzuzeigen.
4. Der *Wirkungsgrad des Programms* ist aufzuzeigen. Es ist wichtig herauszufinden, ob der Nutzen des Programms die Kosten übersteigt oder ob die Ergebnisse einen wirksamen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel bedeuten.
5. Letztendlich ist der *Wert des Programms* zu zeigen.

9. SYSTEMMODELL VON KOMMUNIKATIONSKAMPAGNEN

Moderne Kommunikationskampagnen basieren auf einem Set von theoretischen Konzepten aus der Kommunikationswissenschaft einerseits und dem Social Marketing andererseits. Heutzutage werden Systemmodelle bevorzugt, die Kampagnen prozessorientiert als Set von zusammenhängenden Aufgaben betrachten (Bonfadelli/Friemel 2006: 31).

Aufgrund der bestehenden kommunikationswissenschaftlichen Kampagnenforschung können zentrale Leitprinzipien und Basismechanismen benannt werden, welche für den Erfolg von öffentlichen Kommunikationskampagnen entscheidend sind. Bonfadelli und Friemel haben auf diesen Grundlagen ein Systemmodell für Kommunikationskampagnen mit sieben Elementen entwickelt. Die zentralen Prozessschritte, die miteinander verbunden sind, sind die Problemanalyse, die Definition von Zielgruppen, die Festlegung von Zielen und die zu wählende Strategie (Bonfadelli/Friemel 2006: 31ff).

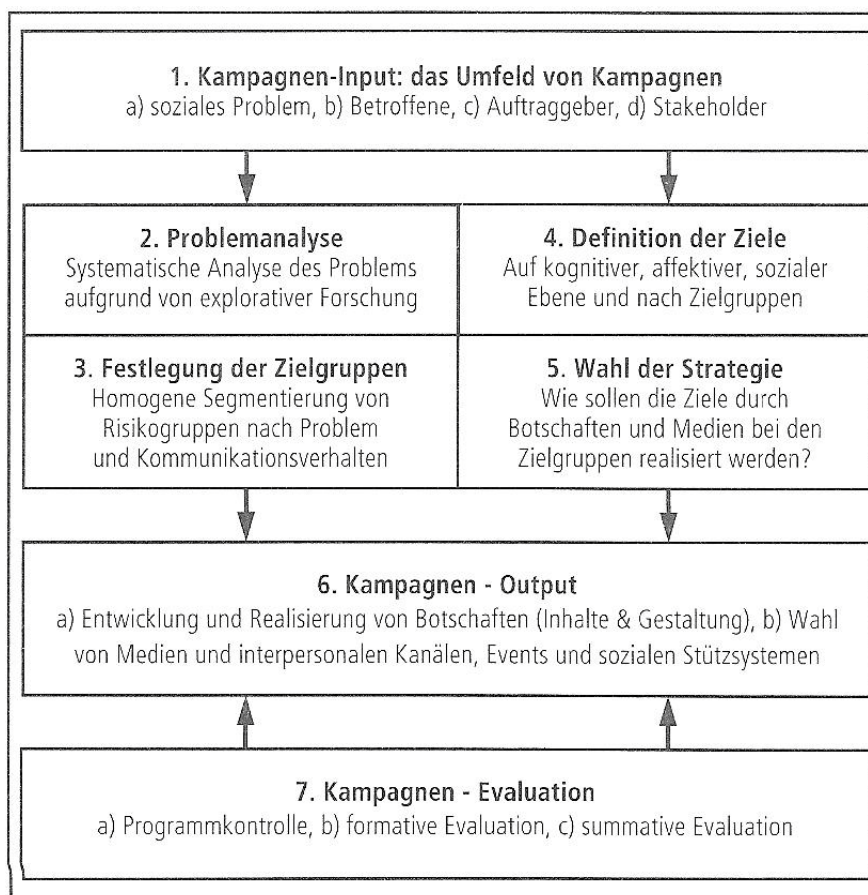


Abb. 8: Systemmodell von Kommunikationskampagnen

Quelle: Bonfadelli/Friemel 2006: 31

9.1. Kampagnen-Input: das Umfeld von Kampagnen

Am Beginn steht das Kampagnen-Input (1). Die Realisatoren der Kampagne müssen ihre Kampagne vor dem Hintergrund der bestehenden Situationen entwickeln.

Es stellt sich immer wieder die Frage, inwiefern ein bestehendes Problem tatsächlich ein Kommunikationsproblem ist und ob eine Kommunikationskampagne die angemessene Strategie der Problemlösung darstellt. Kritisiert wird auch, dass Kommunikationskampagnen nur Symptombekämpfung wären, die tatsächlichen Ursachen aber nicht angegangen würden (Bonfadelli/Friemel 2006: 23).

Auf der einen Seite sind die involvierten Gruppen und Organisationen wie Auftraggeber und Realisatoren, auf der anderen Seite Experten, Meinungsführer und Betroffene, die an der Konzeption und Realisation einer Kommunikationskampagne mitwirken. Es wird versucht, eine bestimmte Kommunikationsstrategie zur Lösung des betreffenden sozialen Problems zu entwickeln (Bonfadelli 2000:108f; Bonfadelli/Friemel 2006: 32).

Oft ist die Rollen- und Funktionsteilung zwischen den Auftraggebern und den Realisatoren der Kampagne nicht klar genug geregelt und der bereits bestehende Konsens zwischen den Beteiligten wie etwa Ziele oder Strategien werden überschätzt (Bonfadelli 2000: 109).

Wichtig ist auch die Koordination der Kampagne mit den relevanten Stakeholdern. Stakeholder sind weitere Anspruchsgruppen, welche sich ebenfalls mit dem der Kampagne zugrunde liegenden Problem beschäftigen. Diese können miteinander, aber auch gegeneinander agieren. Dies führt immer wieder zu Konflikten, was die erfolgreiche Durchführung von Kampagnen erschweren kann. Zu den Stakeholdern zählen die Auftraggeber der Kampagnen (z.B. staatliche Behörden), Politiker, Betroffene, Kommunikations-Agenturen, aber auch Experten und Interessensgruppen wie NGOs, Verbände und Organisationen des Gesundheitsbereichs, Krankenkassen, karitative Organisationen. Die relevanten Stakeholder können sich im Laufe der Kampagne verändern und sollten aus diesem Grund regelmäßig überprüft werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 25f; Bonfadelli/Friemel 2008: 4f).

Auch sollten Kommunikationskampagnen auf schon realisierte Kampagnen abgestimmt und in umfassendere Gesundheitsprogramme integriert werden. Dafür gibt

es Experten, die als Gesundheitsspezialisten über wissenschaftlich gesichertes Wissen oder über direkte Erfahrungen bezüglich den spezifischen Gegebenheiten, Ursachen und Bedingungsbeziehungen des jeweiligen sozialen bzw. Gesundheitsproblems verfügen. Kommunikationsspezialisten besitzen wiederum das nötigen Wissen bezüglich der Wirkung von medienvermittelter Kommunikation als Hauptkanäle von Kommunikationskampagnen (Bonfadelli/Friemel 2006: 32).

Das Kampagnen-Input ist für den Erfolg oder Misserfolg einer Kampagne meist von entscheidender Bedeutung. Kampagnen scheitern oft nicht daran, dass ihre Botschaften und Medien nicht die erhoffte Wirkung zeigen, sondern weil der Plan der Kampagne unvollständig realisiert wurde (Bonfadelli 2000: 109).

9.2. Problemanalyse

Die Problemanalyse (2) ist essentielle Voraussetzung für alle weiteren Schritte der Planungsphase. Hier werden bestehende Erkenntnisse auf einer wissenschaftlichen Basis gesammelt und ausgewertet. Ist der vorhandene Wissensstand nicht ausreichend, muss eine umfassende Situationsanalyse in Form einer repräsentativen Umfrage und / oder einer qualitativen Exploration mit Betroffenen, Experten und Stakeholdern durchgeführt oder in Auftrag gegeben werden. Ist hingegen genügend Material (Publikationen und Statistiken) vorhanden, muss dieses nur problem- bzw. kampagnenspezifisch ausgewertet, zusammengestellt und angewendet werden.

Eine Problemanalyse muss theoriebasiert und empirisch abgestützt, d.h. auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen.

Wichtig dabei ist eine sorgfältige, ausgewogene und wissenschaftlich fundierte Problemanalyse unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte (Bonfadelli/Friemel 2006: 33; Bonfadelli/Friemel 2008: 5).

9.3. Festlegung der Zielgruppen

„Eine Zielgruppe ist ein Personenkreis mit relativ einheitlicher Erwartungshaltung an ein bestimmtes Ziel. Die Zielgruppenbestimmung legt fest, welche Personenkreise angesprochen werden sollen. Wenn es gelingt, mit einer Kampagne eine Zielgruppe spezifisch anzusprechen, ist die Identifikation mit den Zielen natürlich am größten.“ (Mernyi 2005: 19)

Kommunikationskampagnen sollten sich nicht „an alle“ oder „die Bevölkerung“ richten, sondern an spezifische Zielgruppen (3). Die Kampagnenbotschaften werden dann gezielt auf diese Zielgruppe hin konzipiert. Für eine sinnvolle und praxistaugliche Segmentierung der Zielgruppen empfiehlt sich eine kombinierte Anwendung folgender Segmentierungskriterien (Bonfadelli/Friemel 2006: 34):

Soziodemografie:	Zielgruppen werden definiert nach Alter, Geschlecht, Bildung, sozioökonomischer Status, etc. Gefahr: Bezug zum Kampagnenproblem ist nur indirekt gegeben
Lebensstile:	psychosoziale und soziale Aspekte des Lebensstils und der Werthaltungen können zusätzlich miteinbezogen werden SINUS-Milieus sind weit verbreitet, werden bei Planung von Gesundheitskampagnen benutzt
Mediennutzung:	Gruppen mit spezifischen Mustern der Mediennutzung dienen als Basis für die Segmentation sowohl der Zielgruppen als auch der Kanäle
Problembezug:	spezifischer Bezug der Zielgruppe zum Problem im Sinne unterschiedlicher Risikoexpositionen wie a) nicht durch das Problem betroffen, aber als Bezugsperson involviert b) nicht durch das Problem betroffen, aber „At-Risk“ c) betroffen, aber desinteressiert d) sensibilisiert, aber noch kein Handeln e) sensibilisiert und Handeln Auch kann der je spezifische Wissensstand oder die Phase im Prozess der Verhaltensänderung relevant sein.

Keine explizite Definition der Zielgruppen kann zu einem „Nur zum Teil“ oder „Nicht-Erreichen“ der Kampagnenziele führen.

Mernyi (2005: 20) betont, dass es wichtig sei, sich auch in die definierten Zielgruppen hineinversetzen zu können und dabei verschiedene Aspekte abzuklären: Was sind die Beweggründe und Prioritäten der Zielgruppe, welche Themen interessieren sie und welche Interessen kann ich dabei ansprechen.

Bonfadelli (2000: 110 zit. n. Windahl 1992: 12f) unterscheidet zwischen der von der Kampagne *anvisierten Zielgruppe* und den *tatsächlich erreichten Personen*. Es sind verschiedene Konstellationen möglich:

- a) Im besten Fall stimmen Zielgruppe und die real erreichte Gruppe überein.
- b) Die erreichten Personen sind nur eine Teilmenge der Zielgruppe. Nicht alle wurden erreicht.
- c) Die Zielgruppe wurde zwar relativ vollständig erreicht, darüber hinaus aber noch mehr Personen – die Kampagne hatte keinen Streuverlust.
- d) Die Zielgruppe und die tatsächlich erreichten Personen stimmen nur partiell oder
- e) gar nicht überein.

Ein weiteres Strukturierungskonzept zur Einteilung der Zielgruppen stammt aus der Betriebswirtschaftslehre. Claudia Mast (Gottwald 2006: 167) unterscheidet zwischen engeren und weiteren Zielgruppen, zwischen Muss-, Kann- und Soll-Zielgruppen und zwischen Primär- und Sekundärzielgruppen.

9.4. Definition der Ziele

Einer Kampagne müssen immer explizit formulierte Zielsetzungen (4) zugrunde liegen. Es muss bei den Initianten und Auftraggebern als auch bei den Zielgruppen Klarheit darüber bestehen, was mit der Kampagne überhaupt erreicht werden soll.

Kampagnenziele sollten möglichst explizit, verhaltensbezogen und realistisch definiert werden, sodass sie von der Zielgruppe auch tatsächlich erreicht werden können. Dabei können auch Globalziele in kleinere Teilziele unterteilt werden.

Eine Schwäche vieler Kampagnen ist, dass deren Ziele gar nicht definiert oder nur vage umschrieben werden. Die Konsequenz daraus ist, dass die Zielgruppe nicht

genau weiß, was von ihr erwartet wird. Eine empirische Evaluation ist nur möglich, wenn die Zielsetzungen explizit ausformuliert sind.

Zusätzlich sollten die Kampagnenziele positiv dargestellt werden, lieber Gratifikationen als Sanktionen, sowie Handlungsspielräume und konkrete Alternativen aufzeigen (Bonfadelli/Friemel 2006: 35; Bonfadelli 2000: 111).

Bonfadelli und Friemel (2008: 6) definieren Kampagnenziele auf der kognitiven, affektiven und verhaltensorientierten Ebene. Die Ziele beziehen sich auf verschiedene Phasen im Kampagnenprozess:

- Kontakt, Aufmerksamkeit und Sensibilisierung: Zu Beginn muss die Zielgruppe erreicht und Aufmerksamkeit erzeugt werden. Eine persönliche Sensibilisierung dem Problem gegenüber soll gegeben werden (kognitive Ebene).
- Verstehen und Wissensaneignung: Die Kampagnenbotschaften müssen richtig verstanden und die relevanten Kampagnenaussagen gelernt werden.
- Akzeptanz und Einstellungen: In einem dritten Schritt soll die Botschaft von der Zielgruppe akzeptiert werden, ob durch Zustimmung, Verstärkung oder durch Wandel bestehender Einstellungen (affektive Ebene).
- Verhalten: Zu letzt werden bestehende Verhaltensweisen durch Kanalisierung in eine bestimmte Richtung gelenkt. Die Ausführung neuer Verhaltensweisen soll durch Mobilisierung angeregt und/oder bestehende ungünstige Verhaltensweisen minimiert oder aufgegeben werden (verhaltensorientierte Ebene).

Auf eine kurze Formel gebracht sollten Kampagnenziele SMART sein:

Spezific	konkret
Measurable	messbar
Attainable	erreichbar
Realistic	realistisch
Time-limited	mit expliziten Zeitbezug

(Bonfadelli/Friemel 2008: 7)

Rogers und Storey (Bonfadelli/Friemel 2006: 35) unterscheiden weiters, ob a) Information oder Verhaltensänderung, b) das Individuum oder die Gesellschaft oder c) der Sender oder der Empfänger im Zentrum (von Kampagnenzielen) stehen.

Die verschiedenen Ebenen können nur nacheinander erreicht werden. Wichtig ist, nicht auf der kognitiven Ebene stehen zu bleiben, sondern auch Ziele auf der affektiven und Verhaltensebene anzusteuern.

9.5. Wahl der Strategie

Die Strategie (5) bildet die Antwort auf die Frage, wie ein bestimmtes Ziel bei einer spezifischen Zielgruppe erreicht werden soll. Sie stellt die Verbindung her zwischen den Zielen der Kommunikationskampagne und den Botschaften (Bonfadelli/Friemel 2006: 37; Bonfadelli/Friemel 2008: 7).

Viele Kampagnenplaner sind der Überzeugung, dass rationale Einsicht genügt um Verhaltensänderungen nach sich zu ziehen. Zu wenig Beachtung findet die Erkenntnis, das Verhalten affektiv motiviert, bedürfnisorientiert und sozial verankert ist.

Daher ist es auch wichtig, dass Kampagnen nicht nur die kognitive Ebene (rationalistische Bias!), sondern auch die affektive und soziale Ebene ansprechen. Es ist persönliche Betroffenheit bei der Zielgruppe und deren Umfeld zu erzeugen (ebd.: Bonfadelli 2000: 112f).

Bonfadelli und Friemel (Bonfadelli/Friemel 2006: 37f; Bonfadelli 2000: 112f) unterscheiden Kampagnenstrategien nach folgenden Typen:

Kognitive Strategie²: basiert darauf, dass der Mensch als vernünftiges bzw. rationales Wesen aufgrund von Einsicht handle, d.h. das Aufklärung über ein Problem allein schon hinreichend sei und eine entsprechende Verhaltensänderung bewirke. Oft

² Auf kognitiver Ebene wird im Bereich der Gesundheitskampagnen vor allem die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura erfolgreich angewandt (siehe Kapitel 11.6). In Ergänzung und als Weiterentwicklung der Lerntheorie kommt heute dem Self Efficacy Konzept (Kapitel 4.4.) wachsende Bedeutung zu.

orientieren sich staatliche Kampagnen an diesem einseitig vereinfachten Menschenbild.

Affektive Strategie: geht von der (ökonomischen) Annahme aus, dass der Mensch Gratifikationen maximiere und Aversionen vermeide. Dementsprechend stehen hier Belohnungen und Benefits, aber auch Sanktionen wie das Ansprechen von Furcht im Zentrum.

Soziale Strategie: betont, dass der Mensch ein soziales und geselliges Wesen ist, das Kontakt sucht, sich mit anderen vergleicht und sich an Gruppennormen orientiert. Gearbeitet wird hier mit Vorbildern oder Gruppendruck bzw. mit dem Mechanismus der Ablehnung durch die Gruppe bei einem Nichtbefolgen der Kampagnenziele.

9.6. Kampagnen-Output

9.6.1. Kampagnenbotschaften

Die Botschaften (6a) als Produkte der Kampagne sollen bei den Zielgruppen das erwünschte Verhalten bewirken. Sie sind das zentrale und sichtbarste Element einer Kommunikationskampagne. Es sollten klare Botschaften kommuniziert werden. Kampagnenbotschaften müssen Aufmerksamkeit erzeugen, Interesse wecken und gemäß den Intentionen der Planer verstanden werden und dazu noch überzeugen und Zustimmung erreichen. Dabei ist die Bestimmung der richtigen Informationsmenge oft schwierig. Hier gilt der Leitsatz: So wenig Information wie möglich, aber so viel wie nötig. Die Botschaften sollten daher klar, einfach und möglichst konkret sein und auf die anzusprechenden Zielgruppen hin zugeschnitten werden. Aspekte wie Alter, Geschlecht und Bildung und auch der kulturelle Hintergrund und die Normen der Zielgruppen sollten mitberücksichtigt werden. Zu letzt ist noch zu beachten, dass genügend Stimulanz – Überraschung und Humor – von den Botschaften ausgeht. Darüber hinaus sollten Verständlichkeit und Glaubwürdigkeit und auch die Relevanz der Information durch Begleitforschung getestet werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 85ff; Bonfadelli/Friemel 2008: 9f; Bonfadelli 2000: 113f)

9.6.2. Wahl der Medien

Kommunikationskampagnen stehen eine sehr breite Auswahl an modernen Massenmedien (6b) zur Verfügung, um ihre Botschaften an die Zielgruppen heranzutragen. Zu Beginn ist zu überlegen, ob man ein Massenpublikum oder ein

spezifisches Zielpublikum ansprechen möchte. Um die Masse anzusprechen, eignen sich Fernsehen, Presse und Plakate sehr gut. Im zweiten Fall sind Spezialmedien optimaler. Je nach Zielsetzung sind Dauer und Frequenz des Medieneinsatzes zu variieren (Bonfadelli 2000: 113).

Bonfadelli und Friemel (2006: 38 f.) unterscheiden vier Typen, wobei diese Kanäle immer in Kombination als sogenannter „Mediamix“ genutzt werden.

- 1) Massenmedien als Werbeträger (sog. „paid media“): TV, Radio, Zeitungen, Zeitschriften, Internet, Plakate und Kino – sind die wichtigsten Kanäle für den Transport von Kampagnenbotschaften.

Das Internet hat zwar eine potentiell große Reichweite, verlangt aber aktives Nutzungsverhalten der Zielgruppen, d.h. ist es nur in Kombination mit klassischen Medien sinnvoll.

- 2) Der redaktionelle Teil der Medien (sog. „free media“), beispielsweise redaktionelle Beiträge zum Thema.

- 3) Medien-Events, welche zuvor extra für die Medien organisiert werden.

Solche Events sind integraler Bestandteil von modernen Kampagnen und kombinieren medienvermittelte und interpersonale Kommunikation. Die Events sollten so konzipiert sein, dass im redaktionellen Teil von Medien über die Kampagne berichtet wird. Nur die Kombination von (Gratis-)Berichterstattung, zusammen mit dem (bezahlten) Medieneinsatz garantieren öffentliche Aufmerksamkeit.

- 4) Interpersonale Kommunikation: erlaubt im Unterschied zu den traditionellen Medien mehr Partizipation. Dies ist wichtig, wenn Interaktion und Feedback notwendig sind. Reagan und Collins (Bonfadelli/Friemel 2006: 98 zit. n. Reagan/Collins 1987: 560-563) bezeichnen die interpersonale Kommunikation bei Gesundheitsthemen sogar als wichtigsten Kanal.

9.7. Kampagnen-Evaluation

Kommunikationskampagnen sollten eine Evaluation (7) als integralen Bestandteil enthalten. Als Evaluation kann das Messen der Wirkung von Kommunikationskampagnen angesehen werden. Die Evaluation erfüllt gleichzeitig mehrere Ansprüche. Auf der einen Seite ermöglicht sie die permanente Kontrolle und Verbesserung einer Kampagne und dient der Legitimation gegenüber den

Stakeholdern, auf der anderen Seite aktiviert sie den Dialog unter Experten sowie die wissenschaftliche Forschung (Bonfadelli/Friemel 2006: 63).

Im Folgenden werden die Begriffe *Effekte*, *Effektivität* und *Effizienz* im Zusammenhang mit den Wirkungen von Kommunikationskampagnen und deren Evaluation erläutert:

Effekte (Wirkung)

Allgemein versteht man unter Effekte alle Veränderungen, welche auf die Kommunikationskampagne zurückgeführt werden können, auch unerwünschte Nebenwirkungen (Bonfadelli/Friemel 2008: 12). Jedoch sollen Kampagnen bei ihren Zielgruppen immer zum voraus festgelegte, intendierte und strategisch geplante Effekte auslösen, was aber nicht immer der Fall ist. Auch nicht intendierte, unvorhergesehene und unerwünschte dysfunktionale Wirkungen können eintreten (Bonfadelli/Friemel 2006: 63).

Windahl, Signitzer und Olsen (1992: 110 zit. n. Bonfadelli/Friemel 2006: 63) haben dazu eine 4er-Typologie möglicher Kampagneneffekte entwickelt:

Wirkungsabsicht			
		Intendiert und unerwartet	Nicht intendiert und unerwartet
Tatsächlich aufgetretene Wirkungen	Positiv und erwünscht	1) „Das erhoffen wir uns!“	2) „ist dies nicht wunderbar?“
	Negativ und unerwünscht	3) „Dieser Preis war zu bezahlen!“	4) „Oh, mein Gott!“

Abb. 9: Typologie möglicher Kampagneneffekte

Quelle: Bonfadelli/Friemel 2006: 63

Erhofft werden vor allem positive und erwünschte Effekte, 1) die zu Beginn der Kampagne als Zielsetzungen explizit formuliert worden werden. Jedoch kann es auch zu nicht intendierten und unerwarteten, aber durchaus positiven Effekten kommen, 2) wie etwa bei zusätzlichen Zielgruppen. Es kann aber auch vorkommen, 3) dass sich nicht erwünschte negative Wirkungen zeigen oder sich die Kampagne als Fehlschlag 4) erweist, weil die intendierten Effekte nicht realisiert wurden und zudem mehrheitlich nur unerwartet unerwünschte Effekte eintraten (ebd.).

Effektivität (Grad der Zielerreichung)

Die Effektivität umfasst nur jene Wirkungen, die als Zielsetzungen der Kampagne intendiert waren. Sie vergleicht die tatsächlich realisierten mit den erwarteten Zielsetzungen (Bonfadelli/Friemel 2008: 12).

Effizienz (Wirtschaftlichkeit)

Bei der Effizienz interessiert die Frage, ob das was gemacht wird, richtig gemacht wird. Die Effekte der Kampagne werden im Verhältnis zum getätigten Aufwand gesetzt. Eine Kampagne ist dann effizient, wenn die aufzuwendenden (ökonomische, materielle, zeitliche) Ressourcen als kostengünstig bezeichnet werden können (ebd.).

Die gängigste Unterscheidung von Prozessphasen differenziert zwischen der Evaluation von Ausgangslage, Prozess und Resultat. Coffmann (2002: 12ff zit. n. Bonfadelli/Friemel 2006: 66) unterscheidet vier Formen von Evaluationen:

Formative Evaluation (Sammlung von Informationen zur Gestaltung und Formung einer Kampagne), *Prozess Evaluation* (Untersuchung von Umsetzung und Verbreitung einer Kampagne), *Ergebnis Evaluation* (Untersuchung der bewirkten Resultate beim Zielpublikum) sowie *Impact Evaluation* (Untersuchung, ob die beabsichtigten Effekte erzielt wurden) (Bonfadelli/Friemel 2006: 66; Bonfadelli/Friemel 2008: 6).

Diese Begriffe werden immer wieder unterschiedlich definiert. Verbreitet ist daher auch zum Beispiel die Unterscheidung zwischen Ex-Ante oder prospektiver Evaluation (vor der Umsetzung), formativer Evaluation (während) und summativer Evaluation (gegen Ende oder nach Abschluss der Kampagne) (Bonfadelli/Friemel 2006: 66).

B. THEORIEPERSPEKTIVE

10. KOMMUNIKATIONSWISSENSCHAFTLICHE ANSÄTZE ZUR WIRKUNG VON MASSENKOMMUNIKATION

In diesem Kapitel soll der Frage nach den Wirkungen der Massenmedien nachgegangen werden. Es kann jedoch keine ausführliche Zusammenfassung aller bisherigen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medienwirkungsforschung gegeben werden.

Zunächst ist es notwendig auf den Begriff der Wirkung im Allgemeinen und auf den Wirkungsbegriff einzugehen. In der Folge soll ein Einblick in die relevantesten Perspektiven und Erkenntnisse der kommunikationswissenschaftlichen Ansätze zur Wirkung von Massenmedien gegeben werden.

Heute geht es in der Wirkungsforschung zunehmend um die Frage, unter welchen Bedingungen Wirkungen zustande kommen, hervorgerufen werden können und unter welchen Voraussetzungen Menschen bereit sind, ihre Meinungen und Einstellungen zu ändern.

In den folgenden Unterkapiteln sollen jene theoretischen Ansätze aufgezeigt und kritisch beleuchtet werden, die für eine mögliche Veränderung von Kampagnen von Bedeutung sein können.

10.1. Überlegungen zum Wirkungsbegriff

Die Frage nach den Wirkungen wird als das zentrale Problem der Massenkommunikation dargestellt. Die Frage lässt sich auch nicht einfach so beantworten. Zum einen gibt es eine derart große Anzahl an empirischen Befunden und Studien, aber die Zahl der abgesicherten Erkenntnisse ist vergleichsweise gering. Zum anderen wird die Frage selbst immer wieder als unangemessen klassifiziert, weil man sie entweder als „falsch gestellt“ betrachtet sieht oder sie in dieser globalen Form wissenschaftlich gar nicht beantwortbar ist. Tatsache ist, dass bis heute keine allgemeingültige Theorie und somit auch keine eindeutige Antwort auf die Frage nach den Wirkungen der Medien existiert (Burkart 2002: 186; 1992: 1).

Merten (1994: 292) spricht hier von Widersprüchen auf den Ertrag der Wirkungsforschung insgesamt. Viele Theoreme, Konzepte und Ergebnisse der Wirkungsforschung erweisen sich bei genauerer Prüfung als valide. *„Während der mainstream der Wirkungsforschung noch unterstellt, daß die Wirkungen der Medien mittlerweile eher als schwach und vernachlässigbar anzusehen seien, wird diese*

Unterstellung zum gleichen Zeitpunkt bereits als historischer Irrtum entlarvt.“ (ebd.)
Dazu Neumann: „[...] Die heutige Kommunikationsforschung ist [...] von den zum Teil noch heute geäußerten Vorstellungen, Medienwirkung sei nur schwach oder gar nicht nachweisbar [...] weit entfernt.“ (Merten 1994: 292 zit. n. Noelle-Neumann 1989: 389)

Die Wirkungsfrage wird immer wieder aus verschiedenen Perspektiven und Blickwinkeln, mit unterschiedlichen Erkenntniszielen gestellt. Bezogen auf die Erforschung von Medienwirkungen bedeutet dies, dass sich mit den Veränderungen in den und um die Medien (z.B. Veränderungen in der medialen Infrastruktur, des inhaltlichen Angebots der Medien, der Rezeptionsgewohnheiten des Publikums) immer auch die Voraussetzungen ändern, unter denen Medien wirksam werden können (Burkart 2002: 187).

10.2. Der Begriff „Wirkung“

Der Wirkungsbegriff stammt aus den Naturwissenschaften und wurde dort als strenge Relationierung von Ursache und Wirkung entwickelt. Er richtet sich nach einem kausalen Schema, welches davon ausgeht, dass durch die von einer bestimmten Ursache hervorgerufenen Folgen auch bestimmte Wirkungen ausgehen (Merten 1994: 292ff).

In der anglo-amerikanischen Literatur wird Wirkung oft als „effects“, „impact“, „reactions“, „responses“ oder „success“ bezeichnet. Von den deutschen Wörtern „Wirkungen“, „Einflüsse“, „Beeinflussungen“ und „Effekt“ hat sich eindeutig der Begriff der „Wirkungen“ durchgesetzt (Maletzke 1978: 189).

Angesichts der großen Zahl an Arbeiten und Studien über Wirkungen gibt es keine einheitliche und klar umrissene Vorstellung die das Wort „Wirkung“ genau bestimmt. Während Forscher wie Katz und Lazarsfeld mit Wirkungen die Veränderungen der Meinungen und Einstellungen des Rezipienten meint, verstehen andere Forscher darunter die Einflüsse auf das Verhalten oder die kognitiven Effekte (ebd.).

Maletzke (1978: 189f) versucht diese begrifflichen Unklarheiten durch zwei unterschiedliche Wirkungsbegriffe – eine weiten und einen engen Wirkungsbegriff - in den Griff zu bekommen.

Die weite Fassung des Wirkungsbegriffs soll alle Wirkungsmöglichkeiten der Massenkommunikation umfassen und was beim Rezipienten „bewirkt“ werden kann.

Als Wirkungen im allgemeinsten und weitesten Sinn beschreibt Maletzke den Begriff Wirkung als

„sämtliche beim Menschen zu beobachtenden Verhaltens- und Erlebensprozesse, die darauf zurückzuführen sind, daß der Mensch Rezipient im Felde der Massenkommunikation ist.“

Dieser Wirkungsbegriff schließt sämtliche auf der Massenkommunikation beruhenden Prozesse beim Rezipienten in sich ein und umfasst alle drei Phasen, die wir bei der Begegnung des Menschen mit Aussagen der Massenkommunikation zu unterscheiden haben: die präkommunikative, die kommunikative und die postkommunikative Phase (Maletzke 1978: 190). Die präkommunikative Phase umfasst den Zeitraum vor dem Kontakt mit den Medien. Die kommunikative Phase ist die Phase, in der sich der Mensch rezipierend mit der vermittelten Botschaft beschäftigt und die letzte Phase, die postkommunikative umfasst den Zeitraum nach dem Empfang der Aussage der Botschaft. Dieser allgemeine und weite Begriff wird allerdings nicht der tatsächlich geübten Forschungspraxis gerecht und ist vom allgemeinen Sprachgebrauch weit entfernt (Burkart 2002: 189).

Aus diesem Grund hat Maletzke (1978: 190) eine engere Fassung des Wirkungsbegriffs formuliert.

Unter Wirkungen im engeren Sinn versteht er

„sämtliche Prozesse, die sich in der postkommunikativen Phase als Folgen der Massenkommunikation abspielen und in der eigentlichen kommunikativen Phase alle Verhaltensweisen, die aus der Zuwendung des Menschen zu Aussagen der Massenkommunikation resultieren.“

Dabei sind die Wirkungen der postkommunikativen Phase die, die am häufigsten untersucht wurden und werden. Dabei geht es vor allem um den Wechsel des Verhaltens der Rezipienten, nach dem sie der Botschaft der Massenmedien ausgesetzt waren. Untersucht wurden manifestes, offenes Verhalten wie etwa Wählen oder Kaufen, aber auch latente Verhaltensänderungen, die sich im Wissenszuwachs oder in Meinungsänderungen manifestieren (Burkart 2002: 189).

Es liegen nur wenige Versuche vor, den Begriff der Wirkung zu definieren. Maletzke bringt 1981 eine weitere Definition ohne Anspruch auf absolute Präzision, die jedoch für die meisten Zwecke ausreichend ist. Er bezeichnet Wirkungen als

„alle Veränderungen bei Individuen und in der Gesellschaft, die durch Aussagen der Massenkommunikation oder durch die Existenz von Massenmedien entstehen.“ (Maletzke 1981: 5)

Zum einen können Wirkungen durch den Inhalt von Aussagen zustande kommen, die der Rezipient aufnimmt, zum anderen dadurch, dass es die Medien gibt. Die Medien werden zu einem großen Teil in der Freizeit rezipiert.

Nach Maletzkes Definition wird zwischen zwei Grundarten von Wirkungen unterschieden: Veränderungen beim Individuum und Veränderungen in der Gesellschaft. Die Wirkungsforschung orientierte sich bisher nur am Individuum, die gesellschaftlichen Wirkungen wurden vernachlässigt. Über individuelle Wirkungen gibt es viel mehr Studien als über die gesellschaftlichen Wirkungen, da individuelle Wirkungen konzeptuell und methodisch leichter zu erfassen sind (Maletzke 1981: 5f).

10.3. Wirkungsbereiche- und formen

Durch die Wirkung von Massenkommunikation können bei den Rezipienten Veränderungen eintreten. Bei den vielfältigen individuellen Wirkungen wird zwischen vier Haupt-Wirkungsbereichen unterschieden:

- (a) Wissen: Der Mensch kann durch die Massenkommunikation sein Wissen um Daten, Fakten, Informationen und Zusammenhänge erweitern. Er lernt durch die Medien. Die Forschung untersucht, was und wie viel der Rezipient unter welchen Bedingungen lernt. Dabei ist wichtig, wie die Aussage nach Inhalt und Form gestaltet ist, mit welchem Medium vermittelt wird und in welcher Situation sich der Rezipierende gerade befindet. Ein wichtiger Faktor ist der Rezipient selbst: seine Persönlichkeit, seine Intelligenz, seine Einstellungen und Interessen, seine Bedürfnisse, Gruppenzugehörigkeit etc.
- (b) Einstellungen: werden oft unterteilt in Meinungen und Attitüden. Darunter versteht man die Stellungnahmen der Menschen zu Dingen, Personen, Gruppen, Zuständen und Vorgängen. Dabei werden Meinungen als äußerliche, oberflächliche und leichter zu beeinflussbare Stellungnahmen beschrieben. Hingegen sind Attitüden stabiler, stärker motivierend und

handlungsbeeinflussender als Meinungen. Die Übergänge zwischen beiden Bereichen sind unklar und fließend. Meinungen muss man mit anderen Methoden untersuchen als Attitüden.

- (c) Verhalten: Das Verhalten kann durch den Inhalt von Aussagen der Massenkommunikation und durch die Nutzung der Medien beeinflusst werden. Dabei wird unterschieden zwischen beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen. Beabsichtigte, planmäßige Verhaltensbeeinflussung kann unter pädagogischer, politischer oder kommerzieller Zielsetzung erfolgen. Bei der Medienwerbung werden beispielsweise durch die Beeinflussung der Menschen zu einem bestimmten Konsumverhalten, kommerzielle Zielsetzungen angestrebt. Aber es können sich auch unbeabsichtigte, unerwünschte Verhaltensänderungen einstellen. Beide Formen - beabsichtigt und unbeabsichtigt – können ebenso Wirkungen im Wissens-, Einstellungs- und emotionalen Bereich hervorrufen.
- (d) Emotionen: werden durch Medienaussagen beeinflusst, ob euphorisierende oder deprimierende Wirkungen oder Emotionen wie Ärger, Angst, Freude, Zorn, Sympathie oder Rührung. Bisher wurde der Bereich der Emotionen nur in den ersten Ansätzen erforscht (Maletzke 1981: 6ff).

Derartige Einteilungen in vier Haupt-Wirkungsbereiche enthalten eine gewisse Problematik, da die Wirkungen oft funktional voneinander abhängen und ohne klare Grenzen ineinander übergehen.

Weitere Dimensionen sind kurzfristige und langfristige Wirkungen oder einmalige und wiederholte Wirkungen. Jede dieser Wirkungsformen lässt sich auf die vier Haupt-Wirkungsbereiche anwenden (Maletzke 1981: 10).

Wirkungen entstehen nicht immer nur eindeutig durch Massenkommunikation. Der Mensch ist täglich so vielen Eindrücken ausgesetzt, dass es meist schwer ist zu bestimmen, welche Wirkungen die Medienaussagen haben und ob bestimmte Veränderungen beim Rezipienten auf bestimmte Aussagen beruhen. Es sind immer mehrere Faktoren zu berücksichtigen, wenn beim Rezipienten bestimmte Wirkungen zu beobachten sind (Maletzke 1981: 46).

Meist bringen Veränderungen in einem Bereich auch Wirkungen im anderen Bereich mit sich. Wenn beispielsweise Einstellungen eines Menschen beeinflusst werden, ändert sich dadurch oft auch sein Wissen, seine Emotionen und sein Verhalten.

Oft gelingt es Forschern gar nicht, die Wirkungsphänomene eindeutig in eine Gruppe einzuordnen, da man sie oft zwei Kategorien zuordnen kann (Maletzke 1981: 10; Vgl. Schenk 2007: 34; Vgl. Burkart 2002: 189).

Da bis heute kein theoretischer Ansatz vorhanden ist, der möglichst alle Arten von Wirkungen integriert, kompensiert man das Fehlen eines umfassenden Wirkungskonzepts damit, sich auf nur eine Wirkungsart zu beschränken, die eng mit allen anderen Wirkungsarten verknüpft ist. Als eine mit praktisch allen anderen Wirkungsbereichen verwobene Wirkungsart gilt das Einstellungs- und Meinungskonzept (Burkart 2002: 190).

Im nächsten Abschnitt soll das Einstellungs- und Meinungskonzept kurz beschrieben werden.

10.4. Einstellungs- und Meinungskonzept

Einstellungen beeinflussen unsere Art des Fühlens, Wahrnehmens und Handelns. Sie sind relativ dauerhaft, wertorientiert oder affektiv und nicht direkt wahrnehmbar. Einstellungen lassen uns die Umwelt bewerten, so wie wir sie sehen wollen. Sie variieren zwischen verschiedenen Individuen, Gruppen und Kulturen. Was in einer Kultur als typisch für eine bestimmte Gruppe gilt, ist in einer anderen Kultur ganz anders. Wir haben Einstellungen zu Einzelpersonen, Personengruppen, Institutionen, gedanklichen Konzepten (z.B. der Demokratie, der Freiheit), Zielsetzungen, Situationen, Handlungsanweisungen (z.B. Rauchen, Sport) und vielen anderen. Auch das, was wir als Werte bezeichnen, sind letztendlich Einstellungen, z.B. Vertrauen, Motivation, Loyalität (Martens 2009: 23ff).

Roth (1967: 38f zit. n. Triandis 1975: 3) versucht den Einstellungsbegriff von verwandten Begriffen - wie Aufgabe, Bewusstseinslage, Meinung, Stereotyp, Vorurteil, Wert – abzugrenzen, was eine zunehmende Schwierigkeit darstellt, da viele Begriffe mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen aufweisen.

Der Begriff Einstellung wird sehr unterschiedlich definiert und eine allen Aspekten des Phänomens gerecht werdende Definition ist nicht möglich. Jedoch findet man in den meisten Definitionen einen gemeinsamen Bestandteil: „die Bereitschaft zur Reaktion

auf eine Situation.“ Es gibt über 100 verschiedene Einstellungstheorien. Aus diesem Grund sind die Definitionen eher Theorieansätze oder implizieren Theorien (Six/Schäfer 1985: 9).

Stroebe (1980: 142 zit. n. Six/Schäfer 1985: 9) definiert Einstellung folgendermaßen:

„Einstellung wird hier als Bereitschaft zur positiven oder negativen Bewertung eines Einstellungsobjektes definiert, die auf Gefühlen und Meinungen über diesen Einstellungsgegenstand beruht.“

Triadis (1975: 35) Definition über Einstellung besteht aus drei Komponenten:

„Eine Einstellung ist eine mit Emotionen verbundene Vorstellung [...]. Sie besteht aus kognitiven, affektiven und verhaltensorientierten Komponenten und erfüllt mehrere Funktionsarten: Sie hilft dem Einzelnen sich anzupassen, sein Selbst zu bewahren, die eigenen Wertvorstellungen zu verwirklichen und seine Umwelt zu verstehen.“

Klima beschreibt Einstellung als *„auf ein Objekt (Gegenstand, Person, Idee usw.) mit bestimmten (positiven oder negativen) Gefühlen, Wahrnehmungen und Vorstellungen sowie Verhaltensweisen zu reagieren.“* (Burkart 2002: 190 zit. n. Klima 1975: 156)

Jede Einstellung ist in drei zentrale Bestandteile (Komponenten) zerlegbar: in eine *kognitive (oder Wissens-) Komponente*, in eine *affektive (oder Gefühls-) Komponente* und eine *konative (oder Handlungs-)Komponente*. Man kann davon ausgehen, dass zwischen diesen Komponenten Beziehungen und Zusammenhänge bestehen, die Abhängigkeiten bilden.

Die *kognitive Komponente* der Einstellung drückt das subjektive Wissen und Denken eines Rezipienten über einen Gegenstand aus. Dies äußert sich in den Vorstellungen, Ideen oder Glaubensüberzeugungen des Individuums in Bezug auf das betreffende Objekt. Eine Person sieht eine Sache als grundsätzlich gut oder schlecht, als wertvoll oder wertlos, als erwünscht oder unerwünscht.

Die *affektive oder Gefühlskomponente* einer Einstellung verknüpft ein bestimmtes Gefühl mit dem betreffenden Objekt oder der Kategorie von Objekten.

Es bezeichnet die Emotionen, von der die betreffende Vorstellung oder Wahrnehmung begleitet wird. Dabei können positive wie negative affektive Komponenten entstehen. Fühlt sich jemand beispielsweise in der Gegenwart von Kindern wohl, dann ist das eine positive affektive Komponente.

Die dritte Komponente, die *Verhaltenskomponente* meint die Verhaltenstendenzen, die durch die Vorstellung oder Wahrnehmung des jeweiligen Objekts wachgerufen werden. Ein Objekt, das auf die Einstellung des Individuums bezogen ist, ruft regelmäßig

bestimmte Handlungstendenzen hervor, zum Beispiel bestimmte Menschengruppen zu fördern und zu unterstützen oder im Fall einer negativen Einstellung den jeweiligen Menschen zu schädigen.

Da es sich um eine mit der Einstellung verbundene Aktionsbereitschaft handelt, muss die betreffende Handlung nicht tatsächlich ausgeführt werden (Süllwold 1969: 475ff; Triandis 1975: 4).

In Bezug auf die Gesundheitskommunikation stellt sich die Frage, ob man eine Information in Gesundheit umsetzen kann? Das vereinfachte Medienwirkungsmodell, dass Hurrelmann und Leppin (2001: 133f) aufstellen, dass *Information* die an den Empfänger gelangt, verstanden wird und der Empfänger seine *Einstellung* entsprechend ändert und gleichzeitig sein *Verhalten* darauf einstellt, ist fraglich.

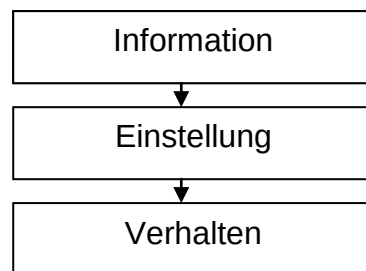


Abb. 10: Vereinfachtes Medienwirkungsmodell

Quelle: Hurrelmann/Leppin 2001: 133

Von solchen Wirkungsmodellen wurde anfangs in der publizistikwissenschaftlichen Medienwirkungsforschung ausgegangen. Inzwischen gibt es komplexere Wirkungsmodelle.

Flay (zit. n. Hurrelmann/Leppin 2001: 133f) entwickelte 1982 ein erweitertes Modell zur Informationsverarbeitung und Einstellungsänderung, welches folgendermaßen aussieht: Auf der kognitiven Ebene muss es zuerst zur *Konfrontation* mit der Information kommen und dann zur *Bewusstwerdung* dieser Information und schließlich zur Verarbeitung als Wissen. Beispiel: Dieses *Wissen*, dass Rauchen Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen verursachen kann, wird im Gedächtnis gespeichert. Erst wenn den bewusst gespeicherten Informationen auch innerlich zugestimmt wird, spricht man von *Überzeugungen*. An dieser Stelle beginnt der Übergang zur affektiven Informationsverarbeitung. Nun folgen die inneren Handlungsantriebe. Es bildet sich eine *Einstellung* zu bestimmten Dingen. Das Beispiel Rauchen: Eine Person ist davon

überzeugt, das Rauchen schädlich ist. Sie fasst den Entschluss mit dem Rauchen aufzuhören und trifft somit eine Entscheidung. Man muss hierbei aber zwischen der *Intention* zu einer Handlung und dem tatsächlichen *Verhalten* unterscheiden.

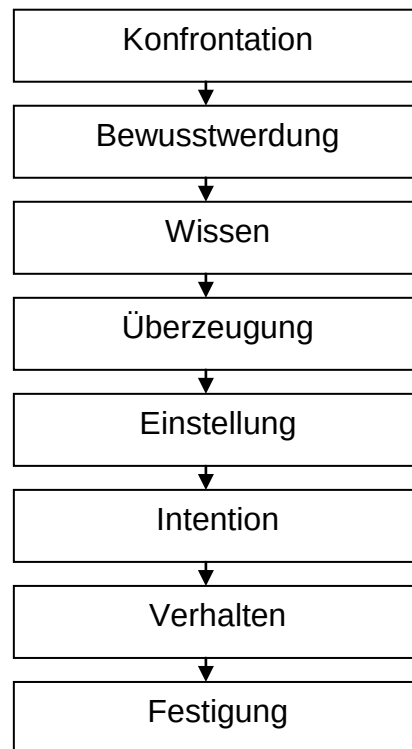


Abb. 11: Erweit. Modell zur Informationsverarbeitung u. Einstellungsänderung

Quelle: Flay 1982 zit. n. Hurrelmann/Leppin 2001: 134

Jedoch sagt diese Modell noch nichts über die Bedingungen aus, unter denen sich die Wahrscheinlichkeit für Änderungen und Überzeugungen, Einstellungen und letztendlich des Verhaltens erhöhen. Dafür wurde ein Modell entwickelt, das verschiedene Ansätze wie das Health-Belief-Modell oder die Theorie der Verhaltenssteuerung miteinander kombiniert (Hurrelmann/Leppin 2001: 134). Auf das Health-Belief-Modell wird näher in Kapitel 4.5 eingegangen.

Roth (1967: 38-43 zit. n. Schenk 2007: 34f) unterscheidet vier Bestimmungskriterien für Einstellungen:

- (1) Einstellungen sind hypothetische Konstrukte: Sie sind nicht direkt oder unmittelbar beobachtbar, sondern müssen aus gleichgerichteten Verhalten erschlossen werden. Sie stellen Vorhersagen für künftiges Verhalten dar und sind demnach vermittelnde Variablen zwischen Reiz und Reaktion (Martens 2009: 24).

(2) Einstellungen sind gegenstandsbezogen: All das, wozu ein Individuum in Beziehung treten kann, ob soziale Institutionen oder Gruppen und alles was Inhalt seines Erlebens ist. Dabei ist die subjektiv erlebte Welt maßgebend – vor allem auch für die Überredungskommunikation.

(3) Einstellungen werden im Laufe des Lebens erworben: Sie bilden sich nicht aus vorgegebenen individuellen Anlagen, sondern entstehen durch konkrete Erfahrungen. Diese können an Vorbilder oder soziale Gruppen weitergegeben werden und Ergebnis eines Informationsaustausches sein.

(4) Das vierte Kriterium von Einstellungen ist ihr Systemcharakter: Einstellungen sind Funktionseinheiten, von denen Erleben und Verhalten abhängen. Sie sind jener Zustand des Systems, zu dem alle psychischen Funktionen in Bezug auf einen Gegenstand zusammengeschlossen sind.

10.4.1. Funktionen von Einstellungen

Die funktionale Betrachtungsweise von Einstellungen ist vor allem wichtig, da durch die Bestimmung der Funktion einer Einstellung eine Einstellungsänderung vorgezeichnet ist. Vier verschiedene Funktionen werden von Katz (1960 zit. n. Six/Schäfer 1985: 18) unterschieden. Alle Funktionen lassen sich inhaltlich nur schwer voneinander abgrenzen. Sie sind empirisch kaum überprüfbar.

1. Anpassungsfunktion: Menschen versuchen in ihrer Umwelt ein Maximum an Belohnung und ein Minimum an Bestrafungen zu erhalten.
2. Ichverteidigungsfunktion oder Selbstbehauptungsfunktion: unterstützt die Abwehr oder die Regulierung innerpsychischer Konflikte und der Verteidigung des Selbstbildes.
3. Selbstdarstellungsfunktion oder Wertdarstellungsfunktion: dient zur positiven Darstellung der eigenen Person.
4. Wissens- oder Erkenntnisfunktion: dient vor allem der Strukturierung der Umwelt. Einstellungen sind Orientierungsmuster zum Verständnis der Umwelt. „*What a theory is for an empirical scientist, an attitude is for man in his social life.*“ (McGuire 1969: 158 zit. n. Six/Schäfer 1985: 18)

Es wird eine stark präferierte funktionale Betrachtungsweise psychischer Prozesse deutlich.

Kelman (1980 zit. n. Schäfer/Six 1985: 18f) hat eine funktionale Analyse der Einstellungsänderungsprozesse vorgenommen. Die Bedingungen, die an eine Einstellungsänderung geknüpft sind, sieht Kelman als die drei zentralen Merkmale von Einstellungen an:

a) Einstellungen haben eine funktionale Grundlage.

Einstellungen werden als Produkte der individuellen Anstrengung angesehen, Informationen über einen Gegenstand in einem bestimmten motivationalen Kontext zu verarbeiten. Einstellungen basieren auf bestimmten funktionalen Bedeutungen, die die Situation für uns hat, den Zielgruppen, die wir verfolgen, die Werte, die wir maximieren wollen, den Verarbeitungsprozess, an denen wir beteiligt sind.

b) Einstellungen sind sozial verbreitet.

Einstellungen haben immer eine soziale Bezugsgröße. Sie entstehen in der sozialen Interaktion und werden mit anderen Mitgliedern verschiedener Gruppen, Organisationen und Gemeinschaften geteilt. Und sie sind als Resultat eines sozialen Interaktionsprozesses anzusehen.

c) Einstellungen sind sozial verbreitet.

Sie haben in Bezug auf ihr Einstellungsobjekt unterschiedliche Akzeptanzbereiche. Einstellungen sind nicht immer eindeutig zu lokalisieren. Es gibt positive und negative Beziehungen und Handlungen gegenüber eines Einstellungsobjekts.

10.4.2. Abgrenzung von Einstellungen und Meinungen

Die Begriffe Einstellungen und Meinungen werden in der Literatur oft synonym verwendet. In diesem Abschnitt soll der Versuch unternommen werden, Attitüden und Meinungen voneinander zu unterscheiden und die Anhaltspunkte verschiedener Forscher zu den Begriffen darzustellen.

Nach Maletzke (1972: 1530 zit. n. Schenk 2007: 36) stellen Meinungen äußere Standpunkte dar, die leicht zu verbalisieren sind, aber nur eine geringe Motivationskraft für ein Handeln haben. Einstellungen sind weniger leicht verbalisierbar, da sie sehr viel tiefer in der Persönlichkeit eines Menschen verankert und stabiler sind. Einstellungen haben eine stärkere Motivationskraft für Handlungen.

Hovland et al. (1953: 7f zit. n. Schenk 2007: 36) gehen davon aus, dass sich Meinungen und Einstellungen gegenseitig sehr beeinflussen und interaktiv sind. Sie

machen den Vorschlag, den Begriff der Einstellung für die *„generelle Orientierung von Rezipienten gegenüber einem Objekt“* zu benutzen und Meinung als *„speziellen Ausdruck der breiten Einstellung“*. Als Meinung werden Überzeugungen, Interpretationen und Erwartungen verstanden, die verbalisierbar sind.

Secord und Backman (1964 zit. n. Süllwold 1969: 476f) versuchen Einstellungen von Meinungen insofern zu unterscheiden, dass sie Meinungen durch einen kognitiven Faktor bestimmt sehen sowie durch das Bewusstsein der Subjektivität. Den wesentlichen Unterschied sehen sie darin, dass die affektive Komponente bei der Bildung einer Meinung entweder ganz fehlt oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Beim Begriff der Einstellung hingegen spielt die Gefühlskomponente eine zentrale Rolle.

Ebenso betont Thurstone (1946 zit. n. Süllwold 1969: 477) den affektiven Charakter der Einstellung. Thurstone versteht unter der Einstellung eines Individuums den *„Grad bzw. die Intensität des positiven oder negativen Gefühls, das mit einem sogenannten „psychologischen Objekt“ verbunden ist.“* Psychologische Objekte sind Personen, Institutionen, Aussagen in Form von Feststellungen, Behauptungen oder Forderungen, Ideen, Symbole etc.

Akzeptiert man nun das Einstellungskonzept als die umfassendste Wirkungsart, lautet die Fragestellung empirischer Wirkungsforschung, ob und wie stark Rezipienten ihre bestehenden Einstellungen oder Meinungen bei synonyme Verwendung durch persuasive Massenkommunikation ändern (Schenk 2007: 37).

10.4.3. Einstellungen und Verhalten

Einstellungen entstehen durch die Äußerungen eines Einzelnen über ein Einstellungsobjekt. Sie werden erschlossen aus dem, was sie gegenüber diesen Gegenständen empfinden und aus der Art, in der sie sich ihnen gegenüber verhalten wollen. In welchem Ausmaß sich jemand aber so verhält, dass er das tut was er sagt, fühlt und beabsichtigt wird als Problem der Beziehung von Einstellung und Verhalten bezeichnet. Viele sehen eine sehr enge Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten, was in der Tat aber nicht so ist. Es herrscht eine eher schwache Beziehung vor.

Aber das Verhalten ist nicht nur durch das bestimmt, was die Leute gerne tun möchten, sondern auch durch das, was sie meinen, dass sie tun sollen, d.h. durch soziale

Normen und durch das, was sie normalerweise getan haben, d.h. durch Gewohnheiten und durch die erwarteten Folgen dieses Verhaltens (Triandis 1975: 20).

Verhalten ist eine Funktion a) der Einstellungen, b) Normen, c) Gewohnheiten und d) der Verstärkungserwartungen (Belohnungen).

Dem ist hinzuzufügen, dass Einstellungen alleine kein Verhalten vorhersagen können, Einstellungen zusammen mit Normen und Gewohnheiten sehr wohl (Triandis 1975: 22f). Triandis (1975: 20) unterscheidet in Anlehnung an Rotter (1967) zwei verschiedene Verstärkungserwartungen, spezifische und generelle Erwartungen. Spezifische Erwartungen sind an die jeweilige, besondere Situation gebunden. Verstärkungsquellen sind soziale Anerkennung, Übereinstimmung zwischen privaten Ansichten und dem eigenen Verhalten etc.

11. WIRKUNGEN IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welche Wirkung Gesundheitskommunikation erzielt. Der Schwerpunkt liegt dabei darauf, die Ansätze der Medienwirkungsforschung in Hinblick auf Aspekte von Kampagnen im Gesundheitsbereich näher zu beleuchten um zu klären, ob und wie Gesundheitskampagnen in den Medien wirken.

11.1. Konsistenztheoretische Modelle

Seit den 50er Jahren existieren eine Reihe konsistenztheoretischer Modelle. In diesem Abschnitt sollen die wichtigsten konsistenztheoretischen Ansätze für den massenkommunikativen Wirkungsprozess vorgestellt werden. Es erscheint nicht sinnvoll, auf die verschiedensten Modellvarianten wie das ursprüngliche Gleichgewichtsmodell von Heider, das Kongruenzmodell von Osgood und Tannenbaum und vielen weiteren Modellen im Detail einzugehen.

Grundsätzlich bauen die Kognitionstheorien auf lerntheoretischen Ansätzen auf.

Konsistenztheorien sind eine „Gruppe von kognitiven Theorien, die postulieren, dass Personen bestrebt sind, einen harmonisch-konsistenten Zusammenhang ihrer Kognitionen aufrechtzuerhalten oder herzustellen.“ (Six/Schäfer 1985: 38) Ähnlich formuliert Schenk (2007: 139): Allen konsistenztheoretischen Ansätzen gemeinsam ist die Grundannahme, dass Personen dahin tendieren, „interne Inkonsistenzen zwischen ihren interpersonalen Beziehungen, intrapersonalen Kognitionen oder zwischen ihren Überzeugungen, Gefühlen und ihrem Verhalten zu minimieren.“

Vereinfacht gesagt, streben alle Individuen in ihrem Leben nach Gleichgewicht, Harmonie, innerer Stabilität und Zufriedenheit. Es wird versucht, alle Widersprüche zwischen Wissen und Tun aufzulösen und nach Informationen gesucht, die die Handlung unterstützen und bestätigen.

Der Mensch tendiert dazu, zwischen seinen Einstellungen und/oder Verhaltensweisen einen Zustand der Übereinstimmung und Vereinbarkeit (= der Konsistenz) zu erreichen und auch zu erhalten. „Kognitives Gleichgewicht“ (Konsonanz, Konsistenz, Kongruenz) liegt vor, wenn zwei zusammenhängende Bewusstseinsinhalte in Einklang miteinander sind, „kognitives Ungleichgewicht“ (Dissonanz, Inkonsistenz, Inkongruenz) liegt vor, wenn dieser subjektiv empfundene Einklang fehlt. Dies nennt man auch einen inneren

Spannungszustand, der nach Aufhebung dieses Verhältnisses drängt (Burkart 2002: 204).

Ein Beispiel zum kognitiven Ungleichgewicht: Empfängt eine Person, die gerne raucht, die Aussage „Zigaretten fördern Lungenkrebs“, so handelt es sich hier um einen Zustand der kognitiven Inkonsistenz. Die Bewusstseinsinhalte, kognitiven Elemente stehen nicht im Einklang miteinander. Die Person versucht nun – den konsistenztheoretischen Annahmen entsprechend – diesen Zustand zu beseitigen und wieder ein kognitives Gleichgewicht herzustellen (Burkart 2002: 204).

Mit Hilfe der konsistenztheoretischen Ansätze können nicht nur Wirkungen der kommunikativen und postkommunikativen Phase, sondern auch der präkommunikativen Phase berücksichtigt werden. Dadurch ist es möglich, Aussagen über den Vorgang der aktiven Selektion des Rezipienten aus dem massenmedialen Angebot zu machen. Selektion ist für jeden Kommunikationsvorgang bedeutsam.

Menschen versuchen Inkonsistenzen abzubauen, in dem sie sich nur den Aussagen der Massenmedien aussetzen, die sie interessieren. Sie wählen aktiv aus was sie rezipieren möchten (Burkart 2002: 205f). Es wird oft nur das wahrgenommen, was man wahrhaben will. Angenehme Inhalte werden während des Wahrnehmungsvorgangs bevorzugt, unangenehme Inhalte werden oft übersprungen oder gar nicht berücksichtigt (Hurrelmann/Leppin 2001: 132 zit. n. Rogers 1973; Lerg 1975).

Burkart (2002: 206f) nennt dies auch die Reduktion des Ungleichgewichts durch Verdrängung des Gelesenen, Gehörten oder Gesehenen. Aussagen, die kognitives Ungleichgewicht herstellen, werden weniger im Gedächtnis behalten als solche, die dies nicht tun.

Auch die Interpretation von massenmedial vermittelten Aussagen kann konsistenztheoretisch erklärt werden. Hier findet eine Umdefinition der Bedeutung einer Aussage statt. Danach versuchen Menschen, die durch eine empfangene Botschaft in eine kognitive Inkonsistenz geraten sind, diese dadurch zu beseitigen, dass sie eines der zueinander in Beziehung gebrachten kognitiven Elemente differenzieren (Burkart 2002: 206).

Das Raucherbeispiel: Der Raucher definiert die Aussage „Zigaretten fördern Lungenkrebs“ um, indem er das Einstellungsobjekt „Zigarette“ differenziert und zu dem Schluss kommt: „Filterzigaretten fördern nicht Lungenkrebs.“ (Burkart 2002: 206)

Schon alleine bei der Auswahl des Mediums spielt das Selektionsverhalten eine Rolle, bestimmte Inhalte werden bevorzugt, andere wiederum ausgeblendet. Schließlich wird

nur das behalten, was in das Wertesystem der rezipierenden Person passt (Hurrelmann/Leppin 2001: 132 zit. n. Merten 1994: 312).

11.2. Theorien der kognitiven Konsistenz

In den letzten Jahrzehnten sind eine Reihe von Theorien aufgestellt worden, die von der Voraussetzung ausgehen, dass *„Individuen die Inkonsistenz kognitiver Elemente als unangenehm erleben und daher versuchen werden, ein größeres Ausmaß von Kongruenz zu erzielen.“* (Triandis 1975: 105)

Die Entwicklung sozialpsychologischer Konsistenztheorien begann mit einer Arbeit von Heider 1946. Heider nennt zwei Annahmen, auf die sich die Theorien hauptsächlich stützen.

1. Menschen nehmen die sie umgebende Realität nicht als einzelne Elemente wahr, sondern als vorstrukturierte Einheiten und leiten ihre Urteile über die Elemente daraus ab. Diese Annahme wurde zur Grundlage der *Konsistenz- und Dissonanz-Theorien*.
2. Menschen sind zwanghafte Ursachen-Sucher, die allen Erscheinungen Ursachen zuschreiben und dabei regelhaft auf verschiedene Quellen verweisen. Diese Annahme wurde zur Grundlage der *Attributions-Theorien*. (Kepplinger 2009: 687)

Weiters brachte Heider das Balance-Modell hervor. In diesem Modell ging er der Fragestellung nach, auf welcher Art Personen ihre Beziehungen zu anderen Personen und zu ihrer Umgebung sehen. Dabei konzentrierte sich Heider auf drei Elemente: die Person selbst (Ego), eine andere Person (O) und ein Objekt (X) (Schenk 2007: 140). Grundannahme dieser Theorie ist, dass Personen Beziehungen zwischen ihren Kognitionen anstreben, die einem Muster des „Gleichgewichts“ entsprechen (Six/Schäfer 1985: 38).

Zwischen all diesen konsistenztheoretischen Modellen listete McGuire (1967: 403-405 und 407f zit. n. Schenk 2007: 140) allgemeine Ursprünge und Reduktionsmöglichkeiten von Inkonsistenzen auf. Als Ursprünge von Inkonsistenzen nennt McGuire

- (1) die logischen Unzulänglichkeiten des menschlichen Gedankenapparates, der zu Ambiguitäten führen kann,
- (2) die aus dem gesellschaftlichen Kontext heraus übertragenen Inkonsistenzen, die auf das Individuum wirken, beispielsweise Rollenkonflikte,
- (3) die sich ständig ändernde Umwelt, die dem einzelnen neue Denkkonzepte abverlangt,
- (4) jeglicher externer Druck auf das Verhalten und
- (5) neue Informationen via persuasiver bzw. medialer Kommunikation, interpersonaler Interaktion oder direkter Erfahrung am Objekt, die nicht mit bisher gehaltenen Überzeugungen zusammenfallen.

Die Individuen versuchen, Inkongruenz innerhalb ihrer Überzeugungen und zwischen ihren Überzeugungen und Wünschen auf ein Minimum zu reduzieren. Macht man eine Person auf inkongruente Überzeugungen aufmerksam, kann daraus ein Unbehagen resultieren, das weiters eine Einstellungsänderung bewirken kann (Triandis 1975: 107f).

11.2.1. Affektive-kognitive Konsistenz

Es gibt empirische Belege für die Übereinstimmung der affektiven und der kognitiven Komponente von Einstellungen. Hingegen gibt es aber auch weitere empirische Belege dafür, dass sich bei Ungleichgewicht von affektiver und kognitiver Komponente mit einiger Wahrscheinlichkeit eine der beiden Komponenten ändert, entweder die Gefühls- oder die Wissenskomponekte. Wenn eine Information die Wissenskomponekte einer Person verändert, dann ändert sich die Gefühlskomponente meist auch. Der gegenteilige Effekt kann ebenfalls nachgewiesen werden: verändert man die affektive Komponente, so ändert sich auch die kognitive Komponente.

Jedoch bewirkt nicht jede Inkonsistenz zwischen affektiver und kognitiver Komponente eine Einstellungsänderung. Ist eine Kognition im hohen Maße affektbesetzt, ist es weniger wahrscheinlich, dass sie sich ändert. Von zwei Kognitionen ändert sich eher die, die innerhalb der kognitiven Struktur weniger gut eingebettet ist (Triandis 1975: 110ff).

Erhält jemand eine Information, die seine Kognitionen ändert, dann kann er seine kognitiven Elemente so umstrukturieren, dass zwischen ihnen neue Unterscheidungen getroffen werden können. Dabei ändert sich dann seine affektive Komponente möglicherweise nicht.

Beispiel: Eine Person schätzt Farbige nicht besonders. Hört die Person dann, dass Farbige Gutes getan haben, dann unterscheidet er vielleicht zwischen „guten Farbigen“ und „den meisten Farbigen“. Er wird „den meisten Farbigen“ weiterhin negative Gefühle entgegenbringen. Da das Ausmaß der kognitiven Änderung nur gering ist, wird sich die affektive Komponente kaum ändern (Triandis 1975: 112).

Die kognitive Struktur eines Individuums besteht aus ca. 100.000 Bedeutungskategorien. Jede dieser Kategorien ist mit einer oder mehreren anderen Kategorien verbunden und können entsprechend ihrem Abstraktionsniveau geordnet werden (Triandis 1975: 112f).

Nach Fishbein's Summationstheorie von 1961 und 1965 steht *„die gefühlsmäßige Einstellung eines Individuums zu einem Einstellungsobjekt in Beziehung zu seinen Überzeugungen über dieses Objekt und den damit verbundenen Affekten.“*

Das Individuum übt auf ein beliebiges Objekt eine ganze Reihe von Überzeugungen aus. *„Dabei konstituieren alle Kategorien, die mit der Kategorie in Zusammenhang stehen, unter die das Individuum das Einstellungsobjekt subsumiert, diese Überzeugungen.“* Jeder dieser Kategorien ordnet das Individuum ein bestimmtes Gefühl zu. *„Sein Affekt gegenüber dem Einstellungsobjekt hängt ab von der Summe der Affekte gegenüber allen dieser damit in Zusammenhang stehenden Kategorien.“* (Triandis 1975: 112f)

11.2.2. Theorie der kognitiven Dissonanz

Festingers Dissonanztheorie hat die größte Fülle empirischer Arbeiten hervorgebracht, obwohl die Theorie gegenüber den anderen theoretischen Ansätzen begrifflich ungenau ist und kaum Möglichkeiten der Quantifizierung offeriert. Die Grundgedanken dieser Theorie kommen aus der Psychologie. Andere Modelle beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Einstellungsbegriff, während Festinger den ungenauen Begriff der Kognition einführt (Schenk 2007: 148f).

Grundbegriffe der Dissonanztheorie sind demnach die Kognition und die Relation zwischen Kognitionen. Unter Kognition versteht Festinger *„any knowledge, opinion, or belief about the environment, about oneself, or about one's behaviour.“* (Festinger 1957: 3) Wissen scheint die Kognition am besten zu repräsentieren: *„cognition, that is, the things a person knows about himself, about his behavior, and about his surroundings.“* (Ebd.)

Nach Festinger schließe das Wort Wissen auch Meinungen, Überzeugungen und Einstellungen mit ein. Dies ist möglich, da einer Person ihre Meinungen, Einstellungen usw. bewusst sind. Nach Festingers Definition sind das alles kognitive Elemente (Schenk 2007: 149).

Relationen beziehen sich auf Paare von kognitiven Elementen. Dabei werden relevante und irrelevante Relationen unterschieden. Irrelevante Relationen bestehen, wenn zwei Kognitionen keine semantischen Beziehungen zueinander aufweisen, sie nichts miteinander zu tun haben, beispielsweise: die Relation zwischen den Kognitionen „Bernd ist Vater“ und „August ist evangelisch“ ist irrelevant.

Relevante Relationen sind die der Konsonanz und Dissonanz. Konsonant sind zwei kognitive Elemente, wenn eines der Elemente aus dem anderen folgt, z.B. „Hans liebt Ula“ und „Hans tut alles, was Ula Freude macht“ (Six/Schäfer 1985: 38f).

Festinger definiert: *„Zwei kognitive Elemente stehen genau dann in einer dissonanten Beziehung zueinander, wenn [...] das Gegenteil des einen Elements aus dem anderen folgt.“* (Six/Schäfer 1985: 39 zit. n. Festinger 1978: 267) Eine solche Relation liegt bei den Kognitionen „Hans liebt Ula“ und „Hans tut nichts, was Ula Freude macht“ vor.

„Die grundlegende Hypothese der Theorie besteht darin, dass ein Zustand der Dissonanz als unangenehm und aversiv erlebt wird und eine Tendenz besteht, den dissonanten Zustand durch Umorganisation und Verdrängung der Kognitionen und Relationen in einen konsonanten Zustand zu transformieren.“ (Six/Schäfer 1985: 39)

Dieser Prozess wird „Dissonanzreduktion“ genannt.

Simpel gesagt versuchen Menschen immer wenn sie eine Entscheidung getroffen haben, diese zu rechtfertigen und die andere Handlung die sie nicht ausgeführt haben, herabzumindern. Es bestehen dabei immer für beide Entscheidungen, sowohl für die getroffene Wahl als auch für die verworfene Alternative Vor- und Nachteile. Man versucht für die getroffene Entscheidung Argumente zu finden, die die Wahl rechtfertigen.

Maximale Dissonanz tritt dann auf, wenn die Diskrepanz groß ist, die Elemente wichtig sind und wenn die Person frei entscheiden kann und sich in bezug auf das Resultat ihres Verhaltens selbstverpflichtet fühlt (Triandis 1975: 126).

Dissonanz kann verschiedene Ursprünge haben: logische Inkonsistenz als Folge von Unzulänglichkeiten im Denken, inkonsistente kulturelle Sitten, Inkonsistenz zwischen einer speziellen und einer allgemeinen, übergreifenden Kognition und vergangene Erfahrung (Schenk 2007: 149).

Festinger (1957: 38ff zit. n. Six/Schäfer 1985: 81) beschrieb in „Klassiker der Sozialpsychologie“ vier Bereiche, in denen das Auftreten kognitiver Dissonanzen zu erwarten ist:

- a) Dissonanz nach Entscheidungen, in denen eine Wahl zwischen mindestens zwei Alternativen bestand
- b) Dissonanz nach einstellungskonträren Handlungen oder Verhaltensweisen
- c) Dissonanz und die selektive Auswahl bzw. Vermeidung von Informationen
- d) Dissonanz und die Suche nach sozialer Unterstützung.

Über die Auswirkungen von Dissonanz stellt Festinger (Schenk 2007: 150) die folgenden zwei Postulate auf:

- (1) Dissonanz wird psychisch als unangenehm empfunden und motiviert daher eine Person dazu, die Dissonanz zu reduzieren und Konsonanz herzustellen.
- (2) Empfindet eine Person Dissonanz, dann wird sie die Situationen und Informationen meiden, die die Dissonanz vergrößern könnten.

Das genaue Ausmaß an Dissonanz ist weiter von zwei Dingen abhängig: von der Bedeutung der Elemente für eine Person und von dem Verhältnis der Elemente, die dissonant sind, zu den konsonanten.

Genauer lässt sich dieses Ausmaß folgendermaßen berechnen:

$$\text{Dissonanz} = \frac{\text{Bedeutung} \times \text{Anzahl der dissonanten Elemente}}{\text{Bedeutung} \times \text{Anzahl der konsonanten Elemente}}$$

Um eine Reduktion von Dissonanz zu erreichen, gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- (1) Änderung der Verhaltenskomponente („Behavioral Cognitive Element“): wobei jedoch die Gefahr besteht, dass dadurch neue Dissonanzen entstehen
Beispiel: eine Person hört zu Rauchen auf
- (2) Änderung der physischen und psychischen Umwelt („Environmental Cognitive Element“): dies ist jedoch nicht immer möglich
- (3) Einbringung neuer kognitiver Elemente in das kognitive System, die die bereits konsonanten verstärken: diese Strategie schlägt sich im Informationsverhalten einer Person nieder

(Schenk 2007: 151 zit. n. Festinger 1957: 22)

Da Menschen im Laufe ihres Lebens Meinungen und Attitüden erwerben, begegnen sie Massenmedien gegenüber nicht als „tabula rasa“. Oft verfestigen sich dadurch Strukturen in bestimmte Richtungen. Das wirkt sich dann bei der Auswahl der Medien genauso aus, wie bei dem was der Mensch auf sich einwirken lassen will. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist der Mensch bestrebt kognitive Dissonanzen zu verhindern sowie Dissonanzen im Wahrnehmen und Verhalten zu vermeiden. Genauso verhält es sich bei der Massenkommunikation. Viele Aussagen erreichen das angezielte Publikum gar nicht, da die potenziellen Rezipienten schon vorher annehmen und befürchten, durch diese Aussagen in ihrem bereits vorhandenen Einstellungen und Ansichten gestört zu werden (Maletzke 1988: 20f).

Die Beeinflussung der Medien ist in der Regel umso stärker, je mehr die empfangenen Aussagen mit den schon vorhandenen Attitüden des Rezipienten übereinstimmen. Starke Wirkungen sind dann möglich, wenn der Rezipient sich in der Angelegenheit, in der es in der Aussage geht, noch nicht festgelegt hat oder sich bisher mit dem betreffenden Gegenstand noch nicht auseinandergesetzt hat (ebd.).

Die Theorie der kognitiven Dissonanz bietet auch Ansatzpunkte für Kritik. So wurde die Theorie zwar vielfach gestützt, aber auch in Frage gestellt. Es lassen sich eine Reihe von Kommunikationsphänomenen sinnvoll interpretieren, doch häufen sich Beobachtungen und Studien, deren Ergebnisse sich nicht mit der Dissonanztheorie vereinbaren lassen. Ergebnisse sollen größtenteils auf Laborexperimenten beruhen. Hervorgebracht wurde auch, dass es neben dem Streben nach Konsonanz auch noch andere psychische Kräfte wie reines Zweckdenken, Neugier, ethische Prinzipien oder religiöse Normen gibt, die unter bestimmten Bedingungen stärker sind und das Individuum dazu veranlassen, sogar noch ein Anwachsen der Dissonanz auf sich zu nehmen. Das wäre auch nicht verwunderlich, denn sonst wären auch nicht Wandel, Entwicklung und Neuerungen in der Menschheit möglich gewesen (Maletzke 1988: 21f).

Die zentrale Annahme, wonach das Streben nach Konsistenz eine Art menschliches Bedürfnis sei, wurde bereits angezweifelt. Pepitone (1966: 271 zit. n. Burkart 2002: 207) äußert dazu: „*The strain toward consistency is more a subcultural value than a universal need.*“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Theorie der kognitiven Dissonanz als Versuch zu verstehen ist, bestimmte Kommunikationsphänome besser erklären und interpretieren zu können (Maletzke 1988: 22).

11.3. Theorie der Persuasion

Hier soll der Frage nachgegangen werden, ob sich Einstellungen, Meinungen und (Konsum-)Verhaltensweisen der Rezipienten durch entsprechend gestaltete Botschaften in Kampagnen verändern? Die Persuasion versucht diese Frage zu beantworten.

Vorerst kann man sagen, dass Mc Guire nach zahlreichen Studien zu dem Ergebnis kommt, dass die Wirkungen der Medien auf die Einstellungen der Rezipienten gering ist und nur schwer nachzuweisen sind.

Im Mittelpunkt der Medienforschung stehen Fragen wie: Sind die zahlreichen Versuche, durch Massenmedien Persuasion zu erreichen, tatsächlich wirksam? Von welchen Kriterien hängen Persuasionswirkungen ab?

Diese Fragen werden seit der Etablierung der modernen Massenkommunikationsmittel versucht zu beantworten (Schenk 2009: 443).

Ganz allgemein lässt sich sagen, dass im Mittelpunkt der Persuasion das Ziel steht, menschliches Denken und Handeln zu beeinflussen. Kommunikation stellt sich von dieser Position auch als „Überredungskommunikation“ (persuasive communication) dar. Persuasion ist die bewusste Absicht des Kommunikators, die Einstellungen und/oder das Verhalten der Rezipienten zu beeinflussen (Burkart 2002: 465f).

Die Persuasionsforschung (ca.1950) befasst sich mit der Wirkung jeglicher Überredungskommunikation, die über Massenmedien transportiert wird. Die Wirkungen der Medien in ihren Bemühungen, die Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Individuen kurzfristig zu ändern, stehen im Vordergrund. Dabei lautet die Kernfrage: Was denken tun, kaufen, wählen etc.? (Schenk 2007: 60)

Kampagnen im Gesundheitsbereich haben ebenso das Ziel, die Einstellungen und das Verhalten bestimmter Zielgruppen in gesundheitlicher Hinsicht zu beeinflussen. Dabei werden oft beachtliche finanzielle Budgets eingesetzt. Es stellt sich die Frage, ob die hohen finanziellen Anwendungen auch Erfolg haben. Die Botschaften, die von der Kampagne an die Zielgruppen herangetragen werden, kann sowohl an die Vernunft als auch an die Gefühle der Personen appellieren, die überredet werden sollen. Es handelt

sich immer um eine freiwillige Akzeptanz oder Annahme der in den Botschaften nahegelegten Einstellungen und Verhaltensweisen (Schenk 2009: 443f).

Diejenigen, die durch eine Kampagne „überredet“ werden sollen, werden oft gar nicht erreicht. Menschen gehen Botschaften aus dem Weg oder verweigern diese, wenn sie nicht ihren vorhandenen Ansichten entsprechen (Schenk 2007: 61).

Schenk (2009: 444f) unterscheidet drei Bedingungen der Persuasion:

1. Persuasion, die eine neue Einstellung oder Verhaltensweise formt.

Individuen besitzen noch keine etablierten Verhaltensweisen. Sie greifen jedoch häufig auf vergangene Erfahrungen in ähnlichen Situationen zurück. Persuasive Botschaften können hier in vielen Fällen besondere Wirkungen entfalten, weil die in den Botschaften intendierten Verhaltensweisen neuartig sind und nicht auf etablierte Verhaltensmuster treffen.

2. Persuasion, die bei Individuen bereits vorhandene Ansichten, Einstellungen und Verhaltensweisen verstärkt.

Die Verstärkerfunktion persuasiver Botschaften hängt eng zusammen mit der selektiven Wahrnehmung der Individuen. In der Medienwirkungsforschung gilt das Prinzip der selektiven Wahrnehmung als Wurzel der Verstärkerhypothese. „Die Medien ändern Einstellungen nicht, sie verstärken sie nur.“ (Schenk 2009: 445 zit. n. Klapper 1960)

3. Persuasion, die Ansichten, Einstellungen und Verhaltensweisen ändert.

Durch geeignete persuasive Botschaften sollen vorhandene Verhaltensweisen von Individuen verändert werden: Wähler sollen eine andere Partei wählen, Konsumenten ein anderes Produkt kaufen, Raucher mit dem Rauchen aufhören usw.

Die Arbeiten von Carl I. Hovland und seinen Mitarbeitern der Yale-Gruppe haben die Analyse der Wirkungen persuasiver Kommunikation wegweisend beeinflusst. Bereits in den 40er Jahren lenkte Hovland an der Yale Universität im Rahmen des „Yale Communication and Attitude Change Program“ das Interesse auf das Forschungsproblem der möglichen Persuasion bzw. Einstellungsänderung durch Kommunikation.

Hovland und Janis haben die zentralen Faktoren, die für die Effektivität von persuasiver Kommunikation verantwortlich sind, zusammengefasst. Diese Systematik wird als Grundmodell der Wirkungsforschung bezeichnet (Schenk 2007: 77ff).

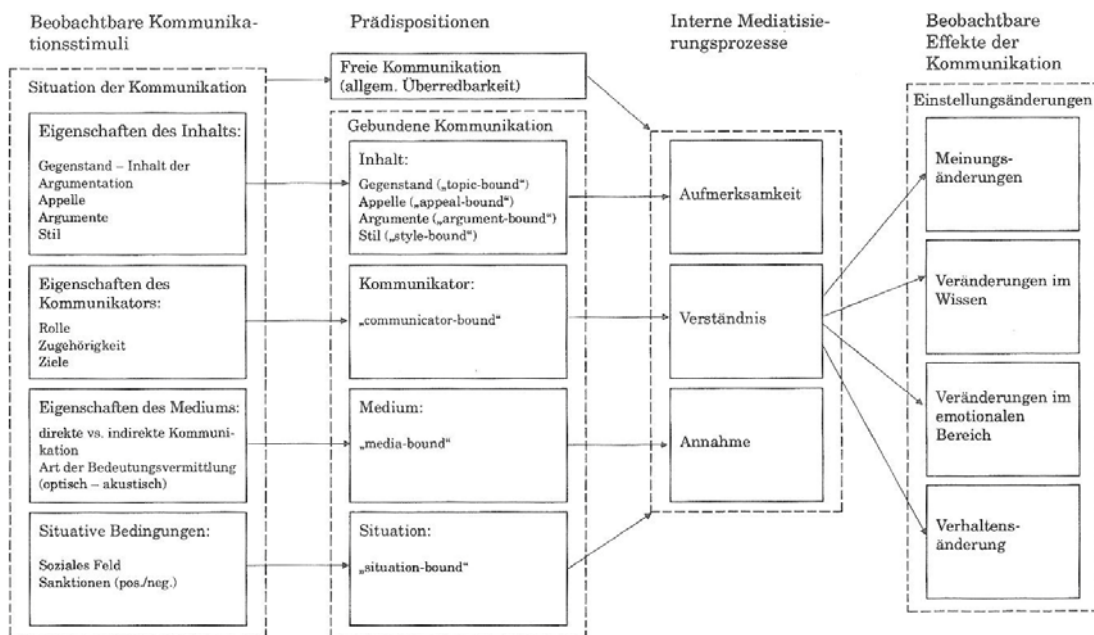


Abb. 12: Das Grundmodell der Wirkungsforschung

Quelle: Hovland/Janis 1970: 225; entnommen aus Schenk 2007: 81

Die zwei Enden des Kommunikationsprozesses bilden die beobachtbaren Kommunikationsstimuli und die beobachtbaren Reaktionen der Rezipienten. Hinzu kommen in der Mitte des Modells zwei zusätzliche Konstrukte: Prädispositionale Faktoren und interne Mediationsierungsprozesse.

Insgesamt betrachtet, sind es nach Hovland und Janis drei Faktorengruppen die gebildet werden und die die Effekte der Massenkommunikation bestimmen. Faktorengruppe I bezeichnet die *beobachtbaren Kommunikationsstimuli*, Faktorengruppe II die *Prädispositionen der Rezipienten* und Gruppe III die *internen Mediationsierungsprozesse*. Diese Faktorengruppen sind in einzelne Bereiche aufgeteilt.

Für die Faktorengruppe I ergeben sich folgende Subfaktoren: (1) Eigenschaften des Inhalts, (2) Eigenschaften des Kommunikators, (3) Eigenschaften des Mediums und (4) situative Bedingungen. Zu den Merkmalen des Kommunikators gehören z.B. seine Glaubwürdigkeit, vermittelt über zugeschriebene Sachkenntnis und Vertrauenswürdigkeit sowie seine Attraktivität. Mit Eigenschaften des Mediums sind vor allem die Massenmedien mit ihren unterschiedlichen Präsentationsformen, z.B. direkte vs. indirekte Kommunikation, optisch oder akustisch gemeint. Zu den situativen Bedingungen gehört die soziale Situation beim Aussageempfang genauso wie positive oder negative Sanktionen.

Bei der Faktorengruppe II, den Prädispositionen, lassen sich zwei Arten unterscheiden: kommunikationsgebundene Faktoren („topic-bound“) und kommunikationsfreie Faktoren („topic-free“). Kommunikationsgebundene Faktoren sind z.B. vorhandene Einstellungen, Meinungen zum jeweiligen Thema, zum Kommunikator oder zum Medium, die den Rezipienten beeinflussen, eine bestimmte Aussage bzw. deren Inhalt abzulehnen oder zu akzeptieren. Der „topic-bound“ Typ bezeichnet die individuelle Interaktion mit den Kommunikationsstimuli. Die kommunikationsfreien Faktoren sind vom jeweiligen Kommunikationsobjekt relativ unabhängige Faktoren, wie z.B. intellektuelle Fähigkeiten oder persönliche Motivlagen, die den Grad der subjektiven Überredbarkeit beeinflussen.

Die Faktorengruppe III, die internen Mediatisierungsprozesse werden von Hovland und Janis in drei unterschiedliche Phasen der allgemeinen Reaktionen von Individuen auf Kommunikationsbotschaften aufgeteilt, die eine Botschaft beim Empfänger durchlaufen muss, um Chance auf Beeinflussung zu erhalten: (1) Aufmerksamkeit, (2) Verständnis und (3) Annahme. Jede Variable ist Vorbedingung für die nächste Variable. Das heißt zunächst muss einer Aussage Aufmerksamkeit (attention) entgegengebracht werden, dann muss sie verstanden (comprehension) werden, d.h. der Rezipient muss in der Lage sein, dem vermittelten Inhalt auch eine Bedeutung zuzuschreiben und letztendlich folgt die Annahme (acceptance) der Aussageinhalte. Hier entscheidet sich was der Rezipient von der Botschaft gelernt hat und eventuell in sein Handeln übernimmt (Schenk 2007: 80ff; Burkart 2002: 466ff).

In Anlehnung an Hovland und Janis hat McGuire (1989: 172ff zit. n. Schenk 2007: 82ff) eine Persuasionsmatrix entworfen, in dem unabhängige (Outputfaktoren) und abhängige (Inputfaktoren) Variablen zusammenwirken. Zu den unabhängigen Variablen zählt McGuire Quelle, Botschaft, Kanal, Empfänger und Ziel. Die abhängigen Variablen bestehen aus 12 Stufen und umfassen im Einzelnen: Kontakt/Zuwendung, Aufmerksamkeit, Interesse/Gefallen, Verständnis, Aufnahme bestimmter Bestandteile der Botschaft, Akzeptanz/Zustimmung, Speicherung. Die weiteren Stufen beziehen sich auf die Umsetzung in konkretes Verhalten: Informationssuche/Auffinden, Entscheidung, Handlung, Verstärkung und Konsolidierung.

Input: Unabhängige Kommunikationsvariablen Output: Abhängige Variablen Responsestufen	Quelle	Botschaft	Kanal	Rezipient	Ziel
	• Zahl, Demografie • Attraktivität • Glaubwürdigkeit	• Appelle • Informationen • Inklusion / Exklusion • Wiederholung	• Modalität • Direktheit • Kontext	• Demografie • Fähigkeit • Persönlichkeit/ Lebensstil	• Unmittelbar / verzögert • Prävention • Immunisierung
Kontakt/ Zuwendung					
Aufmerksamkeit					
Interesse/Gefallen					
Verständnis					
Aufnahme					
Akzeptanz/ Zustimmung					
Speicherung					
Informationssuche/ Auffinden					
Entscheidung					
Handlung					
Verstärkung					
Konsolidierung					

Abb. 13: Persuasionsmatrix, in Anlehnung an McGuire

Quelle: Schenk 2007: 84

Aufseiten der Inputfaktoren ist zunächst die *Quelle* zu nennen. Diese kann besonders fachkundig, glaubwürdig, attraktiv etc. sein. Es kann sich um ein Individuum als auch um eine Gruppe handeln.

Die *Botschaft* kann z.B. rationale Argumente für und/oder gegen einen Standpunkt enthalten, sie kann aber auch aus emotionalen Appellen bestehen. Persuasive Botschaften werden direkt (face-to-face) oder indirekt über die Massenmedien an die Rezipienten übermittelt. Wichtig ist dabei die Wiederholung der Botschaft, die über verschiedene *Kanäle* bzw. Medien (Radio, TV, Zeitungen, Zeitschriften, Internet) erreicht werden kann. Die Kanäle werden nach ihrer Modalität (z.B. visuell, audiovisuell, Wort) klassifiziert. Oft werden Kanäle miteinander kombiniert, mit denen verschiedene Zielgruppen erreicht werden. Die Gestaltung der persuasiven Botschaften hängt von den medienspezifischen Besonderheiten ab.

Bei den *Rezipienten* gibt es verschiedene Merkmale zu beachten: Demografie, Persönlichkeit, Lebensstil sowie kognitive Fähigkeiten.

Die *Ziele* persuasiver Kommunikation werden in unmittelbare und langfristige Wirkungen von Kampagnen unterschieden. Neben Promotion-Kampagnen, die eine bestimmte Verhaltensweise nahelegen, gibt es auch Kampagnen die präventive oder immunisierende Ziele haben. Mit präventiven Kampagnen sollen bestimmte Verhaltensweisen verhindert werden (Schenk 2009: 445f; Schenk 2007: 82f).

Die Outputfaktoren der Matrix führen verschiedene Einflussebenen auf. Insgesamt sind es 12 Stufen, die aufeinander aufbauen und durchlaufen werden müssen, wenn eine Kommunikationskampagne maximale Persuasion erreichen soll. Mc Guire baut auf das AIDA-Modell der Werbewirkungsforschung, das mit vier Stufen (attention, interest, desire, action) auskommt, auf und erweitert es.

Als allererst muss sich eine Person einer Botschaft *zuwenden* und Kontakt *aufnehmen*. Die Botschaft muss *Aufmerksamkeit* erzeugen und *Interesse* wecken. Wird sie *verstanden*, beginnt die *Aufnahme* des substantiellen Inhalts. Auf Stufe sechs beginnt die eigentliche *Akzeptanz*. Sie entspricht der Einstellung, die in der Botschaft nahegelegt wird. Sobald Akzeptanz gegenüber der Botschaft erreicht ist, werden die neuen Informationen und die Einstellung *gespeichert*.

Die weiteren 5 Stufen beschreiben die Umsetzung in konkretes Verhalten. In passenden verhaltensrelevanten Situationen wird die neue Information und Einstellung *aus dem Gedächtnis abgerufen*. Es folgen *Entscheidung* und *Handlung*. Damit ist der Prozess aber noch nicht abgeschlossen. Tritt nach der Handlung eine Kongruenz von Einstellung und Verhalten auf, führt dies zur *Verstärkung*. Zu guter Letzt tritt *Konsolidierung* ein. Die neue Einstellung wird gefestigt (ebd.).

Die Einstellungsbildung der Rezipienten zählt zu den wichtigsten und entscheidenden Reaktionen auf persuasive Botschaften. Überredet zu werden heißt in vielen Fällen Entscheidungsänderung. Nach neueren Erkenntnissen muss die Reihenfolge der 12 Stufen nicht genauso eingehalten werden. Wenn eine Person Kampagneninformationen wahrgenommen hat und sich später daran erinnern kann, ruft dies nicht unbedingt gleich einen Einstellungswandel hervor. Wissensveränderungen durch Lernen und Behalten von persuasiven Botschaften resultieren nicht unbedingt in Einstellungsänderungen. Individuen können unterschiedlich auf Botschaften reagieren. Sie können beispielsweise das Für und Wider der Argumentation in der Botschaft abwägen, auch die Bildung von Gegenargumenten ist möglich. Unter Umständen können Bumerangeffekte entstehen. Bloße Erinnerung der Botschaft ist deshalb nicht automatisch gleichbedeutend mit gelungener Persuasion (Schenk 2009: 447ff).

11.4. Verstärkerhypothese

Der amerikanische Kommunikationswissenschaftler Joseph T. Klapper (1960 zit. n. Geißler 1992: 23) fasste im Jahr 1960 die Resultate zu den Wirkungen der Massenmedien zusammen. Er ordnete verstreute empirische Materialien aus verschiedenen Forschungsgebieten und integrierte eine Fülle von unzusammenhängenden Einzelstudien zu einem Resümee, der sogenannten „Verstärker-Hypothese“ oder auch „Reinforcement“ genannt.

Klapper differenziert zwischen drei möglichen Wirkungen von Massenmedien auf bestehende Meinungen und Einstellungen:

- Verstärkung (reinforcement)
- Geringfügige Veränderung (minor change)
- Wandel (change, conversion) (Geißler 1992: 23 zit. n. Klapper 1960)

Seine Schlussfolgerung lautet, dass Massenmedien bestehende Meinungen und Einstellungen eher verstärken als verändern. Verstärkung durch Massenmedien tritt am häufigsten auf, geringfügige Veränderung seltener und Wandel am seltensten.

„Communications research strongly indicates that persuasive mass communication is in general more likely to reinforce the existing opinions of its audience than it is to change such opinions. Minor attitude change appears to be a more likely effect than conversion and a less likely effect than reinforcement.“ (Klapper 1960: 49f)

Oder kurz gesagt: “The media are more likely to reinforce than to change.” (Klapper 1960: 8)

Klapper geht von der Annahme aus, dass Massenkommunikation nicht als hinreichende Ursache von Wirkungen angesehen werden können. Er geht davon aus, dass massenmedial verbreitete Aussagen erst durch sogenannte vermittelnde Faktoren (mediating factors) wirksam werden. Klapper führt fünf dieser „mediating factors“ an, die die Verstärkerwirkungen begünstigen:

1. Prädisposition und Auswahlmechanismen der Rezipienten: Rezipienten wählen eher solche Medieninhalte aus, die mit ihren bestehenden Meinungen und

Einstellungen übereinstimmen (selektive Zuwendung); die Botschaften interpretieren sie im Sinne ihrer bestehenden Einstellungen (selektive Wahrnehmung) und übereinstimmende Inhalte versuchen sie in Erinnerung zu behalten (selektive Erinnerung).

2. Gruppennormen: Relativ stabile Gruppennormen behindern einen Einstellungswandel der Gruppenmitglieder und lassen vorwiegend nur gruppenkonforme Kommunikationsinhalte zu.
3. Interpersonale Verbreitung der Medieninhalte: Diese vollzieht sich eher zwischen Gleichgesinnten und wirkt daher eher verstärkend.
4. Meinungsführer: In vielen Fällen verläuft der Medieneinfluss über die „Relais-Stationen“ der Meinungsführer. Diese verhalten sich besonders gruppenkonform und wirken häufig stabilisierend.
5. Ökonomisch bedingter Anpassungsjournalismus: Massenmedien müssen gewinnbringend arbeiten. Daher sind sie auf möglichst viele Empfänger angewiesen und dadurch zu einem „Anpassungsjournalismus“ gezwungen. Sie nehmen Rücksicht auf die Ansichten des Publikums und meiden abweichende Meinungen (Geißler 1992: 24; Burkart 2002: 214f).

Die Verstärker-Hypothese, auch Verstärker-Doktrin genannt, hat zwei Jahrzehnte lang die wissenschaftliche Auseinandersetzung um die Medienwirkungen beherrscht. Bis in die 70er Jahr galt sie als ein gesichertes Grundaxiom der Wirkungsforschung. Auch heute noch wird sie oft als Ausgangspunkt für eine Darstellung der Wirkungsforschung verwendet (Geißler 1992: 24).

Noelle-Neumann (1973:27, 165 zit. n. Geißler 1992: 24f) bezeichnet die Verstärkereffekte als Nullergebnis und als Wirkungslosigkeit der Massenmedien. Die Verstärker-Hypothese etikettiert sie als das „Dogma von der Wirkungslosigkeit der Massenmedien“. Es entsteht der Eindruck, als könne durch Massenkommunikation nichts in Bewegung gesetzt werden. Doch weist Klapper mit Nachdruck darauf hin, dass Massenmedien bei der Strukturierung neuer Probleme äußerst wirkungsvoll sein können (Geißler 1992: 26 zit. n. Klapper 1960: 60).

Die mehrfach geübte Kritik an Klapper richtet sich nicht nur an die terminologische Unschärfe im Hinblick auf den Wirkungsbegriff, sondern auch daran, dass die empirischen Studien bloß kurzfristige Wirkungen untersucht. Tatsächliche Konsequenzen von Massenkommunikation würden sich erst längerfristig manifestieren (Burkart 2002: 218).

11.5. Elaboration-Likelihood-Model

Zu den neueren Ansätzen der Wirkungsforschung gehört das „Elaboration Likelihood“-Modell (ELM) von Petty und Cacioppo. Primärer Gegenstand des ELM-Konzepts sind Wirkungen persuasiver Kommunikation.

Der Ausdruck „Elaboration-Likelihood“ bezieht sich auf das Engagement, mit dem sich Personen zu einem Thema, das sie für relevant erachten, Gedanken machen (issue-relevant thinking) (Schenk 2007: 259). Nach diesem Modell können auch bei geringen Involvement Einstellungsänderungen stattfinden, denen Verhaltensänderungen vorausgehen oder diese begleiten.

Das ELM-Modell geht der Frage nach, inwiefern Informationsverarbeitungsprozesse durch das Involvement des Rezipienten beeinflusst werden. Allgemein lässt sich sagen, dass nur bei hoher persönlicher Involviertheit ein Rezipient motiviert und auch fähig ist, sich aktiv kognitiv mit den Argumenten einer Medienbotschaft auseinanderzusetzen. Ist ein geringes Involvement gegeben und das Interesse am Thema gering, kann es trotz allem zu kurzfristigen, weniger dauerhaften Medieneffekten kommen (Bonfadelli 2000: 20).

Petty & Cacioppo unterscheiden zwei verschiedene Wege der Informationsverarbeitung, die zentrale Route und die periphere Route:

- 1) Zentrale Route: setzt aktive gedankliche Bemühungen der Person in Zusammenhang mit einer wahrgenommenen Botschaft voraus; dabei kann auf vorhandenes Wissen und frühere Erfahrungen zurückgegriffen werden; es werden eine gewisse Motivation und Interesse am Gegenstand oder Thema vorausgesetzt; der Rezipient muss die Fähigkeit haben, die Informationen und Argumente intensiv und sorgfältig zu verarbeiten und auf ihre Gültigkeit und Stichhaltigkeit hin zu überdenken; Voraussetzung ist zudem, dass einige einschlägige Informationen oder Kenntnisse im Langzeitspeicher vorhanden sind;
diese Art der Informationsverarbeitung kann auch als systematisches Denken bezeichnet werden oder als „Stück für Stück“- Verarbeitung;
vor allem Printmedien und Online-Angebote der Massenmedien tragen zur Informationsverarbeitung auf der zentralen Route bei;
Rezipienten bilden über die zentrale Route eine dauerhafte und widerstandsfähige Einstellungs- und Verhaltensänderung

- 2) Periphere Route: eine Person ohne spezielle Motivation zur intensiven Auseinandersetzung von Themen und Botschaften verarbeitet über die periphere Route; auch fehlen dem Rezipienten mitunter die kognitiven Fähigkeiten bzw. Voraussetzungen dazu; das themenrelevante Denken ist schwach ausgeprägt; die Individuen gehen sparsam mit ihrer kognitiven Kapazität um, sie sind „cognitive misers“, d.h. Geizhalse; sie orientieren sich an oberflächlichen Hinweisen;
- diese Art der Informationsverarbeitung wird auch als heuristisch bezeichnet;
- auf der peripheren Route erweisen sich elektronische Medien und die Bildkommunikation als geeignete Träger persuasiver Botschaften;
- wird der periphere Weg gewählt, ist dies ein Kennzeichen für geringes Interesse und geringe Beteiligung; Einstellungsänderungen, die über die periphere Route zustande kommen, sind eher kurzfristig, haben ein eher schwaches Fundament und sind von geringer Widerstandskraft gegenüber künftigen Einflüssen
- (Schenk 2007: 259ff; Schenk 2009: 453ff; Bonfadelli 2001: 111ff)

Bedeutend für die Planung von Kampagnen ist, ob bei der Zielgruppe von peripherer oder zentraler Verarbeitung ausgegangen werden muss.

Die zwei entgegengesetzten Wege des ELM-Modells auf Kampagnen bezogen, beschreiben Bonfadelli und Friemel (2006: 47) folgendermaßen:

a) zentrale Route: Kampagnenbotschaften haben einen großen und dauerhaften Einfluss. Wenn eine hohe Involviertheit besteht, da das Thema von Interesse ist oder die Botschaft für den Rezipienten von Relevanz ist, ist das Individuum motiviert und kognitiv fähig, sich mit den Argumenten der Kampagnenbotschaft aktiv auseinanderzusetzen.

b) periphere Route: Ist die Zielgruppe nicht fähig oder motiviert, sich aktiv kognitiv mit den Botschaften auseinanderzusetzen, können Kampagnenbotschaften auch eine weniger tief reichende Wirkung haben. Hier ist entscheidend mit starken medialen Reizen wie Visualisierung, Emotionalisierung oder Dramatisierung Aufmerksamkeit zu erzielen.

11.6. Sozial-kognitive Lerntheorie

Die sozial-kognitive Lerntheorie zählt in der Kampagnenplanung zu den am häufigsten verwendeten Ansätzen. Aus diesem Grund werden hier die wichtigsten Merkmale und Faktoren der Lerntheorie dargestellt.

Bei der sozial-kognitiven Lerntheorie werden *„die Menschen weder durch innere Kräfte angetrieben noch durch Umweltstimuli vorwärtsgestoßen. Die psychologischen Faktoren werden vielmehr durch die ständige Wechselwirkung von Determinanten seitens der Person und seitens der Umwelt erklärt.“* (Bandura 1979: 22)

Man beobachtet wie andere Menschen sich verhalten und welche Konsequenzen ihnen dies einträgt (ebd. 1979: 22).

Albert Bandura (1979), von dem die grundlegenden Ausführungen stammen, geht davon aus, dass Menschen lernen, indem sie das Verhalten anderer Personen beobachten und dieses als Modell nachahmen (Bonfadelli 2001:119). Die Fähigkeit durch Beobachtung zu lernen, ermöglicht den Menschen ausgedehnte, integrierte Verhaltensmuster zu erwerben, ohne sie langwierig und mühsam erst durch Versuch und Irrtum aufbauen zu müssen (Bandura 1979: 22).

Allgemein lässt sich festhalten, dass soziales Verhalten in den meisten Fällen nicht angeboren ist, sondern gelernt wird. Menschen orientieren sich am Verhalten anderer Menschen, das ihnen als Modell dient (Bonfadelli/Friemel 2006: 43).

Die Beobachtung anderer erlaubt Vorstellungen darüber, wie Verhaltensweisen ausgeführt werden. Diese Prozesse basieren auf den menschlichen Fähigkeiten zur Symbolisierung, zur stellvertretenden Erfahrung, zur Selbstregulierung wie auch zur Selbstreflexion (Bonfadelli 2001: 119).

Nach der Lerntheorie muss zwischen den 1) Prozessen der Aufmerksamkeit, 2) solchen des Lernens und 3) der Ausführung des gelernten Verhaltens unterschieden werden. Um genügend Aufmerksamkeit zu erzielen, sollten die in der Kampagnenbotschaft verwendeten Modelle für die Zielgruppe attraktiv und glaubwürdig, und deren Verhalten prägnant, nicht zu komplex und relevant sein. Damit es darüber hinaus zu Punkt 3) der Ausführung des gelernten Verhaltens kommt, braucht es positive Verstärkung durch externale Belohnungen, als negative Sanktionen Bestrafungen, aber auch Selbstbelohnungen.

Folglich müssen Gesundheitskampagnen ihren Zielgruppen prägnante und glaubwürdige Verhaltensmodelle zeigen. Und es braucht (symbolische) Gratifikationen,

um die Ausführung des gelernten Verhaltens zu motivieren (Bonfadelli/Friemel 2006: 43f).

Bandura (1979: 32ff) gliedert das „Beobachtungslernen“ in vier Teilprozesse: Aufmerksamkeitsprozesse, Behaltensprozesse, motorische Reproduktionsprozesse und Motivationsprozesse.

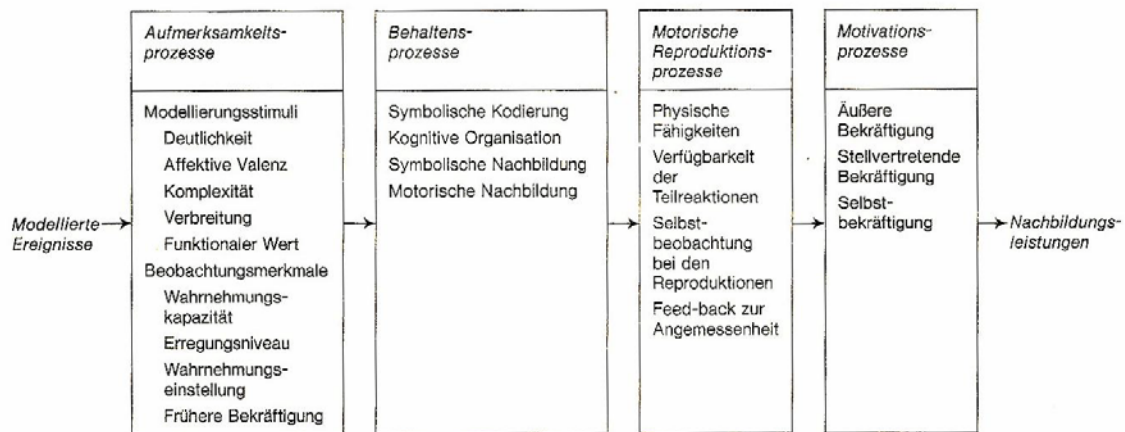


Abb. 14: Faktoren, die sozial-kognitives Lernen beeinflussen
 Quelle: Bandura 1979: 32

Aufmerksamkeitsprozesse

Um aus der Beobachtung zu lernen, müssen Menschen auf die wichtigsten Merkmale des modellierten Verhaltens achten und diese genau wahrnehmen. Aufmerksamkeitsprozesse entscheiden darüber, was und wie aus der Fülle der auf den Beobachter einwirkenden Modellierungseinflüsse selektiv beobachtet wird und welche dieser Darbietungen berücksichtigt werden. Zahlreiche Faktoren bestimmen den Umfang und die Art der Beobachtungserfahrungen z.B. Merkmale der Beobachter, Eigenarten der modellierten Tätigkeiten, Struktur menschlicher Interaktionen (Bandura 1979: 33). Was das Modell betrifft, so sind dies Aspekte wie Deutlichkeit, affektive Valenz, Komplexität oder Verbreitung. Auf der Seite des Subjekts, des Beobachters spielen die Wahrnehmungskapazität, das Erregungsniveau oder die Wertstrukturen eine Rolle (Bonfadelli 2001: 119). Entscheidende Bedeutung unter den Determinanten der Aufmerksamkeit kommt dem sozialen Umgang mit Menschen zu, mit denen wir regelmäßig in Kontakt sind. Denn diese bestimmen weitgehend, welche Verhaltenstypen wir regelmäßig beobachten und am ehesten lernen können. Die Fähigkeit der Beobachter zur Informationsverarbeitung entscheidet darüber, wie viel

Nutzen sie aus den beobachteten Erfahrungen ziehen. Unter anderem hängt dies auch aus früherer Erfahrung ab (Bandura 1979: 33f).

Behaltensprozesse

Hier geht es um das Behalten jener Tätigkeiten, die irgendwann einmal modelliert wurden. Beobachtete Reaktionsmuster müssen symbolisch im Gedächtnis gespeichert werden. Behalten als auch Erinnern sind aktiv-konstruktive Prozesse. Die Art und Komplexität der symbolischen Repräsentation spielt dabei eine wichtige Rolle (Bonfadelli 2001: 119). Durch die hochentwickelte Symbolisierungsfähigkeit sind Menschen in der Lage, einen Großteil ihres Verhaltens durch Beobachtung zu lernen. Auch können Modellierungserfahrungen dauerhaft im Gedächtnis behalten werden.

Beobachtungslernen kann durch zwei Repräsentationssysteme zustande kommen: durch Vorstellung und durch Sprache. Die meisten kognitiven Prozesse, die das Verhalten steuern, sind eher verbal als visuell. Durch wiederholte Darbietung schaffen Modellierungsstimuli überdauernde Vorstellungsbilder, die später durch Ereignisse ausgelöst werden können, die nicht in der äußeren Realität stattfinden (Bandura 1979: 34f).

Beobachter, die modellierte Tätigkeiten entweder in Form verbaler Beschreibungen, prägnanter Bezeichnungen oder lebhafter Vorstellungsbilder kodieren, lernen und behalten ein bestimmtes Verhalten besser, als Menschen, die es einfach beobachten oder dabei noch durch andere Dinge geistig in Anspruch genommen sind.

Zu guter Letzt lässt sich sagen, dass der effektivste Grad des Beobachtungslernens erreicht ist, wenn das modellierte Verhalten zuerst symbolisch organisiert und wiederholt und dann offen in die Tat umgesetzt wurde (Bandura 1979: 34f).

Motorische Reproduktionssysteme

Der nächste Schritt besteht darin, die symbolischen Repräsentationen in angemessene Handlungen umzusetzen. Es werden die Reaktionen in eine raum-zeitliche Übereinstimmung mit den modellierten Verhaltensmustern gebracht. Die Verhaltensausführung wird hierbei in vier Schritte unterteilt: die kognitive Organisation der Reaktionen, ihre Auslösung, ihre Überwachung und ihre Korrektur auf der Grundlage informativer Rückkoppelungen (Bandura 1979: 36f).

Im ersten Schritt der Verhaltensausführung werden die Reaktionen auf der kognitiven Ebene ausgewählt und organisiert. Vorstellungen lassen sich beim ersten Versuch oft

nicht ohne Fehler in richtige Handlungen umsetzen. Genaue Nachbildungen benötigen oft einen zweiten Versuch und eine Korrektur (ebd.).

Beim Erlernen neuer Fähigkeiten, wie beispielsweise Golfspielen, ist ein bekanntes Problem, dass die Anfänger ihre Reaktionen nicht richtig beobachten können. Sie müssen sich auf vage kinästhetische Hinweisreize oder auf Rückmeldungen von Beobachtern verlassen. Dies ist oft schwierig, da Korrekturen erforderlich sind, um eine genaue Übereinstimmung zwischen Vorstellung und Ausführung zu erreichen.

In den meisten Lernprozessen des Alltags gelangen die Menschen dank der Modellierung zu weitgehenden Annäherungen an die neuen Verhaltensweisen, die sie dann durch Selbstkorrektur verbessern. Dazu verwenden sie das Informationsfeedback aus ihrer eigenen Ausführung (ebd.).

Motivationsprozesse

Die sozial-kognitive Lerntheorie unterscheidet zentral zwischen Erwerb und Ausführung von Handlungen. Menschen setzen lange nicht alles in die Tat um, was sie gelernt haben. Die Nichtausübung einer Verhaltensweise heißt aber nicht immer, dass Personen das entsprechende Verhalten nicht gelernt haben (Bonfadelli 2001: 120).

Menschen nehmen modellierte Verhaltensweisen eher in ihr Repertoire auf, wenn diese zu Ergebnissen führen, nützlich für sie erscheinen oder einen gewissen Wert für sie besitzen. Menschen zeigen die Verhaltensweisen, die sie selbst als befriedigend empfinden, und lehnen die ab, die sie persönlich missbilligen (Bandura 1979: 37f).

Für die Ausübung von Verhaltensweisen sind drei Typen von Motivatoren entscheidend: direkte, stellvertretende und selbstproduzierte Motivationen. Menschen werden durch Erfolge anderer motiviert, die ihnen ähnlich sind (Bonfadelli 2001: 120).

Jedes Mal wenn ein Beobachter das Verhalten eines Modells nicht nachbildet, lässt sich dies auf eine der folgenden fünf Bedingungen zurückführen

- 1) er hat die entsprechenden Tätigkeiten nicht beobachtet
- 2) er hat die modellierten Ereignisse in einer für die Gedächtnisrepräsentation nicht angemessenen Weise kodiert
- 3) er hat nicht behalten, was er gelernt hat
- 4) er verfügt nicht über die physischen Fähigkeiten, die Reaktionen auszuführen oder
- 5) er empfindet die Anreize nicht als hinreichend (Bandura 1979: 37f).

Abschließend kann man sagen, dass das Beobachtungslernen von zahlreichen Faktoren bestimmt wird und es nicht genügt, Modelle darzubieten, um automatisch entsprechende Verhaltensweisen bei anderen auszulösen (ebd.).

II. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

12. ANALYSE UND INTERPRETATION DES „PILOTPROJEKTS SCHULFRUCHT“

Die vorherigen Ausführungen zu den in der Literatur erarbeiteten Standpunkten sollen nun mit dem Pilotprojekt Schulfrucht als konkretem Fallbeispiel in Beziehung gesetzt werden. Hierzu wird zunächst die Ausgangssituation des Projekts vorgestellt um danach die Planungsschritte mit den einzelnen Tools der Tool Box, von der Situationsanalyse bis hin zur Evaluation, vergleichen zu können, um in Folge die Forschungsfragen zu beantworten. Auch wird Bezug auf den strategischen Social Marketing Prozess genommen.

12.1. Die Ausgangssituation

Der Rat der Europäischen Union hat am 18. Dezember 2008 die Verordnung zur Einführung eines EU-Schulobstprogramms verabschiedet. Pro Schuljahr sollen hierfür 90 Mio. € EU-Mittel zur Verfügung gestellt werden. Dieses Geld soll für den Ankauf von Obst und Gemüse und dessen Verteilung in Schulen, einschließlich Kindergärten und anderen vorschulischen Einrichtungen und für begleitende Informationsmaßnahmen verwendet werden. Ziele des EU-Programms ist die dauerhafte Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums bei Kindern, um einen Beitrag zur gesunden Ernährung zu leisten und gleichzeitig zur Erreichung der Ziele der „Gemeinsamen Agrarpolitik“ beizutragen. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig.

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) hat dem 5 am Tag e.V., den Auftrag zur Durchführung des Pilotprojekts Schulfrucht erteilt.

5 am Tag ist eine der größten Ernährungskampagnen, die sich dafür einsetzt, dass Menschen täglich 5 Portionen Obst und Gemüse essen. Die Kampagne ist vor ca. 20 Jahren als „5 a day“ – Bewegung in den USA entstanden und ist mittlerweile in mehr als 20 Ländern weltweit bekannt.

5 am Tag führte im Sommer-Schulhalbjahr 2009 in Deutschland ein Pilotprojekt zur Schulfrucht durch. Gefördert und mit finanziellen Mitteln unterstützt wird das Projekt vom BMELV im Rahmen von IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung.

Die trio-market-relations GmbH wurde als durchführende Stelle engagiert. Für die wissenschaftliche Evaluierung wurde CO CONCEPT Marketingberatung aus Luxemburg beauftragt und als Fruchtlieferant galt die Firma Herbert van der Hamm GmbH aus Mannheim.

Die Laufzeit des Pilotprojekts umfasste den Zeitraum vom 1.1.2009 bis zum 30.9.2009. Die Feldphase ging vom 16.3.2009 bis zum 10.7.2009.

In Deutschland liegen bislang keine evaluierten Erfahrungen mit Programmen vor, in denen über einen längeren Zeitraum Schüler von Grund-/ Haupt- und Förderschulen sowie Gymnasien über ein Schuljahr täglich mit Obst versorgt wurden.

Mit diesem Pilotprojekt sollen Daten für weitere Schulfruchtprogramme vorgelegt werden, an denen sich zukünftige Programme orientieren und Standards festgesetzt werden können, an denen sie sich messen lassen können.

Die Maßnahmen innerhalb des Pilotprojekts wurden wissenschaftlich evaluiert.

12.2. Zweck und Struktur der Tool Box

Die Tool Box wurde von Bonfadelli und Friemel entwickelt. Es ist ein neuartiges und praxisorientiertes Instrumentarium und soll den Prozess der Planung und Realisierung von Kommunikationskampagnen optimieren.

Die Tool Box wurde auf Basis sowohl theoretischen Wissens über die Grundlagen von massenmedial vermittelten Kommunikationskampagnen als auch der empirischen Befunde aus der Meta-Analyse der Evaluationsforschung zur Effektivität von Kampagnen entwickelt (Bonfadelli/Friemel 2006: 7f).

Die Tool Box erlaubt im Prozessverlauf eine wirkungsorientierte Bewertung der Kampagnenkonzepte für die Entscheidungsfindung. Dadurch soll die Planung von effektiven Kampagnen optimiert, und nicht zuletzt auch die Allokation von finanziellen Ressourcen verbessert werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 103f).

Das Instrumentarium versteht sich als praxisorientierte Handlungsanleitung auf wissenschaftlicher Basis für Organisationen im Gesundheitsbereich, wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Schweiz oder in diesem Fall das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) in Deutschland.

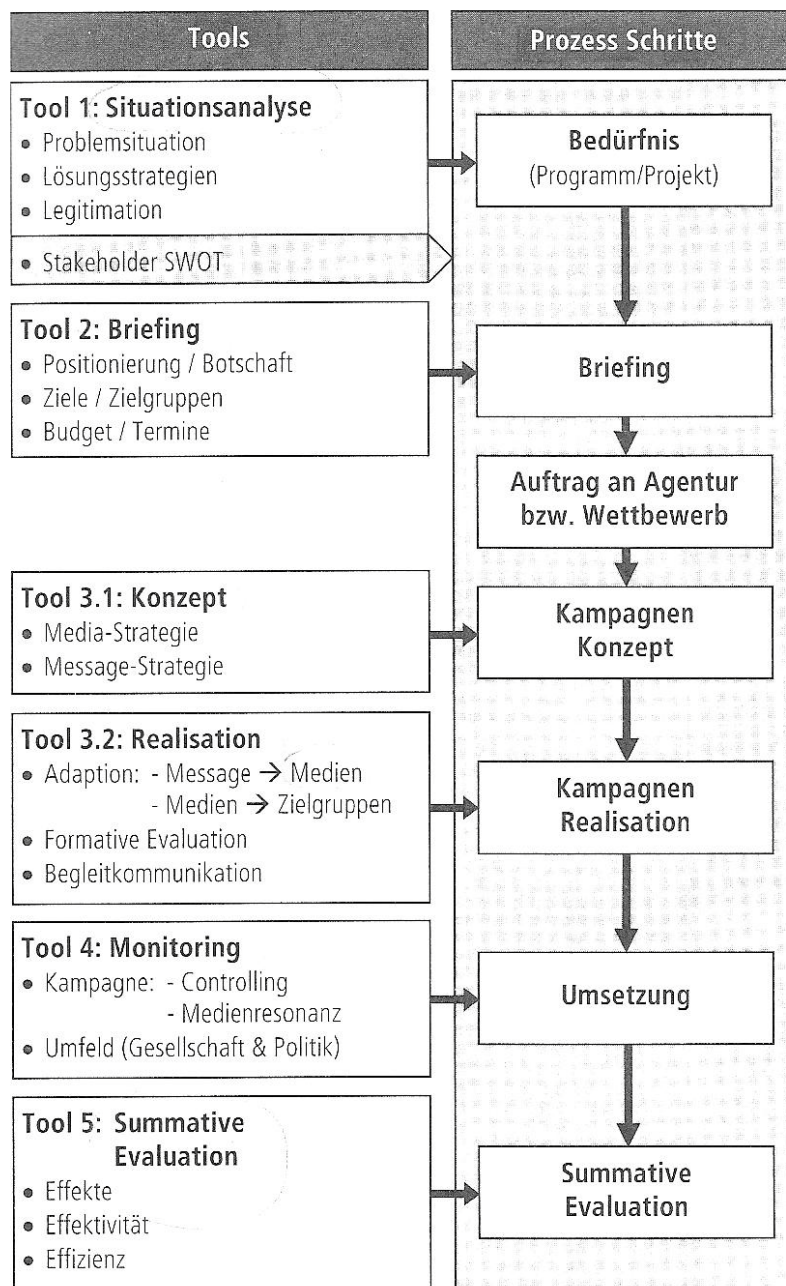


Abb. 15: Struktur der Tool Box
Quelle: Bonfadelli/Friemel 2006: 105

Die Tool Box besteht aus sechs Teilmodulen, die sich am Prozess der Kampagnenplanung orientieren. Es gibt für sechs verschiedene Entscheidungszeitpunkte je ein spezifisch darauf zugeschnittenes Instrument. Die Fragen orientieren sich dabei an den in der Literatur immer wieder diskutierten Problemen, die für das Gelingen oder Scheitern von Kommunikationskampagnen relevant sind. Sie sind jeweils vor dem Hintergrund von sogenannten „Good Practice“-

Ratschlägen (rund 50 Handlungsempfehlungen in Form von praxisorientierten Leitsätzen) formuliert. Darunter wird verstanden, was in der theorieorientierten Literatur und in der empirischen Evaluationsforschung als praxisorientierte Leitsätze für vorbildliche Kampagnen festgehalten werden kann (ebd.).

12.3. Tool 1: Situationsanalyse

Kommunikationskampagnen sind strategisch geplant, weil bei ihren Zielgruppen gewisse Ziele möglichst Erfolg versprechend realisiert werden sollen. Daher sollte vor jeder Planung eine umfassende und entsprechende Analyse der bestehenden Problemsituation durchgeführt werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 106ff).

Tool 1 wird unterteilt in Problemsituation, Lösungsstrategien, Legitimation und Stakeholder SWOT.

Das soziale Problem, zu dessen Lösung die Kampagne einen Beitrag leisten soll, muss explizit definiert und abgegrenzt werden.

Zudem muss die bestehende Situation als Ist-Zustand ausreichend wissenschaftlich abgesichert bzw. dokumentiert sein. Dies kann etwa in Form einer repräsentativen Umfrage und/oder einer qualitativen Exploration mit Betroffenen, Experten und Stakeholdern festgestellt werden. Ist der vorhandene Wissensstand (Publikationen und Statistiken) ausreichend, muss dieser nur problem- bzw. kampagnenspezifisch ausgewertet, zusammengestellt und angewendet werden (ebd.).

Eine Kommunikationskampagne hat bei der Bevölkerung bzw. bei den Stakeholdern dann einen guten Rückhalt, wenn das soziale Problem und dessen Bekämpfung in der Öffentlichkeit gut thematisiert und von den Stakeholdern als dringlich definiert ist.

Alle am sozialen Problem beteiligten Stakeholder sollten bei der Konzeption und Durchführung von Kampagnen möglichst frühzeitig, d.h. schon in der Planungsphase, miteinbezogen werden. Ansonsten kann die Gefahr bestehen, dass kein oder zu wenig Konsens zwischen den Stakeholdern hinsichtlich Problemursachen und Lösungsstrategien besteht. Der Kreis der relevanten Stakeholder kann sich im Verlaufe einer Kampagne auch verändern und sollte deshalb regelmäßig überprüft werden (ebd. und 25ff).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

12.3.1. Problemsituation

Das Problem, dass angesprochen wird, ist das sich die Kinder nicht gut genug ernähren. Das Projekt soll ein Baustein zur Lösung sein.

Kinder essen zu wenig Obst und Gemüse, vor allem am Vormittag in der Schule. Jungen essen weniger Obst und Gemüse als Mädchen. Kinder an Brennpunktschulen³ essen weniger Obst und Gemüse als Gymnasiasten. Hier soll die Verteilung von Obst und Gemüse in der Schule effizient und effektiv das Ernährungsverhalten verbessern. Das Schulfruchtprogramm soll den Kindern zeigen, dass gesundes Essen schmeckt und Spaß machen kann. Dieses Erleben soll ein nachhaltig gesünderes Ernährungsverhalten fördern.

Schulfruchtprogramme sind ein maßgeblicher Beitrag zur aktiven Veränderung der Verzehrsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen im Setting Schule. Der 5 am Tag e.V. stellt sich folgende Fragen:

- Wird der Verzehr von Früchten bei den Teilnehmern gesteigert?
- Welche Früchte, in welcher Form kommen bei den Schülern an?
- Wie kann die Distribution bestmöglich gestaltet werden?
- Wie ist in Bezug auf die Ausgabe von Früchten der Hygienestandard in den Schulen zu beurteilen?
- Welche Ernährungskonzepte sind vielversprechend und können von Schulen leicht umgesetzt werden?
- Welche Begleitmaßnahmen (pädagogische) werden von den Schulen: Lehrern, Schülern und Eltern gegebenenfalls gern angenommen?

Mit diesem Pilotvorhaben wurde erstmals in Deutschland unter kontrollierten Bedingungen eine Maßnahme der Verhältnisprävention im Setting Schule durchgeführt.

³ „Brennpunkt-Schulen“ sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in einem schwierigen, konfliktbeladenen Wohnumfeld liegen und familiäre Probleme, aber auch strukturelle Probleme wie Arbeitslosigkeit oder finanzielle Probleme der Familien überdurchschnittlich häufig vorhanden sind.

12.3.2. Stand der Wissenschaft, an den angeknüpft wurde

Es wurden 31 Schulfruchtprogramme aus den EU-Staaten ausgewertet (1.027 Berichte). Einbezogen wurden Untersuchungen, die folgende Kriterien erfüllten:

- Durchführung im Vorschul- oder Schulbereich
- Alter der Programmteilnehmer unter 18 Jahren
- Integration einer Kontrollgruppe
- Nacherhebungsphase von mindestens 3 Monaten

65% der untersuchten Studien belegen eine signifikante Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums. In Dänemark, England, den Niederlanden und Norwegen wird eine Steigerung des täglichen Verzehrs um 50 Gramm oder eine halbe Portion berichtet. Keine der Basisstudien berichtet von einer Abnahme des Obst- und Gemüsekonsums während der Durchführung von Schulfruchtprogrammen.

15 von 24 Studien verwendeten den 24-Stunden-Recall als Methode zur Erhebung der Verzehrsmenge von Obst und Gemüse. Diese einfache und kostengünstige Methode wird auch im Pilotprojekt eingesetzt.

Miteinbezogen wurden Schulfruchtprogramme in den benachbarten EU-Staaten und in Deutschland:

- ☐ Für das länderübergreifende „Pro child project“ wurde eine repräsentative Stichprobe 11-13 jähriger Schüler in Österreich, Belgien, Dänemark, Island, Portugal, Schweden, Spanien, Norwegen und den Niederlanden untersucht
- ☐ das belgische „Tutti Frutti“-Programm an 1.300 Elementar-, Grund- und weiterführenden Schulen; eine Ausweitung des Projekts ist vorgesehen, bis 2012 sollen dreiviertel aller belgischen Schulen in das Programm eingebunden sein
- ☐ im Rahmen der „6 om dagen-Kampagne“ in Dänemark erhielten 240 Schüler im Alter von 6-11 Jahren über einen Zeitraum von fünf Wochen wöchentlich dreimal Obst und zweimal Gemüse; seit 2007 gibt es ein landesweites Schulfruchtprogramm in Dänemark
- ☐ in Großbritannien beteiligten sich 500 Schulen mit 50.000 Kindern im Alter zwischen 4 und 6 Jahren am „National School Fruit Scheme“

- ☐ das Programm „Schoolgruiten“ in den Niederlanden umfasste 7 Städte, 275 Schulen und 75.000 Schüler; die Evaluation stützt sich auf 905 Viertklässler zwischen 9 und 11 Jahren
- ☐ seit 2001 gibt es in Norwegen ein nationales, kostenpflichtiges Schulfruchtprogramm, dass auch evaluiert wurde
- ☐ aus Irland ist ein abweichender Ansatz im Gegensatz zu den oben beschriebenen Programmen bekannt: das Programm „Food Dudes“ richtet sich an Kinder zwischen 11 und 14 Jahren und basiert auf einer Intervention durch positive Vorbilder, die so genannten „Food Dudes“ (Comiccharaktere); die Evaluation berücksichtigt die Verzehrdaten von 402 Kindern
- ☐ seit Projektstart von „Besser Essen. Mehr bewegen“ im Februar 2007 nehmen ca. 2.000 Schüler im Raum Dortmund an dem Projekt teil; sie erhalten täglich je 100g Obst und Gemüse pro Person
- ☐ der Förderverein Integriertes Obst aus dem Alten Land e.V. rief das Programm „Schulapfel“ 2006 ins Leben, in dem 2008 rund 3.000 Schüler in 60 Schulen auf Grundlage eines halbjährlichen Abonnements (20,- €) täglich einen Apfel aus der Region erhalten
- ☐ seit Frühjahr 2008 werden vom Förderverein kinderfreundliches Stuttgart, den Märkten Stuttgarts und 12 Sponsoren an 12 Stuttgarter Brennpunkt-Schulen ca. 4.500-5.000 Schüler kostenfrei einmal wöchentlich mit Obst beliefert

Die untersuchten Studien zu den Schulfruchtprogrammen belegen eine signifikante Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums bei den teilnehmenden Schülern, unabhängig von der unterschiedlichen Ausgestaltung der Schulfruchtprogramme und den eingesetzten, verschiedenartigen Messmethoden. Die unterschiedliche Programmgestaltung wird mit dem Hinweis auf länderspezifische Schulsysteme begründet.

Die betrachteten Studien untersuchen ähnliche Fragestellungen. Kernpunkte sind eine mögliche Änderung des Ernährungsverhaltens und des Ernährungsbewusstseins. Trotz der ähnlichen Analysefragen werden unterschiedliche Evaluationsmethoden eingesetzt.

Als eine Lücke kann jedoch bezeichnet werden, dass keine vergleichenden Analysen zu Wirkungsweisen, Praktikabilität und Effizienz in der Gestaltung und Umsetzung von Schulfruchtprogrammen vorliegen. Ein weiterer Punkt ist, dass für Deutschland bisher nur wenige, wissenschaftliche Aussagen zur Art und Wirkungsweise von Schulfruchtprogrammen existieren.

Aus diesem Grund ergibt sich für die geplante Evaluation des Pilotprojekts Schulfrucht die Anforderung, Auskunft darüber zu bieten, wie ein Schulfruchtprogramm unter den Rahmenbedingungen in Deutschland einen möglichst großen Wirkungsgrad erzielen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Ist-Zustand ausreichend wissenschaftlich dokumentiert wurde. Es sind viele Studien zu Schulfruchtprogrammen in ganz Europa vorhanden. Insgesamt wurden 31 Studien zu Schulfruchtprogrammen ausgewertet. Es macht den Eindruck, als sei der vorhandene Wissensstand ausreichend und problem- bzw. kampagnenspezifisch ausgewertet, zusammengestellt und angewendet worden.

12.3.3. Stakeholder

Zu den wichtigsten Stakeholdern des Pilotprojekts gehören die Auftraggeber der Kampagne. In diesem Fall sind das das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), der 5 am Tag e.V. und die Kommunikationsplattform IN FORM. Die Kommunikations-Agentur ist die trio-market-relations GmbH. Für die Evaluation ist das Institut CO CONCEPT verantwortlich und als Fruchtlieferant ist die Firma Herbert van der Hamm GmbH beauftragt worden.

Auch die Betroffenen, meist sind dies gleichzeitig die Zielgruppen, zählen zu den Stakeholdern. Die Betroffenen sind ca. 9.000 Schüler und etwa 1.000 Lehrer in 18 Schulen. Auch die Schulleiter der einzelnen Schulen, mit welchen vor dem Projekt Kontakt aufgenommen wurde, zählen zu den Stakeholdern.

Vor allem die Schulleiter der Grund-, Haupt- und Förderschulen standen sehr schnell mit viel Engagement hinter dem Projekt und lieferten viele Anregungen und Ideen für die weitere Ausgestaltung des Projekts. Ein Direktor eines teilnehmenden Gymnasiums gehört inzwischen zu den vehementesten Befürwortern des Schulfruchtprogramms.

Zu den Stakeholdern zählen auch die Eltern aller teilnehmenden Schulen. Sie wurden zu Beginn mit einem Elternbrief (siehe Anhang) über das Projekt informiert und somit von Anfang an in das Projekt miteinbezogen.

Man kann sagen, dass alle relevanten Stakeholder bereits in der Planungsphase miteinbezogen wurden und Konsens unter den Stakeholdern besteht. Vor allem zeigten die meisten Schulleiter von Beginn an viel Engagement und beteiligten sich mit zusätzlichen Input.

Vergleich: Social Marketing Prozess

Im Social Marketing Prozess ist der erste Schritt die Analyse des Umfelds mit einer umfassenden Marktanalyse und der Untersuchung der Marktteilnehmer (Vgl. Kapitel 8.1). Dieser erste Schritt ist dem Tool 1 der Tool Box sehr ähnlich und ist mit der Situationsanalyse vergleichbar.

12.4. Tool 2: Briefing

Kommunikationsagenturen erstellen für die Kampagne ein sogenanntes Briefing. Darin enthalten sind die wichtigsten Voraussetzungen und Randbedingungen einer Kampagne wie Ziele, Zielgruppen, Positionierung, verwendete Botschaften, Budget und Termine (Bonfadelli/Friemel 2006: 109ff).

Im Briefing sollte die generelle Ausrichtung der Botschaften der Kampagne im Sinne einer Positionierung festgehalten werden (z.B. positive Botschaft, Appell an gewisse soziale Normen, Absender nicht als Autorität sondern als kompetenter Partner und Quelle zusätzlicher Informationen). Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Konzipierung der Botschaften aus der Strategie der Kampagne abgeleitet ist und auf einem Wirkungsmodell beruht (ebd.).

Auch sollten die Zielgruppen und die bei ihnen durch die Kampagne zu realisierenden Ziele als erwünschte Effekte möglichst explizit formuliert sein (ebd.).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Die zuständige Kommunikationsagentur ist die trio-market-relations GmbH. Die Evaluation führt die CO CONCEPT Marketingberatung durch. Ein Briefing wurde für das Pilotprojekt, nach Anfrage per E-Mail am 5. Tag, nicht erstellt. Daher ist auch

nicht bekannt, ob eine generelle Ausrichtung der Botschaft im Sinne einer Positionierung festgehalten wurde.

12.4.1. Planung und Ablauf des Projekts

Generell umfasste die Laufzeit des Vorhabens den Zeitraum vom 1.1.2009 bis zum 30.9. 2009. Die Feldphase ging vom 16.3.2009 bis zum 10.7.2009.

Die Fruchtverteilung erfolgte im 2. Schulhalbjahr 2008/2009 an 70 Tagen täglich mit einem Stück Obst oder Gemüse.

Laut Antrag des 5 am Tag e.V. waren für die Durchführung die Meilensteine wie folgt terminiert:

Soll	Ist	Meilenstein
KW 4	KW 4	Vorgaben der Evaluation zur Auswahl der Schulen
bis KW 6	Bis KW 10	Akquisition der Schulen
KW 8/9	KW 11/12	Baseline-Erhebung
Anfang März	02. April	Auftaktveranstaltung
KW 10	KW 13	Start der Verteilung der Früchte
danach		Start der Unterrichtsbesuche
KW 19	KW 19	Vorbereitung der Zwischenevaluation
KW 20/21	KW 20/21	Durchführung der Zwischenevaluation
Vor den Sommerferien	KW 27/28	Durchführung der Schlussevaluation

Abb. 16: Meilensteine des Pilotprojekts Schulfrucht

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 15

Das Ziel, die Akquisition der Schulen bis zur Kalenderwoche 6 abzuschließen, erwies sich als zu ambitioniert. Dafür gab es mehrere Gründe. Die ersten Gespräche mit den Schulen haben ergeben, dass eine förmliche Vorabstimmung mit den Schulträgern wichtig ist. Dadurch ging Zeit verloren, jedoch stehen seither drei Schulen mit viel Engagement hinter dem Projekt. Bei der Ansprache der Schulen reichte ein Anschreiben und ein telefonisches Nachfassen oft nicht aus, da es immer wieder zu vielen Detailfragen insbesondere zum Ablauf der Fruchtlieferungen, kam. Dies machte es erforderlich, alle Schulen zu besuchen und persönliche Erstgespräche mit den Schulleitern zu führen.

Aufgrund der Verlängerung der Aktionsphase verschoben sich die nachgelagerten Termine Ausschreibung, Lieferant, Baseline-Erhebung und Start der Fruchtverteilung entsprechend.

Bis zu Kalenderwoche 10 konnte die Akquisition der Schulen erfolgreich abgeschlossen werden. Es konnten insgesamt 18 Schulen gewonnen werden:

- 6 Grundschulen
- 6 Haupt- und Förderschulen
- 6 Gymnasien.

Die Grund-, Haupt- und Förderschulen wurden in sozialen Brennpunktgebieten gefunden. Schwierig gestaltete sich die Gewinnung von Gymnasien. Hier musste bei den Verantwortlichen zu Beginn in den persönlichen Vorgesprächen viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Am einfachsten war die Gewinnung der Grundschulen, da die Vermittlung von Ernährungswissen zum Lehrplan gehört und es weniger starre Lehrpläne gibt, die darüber hinaus die Schulfrucht sehr gut in die Abläufe einbinden konnte.

Die Eltern aller teilnehmenden Schulen wurden durch einen Elternbrief (siehe Anhang) über das Projekt informiert. Auch stand der Elternbrief in türkischer Sprache zur Verfügung. Im Elternbrief gab es eine Kontaktadresse, damit interessierte Eltern bei Rückfragen eine Ansprechperson hatten.

Das Projekt konnte an 13 Schulen in verschiedenen Fächern auf unterschiedlichste Weise aufgegriffen werden:

- im Deutschunterricht als Aufsatzthema
- in der Mathematik zur Mengenlehre und zur Anfertigung von Diagrammen
- im Englischunterricht zur Wortschatzerweiterung
- in Naturwissenschaften zur Bestimmung des Energiegehalts von Lebensmitteln
- in der Ernährungslehre des sporttheoretischen Unterrichts
- im Fach Hauswirtschaft bei der Zubereitung von Speisen
- in Projektwochen
- in allgemeinen Diskussionen, beispielsweise über den ethischen Umgang mit Lebensmitteln

- in Verbindung mit anderen Projekten ähnlicher Zielsetzung oder Schulaktivitäten (gesundes Frühstück)

Die Ausschreibung um den passenden Fruchtlieferant zu finden, erfolgte erst nach der Festlegung der Schulen, um potenzielle Interessenten alle für die Kalkulation der Lieferungen relevanten Parameter vorgeben zu können, wie Gesamtschülerzahl, Standorte der Schule, Anzahl der Klassen, etc. Die Ausschreibung wurde in den Tageszeitungen Rheinpfalz, Pfälzer Tagesblatt, dem Mannheimer Morgen, den Weinheimer Nachrichten und der Schwetzingener Zeitung veröffentlicht. Durch die Ausschreibung waren vier Angebote eingegangen. Zwei kamen in die engere Auswahl. Das Angebot der Firma Herbert van der Hamm GmbH erwies sich als das wirtschaftlichere und wurde ausgewählt.

Die Fruchtlieferungen in die Schulen begannen in Kalenderwoche 13, drei Wochen nach Beginn der Ausschreibung. Die Anlieferung der Ware in den Schulen sowie die interne Verteilung und die Rücknahme des Leerguts verliefen ohne Probleme. Zusätzlich wurde eine Hotline von trio-market-relations GmbH eingerichtet, um bei Bedarf Reklamationen weitergeben zu können.

Der Ablauf der Fruchtlieferungen in den Schulen sah so aus, dass alle Schüler täglich kostenfrei ein Stück Obst oder Gemüse oder kleingeschnittenes, verpacktes Obst und Gemüse erhielten.

12.4.2. Ziele und Zielgruppen

Ziel des Projekts ist es, anhand unterschiedlicher Varianten zu prüfen, ob und auf welche Weise der Verzehr von Obst und Gemüse bei Schulkindern erhöht werden kann. Untersucht werden drei unterschiedliche Verfahrensweisen, mit denen die 18 teilnehmenden Schulen unterschiedlichen Schultyps mit Obst und Gemüse beliefert werden. Die Varianten unterscheiden sich in Hinblick auf die Fruchtvielfalt und die Intensität der pädagogischen Begleitmaßnahmen.

Allgemein lässt sich das Ziel zusammenfassen in der Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse von Kindern und Jugendlichen in der Schule. Durch die Verteilung von Obst und Gemüse in den Schulpausen und Begleitmaßnahmen in den

Unterrichtsstunden soll den Kindern altersgerecht und spielerisch die Wichtigkeit von Obst und Gemüse vermittelt werden.

Zielgruppe sind die Schüler, Lehrer, Schulleiter, Hausmeister und die Eltern der Schüler der 18 teilnehmenden Schulen.

Es nahmen 6 Grundschulen, 6 Haupt- und Förderschulen und 6 Gymnasien mit insgesamt 9000 Schülern, 1000 Lehrern, Schulleitern und Hausmeistern teil. Die beteiligten Schulen waren aus Mannheim (BW), Ludwigshafen und Neustadt/W (RP).

Da das Pilotprojekt eine Schulfrucht-Kampagne ist, ist die Zielgruppe von vorn herein soziodemographisch auf die Schüler im Alter von 6-16 Jahren eingeschränkt.

Es gelingt, mit dem Projekt eine spezifische Zielgruppe anzusprechen. Dadurch ist die Identifikation mit den Zielen am größten.

Bonfadelli und Friemel (2006: 110) sind der Ansicht, dass die Zielgruppen und die bei ihnen durch die Kampagne zu realisierenden Ziele als erwünschte Effekt möglichst explizit formuliert sein sollten. (Beispiel einer Velohelm-Kampagne: Die Kampagne soll bei 80% der Velofahrer bekannt sein; 30% sollen regelmäßig einen Helm beim Velofahren tragen.)

Solch eine explizit formulierte Zielsetzung ist beim Schulfrucht Projekt nicht bekannt bzw. nicht im zur Analyse vorhandenen Stimulus-Material ausfindig zu machen.

12.4.3. Botschaften

Die Botschaft von 5 am Tag und somit auch vom Schulfrucht Pilotprojekt lässt sich ganz einfach erklären. Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollen täglich 5 Portionen Obst und Gemüse essen. Zu dieser Empfehlung liegen wissenschaftliche Untersuchungen vor. Der Erfolg dieser Botschaft liegt in ihrer Einfachheit. Abwiegen ist nicht nötig, die Portionen lassen sich mit der Hand abmessen: Große Hände – große Portion, kleine Hände – kleine Portion.

Generell ist die Ausrichtung des Projekts auf eine positive Botschaft ausgelegt. Eine genauere Positionierung lässt sich aus dem zu analysierenden Material allerdings nicht festmachen.

12.4.4. Budget

Der Rat der europäischen Union stellt pro Schuljahr 90 Millionen € EU-Mittel für das EU-Schulobstprogramm bereit. Diese Mittel sollen für den Ankauf von Obst und

Gemüse und dessen Verteilung an Schulen, einschließlich Kindergärten und andere vorschulische Einrichtungen, sowie für begleitende Informationsmaßnahmen verwendet werden. Das Programm ist zu ergänzen durch Mittel der am EU-Schulobstprogramm teilnehmenden Mitgliedsstaaten (EU-Anteil an den Kosten auf 50% begrenzt), der Wirtschaft oder durch Elternbeiträge.

Beim Pilotprojekt erfolgte die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und der Initiative für gesunde und sichere Ernährung mit Obst und Gemüse e.V., Düsseldorf.

Vergleich: Social Marketing Prozess

Im Social Marketing ist es notwendig, das Verhalten der Zielgruppe vorhersagen zu können. Es ist also eine genaue Kenntnis der einzelnen Zielgruppe notwendig. Dafür gibt es die Zielgruppenanalyse, die den Markt in einzelne „Kundengruppen“ teilt. Jede Zielgruppe hat ihre eigenen Ansichten, Werte und Einstellungen und danach werden die Kampagnen ausgerichtet und strukturiert (Vgl. Kapitel 8.2).

Je präziser die Zielgruppe von vorn herein unterschieden werden kann, desto einfacher ist es später, die Zielgruppe anzusprechen und zu erreichen.

Eine Zielgruppenanalyse ist bei diesem Pilotprojekt nicht notwendig, da sich die Zielgruppe automatisch durch die Vorgaben des EU-Programms ergeben. Da es ein Schulfruchtprogramm ist, sind die Zielgruppen automatisch Schüler. Weitere Zielgruppen sind Lehrer, Schulleiter, Hausmeister und die Eltern der Schüler.

Die Ansichten, Werte und Einstellungen der Kinder und Jugendlichen sollen von „Ich glaube, Obst und Gemüse zu essen, ist gesund.“ zu „Ich glaube, täglich Obst und Gemüse zu essen, ist für meine Gesundheit förderlich, alle Menschen sollten täglich Obst und Gemüse essen.“ werden. Die Einstellung wird hier zum Wert. Ein Wert ist eine Ansicht darüber, wie man sich verhalten oder nicht verhalten sollte (Vgl. Kapitel 8.2).

Schritt 3 des Social Marketing Prozesses ist der Entwurf der Social-Marketing-Strategien. Dieser Schritt ist dem Briefing des Tool 2 sehr ähnlich.

Es wird der Plan zur Erreichung der Ziele einer Kampagne festgelegt, der aus unterschiedlichen Teilen besteht: einer zusammenfassenden Kurzdarstellung der im Plan enthaltenen Hauptziele, eine Einschätzung der gegenwärtigen Situation und des

Umfelds, ein Zielgruppenprofil sowie auch Möglichkeiten zur Planüberwachung und ein Methoden- und Instrumentenmix, mit dem die Kampagne versucht, ihre Ziele zu erreichen (Vgl. Kapitel 8.3).

Kampagnen neigen dazu, ihre Ziele mit allgemeinen Begriffen wie „Steigerung der Lebensqualität“, „Erhöhung der sozialen Kompetenz“ oder „Verbesserungen der Möglichkeiten des einzelnen“ zu umschreiben. Solche Ziele sind aber weder konkret, noch sind sie messbar (Vgl. Kapitel 8.3).

Das Ziel des Pilotprojekts ist eine Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule zu erreichen. Solch ein Ziel ist ungenau. Es findet aber eine wissenschaftliche Evaluation mit einer Vor-, Zwischen- und Abschlusserhebung statt.

12.5. Tool 3.1.: Konzept

Aufgrund des Briefings erstellt die Kommunikationsagentur das Konzept für die Kampagne. Dabei stehen vor allem die *Media-Strategie* und die *Message-Strategie* im Mittelpunkt (Bonfadelli/Friemel 2006: 111ff).

a) Media-Strategie

Im Konzept sollte der Einsatz der verschiedenen Medien festgehalten und auch begründet werden. Ideal ist die Kombination von verschiedenen Medien als Mediamix zusammen mit medienwirksamen Events, ergänzt durch interpersonale Kommunikation (ebd.).

b) Message-Strategie

Die durch die Kampagne verwendeten Botschaften sollten aus der Sicht der Zielgruppe informativ sein und auf Bekannten aufbauen. Sie sollten klar, einfach und konkret sein. Gleichzeitig sollten die Botschaften Aufmerksamkeit und Interesse erzeugen. Wiederholung, aber auch Variation der Grundinformation ist bei länger laufenden Kampagnen wichtig (ebd.).

Die Botschaften als Produkte der Kampagne sind öffentlich sichtbar und sollten bei der Zielgruppe das erwünschte Verhalten bewirken (ebd.: 38).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

12.5.1. Media-Strategie

Wichtigster Aufhänger für die Kommunikation war der Start des Pilotprojekts, der im Rahmen der Auftaktveranstaltung den Medien ausführlich vorgestellt wurde.

Diese offizielle Auftaktveranstaltung fand am 2. April 2009 an einer Grundschule in Mannheim statt. Gäste waren wichtige Multiplikatoren aus der Politik und den teilnehmenden Städten, die Rektoren der teilnehmenden Schulen sowie die Presse.

Alle Medienvertreter erhielten zu diesem Anlass eine Pressemappe mit ausführlichen Informationen. In diesem Zusammenhang konnten neben vielen Veröffentlichungen im Internet und in den Printmedien auch ein Beitrag im ZDF in der Kindernachrichtensendung logo! platziert werden. Es folgten vier weitere TV-Drehs mit dem Südwestrundfunk (SWR) in Baden-Württemberg und dem SWR in Rheinland-Pfalz. Der Nachrichtensender N24 und das erste deutsche Fernsehen (ARD) sendeten im Rahmen der Tagesschau und der ZDF-Nachrichten Beiträge. Auch ein Interview wurde über den Hörfunk (Ausstrahlung über SWR 1 und SWR 4) ausgestrahlt.

Drei eigene Pressemeldungen veröffentlichten die trio-market-relations GmbH und der 5 am Tag e.V. Diese wurden auch den Medien zur Verfügung gestellt. Die erste Meldung wurde am 2. April in Zusammenarbeit mit dem BMELV zum Start des Projekts herausgegeben. Weiters wurden zahlreiche individuelle Medienkontakte aufgebaut mit dem Ziel, Artikel bzw. Hörfunk- und TV-Beiträge zu platzieren.

Seit Anfang 2009 wurden im Rahmen der Medienbeobachtung zum Stichwort „Schulfrucht“ und „Schulobst“ mit inhaltlichen Bezug auf das EU-Programm insgesamt *1.001 Veröffentlichungen* registriert. *214 Berichte* thematisieren dabei das *Pilotprojekt Schulfrucht*.

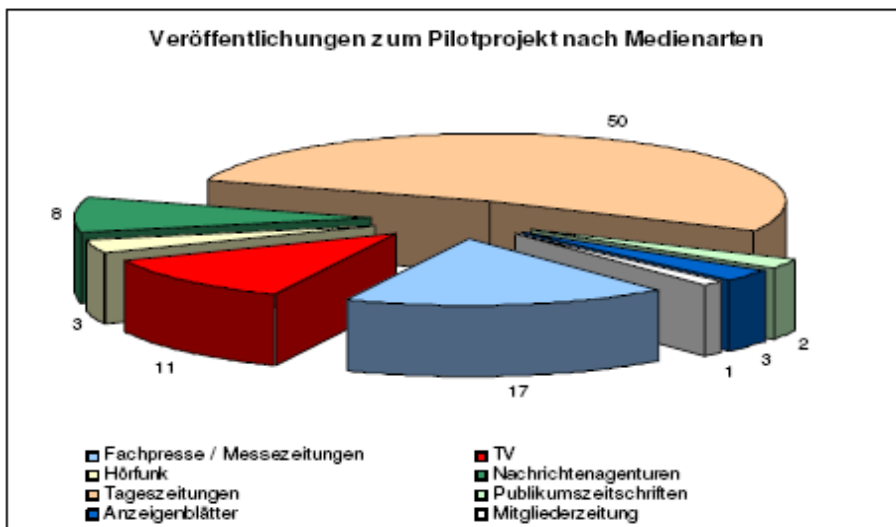


Abb. 17: Veröffentlichungen zum Pilotprojekt Schulfrucht nach Medienart
 Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 97

Überdurchschnittlich häufig wurde über das Pilotprojekt in der Fachpresse und Messezeitungen (17%), TV (11%), Hörfunk (3%) und lokalen Anzeigenblättern (3%) berichtet. In den Meldungen der Nachrichtenagenturen (8%) und damit mittelbar in Tageszeitungen (50%) überwiegt die Berichterstattung in Bezug auf die überregionale, politische Thematik zur Sicherstellung des Finanzierungsanteils des Mitgliedstaates.

Vom Februar bis zum 15. Mai 2009 war der Schwerpunkt der 76 Veröffentlichungen der Start des Pilotprojekts. Ein Anteil von 65 Veröffentlichungen beschäftigt sich mit der Pilotphase. Bei 61 Beiträgen ist die Resonanz positiv, bei drei neutral und bei einem (Leserbrief in der Tageszeitung „Rheinpfalz“) negativ.

Nach dem 15. Mai verlagerte sich der Schwerpunkt der Veröffentlichungen auf den politischen Entscheidungsfindungsprozess zur nationalen Umsetzung des EU-Programms.

Zwischen 16. Mai und 30. Juni werden 233 Veröffentlichungen zum EU-Schulobstprogramm beobachtet, besonders zum Gesetzesentwurf durch den Bundesrat und zu den sich anbahnenden Debatten über die Finanzierung. Das Pilotprojekt kann in dieser Zeit 12 Mal platziert werden und das immer positiv.

Von Juli bis Anfang September, nach Beendigung der Pilotphase an den Schulen, sind die Schwerpunkthemen in der Berichterstattung folgende:

- Vorstellung des Zwischenberichts zum Pilotprojekt
- Stand der Umsetzung des EU-Programms in Deutschland einschließlich Finanzierungsfragen, die Entscheidungen von Bundestag und Bundesrat sowie Reaktionen und Forderungen von verschiedenen Bänden
- vereinzelt Projekte und Initiativen, die unabhängig von der EU-Förderung durchgeführt werden oder beabsichtigt sind.

In diesem Zeitraum haben 692 *Veröffentlichungen* stattgefunden, davon 137 mit positiver Resonanz über das Pilotprojekt.

Veröffentlichungen insgesamt			mit Bezug zum Pilotprojekt		
positiv	572	57,14%	positiv	147	68,69%
neutral	417	41,66%	neutral	65	30,37%
negativ	12	1,20%	negativ	2	0,93%

Abb. 18: Qualitative Bewertung der Medienresonanz

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 98

Im März ging die begleitende Website www.5amtag-schulfrucht.de online. Hier informiert die Durchführungsstelle über Schulfruchtprogramme allgemein, das laufende Pilotprojekt und aktuelle Entwicklungen. Auch ist die Website mit der Website www.inform.de verlinkt.

Seit April 2009 wurde die Seite von ca. 3.600 Internetnutzern laut Google Analytics besucht. Das sind pro Tag ca. 26 Zugriffe. Die Zugriffszahlen bleiben nach Beendigung der Fruchtlieferungen und flankierenden Maßnahmen konstant. Die Beendigung des Projekts wird durch steigendes Interesse an der Erörterung des Gesetzentwurfs in Bundestag und Bundesrat kompensiert.

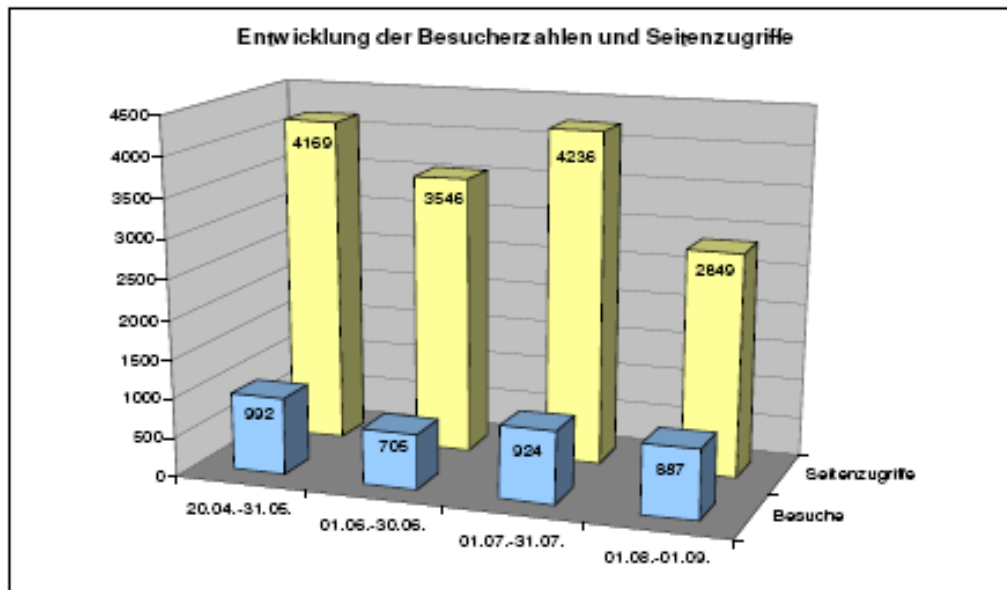


Abb. 19: Entwickl. der Besucherzahlen pro Tag auf www.5amtag-schulfrucht.de

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 99

14% der Besucher greifen direkt auf die URL zu, 74% über verweisende Seiten (74% über www.5amtag-schule.de, 12% über www.bmelv.de, und 5% über www.in-form.de) und 12% über Suchmaschinen. Suchbegriffe waren insbesondere „Schulfrucht“, „Schulfruchtprogramm“, im August auch „Schulobst“. Die relativ hohe Zahl der Zugriffe über externe Links und die Suchbegriffe über Suchmaschinen belegen ebenso wie die Direktzugriffe, dass die Seite sehr gezielt besucht wird.

Die beliebtesten Seiten mit den meisten Besuchen sind:

- Startseite
- Kurzinfos zum Pilotprojekt
- Downloads für Lehrer
- Hintergrundinfos zum EU-Schulfruchtprogramm.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Stichworte „Schulfrucht“ und „Schulobst“ in den Alltag Eingang gefunden haben.

Neben der offiziellen Auftaktveranstaltung am 2. April 2009 gab es noch weitere medienwirksame Events.

Am 22. April 2009 fand im Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) in Bonn eine Besprechung der für Ernährungsfragen bzw.

Marktfragen zuständigen Referenten des Bundes und der Länder zum EU-Schulobstprogramm statt, bei dem die Projektleiterin den aktuellen Stand des Pilotprojekts präsentierte.

Eine Presseveranstaltung zur Vorstellung des Schulfruchtprojekts für die Lokalpresse in Neustadt/W. fand ebenfalls am 22. April 2009 statt.

Am 10. Juli 2009 fand im BMELV anlässlich der Ergebnisse des Zwischenberichts eine Pressekonferenz mit Bundesernährungsministerin Ilse Aigner statt.

Am 26. Mai 2009 gab es ein Treffen der Initiative Fruchthandel mit den Länderreferenten zu einem Erfahrungsaustausch über die logistischen Fragen von Schulfruchtprogrammen.

In Bezug auf interpersonale Kommunikation wurde vom Verein 5 am Tag e.V. für die Laufzeit des Projekts eine Hotline eingerichtet, die zentrale Bedeutung hatte. Im Zeitraum Mitte März bis Ende Juli 2009 wurden 77 eingegangene Telefonate dokumentiert.

Die meisten Anrufe fanden zu Projektbeginn in den Schulen statt. Teilnehmende Schulen hatten organisatorische Rückfragen oder gaben Rückmeldung zu den ersten Fruchtlieferungen. Andere Schulen mit Teilnahmeinteresse bzw. Eltern, deren Kinder keine Schulfrüchte erhalten haben, fragten zu diesem Zeitpunkt verstärkt nach Beteiligungsmöglichkeiten.

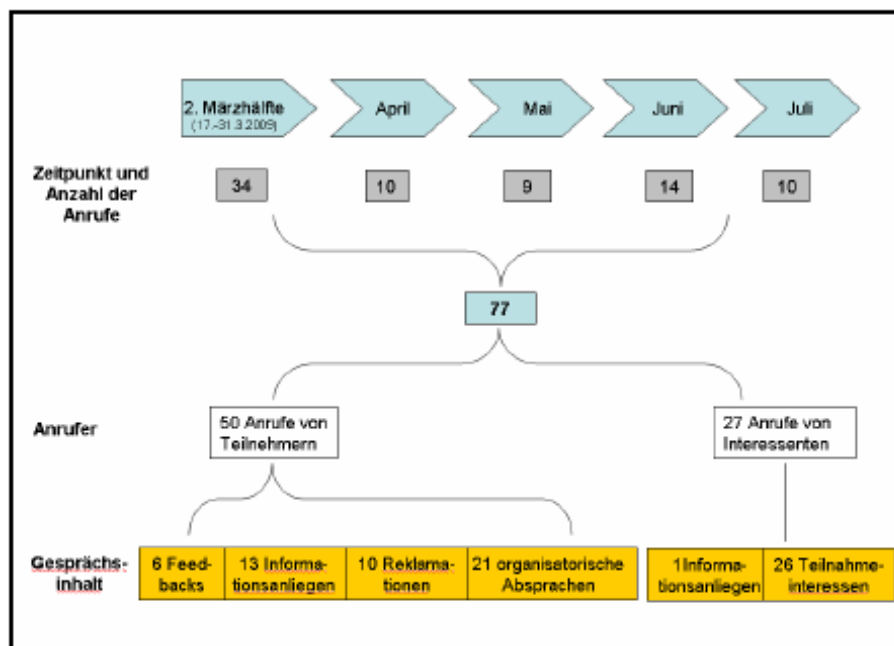


Abb. 20: Struktur der eingegangenen Anrufe bei der Projekt begleitenden Hotline

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 86

Eine weitere Ergänzung zur interpersonalen Kommunikation fand durch Flyer statt. Die Durchführungsstelle, trio-market-relations GmbH setzte zur Information der Schüler, Lehrer und Eltern vor allem bereits im Rahmen der 5 am Tag-Kampagne entwickelte und erprobte Materialien ein:

- Grundschulen: Elternfaltblatt, Schulfruchtflyer für Kinder und Eltern (siehe Anhang)
- Haupt- und Förderschulen: Kinderfaltblatt (nur Förderschulen); Schüler bis ca. 11 Jahre: Elternfaltblatt und Schulfruchtflyer (für Kinder und Eltern); Ältere Schüler: Power Pur (siehe Anhang)
- Gymnasien: Schüler bis ca. 11 Jahre: Elternfaltblatt und Schulfruchtflyer (für Kinder und Eltern); Ältere Schüler: Power Pur

Darüber hinaus wurden folgende Materialien entwickelt:

- Diplom (siehe Anhang)
- Flyer zum Wettbewerb (siehe Anhang)
- Elternbriefe (in deutsch und türkisch) (siehe Anhang)

Abschließend lässt sich zur Media-Strategie sagen, dass ein Mediamix zusammen mit medienwirksamen Events, ergänzt durch interpersonale Kommunikation stattgefunden hat.

12.5.2. Message-Strategie

Die Botschaft des Projekts ist wie weiter oben schon beschrieben, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu essen. Das Obst und Gemüse gesund ist und man genügend davon essen sollte, ist nicht neu, sondern baut auf Bekanntem auf.

Es wird dabei versucht, sich auf das Thema Schulfrucht bzw. obst- und gemüsereiche Ernährung zu fokussieren. Eine zu breite Streuung des Themas Gesunde Ernährung soll vermieden werden. Die Botschaft soll klar, deutlich und konkret an die Zielgruppe herangetragen werden. Vor allem in Grundschulen mit vielfältigen Angeboten zur gesunden Ernährung soll die Kernbotschaft des Schulfruchtprogramms nicht verwässert werden. Zu viele Ernährungsbotschaften verwirren eher, als dass sie angenommen werden.

Die Botschaft wird anhand Flyer, zusätzlichen Unterrichtsmaterialien und weiteren Aktionen wie Sinnes-Spielen, praktischen Einheiten und einem Wettbewerb an die

Schüler gebracht. Dies erzeugt Aufmerksamkeit und Interesse. Durch eine Unterrichtsreihe mit drei aufeinander aufbauenden Modulen wird die Wiederholung der Botschaft gewährleistet. Auch wird die Botschaft an die jeweilige Zielgruppe aufgrund des Alters der Schüler angepasst. Damit kann sichergestellt werden, dass die Botschaft für alle verständlich ist.

12.6. Tool 3.2.: Realisation

Das Konzept der Kampagne muss in einem weiteren Schritt als Kampagnen-Input konkret realisiert werden. Als Meilensteine geht es in diesem Schritt vor allem darum, dass einerseits die Kampagnenbotschaften an die Spezifika der Medien angepasst und andererseits die Medien als Transportkanäle der Kampagne auf die Zielgruppen der Kampagne abgestimmt werden (Bonfadelli/Friemel 2006: 113ff).

12.6.1. Adaption: Botschaften an Medien und Medien an Zielgruppen

Bevor der eigentliche Pretest durchgeführt werden kann, muss die Adaption der Botschaften der Kampagne, auf theoretischer Basis bezüglich Zielgruppen und Medien überprüft werden. Eine Gefahr kann darin bestehen, dass die Botschaften der Kampagne nicht oder nur ungenügend auf die Zielgruppen und Kanäle hin abgestimmt sind (ebd.).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Eine Überprüfung der Botschaft auf die Zielgruppen und Medien wurde beim Pilotprojekt nicht durchgeführt. Jedoch wurden die Begleitmaßnahmen wie Schulfruchtflyer, Kinderfaltblatt etc. an das Alter der Schüler bzw. an den Wissens- und Bildungsstand in den teilnehmenden Schulen angepasst. Bezüglich der Abstimmung der Botschaften auf die Kanäle bzw. Medien wurde von der trio-marekt-relations GmbH und dem 5 am Tag e.V. drei eigene Pressemeldungen veröffentlicht und den Medien zur Verfügung gestellt.

12.6.2. Formative Evaluation

Nachdem im Preproduction-Test die Zielgruppen und deren Eigenschaften genau analysiert wurden, erfolgt hier der zweite Schritt der formativen Evaluation, das Production-Testing. Im Product-Testing geht es darum, die Kampagnenprodukte auf ihre Akzeptanz und Wirksamkeit zu testen (Bonfadelli/Friemel 2006: 114).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Es wurde keine formative Evaluation durchgeführt. Die Kampagnenprodukte wurden nicht auf ihre Akzeptanz und Wirksamkeit getestet.

12.6.3. Begleitkommunikation

Neben den klassischen Kanälen für Informationskampagnen (paid media) sollen durch eine gezielte Medienarbeit Beiträge im redaktionellen Teil der Massenmedien (free media) maximiert werden. Dabei stellen sich Fragen wie: Sind Medienorientierungen, -mitteilungen, -events etc. konkret geplant? Orientieren sich die vorbereiteten Aktivitäten an den Bedürfnissen der Medien (Nachrichtenwerte beachtet? Aktualität, Prominenz, Lokalbezug, Konflikt, Erfolg)? Gibt es eine Liste mit den für die Medienarbeit wichtigen Medien bzw. Journalisten? Zu welchen bestehen schon eingespielte Kontakte? (Bonfadelli/Friemel 2006: 114f)

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Massenmedien als Werbeträger wurden vor allem Tageszeitungen, Internet, TV-Spots, Hörfunk sowie Publikumszeitschriften, Fachpresse, Anzeigenblätter, Messe- und Mitgliederzeitungen genutzt⁴. Auch gab es den einen oder anderen redaktionellen Beitrag.

Weiters wurden verschiedene Medienevents konkret geplant. Diese orientierten sich an den Aktivitäten und der Aktualität des Projekts (siehe Kapitel 12.5.1). Eine Liste mit den für die Medienarbeit wichtigsten Medien bzw. Journalisten dürfte nicht zur Verfügung stehen. Es werden aber nach Start des Projekts zahlreiche individuelle Medienkontakte aufgebaut mit dem Ziel, Artikel bzw. Hörfunk- und TV Beiträge zu platzieren.

Vergleich: Social Marketing Prozess

Schritt 4, die Planung des Social-Marketing Mix ist vergleichbar mit Tool 3.1. Konzept und Tool 3.2. Realisation.

In dieser Phase des Social-Marketing-Prozesses werden die Instrumente gewählt, mit denen das Konzept umgesetzt werden soll. Die Instrumente des Marketing-Mix sind Produkt-, Preis-, Distributions- und Kommunikationspolitik (Vgl. Kapitel 8.4).

⁴ Eine genaue Auflistung befindet sich im Anhang.

Produktpolitik: Als zu „verkaufendes Produkt“ gelten im Falle des Pilotprojekts gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Die Zielgruppe wird darauf aufmerksam gemacht, sich täglich mit Obst und Gemüse gesund zu ernähren.

Preispolitik: Von den Zielgruppen wird keine finanzielle Leistung verlangt. Die EU, das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und die Initiative für gesunde und sichere Ernährung stellten die finanziellen Mittel bereit.

Distributionspolitik: In den Bereich der Distributionspolitik fällt unter anderem die Auswahl der jeweiligen Standorte für die Verbreitung einer Botschaft. In diesem Fall sind das öffentliche Schulen.

Kommunikationspolitik: Die Auswahl der Kommunikationswege und die Bekanntmachung und Information sind die wichtigsten Aufgaben der Kommunikationspolitik. Dies ist weiter oben bei Tool 3.1. und Tool 3.2. ersichtlich.

12.7. Tool 4: Monitoring

Unter Monitoring wird die Überwachung und konkrete Begleitung der Aktivitäten von Kommunikationskampagnen verstanden. Dabei ist es wichtig, dass die Kommunikationskampagne als dynamischer Prozess verstanden wird, der überwacht wird und bei dem eine ständige Feinabstimmung und Weiterentwicklung möglich und notwendig ist. Es stellen sich unter anderem die Fragen, wer für das Monitoring zuständig ist, ob die Medienresonanz dokumentiert wird und ob es Personen gibt, die für Medienauskünfte zur Verfügung stehen (Bonfadelli/Friemel 2006: 115f).

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Eine Überwachung bzw. konkrete Begleitung der Aktivitäten des Pilotprojekts wurde nicht durchgeführt.

Eine Medienbeobachtung wurde von der durchführenden Stelle, also der trio-market-relations GmbH durchgeführt. Die Medienresonanz wurde systematisch nach Regionalität, Medienart, Auflage, Reichweite und Bewertung dokumentiert und ausgewertet (siehe Anlage). Die trio-marketing-relations GmbH stand auch für Medienauskünfte zur Verfügung.

Vergleich: Social Marketing Prozess

Tool 4, das Monitoring ist Teil des letzten Schrittes im Social-Marketing-Prozess. Es geht um die Leistungskontrolle des Programms. Denn was hilft der beste und noch so

sorgfältig ausgearbeitete Plan, wenn er nicht wirksam umgesetzt und kontrolliert wird. Rechtzeitige und wirksame Umsetzung kann nicht ohne ein geeignetes Kontrollsystem erreicht werden. Möchte eine Kampagne die Wirksamkeit ihrer Marketingaktivitäten garantieren, ist ein formales Kontrollsystem unerlässlich (Vgl. Kapitel 8.4).

Solch ein Kontrollsystem bzw. eine Leistungskontrolle des Projekts wurde nicht vorgenommen.

12.8. Tool 5: Summative Evaluation

Die summative Evaluation bildet die Basis für die permanente Verbesserung der Kampagnentätigkeit. Sie ist ein integraler Bestandteil von Kampagnen. Nur wenn eine Evaluation durchgeführt wird, kann auch beurteilt werden, ob die Ziele durch die Kampagne bei den Zielgruppen auch tatsächlich erreicht wurden (Bonfadelli/Friemel 2006: 116ff).

a) Effekte

Welche Effekte konnten festgestellt werden? (Recall, Wissen, Einstellungen, Verhalten)

b) Effektivität

Waren die Effekte indentiert? Sind die Effekte auf die Kampagnenaktivität zurück zuführen oder waren wesentliche externe Faktoren daran beteiligt?

c) Effizienz

Welche Methode zur Effizienzberechnung ist sinnvoll? Welche Effizienz weist die Kampagne auf?

Im konkreten Fall des Pilotprojekts Schulfrucht:

Eine summative Evaluation wurde durch die CO CONCEPT Marketingberatung als unabhängiges Institut durchgeführt. Dadurch kann auch beurteilt werden, ob die Ziele des Projekts bei den Zielgruppen tatsächlich erreicht wurden.

Das Evaluationskonzept wurde frühzeitig vor dem Start des Projekts entwickelt. Die Evaluation erfüllt klar definierte Ziele und ermittelt die dafür notwendigen Daten mittels adäquater Methoden. Der Schwerpunkt der Evaluation wird auf den Untersuchungsaspekt des „wie“, d.h. auf die Durchführung und Akzeptanz des Programms gelegt, sowie auf die Frage nach der Ausgestaltung von Schulfruchtprojekten.

Zur Klärung dieser Fragestellung wurde auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema Schulfruchtprogramme ein geeignetes Evaluierungskonzept entwickelt, das es erlaubt, Unterschiede in Bezug auf die Wirkung von flankierenden Maßnahmen und die Wirkung der Fruchtvielfalt zu beurteilen. Eine Tabelle zur Operationalisierung der einzelnen Evaluierungskriterien befindet sich im Anhang.

12.8.1. Evaluierungsdesign

Die Evaluation basierte auf drei Hypothesen:

Hypothese a) Die Akzeptanz des Schulfruchtprogramms ist in den Schulen umso höher, je einfacher, leichter durchführbar und aufwandsneutraler das Programm gestaltet ist.

Hypothese b) Je stärker die Verteilung der Schulfrüchte von flankierenden pädagogischen und kommunikativen Maßnahmen begleitet ist, desto nachhaltiger ist die Änderung der Verzehrsgewohnheiten bei den Schülern.

Hypothese c) Je variabler und damit attraktiver das Fruchtangebot gestaltet wird, desto stärker erhöht sich die Verzehrsmenge und desto nachhaltiger wird das Ernährungsverhalten beeinflusst.

Unter Berücksichtigung dieser Hypothesen wurden drei unterschiedliche Untersuchungsprogramme entwickelt:

Programm 1: Die Untersuchungseinstellung sieht vor, an den Schulen ausschließlich eine Fruchtart zu verteilen und Begleitmaßnahmen nur in ganz geringem Umfang durchzuführen.

Programm 2: Wie im ersten Fall wird ausschließlich eine Fruchtart verteilt, jedoch findet eine intensive Begleitung dieser Aktion innerhalb und außerhalb des Unterrichts statt.

Programm 3: Schüler erhalten ein vielfältiges Fruchtangebot. Es findet lediglich eine Basisbegleitung statt.

Ein Ergebnisvergleich aus Programm 1 und 2 soll Aufschluss darüber geben, ob ein erhöhter Aufwand an flankierenden Maßnahmen eine signifikant höhere Wirkung in

Bezug auf den Fruchtverzehr bei den Schülern induziert und somit als Empfehlung für ein Schulfruchtprogramm in Deutschland gerechtfertigt ist.

Eine vergleichende Bewertung der Programme 2 und 3 kann aufzeigen, ob durch eine Erhöhung der Attraktivität des Fruchtangebots ein hoher Aufwand an flankierenden Maßnahmen kompensiert werden kann.

Die trio-market-relations GmbH war für die Begleitkonzepte verantwortlich und entwickelt zwei Alternativen:

Das Begleitkonzept für die Programme 1 und 3 ist minimal ausgelegt und beschränkt sich auf schriftliche Informationen zum Programm für die Schulleitung

Das Begleitkonzept für das Programm 2 besteht aus Informationsmaterial, Unterrichtsstunden und einem Wettbewerb für die Schüler als zusätzliche Motivation.

Die Evaluierung bezieht alle wesentlichen Anspruchsgruppen für das Schulfruchtprogramm ein. Es werden die Meinungen und Rückmeldungen von Schülern, von Lehrern und Schulträgern, von Eltern und den an der Verteilung des Schulobstes beteiligten Personen (Küchenpersonal, Hausmeister, ehrenamtliche Helfer) erfasst.

12.8.2. Methodischer Ablauf der Evaluation

Insgesamt nehmen 18 Schulen unterschiedlichen Schultyps teil. Je ein Untersuchungsprogramm wird in zwei Grund-, zwei Haupt- und Förderschulen sowie in zwei Gymnasien durchgeführt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Untersuchungsmodelle und Schultypen für das Pilotprojekt im Überblick.

Bewertungsgegenstand	Schultypen		
	Grundschule	Haupt- und Förderschule	Gymnasium
Programm 1	2	2	2
Programm 2	2	2	2
Programm 3	2	2	2
Σ	6	6	6

Abb. 21: Untersuchungsmodelle und Schultypen

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009:23

In jeder Schule werden so genannte Referenzklassen gewählt, die im Laufe der Evaluation intensiv analysiert werden. Die Referenzklassen sind die Jahre 4 und 5, d.h. die 9-11 jährigen Schüler.

Für die Evaluation waren drei Erhebungszeitpunkte vorgesehen:

- vor Projektbeginn (Baseline-Erhebung)
- etwa zur Hälfte der Projektlaufzeit (Zwischenevaluierung)
- zu Projektende (Abschlussevaluierung)

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick zum methodischen Ablauf der Evaluierung.

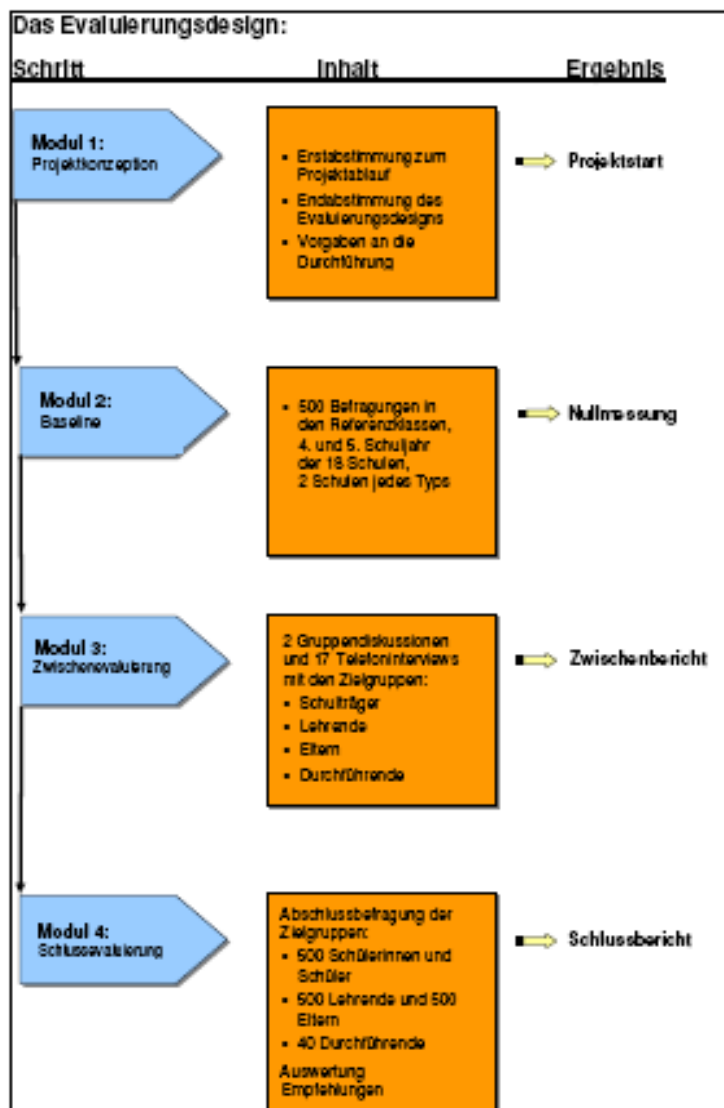


Abb. 22: Evaluierungs-Design

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 24

Baseline

Die Baseline-Erhebung hat zum Ziel, das bisherige Verzehrsverhalten der Schüler bei Obst und Gemüse zu erfassen. Dafür kommt die Methode der Befragung zum Einsatz. Es werden die Schüler der Referenzklassen mit Hilfe eines standardisierten, altersgerechten Fragebogen schriftlich befragt. Dieser wurde im Vorfeld im Rahmen einer Stichprobe bei Kindern im Alter von 9-11 Jahren auf Verständlichkeit getestet. Alle Fragen und Antworten wurden mit Abbildungen von Obst und Gemüse im Fragebogen visualisiert (Fragebogen im Anhang). Die Fragen zum Obst- und Gemüseverzehr werden durch Selbsteinschätzung der Schüler beantwortet. Als Erhebungsinstrument wird die Methode des „24h-recalls“ eingesetzt. Die Anwendung dieses 24h-recalls ist in der Bewertung von Schulfruchtprogrammen verbreitet und einfacher als andere Verfahren in dieser Altersgruppe einzusetzen. Bei der Selbsteinschätzung kann es jedoch zu Über- oder Unterschätzung des tatsächlichen Konsums kommen. Dieser Messfehler ist zu vernachlässigen, da es im Untersuchungsansatz nicht um eine Anamnese bei Schulkindern geht, sondern um die Messung eines Ausgangswertes vor einer Maßnahme.

Die Befragung wurde in der Kalenderwoche 10 durchgeführt und war vor der ersten Fruchtlieferung abgeschlossen. Insgesamt wurden 502 Fragebögen ausgewertet. Die Auswertung war in der Kalenderwoche 14 abgeschlossen.

Zwischenevaluierung

Die Zwischenevaluierung dient dazu, Informationen über die bisherigen Projekterfahrungen und über einen möglichen Optimierungsbedarf zu sammeln und eine erste Bewertung durch die teilnehmenden Schulen vorzunehmen.

- 1) Es wurden 6 leitfadengestützte Telefoninterviews mit den Lehrern der jeweiligen Referenzklassen geführt. Sie wurden im Vorfeld gebeten, sich ein umfassendes Meinungsbild von Schülern, Kollegen, Eltern, der Schulleitung und den der Fruchtverteilung beteiligten Personen zu verschaffen. Die Telefoninterviews erfolgten in der Kalenderwoche 20 und dauerten 30 bis 60 Minuten.
- 2) Zusätzlich wurden Gespräche mit den Schulträgern aus Mannheim, Ludwigshafen und Neustadt/W. und ein Intensivgespräch vor Ort mit der

durchführenden Stelle geführt. Alle Gespräche wurden auf Tonträger aufgezeichnet und anschließend systematisch ausgewertet.

- 3) Auch wurden an zwei Schulen moderierte Gruppendiskussionen durchgeführt, an denen Schulleitung, Lehrkräfte der Referenzklassen, Schülervertretung, Elternbeirat, Eltern und Hausmeister teilnahmen. Die Interaktion ergab einen zusätzlichen Informationsgewinn und vertiefende Diskussionen der Ergebnisse. Die Diskussionen dauerten jeweils ca. 2 Stunden.

Abschlussevaluation

In die Schlussevaluation werden alle am Schulfruchtprojekt Beteiligten einbezogen:

- 1) Die Schüler werden analog zur Basis-Erhebung schriftlich zu ihren Verzehrgewohnheiten bei Obst und Gemüse und den Projekterfahrungen befragt. Dazu wurde der Fragebogen der Baseline-Erhebung um Zufriedenheits- und Wunschfragen zum Projekt ergänzt, auch das subjektive Projekterleben der Schüler wurde erfasst. Der Erhebungszeitraum war kurz vor den Sommerferien und somit kurz vor dem Abschluss der Fruchtlieferungen.
- 2) Schriftliche Befragungen sind pro teilnehmender Schule auf freiwilliger Basis im gesamten Lehrerkollegium, bei den Eltern der Referenzklassen, den Vorsitzenden des Schulelternbeirats und den Personen, die mit der Programmdurchführung betraut waren, erfolgt. Die Befragungsinhalte konzentrierten sich auf Indikatoren zur Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz des Programms sowie Fragen zu Lessons learned.
- 3) Die Schulleitung der teilnehmenden Schulen wurde im gleichen Zeitraum telefonisch interviewt.
- 4) Mit dem Fruchtlieferanten und der durchführenden Stelle wurde der Ablauf des Projekts diskutiert.
- 5) Für die abschließenden Bewertungen wurden alle relevanten Dokumente des Projekts wie Lieferscheine des Fruchtangebots, Dokumentationen der Anrufe der Hotline, Beiträge zum Wettbewerb und Kostenbelege einbezogen.

Tabelle 7 stellt die Anzahl der Fragebögen und der geführten Interviews zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten dar. Die Evaluation basierte auf 1.836 Messungen.

Personenkreis	Baseline (schriftliche Befragung)	Zwischen- evaluierung (mündliche befragung)	Abschluss- evaluierung (schriftliche Befragung)
Schülerinnen und Schüler	502	4	482
Eltern		6	385
Lehrkräfte		19	361
Schulleitung		3	18
Schulträger		3	
Schulelternbeirat		1	15
Personen, die mit der Fruchtverteilung betraut waren		3	31
Trio-market-relations gmbh		1	1
Fruchtlieferant			1
Summe	502	40	1294

Abb. 23: Anzahl an Fragebögen und Interviews

Quelle: Abschlussbericht zum Pilotprojekt Schulfrucht 2009: 44

12.8.3. Ergebnisse der Evaluation

Insgesamt wurden 1.836 Fragebögen und Interviews ausgewertet.

zu a) Effekte:

Eine Wirkung in Form einer Verzehrssteigerung von Obst und Gemüse konnte bei den Schülern nachgewiesen werden. Die beste Wirkung wurde durch die Programme 2 und 3 erzielt. Die Ergebnisse sind eindeutig und liegen in der Größenordnung vergleichbarer europäischer Studien.

Bezüglich der flankierenden Maßnahmen wird das Programm 2 mit intensiver Begleitung (Unterrichtsbesuche, Wettbewerb, etc.) am besten beurteilt. Somit kann bestätigt werden, dass flankierende Maßnahmen positive Verhaltensänderungen bei den Schülern verstärken.

zu b) Effektivität

Die Effektivität wurde mit den Indikatoren Nachhaltigkeit und Aufwand-Wirkungs-Verhältnis gemessen.

Eine nachhaltige Änderung im Ernährungsverhalten der Kinder kann mit einer Projektlaufzeit von nur 5 Monaten nicht erwartet werden. Trotz der kurzen Interventionsdauer konnten Anzeichen einer nachhaltigen Wirkung gemessen werden.

- Die anhaltende Begeisterung der Kinder auch am Ende des Projekts. Dem Neuigkeitseffekt folgt der Gewöhnungseffekt.
- Die Schulen bestätigen, dass das Kennenlernen von Früchten und das neue Geschmackserlebnis nicht revidierbar sind.
- Die Kinder möchten weiterhin mit Früchten versorgt werden.

- Die Mehrzahl der Lehrkräfte geht von einem nachhaltigen Lerneffekt aus.

Bezüglich der Nachhaltigkeit gibt es keinen eindeutigen Unterschied bei den verschiedenen Programmen. Die Ergebnisse der Schülerbefragung lassen auf einen höheren Nachhaltigkeitseffekt der Programme 2 und 3 schließen. Die Schulen bewerten den Aufwand im Vergleich zum Nutzen als gut, unabhängig vom jeweiligen Programm. Im Programm 2 kommt der Aufwand für die flankierenden Maßnahmen dazu, diese zeigen bei Kindern die größte Wirkung. Insofern ist dem Programm 2 der Vorzug zu geben.

zu c) Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wurde die Programmwirkung mit den Kosten in Beziehung gesetzt.

Bei einer Investition von 0,20 € - 0,70 € pro Kind und Tag wird während der 5-monatigen Belieferungszeit ein Verzehrzuwachs von ca. 35g an Obst und Gemüse erzielt. Nach einer norwegischen Studie ist der volkswirtschaftliche Nutzen eines Schulfruchtprogramms dann erzielt, wenn mindestens 10% der Kinder ihren Verzehr nachhaltig um 25 Gramm steigern. Dieser Schwellenwert wird in dem Programm weit überschritten.

Die flankierenden Maßnahmen verteuern das Programm 2 um ca. 20%. Zieht man als Wirkungsindikator allein die gesteigerte Verzehrsmenge heran, bewirkt das Programm 2 eine Steigerung um 14%, das Programm 3 eine Steigerung um 11% und das Programm 1 ohne Vielfalt und flankierende Maßnahmen eine Steigerung von 5%. Zieht man ferner die zusätzliche positive Verzehrsentwicklung zu Hause bei Programm 2 in Betracht, ist in Bezug auf die Effizienz das Programm mit den flankierenden Maßnahmen das Beste.

Werden die drei Hypothesen betrachtet, auf denen die Evaluierung beruht, kann folgendes Ergebnis beschrieben werden:

Hypothese A: Die Akzeptanz des Schulfruchtprogramms ist in den Schulen umso höher, je einfacher, leichter durchführbar und aufwandsneutraler das Programm ausgestaltet ist.

Diese Hypothese kann durch das Projekt bestätigt werden. Es ist ein Weg aufgezeigt, wie solche Programme ohne viel Aufwand für die Beteiligten zu leisten sind.

Hypothese B: Je stärker die Verteilung des Schulobstes von flankierenden pädagogischen und kommunikativen Maßnahmen begleitet wird, desto nachhaltiger ist die Änderung der Verzehrsgewohnheiten von Obst und Gemüse bei den Schülern. Diese Hypothese ist durch den Wirkungsvergleich von Programm 1 und 2 verifiziert.

Hypothese C: Je variabler und damit attraktiver das Obst- und Gemüseangebot gestaltet wird, desto stärker erhöht sich die Verzehrsmenge und desto nachhaltiger wird das Ernährungsverhalten beeinflusst.

Der Wirkungsvergleich von Programm 1 und 3 zeigt, dass eine Fruchtvielfalt zu einem signifikant höheren Verzehr führt. Eine Fruchtvielfalt kann jedoch die Wirkung intensiver flankierender Maßnahmen nicht gänzlich kompensieren.

Fazit: Die Ergebnisse belegen, dass Schulfruchtprogramme kein rausgeschmissenes Geld, sondern ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der täglichen Ernährung unserer Kinder sind. Die Kernaussagen der Evaluierung sind übertragbar und werden durch vorliegende Studien zu anderen europäischen Programmen gestützt.

12.8.4. Empfehlungen für zukünftige Evaluationen

Weiterer Untersuchungsbedarf bei Schulfruchtprogrammen wird gesehen in:

- der Entwicklung altersgerechter, geschlechterspezifischer flankierender Maßnahmen,
- Vernetzung unterschiedlicher Gesundheitsprogramme zur Verhaltensänderung der Kinder auch außerhalb der Schulen,
- Messungen des Langzeiteffekts.

Für zukünftige Evaluationen ähnlich gelagerter Schulfruchtprojekte sind erforderlich:

- die Erstellung des Evaluierungsdesigns vor Projektbeginn,
- ein einheitliches Design zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse in unterschiedlichen Regionen Deutschlands,
- die Durchführung einer Baseline-Erhebung vor Projektbeginn bei den Schülern,
- die Einbeziehung der Eltern der Schüler in die Evaluation,
- die Durchführung einer Zwischenbewertung zur etwaigen Optimierung der Projektabläufe.

Weiters werden folgende Empfehlungen gegeben:

Sofern es finanzierbar ist, sollten flankierende Maßnahmen ein Schulfruchtprogramm unterstützen. Für die Projektabwicklung ist eine stärkere, personenbezogene Projektdurchführung förderlich. Bezüglich der Projektinhalte sollten den Schulen inhaltlich die größtmögliche Freiheit und Flexibilität eingeräumt werden.

Die Verteilung der Früchte muss für die Schüler kostenfrei sein, da hiermit wesentliche Erfolgsfaktoren des Projekts verbunden sind. Ist eine kostenfreie Abgabe nicht möglich, bietet sich alternativ eine Eigenbeteiligung auf Spenden- und Sponsorenbasis an.

Vergleich: Social Marketing Prozess

Die Evaluation ist im Social-Marketing-Managementprozess im letzten Schritt, Schritt 5 festgehalten. Schritt 5 beinhaltet die Organisation, Durchführung, Kontrolle und Bewertung einer Kampagne oder eines Projekts. Es wird die Frage gestellt, ob mit Hilfe der Kampagne die beabsichtigten Veränderungen eingetreten sind oder andere Faktoren zum Wandel beigetragen haben (Vgl. Kapitel 8.5).

Für das Pilotprojekt lässt sich diese Frage ganz klar beantworten: Es sind die beabsichtigten Veränderungen ohne andere Faktoren eingetreten. Die Effekte sind einwandfrei auf das Programm zurückzuführen.

13. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

13.1. Zusammenfassung des „Pilotprojekts Schulfrucht“

Die Analyse des Pilotprojekts zeigt, dass das Schulfruchtprogramm erfolgreich war. Die ursprünglich geplanten Ziele stimmen mit den erreichten Zielen überein. Allgemein lässt sich das Ziel zusammenfassen in der Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule. Die Botschaft täglich 5 Portionen Obst und Gemüse zu essen ist angekommen.

Der Schwerpunkt der Evaluation war, Empfehlungen zu erarbeiten, wie Schulfruchtprogramme ausgestaltet sein sollten. Die Wirksamkeit des Schulfruchtprogramms konnte belegt werden, da die Wirkung in Form einer Verzehrsteigerung von Obst und Gemüse nachgewiesen werden konnte.

Jedoch konnte keine nachhaltige Änderung im Ernährungsverhalten der Kinder mit einer Projektlaufzeit von nur 5 Monaten erreicht werden. Dafür war die Zeit zu knapp bemessen. Trotz der kurzen Interventionsdauer gab es laut Abschlussbericht Anzeichen einer nachhaltigen Wirkung, in Form eines Gewöhnungseffekts und einem nicht revidierbaren Geschmackserlebnis.

Hiermit lässt sich festhalten, dass Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen, in diesem Fall Kinder und Jugendlichen, durch Kommunikationskampagnen beeinflusst werden können.

Fazit ist, dass Schulfruchtprogramme kein rausgeschmissenes Geld, sondern ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der täglichen Ernährung unserer Kinder sind. Die Kernaussagen der Evaluierung sind übertragbar und werden durch vorliegende Studien zu anderen europäischen Programmen gestützt.

Die Schulleiter, Kinder, Jugendliche sowie die Eltern waren begeistert und sind sehr an einer Fortsetzung des Projekts interessiert. Die Schulleiter waren schnell von der Sinnhaftigkeit des Projekts überzeugt. Ein Direktor eines teilnehmenden Gymnasiums ist von Beginn an zu einem großem Befürworter des Schulfruchtprogramms geworden. Vor dem Projektstart diskutierte Problemfelder (Herkunft der Früchte, Rückstandsproblematik, Geringschätzung von verschenkten Früchten etc.) haben sich in der Praxis als bedeutungslos herausgestellt.

Mit der Durchführung des Pilotprojekts wurden zahlreiche Fragestellungen geklärt, die für eine Projektausweitung relevant sind. Insofern stellen sie einen direkten Beitrag für die künftige Umsetzung dar.

Mit ihrer Entscheidung zur Einführung einer Beihilfe für die Verteilung von Obst in Schulen im Rahmen der Gemeinsamen Marktorganisation hat die EU-Kommission einen maßgeblichen Anstoß zur Verbesserung der Essgewohnheiten für Schüler in Deutschland gegeben.

Das Ergebnis lautet zusammenfassend: Durch die täglich kostenlose Abgabe von Früchten wird der Verzehr bei allen Kindern gesteigert. Flankierende, pädagogische Angebote verstärken die Nachhaltigkeit. Fast alle Lehrer, Schüler, Eltern und Hausmeister bestätigen, dass sich bei entsprechender Logistik Schulfruchtprogramme ohne Probleme in den Schulalltag integrieren lassen. Die Schüler betrachten die kostenlose Abgabe als Geschenk und besondere Wertschätzung.

Nach Abschluss des Pilotvorhabens können folgende Erfolgsfaktoren für Schulfruchtprogramme in Deutschland genannt werden:

- Kostenlose Abgabe der Früchte an alle, damit kein Kind aus sozialen Gründen ausgeschlossen wird.
- Tägliche Belieferung der Schulen,
- Angebot der Früchte in klassenweise gepackten Kisten,
- Vielfältiges und täglich wechselndes Früchteangebot,
- Angebot von flankierenden pädagogischen Maßnahmen.

So gestaltete Programme gewährleisteten eine nachhaltige Steigerung des Verzehrs. Die in diesem Projekt erarbeiteten Ergebnisse sind geeignet als Maßstab für zukünftige Schulfruchtprogramme.

Dennoch wurden im Abschlussbericht weiterführende Fragestellungen für zukünftige Projekte erarbeitet:

:

- Wie verhält sich das nachhaltige Verzehrverhalten in anderen Altersgruppen von Schülern?
- Wie sehen Langzeitwirkungen aus?

- Veränderung des Verzehrverhalten mit und ohne Projektfortsetzung,
- Vertiefende Klärung der Beziehung von Wissenszuwachs zur Nachhaltigkeit der Verhaltensänderung,
- Ermittlung einer Mindestlaufzeit von Schulfruchtprogrammen, um dauerhafte Effekte auf das Ernährungsverhalten zu ermitteln,
- Untersuchung der „Strahlungseffekte“ auf andere Schulen, Sportvereine, Jugendtreffs usw.
- Flankierende Maßnahmen
 - Testen unterschiedlicher flankierender Maßnahmen, insbesondere in Hinblick auf geschlechtsspezifische Interventionen,
 - Ermittlung einer Mindestdauer des Einsatzes von flankierenden Maßnahmen,
 - In welchen Abständen sollten die flankierenden Maßnahmen erneut durchgeführt werden?
 - Inwiefern können Lernprogramme (Multimedia) eingesetzt werden?
 - Welchen Einfluss könnte eine Imagekampagne für die Zielgruppe auf die Änderung des Ernährungsverhaltens haben?
- Fruchtangebot
 - Testen, durch welche Maßnahmen die Präferenz für Gemüse bei Schülern erhöht werden kann,
 - Testen, wie sich das dauerhafte Angebot nur einer einzigen Fruchtart auswirkt.
- Motivation
 - Wie lassen sich insbesondere die Eltern dauerhaft in Schulfruchtprogramme einbinden?
 - Wie äußern sich Ermüdungserscheinungen? Ab wann treten sie auf? Wie kann man ihnen wirksam entgegenzutreten bzw. vorbeugen?
- Verankerung
 - Wie lässt sich ein Schulfruchtprogramm in andere Gesundheitsprogramme einbinden?
 - Wie lassen sich Synergien schaffen?

Letztendlich kann noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das Schulfruchtprogramm ein voller Erfolg war.

„Das Schulfruchtprojekt ist das sinnvollste Projekt seit Jahren. Die Verteilung der heiß begehrten Früchte erfolgt problemlos.“

Prof. Dr. Hermann Wiegand, Rektor des Karl-Friedrich-Gymnasiums, Mannheim

„Es ist für unsere Kinder ungewöhnlich, dass sie diese Wertschätzung erfahren. Sie freuen sich täglich darüber.“

Ursula Schröder-Lehmann, Rektorin der Erich-Kästner-Schule, Grundschule, Mannheim

„Es ist fast wie ein Überraschungsei. Die Kinder freuen sich schon montags und rätseln, was es über die Woche wohl geben wird.“

Harald Knapp, Rektor der Pfingstbergschule, Grund- und Hauptschule, Mannheim

Das Schulobstprogramm ist eine EU weite Umsetzung und wird daher auch in Österreich durchgeführt. Um das Schulobstprogramm bekannt zu machen, hat Anfang Oktober 2009 eine eintägige Aktion an rund 360 Volksschulen in ganz Österreich stattgefunden. An etwa 80.000 Volksschüler wurden kostenlos Äpfel und Paprika und ein bezugnehmender Folder mit einem Gewinnspiel verteilt. Diese Aktion organisierte die AMA-Marketing GesmbH.

Ein Pilotprojekt, ähnlich wie das in Deutschland, wurde an 15 Tagen in 81 Volksschulen, (deren Lehrplan auf die Gesundheits- und Ernährungsaspekte von Obst besonders Bedacht nimmt), die in ganz Österreich verteilt sind, durchgeführt. Es wurden von 14 Lieferanten, die die Volksschulen selbst ausgewählt hatten, Obst und Gemüse kostenlos abgegeben.

Zum Pilotprojekt gab es keine wissenschaftliche Begleitung mit einer Evaluierung. Ein weiterer Unterschied zum deutschen Pilotprojekt ist die Zielgruppe. In Österreich sind die Zielgruppe nur Schüler von Volksschulen.

Des Weiteren ist eine Schulaktion geplant, die sich bereits in den ersten Zügen befindet. Es können alle Volksschulen mitmachen, die Interesse am Schulobstprogramm haben. Dabei ist zu beachten, dass 50% der beihilfefähigen Kosten durch eigene Mittel (Schüler/Eltern, Sponsoren,...) finanziert werden müssen. Die Projektdauer ist bis zur Ausschöpfung der finanziellen Mittel begrenzt. Für Österreich stehen von der europäischen Kommission € 1.000.000 zur Verfügung. Der Stand vom 12.5.2010 besagt, dass bis jetzt 73 Volksschulen mit Obst und Gemüse

beliefert werden. Derzeit sind 47 Beihilfeempfänger zugelassen, davon nehmen 32 aktiv teil: 2 Gemeinden (Stmk., Sbg.), 9 Volksschulen (2 NÖ, 2 OÖ, 1 Stmk., 1 T., 2 W.), 7 Elternvereine (3 Stmk., 1 V., 2 W., 1 T.) und 14 Lieferanten (6 NÖ, 3 OÖ, 3 W., 2 K.).

13.2. Beantwortung der Forschungsfragen

Anhand der Forschungsfragen soll herausgefunden werden, ob und in welchem Ausmaß sich die Tool Box von Bonfadelli und Friemel dazu eignet, Kampagnen aufzubauen. Es stellen sich folgende Fragen: Lässt sich die Toolbox prinzipiell einfach so für Kampagnen anwenden? Lassen sich die einzelnen Tools Schritt für Schritt zur Planung, Durchführung und Evaluation einer Kampagne, speziell im Gesundheitsbereich, einsetzen? Ist die Tool Box plausibel, also überzeugend und einleuchtend?

Allgemeine Forschungsfrage: Welche Teilmodule der Tool Box von Bonfadelli und Friemel kann man beim Pilotprojekt Schulfrucht erkennen? Ist das Pilotprojekt genauso aufgebaut wie die Tool Box?

Grundsätzlich kann man sagen, dass das Pilotprojekt Schulfrucht nicht spezifisch anhand der Tool Box, dem Social Marketing Prozess oder einem anderen Systemmodell aufgebaut wurde. Einzelne Module der Tool Box bzw. Schritte des Social Marketing Prozesses lassen sich jedoch erkennen.

Zu Tool 1 lässt sich sagen, dass das Problem, dass angesprochen werden soll, dass sich die Kinder nicht gesund genug ernähren, nur oberflächlich betrachtet wurde. Auch auf die Legitimation, wie gravierend ein gesundheitliches Problem sein muss bzw. inwiefern ein bestehendes Problem tatsächlich ein Kommunikationsproblem ist, wird nicht eingegangen. Der wissenschaftliche Stand, an dem angeknüpft wurde, wurde jedoch weitreichend untersucht und dokumentiert. Auch die Stakeholder, die zu Tool 1 gehören, wurden früh genug mit einbezogen und es bestand Konsens unter den Stakeholdern.

Zu Tool 2, dem Briefing, lässt sich allgemein sagen, dass es nach zusätzlicher Rückfrage per Mail am 5. am Tag kein Briefing gab. Die Planung und der Ablauf des Pilotprojekts wurde indessen mit Meilensteinen in den Zwischen- und Abschlussberichten genauestens erfasst. Die Ziele sind allgemein bekannt, jedoch wurde keine explizit formulierte Zielsetzung festgehalten. Das Budget wurde vom Rat

der europäischen Union festgesetzt. Zusätzliche finanzielle Mittel kamen vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie der Initiative für gesunde und sichere Ernährung für Obst und Gemüse. Für die Evaluation ist kein festgesetzter Budgetrahmen bekannt.

Bezüglich Tool 3.1. kann man sagen, dass es eine ideale Media-Strategie durch die Kombination verschiedener Medien mit medienwirksamen Events, ergänzt durch interpersonale Kommunikation gab. Bezüglich der Message-Strategie lies sich feststellen, dass die Botschaften des Projekts nicht entsprechend an die Medienkanäle abgestimmt wurden und auch keine Überprüfung der Botschaft auf die Zielgruppen stattfand.

Tool 4, ist das Monitoring, die Überwachung bzw. konkrete Begleitung der Aktivitäten. Ein Monitoring wurde beim Pilotprojekt Schulfrucht nicht durchgeführt.

Das letzte Tool ist das wichtigste, die Evaluation. Eine summative Evaluation ist integraler Bestandteil von Kampagnen. Wenn diese durchgeführt wurde, kann auch beurteilt werden, ob die Ziele der Kampagne oder des Projekts bei den Zielgruppen auch wirklich erreicht wurden. Beim Pilotprojekt konnte eine Wirkung nachgewiesen werden, die Ergebnisse waren eindeutig.

Forschungsfrage 1: Wurde vor der Planung des Projekts eine umfassende und adäquate Analyse der bestehenden Problemsituation durchgeführt?

Das Problem dass durch das Projekt versucht werden soll zu lösen, nämlich das sich Kinder und Jugendliche im Schulalter gesünder ernähren, mehr Obst und Gemüse essen, wurde nach der Analyse des Tool 1 nicht explizit und klar formuliert. Es wird nur erwähnt, dass das Projekt ein Baustein zur Lösung sein soll.

Der Stand der Wissenschaft wurde anhand von Statistiken und Forschungen sehr wohl dokumentiert. Für das Pilotprojekt wurden vor Beginn 31 Schulfruchtprogramme aus den benachbarten EU-Staaten und Deutschland ausgewertet. Jedoch untersuchte jede Studie andere Fragestellungen. Die Kernpunkte sind aber dieselben: eine mögliche Änderung des Ernährungsverhaltens und des Ernährungsbewusstseins. Eine Lücke besteht hingegen in der Tatsache, dass keine vergleichenden Analysen zu Wirkungsweisen, Praktikabilität und Effizienz in der Gestaltung und Umsetzung von Schulfruchtprogrammen vorliegen. Und auch dass es für Deutschland bisher nur wenige, wissenschaftliche Aussagen zur Art und Wirkungsweise von Schulfruchtprogrammen gibt. Doch genau hier soll das Pilotprojekt ansetzen.

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass es den Eindruck macht, als wurde der vorhandene Wissensstand ausreichend problem- bzw. kampagnenspezifisch ausgewertet worden.

Forschungsfrage 2: Wurden alle relevanten Stakeholder bei der Konzeption und Durchführung des Projekts miteinbezogen?

Alle relevanten Stakeholder wurden bereits in der Planungsphase miteinbezogen und es bestand Konsens unter den Stakeholdern. Zu den Stakeholdern zählen das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), der 5 am Tag e.V., die Kommunikationsplattform IN FORM, die trio-market-relations GmbH, das evaluierende Institut CO CONCEPT und die Firma Herbert van der Hamm GmbH als Fruchtlieferant. Weiters zählen die Zielgruppe, das sind 9.000 Schüler und ca. 1.000 Lehrer, Schulleiter, Direktoren und die Eltern der Schüler, zu den Stakeholdern. Beziehungen bestanden zu allen Stakeholdern in gleicher Form. Die Schüler wurden beispielsweise durch Unterrichtsbesuche und –module immer wieder über die Botschaft von 5 am Tag und des Projekts daran erinnert, warum sie sich gesund ernähren sollen. Es gab ein Treffen mit den Vertretern des Fruchthandels zu einem Erfahrungsaustausch über die logistischen Fragen von Schulfruchtprogrammen. Die Eltern der Schüler wurden durch gezielte Information, einem Elternblatt, über das Pilotprojekt informiert.

Der Kreis der Stakeholder blieb im Verlauf des Projekts gleich und veränderte sich nicht.

Forschungsfrage 3: Welche Medien werden verwendet um die Botschaften zu den Zielgruppen zu bringen, mit welcher Intensität und wie wird die Medienwahl begründet?

Generell wurde eine breite Palette an Medien gewählt, um die Botschaft sich gesund zu ernähren und täglich 5 Portionen Obst und Gemüse zu essen, an die Zielgruppen zu bringen. Medien, die verwendet wurden sind TV, Radio, Fachpresse, Messe- und Mitgliederzeitungen, Publikumszeitschriften, lokale Anzeigenblätter, Tageszeitungen und das Internet. In Bezug auf interpersonale Kommunikation wurde für die Laufzeit des Projekts eine Hotline für Rückfragen- und meldungen der Schulen eingerichtet sowie Flyer zu den drei unterschiedlichen Untersuchungsprogrammen als Information für Schüler, Lehrer und Eltern.

Im Hinblick auf die Intensität der Medieneinsätze wurden insgesamt 1.001 Veröffentlichungen registriert, davon thematisierten 214 Berichte das Pilotprojekt. Die Berichterstattung neben der Fachpresse und Messezeitungen überwiegte mit 50% in den Tageszeitungen. Auch die begleitende Website von 5 am Tag wurde mit ca. 3.600 Internetnutzern gesamt und ca. 26 Zugriffen täglich, während der Projektlaufphase sehr zahlreich besucht.

Zusammenfassend lässt sich hier somit sagen, dass ein Mediamix von verschiedenen Medien stattgefunden hat. Die oben genannten Medien wurden durch weitere medienwirksame Events wie eine offizielle Auftaktveranstaltung und weiteren Presseveranstaltungen ergänzt. Insgesamt erfolgte eine sehr gute Media-Strategie. Eine Begründung der Medienwahl bzw. warum welche Medien mehr und andere Medien weniger eingesetzt wurden, lässt sich nicht feststellen.

Die Botschaften des Projekts wurden nicht entsprechend an die Medienkanäle abgestimmt, außer der drei eigenen Pressemeldungen, die von der trio-market-relations GmbH und von 5 am Tag veröffentlicht bzw. den Medien zur Verfügung gestellt wurden.

Eine Überprüfung der Botschaft auf die Zielgruppen wurde nicht durchgeführt. Jedoch wurden die Begleitmaßnahmen wie Schulfruchtflyer, Kinderfaltblatt etc. an das Alter der Schüler bzw. an den Wissens- und Bildungsstand angepasst.

Forschungsfrage 4: Wurde eine formative und am Ende des Projekts eine summative Evaluation durchgeführt?

Eine formative Evaluation bzw. ein Product-Testing wurde im Rahmen des Pilotprojekts nicht durchgeführt. Die Kampagnenprodukte wurden nicht im Voraus auf ihre Akzeptanz und Wirksamkeit getestet.

Eine summative Evaluation wurde durch die CO CONCEPT Marketingberatung als unabhängiges Institut durchgeführt. Das Konzept zur Evaluation wurde vor Beginn des Projekts mit klar definierten Zielen entwickelt. Der Schwerpunkt des Untersuchungsaspektes lag dabei auf dem „wie“, d.h. auf die Durchführung und Akzeptanz des Programms sowie auf die Frage nach der Ausgestaltung von Schulfruchtprogrammen.

Die Evaluation basierte unter Berücksichtigung dreier Hypothesen auf drei unterschiedlichen Untersuchungsprogrammen. Insgesamt nahmen 18 Schulen unterschiedlichen Schultyps an der Evaluation teil. Drei Erhebungszeitpunkte wurden für die Evaluation vorgesehen, eine vor, die zweite zur Hälfte der Projektlaufzeit und die letzte zu Projektende.

Bezüglich der Effekte konnte eine Wirkung in Form einer Verzehrsteigerung von Obst und Gemüse bei den Schülern nachgewiesen werden. Die beste Wirkung wurde durch die Programme 2 und 3 erzielt. Das Programm 2 wurde aufgrund intensiver Begleitung durch Unterrichtsbesuche, Wettbewerbe etc. am besten beurteilt. Somit kann bestätigt werden, dass flankierende Maßnahmen positive Verhaltenänderungen verstärken.

Die Ergebnisse sind eindeutig und liegen in der Größenordnung vergleichbarer europäischer Studien. Die Effekte lassen sich auf die Projektaktivität zurückführen, externe Faktoren waren nicht beteiligt

13.3. Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Analyse des Pilotprojekts ergibt im Wesentlichen, dass die grundlegenden Schritte der Tool Box berücksichtigt, aber das Projekt nicht anhand der Tool Box aufgebaut wurde. Lücken weist das Projekt in Hinblick auf einzelne Tools wie beispielsweise dem Tool 2: Briefing auf, da kein Briefing entwickelt wurde. Dadurch wurde auch kein Konzept von der Kommunikationsagentur erstellt, welches auf dem Briefing aufbaut. Eine Situationsanalyse mit einer flüchtigen Problemanalyse und den dazugehörigen Stakeholdern wurde dennoch durchgeführt, sowie die Planung und der Ablauf des Vorhabens dargestellt etc. Insgesamt lässt sich sagen, dass manches zu grob und zu wenig präzise formuliert oder gar nicht berücksichtigt wurde.

Ein Projekt bzw. eine Kommunikationskampagne im Gesundheitsbereich kann ohne weiteres anhand der Toolbox von Bonfadelli und Friemel aufgebaut werden. Die einzelnen Tools können Schritt für Schritt von der Planung einer Kampagne bis hin zur Evaluation eingesetzt werden. Die Tool Box ist plausibel, einleuchtend und überzeugend.

Die Tool Box wurde auch eigens dafür entwickelt, den Prozess der Planung, Realisierung und Evaluation von Kommunikationskampagnen, vor allem auch im Gesundheitsbereich, zu optimieren. Sie wurde auf theoretischem Wissen über die

Grundlagen von massenmedial vermittelten Kommunikationskampagnen und auf empirischen Befunden aus der Evaluationsforschung entwickelt. Die Planung von Kampagnen soll aber nicht nur optimiert, sondern auch die Allokation von finanziellen Ressourcen soll verbessert werden.

Zu den sechs Teilmodulen der Tool Box gibt es auch einen Fragekatalog bzw. Prüfkriterien, die an den entsprechenden Entscheidungspunkten angewandt werden. Die Fragen dieses Katalogs bei den einzelnen Tools wurden bei der Analyse des Pilotprojekts verwendet. Auch gibt es dazu sogenannte Good Practice-Ratschläge, die ebenso berücksichtigt wurden und in die Untersuchung miteinbezogen wurden. Einige dieser Prüfkriterien finden sich in der Einleitung bei der Vorstellung der Forschungsfragen.

Doch auch der Social Marketing Prozess von Kotler und Roberto und anderen Wissenschaftlern kann als geeignete Strategie erachtet werden, um Kampagnen im Gesundheitsbereich sinnvoll und zielgerichtet durchzuführen. Der Social Marketing Prozess bietet ebenso einen strukturierten, detaillierten Plan wie die Tool Box von Bonfadelli und Friemel.

13.4. Zukunftsaussichten und abschließende Bemerkungen

Das offizielle Schulobstgesetz ist am 28.9.2009 im Bundesrat verabschiedet worden. Es beinhaltet die gesetzlichen Richtlinien und Vorgaben zur Durchführung des Schulobstprogramms auf Landesebene in Deutschland. Mit diesem Gesetz sollte der Weg frei gemacht werden für die Teilnahme an dem von der Europäischen Union mitfinanzierten Schulobstprogramm. Doch weit gefehlt. Denn von 12 Bundesländern, die eigentlich schon zugesagt hatten, verabschiedeten sich zunächst 4 Bundesländer. Leere Kassen oder zu hoher bürokratischer Aufwand bei der Umsetzung des Schulfruchtprogramms werden als Gründe für die Absagen genannt. Danach meldeten sich die nächsten Länder ab. Letztendlich blieben Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Thüringen und das Saarland über. In diesen 7 Ländern leben etwa 60 Prozent der Schüler, so dass der überwiegende Teil zumindest die Chance hat an dem EU-Schulobstprogramm teilzunehmen. Dass sich so viele Bundesländer aus dem von allen Beteiligten als wichtig und richtig angesehenen Schulfruchtprogramm ausklinken, ist schade. Schließlich sind die Ergebnisse des Pilotprojekts überzeugend und sehr ermutigend.

Diese Arbeit zeigt, dass der erste Schritt in die richtige Richtung getan ist und dass Schulfruchtprogramme Erfolg haben. Durch die wissenschaftliche Begleitung des Pilotprojekts in Deutschland kann der Erfolg bestätigt werden. Wesentliche Erkenntnisse aus diesem Pilotprojekt helfen anderen Schulen, zukünftig ähnliche Programme durchzuführen.

Jetzt liegt es an den weiteren Bundesländern in Deutschland, in Österreich und den anderen EU-Staaten Schulfruchtprogramme einzuführen, um Kindern und Jugendlichen gesunde Ernährung in Form von Obst und Gemüse näher zu bringen und dadurch Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck etc. vorzubeugen.

Gesundheitskampagnen wurden entwickelt um Volkskrankheiten vorzubeugen und einen Beitrag zur Prävention zu leisten. Der Ansatz im Pilotprojekt entspricht dem Prinzip der Verhältnisprävention, sprich: der Veränderung des Speiseangebots vor Ort, also in diesem Fall in den Schulen. Auch konnte festgestellt werden, dass Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen durch solche Kampagnen beeinflusst werden können.

14. LITERATURVERZEICHNIS

Ahlstich, Katja (1999): Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel, Wiesbaden.

Ajzen, Icek / **Fishbein**, Martin (1980): Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior, Englewood Cliffs.

Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie, 1. Auflage, Stuttgart.

Belz-Merk, Martina (1995): Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Frankfurt am Main.

Bonfadelli, Heinz (2000): Medienwirkungsforschung II. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur, Konstanz.

Bonfadelli, Heinz (2001): Medienwirkungsforschung I. Grundlagen und theoretische Perspektiven, 2. Auflage, Konstanz.

Bonfadelli, Heinz / **Friemel**, Thomas (2006): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen, Konstanz.

Bodenbach, Stephanie / **Kirch**, Wilhelm (1996): Public Health und Ernährung. In: Bodenbach, Stephanie / Kirch, Wilhelm (Hrsg.): Ernährung und Public Health: Forschung und Praxis. Eine Dokumentation zum gleichnamigen Workshop vom 24. Mai 1996 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität, Dresden, Regensburg, 1996, S. 3-10.

Bruhn, Manfred / **Tilmes**, Jörg (1989): Social Marketing, Stuttgart.

Burkart, Roland (2002): Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder, 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Wien/Köln/Weimar.

Burkart, Roland (Hg.) (1992): Wirkungen der Massenkommunikation. Theoretische Ansätze und empirische Ergebnisse, 3. Auflage, Wien.

Dlugosch, Gabriele E. (1994): Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, Peter / Schmidt, Lothar R.: Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, 1994, S. 101-118.

Ebster, Claus / **Stalzer**, Lieselotte (2003): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 2. überarbeitete Auflage, Wien.

Faltermeier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim.

Festinger, Leon (1957): A Theory of Cognitive Dissonance, Evanston.

Fischer, Walter (2000): Sozialmarketing für Non-Profit-Organisationen, Zürich.

Fuchs, Reinhard (2003): Sport, Gesundheit und Public Health, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Geißler, Rainer (1992): Wandel durch Massenmedien. Die Verstärker-Doktrin neu durchdacht. In: Burkart, Roland (Hg.): Wirkungen der Massenkommunikation. Theoretische Ansätze und empirische Ergebnisse, Wien, 1992, S. 23-36.

Göckenjan, Gerd (1991): Stichwort: Gesundheit. In: Deppe, Hans-Ulrich / Friedrich, Hannes / Müller, Rainer: Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt/Main, 1991, S.15-24.

Göpfert, Winfried (2001): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Bern, 2001, S. 131-141.

Gottschlich, Maximilian (1998): Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes, Wien/New York.

Gottwald, Franzisca (2006): Gesundheitsöffentlichkeit. Entwicklung eines Netzwerkmodells für Journalismus und Public Relations, Konstanz.

Gutzwiller, Felix / **Jeanneret** Olivier (1996): Konzepte und Definitionen. In: Gutzwiller, Felix / Jeanneret O., Sozial- und Präventivmedizin Public Health, Bern u.a., 1996, S. 23-30.

Gutzwiller, Felix / **Wydler**, Hans / **Jeanneret** Olivier (1996): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller, Felix / Jeanneret O., Sozial- und Präventivmedizin Public Health, Bern u.a., 1996, S. 191-197.

Hasitschka, Werner / **Hruschka**, Harald (1982): Nonprofit-Marketing, München.

Hornung, Rainer / **Gutscher**, Heinz (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, Peter / Schmidt, Lothar R.: Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, 1994, S. 65-87.

Hornung, Rainer (1997): Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In: Weitkunat, Rolf / Haisch, Jochen / Kessler, Manfred: Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 1997, S. 29-51.

Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 4. völlig überarbeitete Auflage, Weinheim/München.

Hurrelmann, Klaus / **Laaser**, Ulrich (1998): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München, 1998, S. 17-48.

Hurrelmann, Klaus / **Laaser**, Ulrich (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München, 1998, S. 395-424.

Jazbinsek, Dietmar (2000): Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes. In: Jazbinsek, Dietmar: Gesundheitskommunikation, Wiesbaden, 2000, S. 11-31.

Kepplinger, Hans Mathias (2009): Wirkung der Massenmedien. In: Noelle-Neumann, Elisabeth / Schulz, Winfried / Wilke, Jürgen (Hrsg.) (2009): Fischer Lexikon. Publizistik. Massenkommunikation, Frankfurt am Main, 2009, S. 651-702.

Klapper, Joseph T. (1960): The Effects of Mass Communication, Glencoe.

Korosec, Ingrid / Pichlbauer, **Ernest** G. (2007): Gesunde Zukunft. Österreichs Gesundheitsversorgung Neu. Diskussionsgrundlage zu neuen Strategien im Gesundheitswesen, Wien.

Kotler, Philip (1978): Marketing für Nonprofit-Organisationen, Stuttgart.

Kotler, Philip / **Roberto**, Eduardo (1991): Social Marketing, Düsseldorf/Wien/New York.

Koziol, Klaus u.a. (Hrsg.) (2006): Social Marketing. Erfolgreiche Marketingkonzepte für Non-Profit-Organisationen, Stuttgart.

Krause, Regina (Hrsg.) (1989): Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation, St. Augustin.

Krebs, Gary L. / **Thornton**, Barbara C. (1992): Health communication. Theory & Practice, Prospect Heights.

Krzeminski, Michael / **Neck**, Clemens (1994): Social Marketing. Ein Konzept für die Kommunikation von Wirtschaftsunternehmen und Nonprofit-Organisationen. In: Krzeminski, Michael / Neck, Clemens (Hg.): Praxis des Social Marketing: Erfolgreiche Kommunikation für öffentliche Einrichtungen, Vereine, Kirchen und Unternehmen, Frankfurt am Main, 1994, S. 11-37.

Leppin, Anja (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern, 2004, S. 31-40.

Maletzke, Gerhard (1988): Massenkommunikationstheorien, Tübingen.

Maletzke, Gerhard (1981): Medienwirkungsforschung. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Tübingen.

Maletzke, Gerhard (1978): Psychologie der Massenkommunikation. Theorie und Systematik, Hamburg.

Martens, Jens-Uwe: Einstellungen erkennen, beeinflussen und nachhaltig verändern. Von der Kunst, das Leben aktiv zu gestalten, Stuttgart, 2009.

McDermott, Robert (2001): Soziales Marketing – ein Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Bern, 2001, S. 164-168.

Mernyi, Willi (2005): Kampagnen und Aktionen erfolgreich organisieren, Wien.

Merten, Klaus (1994): Wirkungen von Kommunikation. In: Merten, Klaus / Schmidt, Siegfried J. / Weischenberg, Siegfried (Hrsg.): Die Wirklichkeit der Medien. Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft, 1994, Opladen.

Milles, Dietrich / **Müller**, Rainer (1991): Einleitung. Public Health-Forschung und Gesundheitswissenschaften. In: Deppe, Hans-Ulrich / Friedrich, Hannes / Müller, Rainer: Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt/Main, 1991, S. 7-14.

Röttger, Ulrike (2006): Campaigns (f)or a better world?. In: Ulrike, Röttger (Hrsg.): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit, Wiesbaden, 2006, S. 9-26.

Schenk, Michael (2007): Medienwirkungsforschung, 3. Auflage, Tübingen.

Schenk, Michael (2009): Persuasion. In: Noelle-Neumann, Elisabeth / Schulz, Winfried / Wilke, Jürgen (Hrsg.) (2009): Fischer Lexikon. Publizistik. Massenkommunikation, Frankfurt am Main, 2009, S. 443-458.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern – Krankheit verhindern, 2. Auflage, München/Jena.

Schwarzer, Ralf (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, 2. Auflage, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Signitzer, Benno (2001). Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Bern, 2001, S. 22-35.

Six, Bernd / **Schäfer** Bernd (1985): Einstellungsänderung, Stuttgart.

Stroebe, Wolfgang / **Stroebe**, Margaret S. (1998): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz, Eschborn bei Frankfurt am Main.

Süllwold, Fritz (1969): Theorie und Methodik der Einstellungsmessung. In: Graumann, Carl F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Sozialpsychologie, 7.Band, 1. Halbband: Theorien und Methoden, Göttingen, S.475-514.

Svoboda, Tina (1998): Gesundheitskommunikation – Health Communication: Methoden und Wege zur effektiven Gestaltung unseres Gesundheitsversorgungssystems, Diss.-Arb. Universität Wien, Wien .

Triandis, Harry C. (1975): Einstellungen und Einstellungsänderungen, Weinheim/Basel.

Trojan, Alf (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim und München, S. 195-228.

Vitouch, Peter (1997): Gesundheitskommunikation. Zur Problematik von Medien-Kampagnen. In: Weiss, Otmar (Hrsg.): Sport, Gesundheit, Gesundheitskultur, 2. unveränderte Auflage, S. 232-248, Wien/Köln/Weimar.

Waller, Heiko (2002): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health, 3. Auflage, Stuttgart.

Zeitschriften

Gemeinschaften stärken: Dr. Rainer Christ im Interview (2010): Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention: gesundes österreich, 12. Jahrgang, Nr. 1, April 2010, S. 21.

Internetquellen

Bonfadelli, Heinz / Friemel, Thomas (2006b): Konzeption und Einsatz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Theoretische Modelle und empirische Befunde aus der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, Universität Zürich, IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung
<http://www.bag.admin.ch/shop/00044/00183/index.html?lang=de>
abgerufen am 29. Juni 2010

Bonfadelli, Heinz / Friemel, Thomas (2008): Kommunikationskampagnen im Bereich Verkehrssicherheit. Theoretische Grundlagen, Evaluationsbefunde und Toolbox zur Optimierung der Kampagnenpraxis. Forschungsprojekt im Auftrag des Fonds für Verkehrssicherheit Schweiz (FVS), Universität Zürich, IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung
http://www.fvs.ch/uploads/tx_userdownloads/pub_080229_FB_Toolbox_d.pdf
abgerufen am 20. Juni 2010

Jazbinsek, Dietmar: Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes, Freie Universität Berlin http://www.polsoz.fu-berlin.de/kommwiss/institut/wissenskommunikation/media/Gesundheitskommunikation/B_Einleitung.pdf
abgerufen am 9. März 2010

Hochschule für Heilpädagogik Zürich: Grundgedanken Prävention,
<http://www.sprachpraevention.ch/content-n7-sD.html>
abgerufen im April 2010

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, STATISTIK AUSTRIA
http://209.85.229.132/search?q=cache:gxofGeNg4WQJ:www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html+Stellenwert+von+Gesundheit+in+%C3%96sterreich&cd=4&hl=de&ct=clnk&gl=at
abgerufen am 30. November 2009

Public Health Schweiz http://www.public-health.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home&lang_is_o639=de

abgerufen am 9. März 2010

Lexika

Dudenverlag (Hg.) (2007): Fremdwörterbuch, 7. neu überarbeitete und erweiterte Auflage, Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich, S. 483.

15. ANHANG

Fragebogen der Schüler in der Baseline-Erhebung



**Dein
Obst- und
Gemüse-
Fragebogen**

1. **Isst du gern Obst?** 

2. **Isst du gern Gemüse?** 

3. **Hast du gestern Obst oder Gemüse gegessen?** 

☐ Ja, Obst gegessen ☐ nein, kein Obst gegessen
☐ Ja, Gemüse gegessen ☐ nein, kein Gemüse gegessen

4. **Wann hast du gestern Obst oder Gemüse gegessen?**

☐ zum Frühstück
☐ vormittags zwischendurch
☐ zum Mittagessen
☐ nachmittags zwischendurch
☐ zum Abendessen

5. **Wie viel Obst und Gemüse hast du gestern gegessen?** 

Obst: ☐ 1 Stück oder Portion ☐ 2 Stück oder Portionen ☐ 3 und mehr

Gemüse: ☐ 1 Stück oder Portion ☐ 2 Stück oder Portionen ☐ 3 und mehr



1 Portion = 2 Hände voll Tomaten oder Beeren
1 Stück = 1 Apfel oder 1 Möhre

6. **Hast du gestern auch Fruchtsaft oder Saftschorle getrunken? (keine Limo)**

☐ ja ☐ nein

7. **Was ist dein Lieblingsobst? Du kannst auch mehr als eins ankreuzen!**

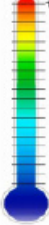
 ☐ Apfel	 ☐ Bananen
 ☐ Zitronen	 ☐ Erdbeeren
 ☐ Pfäfen	 ☐ Melone
 ☐ Pfirsiche, Nektarinen	 ☐ Orangen/Mandarinen
 ☐ Kiwi	 ☐ Himbeeren, andere Beeren
 ☐ Ananas	 ☐ Kirschen
 ☐ Trauben	☐ andere: _____

8. **Was ist dein Lieblingsgemüse? Du kannst auch mehr als eins ankreuzen!**

 ☐ Tomaten	 ☐ Buntkohl
 ☐ Karotten/Möhren	 ☐ Broccoli
 ☐ Gurken	 ☐ Kohlrabi
 ☐ Essiggurken	 ☐ Krautsalat
 ☐ Radieschen	 ☐ Spargel
 ☐ Blattsalat/grüner Salat	 ☐ Rotebohnen
 ☐ Paprika	☐ andere: _____

9. **Obst- und Gemüseessen finde ich...**

.....super toll



.....super böse





.....schreibe deine Meinung auf einem Sticker in das Thermometer ein!

10. **Angaben zu deiner Person**

Ich bin _____ Jahre alt. Ich gehe in die _____ Klasse

Ich bin ein Mädchen ☐ ein Junge ☐

Meine Schule heißt: _____

Danke!



5 am Tag
OBST & GEMÜSE

5 Portionen im Handumdrehen!

Eine 5 am Tag-Portion messen Sie einfach mit der Hand ab. Als Faustregel gilt: Eine Handvoll Obst oder Gemüse ist eine Portion – und da Kinderhände kleiner sind als Erwachsenenhände, sind auch ihre Portionen kleiner. Oder um es in Gramm auszudrücken: Erwachsene sollten täglich mindestens 625 Gramm Obst und Gemüse essen, bei Grundschulkindern reichen je nach Alter etwa 400 bis 500 Gramm. Da Gemüse mehr bioaktive Stoffe als Obst enthält, sollten davon täglich drei Portionen – roh oder gegart – auf dem Speiseplan stehen. Die schnelle Portion für Zwischendurch: Ein Glas Saft mit 100 Prozent Fruchtgehalt.

Im Alltag können das so aussahen:

Zum Frühstück gehört ein Glas Saft oder etwas klein geschnittenes Obst.
In die Frühstückstafel kommen kleine Tomaten, Gurkenstückchen, eine knusprige Karotte oder ein Apfel.
Ein bunter Salatmix und reichlich Gemüse schmecken zum Mittag- und Abendessen.



5 am Tag – wer steckt dahinter?

Die Gesundheitskampagne 5 am Tag – Obst und Gemüse unterstützen viele Experten, Prominente und Gesundheitsorganisationen in Deutschland und zahlreichen anderen Ländern. Denn eine obst- und gemüsereiche Ernährung kann vor vielen Zivilisationskrankheiten schützen und das Immunsystem stärken. Machen Sie also mit – zusammen mit Ihren Kindern, Ideen, Rezepten, Informationen, nützliche E-Cards und Spiele für Kinder finden Sie unter: www.5amtag.de und www.mirbist.5amtag.de.

Impressum:
ServusBio 5 am Tag
Käufertaler Straße 190 · 68167 Mannheim
Info@5amtag.de · www.5amtag.de



Finanziert mit
Fördermitteln
der Europäischen
Gemeinschaft



Power Kids für Ihre Kids

Tipps und Tricks für Eltern & Co.

So werden Kids zu Obst- und Gemüsefans

Eltern wissen: Eine ausgewogene und vollwertige Ernährung ist für die Entwicklung von Kindern wichtig. Was aber tun, wenn Kinder Obst und Gemüse ablehnen? Ganz einfach: Es kommt ganz auf Sie an! Führen Sie Ihr Kind spielerisch und ohne Druck an die ausgewogene Kost heran. Mag es eine bestimmte Obst- oder Gemüseart nicht? Einfach eine neue ausprobieren! Und vor allem: Essen Sie immer mit, nur so können Eltern die

Ernährungsgewohnheiten von Kindern frühzeitig prägen und ein Vorbild sein.



Bunt, knackig, cool!

Kinder sind oft als Obst- und Gemüseunfall verschrien. Doch meistens liegt es daran, wie die Vitaminbomben angeboten oder zubereitet werden:

- Die meisten Kinder mögen Gemüse lieber knackig als weich gekocht.
- Bei Salaten verschiedene Dressings ausprobieren. Sauer finden die meisten Kinder nicht lustig.
- Mundgerecht zugeschnitten und schön angerichtet kommt besser an – übrigens auch bei Erwachsenen.
- Lassen Sie die Kinder beim Zubereiten und Schneiden mithelfen, dann schmeckt das Ganze noch mal so gut!
- Bummeln Sie mit Ihrem Kind über den Markt und lassen es Obst und Gemüse aussuchen. In die Eisensammlung eingebunden zu werden, finden Kinder cool und Sie stärken zusätzlich noch ihr Selbstbewusstsein!

Pfiffige Snacks für zwischendurch

Obst und Gemüse enthalten viele Vitamine, Mineral- und Vitalstoffe, aber wenig Kalorien. Deshalb können Kinder bei 5 am Tag mithalten, ohne das andere Lebensmittel oder eine kleine Mascherei zwischendurch verbieten sind.

Das motiviert die Kinder zuzugreifen und auf den Geschmack zu kommen. Haben Sie nach der Schule Freunde Ihrer Kinder zu Besuch? Dann bieten Sie doch Gemüsesnacks mit leckeren, kalorienarmen Dips an. Oder bunte Fruchtstapeln. Oder einen köstlichen, pfiffig dekorierten Saftcocktail. Sie werden sehen – das Zuzugreifen ist garantiert!



Pizza, Spaghetti & Co. clever aufgepeppt

Mit Obst und Gemüse werden aus Kalorienbomben wie Pizza und Hamburger gesunde und ausgewogene Mahlzeiten. Belaggen Sie die Pizza auch mit leckerem Gemüse: Mais, Brokkoli und Paprika machen den Belag appetitlich bunt. Lust auf Hamburg? Kein Problem, wenn er mit viel frischem Gemüse belegt ist: Tomaten, Gurken, Zwiebeln und frische Salatblätter machen aus einem normalen

Burger eine gesunde Hauptmahlzeit. Auch die Nudelbode kann eine gute Portion Gemüse vertragen. Entweder das Gemüse mit der Soße mitkochen (und fertige Soße verwenden) oder im Nudelwasser bissfest garen – fertig ist das neue Pastagericht.

Obstige: Mit Produkten aus der Tiefkühltruhe oder der Dose lassen sich ebenfalls köstliche Leckereien zubereiten.



[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

SCHULFRUCHT = POWERFRUCHT!

MITMACHEN UND GEWINNEN BEIM WETTBEWERB ZUM PILOTPROJEKT SCHULFRUCHT VON 5 AM TAG!

Mit der Schulfrucht bekommt ihr bis zu den Sommerferien täglich Extra-Power aus Obst und Gemüse. Der 5 am Tag-Schulfruchtwettbewerb lädt euch ein, eure eigenen Zellen zu aktivieren und selbst kreativ zu werden.

SO SEID IHR DABEI!
 Lernt ihr Obst und Gemüse gerade erst richtig kennen oder seid ihr schon echte Obst- und Gemüse-Experten? Egal ob „Veggie-Lover“ oder „Obst-Gießhahn“: Schickt uns eure Ideen, wie Obst und Gemüse auch fit machen. Erreichen könnt ihr Bilder, Plakate, Comics, Collagen, Fotos, Geschichten, Songs, Videos, Reportagen, Skizzen etc. Eurer Fantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt. Ihr könnt als Klasse, Team (max. 10 Personen) oder auch alleine teilnehmen.

MITMACHEN LOHNT SICH!
 Auf die Gewinner warten aufregende Preise, wie z.B. ein Action-geladener Erlebnisstag in einer Kletterhalle, ein Geldpreis für die Klassenkasse und tolle Einzelgewinne wie stylische iPods oder lustige Sportgeräte.

Es besteht die Chance auf **neun tolle Preise** bei nur sechs teilnehmenden Schulen! An drei Klassen, drei Teams und drei Einzelpersonen (in unterschiedlichen Altersklassen) werden drei Hauptgewinne vergeben. Ergreift die Chance und gewinnt den Preis in eurer Kategorie!

Teilnahmebedingungen:
 Teilnehmen können Klassen, Teams und Schülerninnen und Schüler der folgenden Schulen von der 1. bis zur 13. Klasse:
 • Gellereichschule Grundschule, Ludwigshafen
 • Heinrich-Böll-Gymnasium, Ludwigshafen
 • Schillerthule Förderschule Neustadt an der Weinstraße
 • Ludwig-Frank-Gymnasium, Mannheim
 • Schönschule Grundschule, Mannheim
 • Pfingstbergschule Grund- und Hauptschule, Mannheim

Bitte geht es um: Namen der Schule, eine Anschrift und zwei Adressen. Es werden keine für eine Beträge bis zum **22.10.2006** einreichen per Email an info@5amtag-schulfrucht.de oder per Post an:
 5 am Tag e.V.
 Otto-Frisch-Grundschule/Kinderk. & Musiktag GmbH
 c/o e-Postfach Str. 1, 68105 Mannheim

*Der Wettbewerb begreift keine, als eigenes Unternehmen zu gestalten werden




www.5amtag-schulfrucht.de



Das Pilotprojekt Schulfrucht wird mit den Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) gefördert.



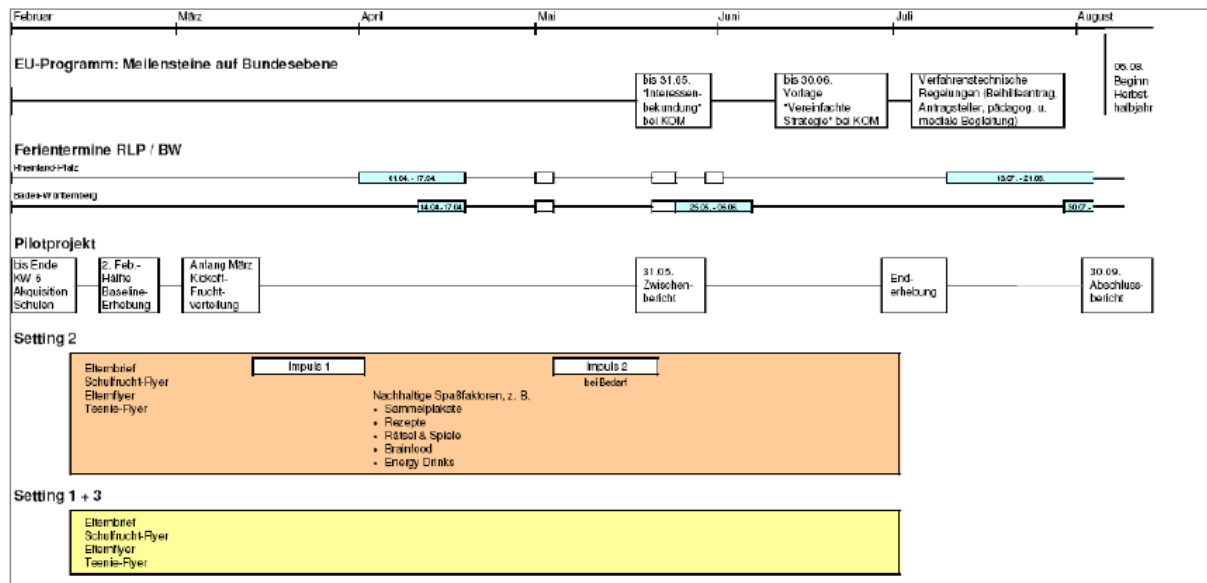
Elternbrief mit Antwortbogen

 5 am Tag e.V. • am Servietten- & Café-Puffer-St. • 68305 Mannheim Ab Mitte März bis zu den Sommerferien: Kostenlose Schulfurcht für alle Schüler in der Schule ihres Kindes! Liebe Eltern, März 2009 Im laufenden Sommerschuljahr findet an der Schule Ihres Kindes ein Schulfurchtprogramm statt. ALLE Schülerinnen und Schüler erhalten ab Mitte März KOSTENLOS jeden Tag Obst oder Gemüse. Dieses Projekt führt die 5 am Tag-Kampagne im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) durch. Ergebnisse des Projekts sind wichtig für die Teilnahme an einem großen Schulfurchtprojekt. Dieses startet ab Herbst in allen Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU). Ihre Unterstützung ist uns wichtig! Wir freuen uns sehr, wenn Sie auch zuhause mitmachen und viel Obst, Gemüse und Salate essen, trinken und kochen. Schulanfänger und Kinder im Kindergarten sollten auch mitessen, bitte ich Sie, den Klassenlehrer darüber zu informieren. Gerne können Sie dafür das beiliegende Formular verwenden. Warum gibt es kostenlos Obst und Gemüse? Schulfurchtprogramme sollen den Kindern und Jugendlichen für mehr Obst und Gemüse in der täglichen Ernährung sensibilisieren. Einmaliges Essen mit viel Obst und Gemüse ist wichtig, damit die Kinder und Jugendlichen fit und gesund bleiben – nicht nur heute, sondern auch später als Erwachsene. Wenn Sie mehr über die 5 am Tag Kampagne und die positiven Wirkungen von Obst und Gemüse wissen möchten, schauen Sie unter www.5amtag.de nach. Noch Fragen? So erreichen Sie uns! Wenden Sie sich bei Fragen an die Schule oder sprechen Sie direkt mit uns vom Servicebüro des 5 am Tag e.V. Die Projektmitarbeiterinnen Verena Räsener (Tel. 0621-33040-759) und Petra Huber (0621-33040-753) helfen Ihnen gerne weiter. Oder schicken Sie eine Mail an info@5amtag-schulfurcht.de. Wir freuen uns, Ihren Kindern zu mehr Obst und Gemüse verhelfen zu können. Herzliche Grüße Verena Räsener Servicebüro 5 am Tag e.V. Anlage: Formular an den Klassenlehrer 5 am Tag e.V. • am Servietten- & Café-Puffer-St. • 68305 Mannheim Telefon: 0621 33040-114 • Telefax: 0621 33040-110 • E-Mail: info@5amtag.de • Internet: www.5amtag-schule.de Projektbüro: Volkmann-GS • Kottbus 055 071 2511 • BfL 501 960 06 • Ufa-BfL: 02433030 104 Das Pilotprojekt Schulfurchtprogramm wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) gefördert.	 „Schulfurchtprogramm“ Liebe Eltern, sollte Ihr Kind aus irgendeinem Grund ein bestimmtes Obst oder Gemüse nicht essen dürfen, bitte ich Sie, den Klassenlehrer mit diesem Formular darüber zu informieren. Name des Kindes: ☐ Nein Kind kann alles essen. ☐ Mein Kind sollte folgende Lebensmittel nicht essen/ trinken: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: Das Pilotprojekt Schulfurchtprogramm wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) gefördert.
---	--

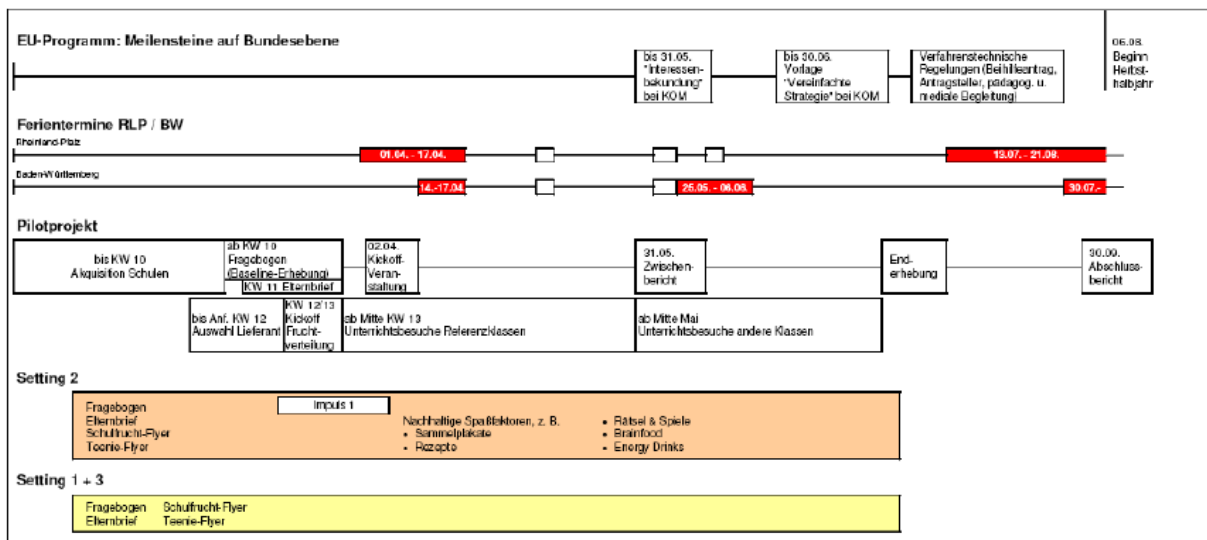
Urkunde Schulfrucht-Diplom



Meilensteinplan alt (Soll)



Meilensteinplan aktualisiert (Ist)



**Liste der ausgewählten Schulen, nach Schultyp und Auswahl für die Settings
geordnet**

Nr.	Name der Schule	Schultyp	Ort	Brennpunkt	Ganztags	Anzahl Schüler	Variante	Anzahl Klassen
Grundschulen-Auswahl								
1GS1	Grundschule In der Langgewann	GS	LU	Ja	Nein	375	I	15
2GS1	Eichendorffgrundschule	GS	NW	Ja	Ja	270	I	12
3GS2	Gräfenauschule	GS	LU	Ja	Nein	350	II	19
4GS2	Schönaus Schule	GS	MA	Ja	Nein	270	II	12
5GS3	Erich-Kästner-Schule	GS	MA	ja	Nein	310	III	13
6GS3	Schillerschule Oggersheim	GS	LU	ja	nein	326	III	13
Haupt- und Förderschulen-Auswahl								
1H/F1	Kerschensteinerschule	HS	MA	ja	ja	205	I	16
2H/F1	Wilhelm-Leuschner-Schule	HS	LU	ja	nein	290	I	15
3H/F2	Schubertschule	FS	NW	nein	ja	170	II	15
4H/F2	Pfingstbergschule	HS	MA	ja	ja	400	II	20
5H/F3	Humboldtschule	HS	MA	ja	nein	385	III	16
6H/F3	SFL Schule an der Blies	FS	LU	ja	ja	270	III	21
Gymnasien-Auswahl								
1GY1	Lieselotte-Gymnasium	Gym	MA	nein	ja	773	I	22
2GY1	Karl-Friedrich-Gymnasium	Gym	MA	nein	ja	850	I	24
3GY2	Ludwig-Frank-Gymnasium	Gym	MA	ja	ja	856	II	22
4GY2	Heinrich-Böll-Gymnasium	Gym	LU	nein	nein	753	II	26
5GY3	Kurfürst-Ruprecht-Gymnasium	Gym	NW	Nein?	Nein?	778	III	42
6GY3	Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium	Gym	MA	nein	ja	1300	III	40

Anmerkungen: Insgesamt werden ca. 346 Schulklassen einbezogen und ca. 9000 Schüler beliefert.

Übersicht über alle im Berichtszeitraum realisierten Veröffentlichungen

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
03.02.2009	Newsletter Fruit Logistica	D-überregional	MSZ	1.000		+
21.02.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	0
10.03.2009	Morgenweb		www		23.005	+
10.03.2009	Mannheimer Morgen, Stadtausgabe	BW	TZ	29.187	72.968	+
26.03.2009	BMELV		www			+
31.03.2009	Die Rheinpfalz, Mittelhaardter Rundschau	RP	TZ	21.484	53.710	+
02.04.2009	Bild.de		www			+
02.04.2009	Rhein Zeitung online		www		42.643	+
02.04.2009	morgenweb		www			+
02.04.2009	Rhein-Neckar-Zeitung online		www		20.711	+
02.04.2009	cafe future.net		www			+
02.04.2009	fruchthandel newsnet		www		649	+
02.04.2009	Schwäbische Zeitung online		www			+
02.04.2009	ka-news.de		www			+
02.04.2009	swr Nachrichten Ticker		www			+
02.04.2009	neustadt.eu		www			0
02.04.2009	ZDF logo!		TV			+
02.04.2009	webnews.de		www			+
02.04.2009	Radio RPR1	RP	HF			+
02.04.2009	DPA (16:38 Uhr)	D-überregional	NA			+
02.04.2009	DPA (17:13 Uhr)	D-überregional	NA			+
02.04.2009	DPA (21:00 Uhr)/ Nachrichtenüberblick des Irs	D-überregional	NA			+
02.04.2009	BMELV		www			+
02.04.2009	Südwest aktiv		www		15.091	+
02.04.2009	stimme.de		www		18.517	+
02.04.2009	volksfreund.de		www		18.708	+
02.04.2009	Südkurier.de		www			+
02.04.2009	food-monitor		www		3.683	+
02.04.2009	immoty.de		www			+
03.04.2009	proplanta.de		www			+
03.04.2009	fruchtportal.de		www			+
03.04.2009	schattenblick.de/infportal		www			+
03.04.2009	openpr.de		www			+
03.04.2009	morgenweb		www		23.005	+
03.04.2009	Mannheimer Morgen	BW	TZ	97.109	242.774	+
03.04.2009	Bild Rhein Neckar	BW	TZ			+
03.04.2009	Rhein-Neckar-Zeitung online		www		20.711	+

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
03.04.2009	DPA (03.05 Uhr) Nachrichtenüberblick des Irs		NA			+
03.04.2009	Wormser Zeitung online		www		54.141	+
03.04.2009	Rhein-Neckar-Zeitung	BW	IZ	22.332	55.830	+
03.04.2009	Speyerer Morgenpost	RP	IZ	5.500	13.750	+
04.04.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	+
04.04.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	+
06.04.2009	bonner- wirtschaftsgespraeche.de		www			+
06.04.2009	SWR1/ SWR4		HF			+
06.04.2009	tausendreporter.stern.de		www			+
06.04.2009	Stuttgarter Zeitung	BW	IZ	154.430	386.078	+
06.04.2009	radio.ard.de		HF/www			+
07.04.2009	swr femsehen		TV			+
07.04.2009	talkingfood.de		www			+
07.04.2009	Pirmasenser Zeitung	RP	IZ	12.530	31.325	+
11.04.2009	BW Agrar Landwirtschaftliches Wochenblatt	BW	FP	31.679	72.186	+
14.04.2009	gabot.de		www			+
22.04.2009	schule-und-familie.de		www			+
25.04.2009	Die Rheinpfalz, Mittelhaardter Rundschau	Rp	IZ	21.473	53.682	+
30.04.2009	Stadtanzeiger Neustadt	RP	AZ			+
30.04.2009	Stadtanzeiger Neustadt	RP	AZ			+
30.04.2009	www.neustadt.eu					
	www				+	
30.04.2009	innofrutta	D-überregional	FP	10.000		+
02.05.2009	Die Rheinpfalz, Mittelhaardter Rundschau	RP	IZ	21.473	53.682	-
08.05.2009	Speyrer Morgenpost	RP	IZ	5.500	13.750	0
14.05.2009	Stadtanzeiger Neustadt	RP	AZ			+
14.05.2009	g-net.de		www			+
15.05.009	GV-Praxis	D-überregional	FP	11.162	25.434	+
15.05.2009	fruchtportal.de		www			+
16.05.2009	gabot.de		www			+
25.05.2009	SWR Landesschau Rheinland-Pfalz	D-überregional	TV			+
27.05.2009	Die Rheinpfalz, Ludwigshafen		IZ			+
28.05.2009	ZeitWissen	D-überregional	PZ			+
29.05.2009	Mannheimer Morgen	BW	IZ			+
29.05.2009	morgenweb.de		www			+
06.06.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP			+
17.06.2009	Die Rheinpfalz, Mittelhaardter Rundschau	RP	IZ			-
17.06.2009	Deutscher Bundestag		www			0

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
18.06.2009	cducusu.de		www			+
21.06.2009	Schulverpflegung 2'2009	D-überregional	FP			+
25.06.2009	Modernes Küchenmanagement 090643	D-überregional	FP	300		+
03.07.2009	bmelv.de		www			+
03.07.2009	bmelv.de		www			+
03.07.2009	Fruchthandel Magazin online		www		649	+
03.07.2009	dpa 14:21 Uhr	D-überregional	NA			+
03.07.2009	agrarheute.com		www		9.632	+
03.07.2009	firmpresse.de		www			+
03.07.2009	pressrelations.de		www			+
04.07.2009	Stuttgarter Nachrichten	BW	TZ	131.966	329.913	+
04.07.2009	Märkische Oderzeitung	BB	TZ	141.778	354.444	+
04.07.2009	Straubinger Tagblatt	BY	TZ	134.476	336.190	+
04.07.2009	Böblinger Bote	BW	TZ	163.410	408.528	+
04.07.2009	Hanauer Anzeiger	HE	TZ	19.996	49.990	+
04.07.2009	Mittelbayerische Zeitung	BY	TZ	123.840	309.601	+
04.07.2009	Berchtesgadener Anzeiger	BY	TZ	5.435	13.588	+
04.07.2009	Traunsteiner Tagblatt	BY	TZ	25.655	64.138	+
04.07.2009	Wiesbadener Kurier	HE	TZ	35.044	87.608	+
05.07.2009	N24 Nachrichten 14:30	D-überregional	TV			+
05.07.2009	n24.de		www			+
06.07.2009	gourmet-report.de		www			+
07.07.2009	Springer Gesundheits- und Pharmazieverlag online		www			+
07.07.2009	talkingfood.de		www			+
08.07.2009	Badische Zeitung online		www		42.911	+
09.07.2009	Süddeutsche Zeitung (B)	D-überregional	www	459.165	1.239.846	0
09.07.2009	Badische Zeitung	BW	TZ	196.000	490.001	+
10.07.2009	ARD Tagesschau 12.00 Uhr	D-überregional	TV			+
10.07.2009	ARD Tagesschau 16.00 Uhr	D-überregional	TV			+
10.07.2009	ZDFinfokanal heute 22.00 Uhr	D-überregional	TV			+
10.07.2009	ZDFinfokanal heute 19.00 Uhr	D-überregional	TV			+
10.07.2009	zdf heute Journal 22.00 Uhr		TV		3.180.970	+
10.07.2009	zdf heute 19.00 Uhr	D-überregional	TV		3.842.180	+
10.07.2009	Wetterauer Zeitung online		www		2.300	0
10.07.2009	Weiler Zeitung online		www			0
10.07.2009	volksstimme.de		www		12.094	0
10.07.2009	schwarzwaelder-bote.de		www		12.039	0
10.07.2009	Roth-Hilpoltsteiner		www			0

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
	Volkszeitung online					
10.07.2009	Rhein-Main.net		www		11.796	0
10.07.2009	Rhein-Main.net		www		11.796	0
10.07.2009	Rhein-Main.net		www		11.796	0
10.07.2009	Pegnitz Zeitung online		www			0
10.07.2009	Oberbadisches Volksblatt online		www			0
10.07.2009	Nürnberger Nachrichten online		www			0
10.07.2009	Nordbayrische Nachrichten (Pegnitz) online		www			0
10.07.2009	Nordbayrische Nachrichten (Herzogenaurach) online		www			0
10.07.2009	Nordbayrische Nachrichten (Forchheim) online		www			0
10.07.2009	Neumarkter Nachrichten online		www			0
10.07.2009	Markgräfler Tagblatt online		www			0
10.07.2009	Kreiszeitung online		www		7.656	0
10.07.2009	inFranken.de		www		15.416	0
10.07.2009	heute.de		www		232.973	0
10.07.2009	Hersfelder Zeitung online		www		1.810	0
10.07.2009	Gießener Allgemeine online		www		4.515	0
10.07.2009	GEA online		www		3.759	0
10.07.2009	Frankfurter Rundschau online		www		88.390	0
10.07.2009	Frankfurter Neue Presse online		www		11.796	0
10.07.2009	Focus online		www		814.587	0
10.07.2009	Erlanger Nachrichten online		www			0
10.07.2009	DPA 12.33 Uhr	D-überregional	NA			0
10.07.2009	dnews.de		www			0
10.07.2009	Die Zeit online		www		360.690	0
10.07.2009	Die Welt online		www		719.241	0
10.07.2009	Der Bote für Nürnberg- Land online		www			0
10.07.2009	Berliner Zeitung online		www		23.232	0
10.07.2009	AZ-WEB.de		www		19.358	0
10.07.2009	Augsburger Allgemeine online		www		62.503	0
10.07.2009	arcor.de		www		1.454.415	0
10.07.2009	Antenne Bayern online		www		48.691	0
10.07.2009	AlsfelderAllgemeine Online		www		13.917	0
10.07.2009	Aachener Nachrichten online		www		10.938	0

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
10.07.2009	3SAT heute 19.00 Uhr	D-überregional	TV		250.550	+
10.07.2009	DPA 16.51 Uhr	D-überregional	NA			0
10.07.2009	DPA 15.18 Uhr	D-überregional	NA			0
11.07.2009	nwz-online.de		www		27.114	0
11.07.2009	morgenpost.de		www		96.415	0
11.07.2009	Ostfriesen Zeitung	NI	TZ	39.533	98.832	0
11.07.2009	Frankfurter Rundschau	D-überregional	TZ	166.325	461.438	0
11.07.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	+
11.07.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	+
11.07.2009	Donaukurier	BY	TZ	90.596	226.489	0
11.07.2009	Donaukurier	BY	TZ	90.596	226.489	0
11.07.2009	Badische Neueste Nachrichten	BW	TZ	210.351	525.877	0
11.07.2009	Badische Neueste Nachrichten	BW	TZ	210.351	525.877	+
11.07.2009	Goslarsche Zeitung	NI	TZ	36.714	68.722	0
11.07.2009	Wilhelmshavener Zeitung	NI	TZ	24.133	60.332	0
11.07.2009	Wilhelmshavener Zeitung	NI	TZ	24.133	60.332	0
11.07.2009	Cellesche Zeitung	NI	TZ	32.067	80.168	0
11.07.2009	Main-Post	BY	TZ	107.276	268.189	0
11.07.2009	Pirmasenser Zeitung	RP	TZ	13.034	32.585	0
11.07.2009	Anzeiger für Harlingerland	NI	TZ	23.304	58.260	0
11.07.2009	Die Glocke	NRW	TZ	58.421	146.053	0
11.07.2009	Hanauer Anzeiger	HE	TZ	19.996	49.990	0
11.07.2009	Westfalen-Blatt	NRW	TZ	126.996	317.490	0
11.07.2009	Nordwest Zeitung	NI	TZ	196.811	469.108	0
11.07.2009	Ostfriesischer Kurier	NI	TZ	13.983	34.958	0
11.07.2009	Rhein-Neckar-Zeitung	BW	TZ	100.876	252.190	0
13.07.2009	gourmet-report.de		www		8.500	+
17.07.2009	morgenweb.de		www			+
17.07.2009	Mannheimer Morgen	BW	TZ			+
22.07.2009	die-news.de		www			+
22.07.2009	pressrelations.de		www		2.182	+
22.07.2009	firmenpresse.de		www		22.767	+
22.07.2009	gv net infodienst		www			+
22.07.2009	schattenblick.de		www			+
22.07.2009	Freie Presse	SN	TZ		748.980	+
23.07.2009	gourmet-report.de		www		8.500	+
23.07.2009	kinder.de		www		5.201	+
24.07.2009	lw-heute.de		www			+
24.07.2009	lw-heute.de		www			+
24.07.2009	Landwirtschaftliches Wochenblatt	D-überregional	FP			+
24.07.2009	Landwirtschaftliches Wochenblatt	D-überregional	FP			+
25.07.2009	VDOE Position 03/2009	D-überregional	FP			+

Datum/ ET	Titel	Regionalität	Medien- art	Auflage	Reich- weite	Bewer- tung
29.07.2009	Freie Presse	SN	TZ			+
31.07.2009	gourmet-report.de		www			+
31.07.2009	proplanta.de		www			+
31.07.2009	dge.de		www			+
31.07.2009	schattenblick.de		www			+
31.07.2009	food-monitor.de		www			+
31.07.2009	adipositas-page.de		www			+
04.08.2009	talkingfood.de		www			+
05.08.2009	gastro.de		www			+
10.08.2009	gv net Infodienst		www			+
10.08.2009	inform.de		www			+
11.08.2009	Schweriner Volkszeitung online		www			+
11.08.2009	Nordkurier	MV	TZ	92.316	165.246	+
12.08.2009	Ernährungs-Umschau online		www			+
13.08.2009	LexisNexis		www			+
17.08.2009	Der Spiegel	D-überregional	PZ	1.040.860	5.932.902	+
17.08.2009	Der Spiegel online		www			+
21.08.2009	Neue Westfälische	NRW	TZ	162.466	290.814	+
21.08.2009	Ostsee-Zeitung	MV	TZ	167.003	298.936	+
23.08.2009	Frankfurter Rundschau online		www		88.390	+
24.08.2009	Frankfurter Rundschau	D-überregional	TZ	165.170	341.903	+
27.08.2009	bildungsklick.de		www			+
27.08.2009	proplanta.de		www			+
28.08.2009	Lebensmittel Praxis	D-überregional	FP	60.163	297.205	+
28.08.2009	essen & trinken online		www		31.754	+
29.08.2009	Fruchthandel Magazin	D-überregional	FP	4.592	23.701	+
01.09.2009	READEX Schülerzeitung KRG Neustadt	RP	MZ			+

Legende

Medienart: PZ = Publikumszeitschrift, TZ = Tageszeitung, AZ = Anzeigenblatt,
 FP = Fachpresse, NA = Nachrichtenagentur, MSZ = Messezeitung, MZ = Mitgliederzeitung
 RF = Rundfunk/ HF = Hörfunk, TV = Fernsehen, www = Internet,
Bundesländer: BW = Baden-Württemberg, BY = Freistaat Bayern, BE = Berlin,
 BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen, MV = Mecklenb.-Vorpomm., NI =
 Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland, SN = Freistaat Sachsen,
 ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Freistaat Thüringen

Operationalisierung der einzelnen Evaluierungskriterien

Evaluierungskriterium	Wirkungsindikator	Messwert
Verzehrsentwicklung	Tägliche Verzehrsmenge	Konsummenge Obst/ Schülerin bzw. Schüler und Tag
	Verzehrhäufigkeit/Tag	Anzahl der Obstaufnahme/ Schülerin bzw. Schüler und Tag
	Verzehr im Tagesverlauf	Anzahl der Obstaufnahme/ Schülerin bzw. Schüler und Tageszeitraum
Präferenzen	Obstarten	Lieblingsobst
	Tägliche Verzehrsmenge in den Untersuchungsprogrammen	Durchschnittliche Konsummenge/ Schülerin bzw. Schüler und Programmen
	Entwicklung der Abgabemengen in den Untersuchungsprogrammen	Restmenge/ Programm und Lieferung
	Entwicklung der Abgabemengen nach Obstarten	Anteil der Verteilungsmengen je Obstart
Hygiene	Verderbmenge	Menge Verderb/ Lieferung
	Einhaltung der Hygieneerfordernisse	Unterweisung des Ausgabepersonals
	Einhaltung der Hygieneerfordernisse	Vorhandensein der nötigen technischen Ausstattung
Distribution	Vorbereitungszeit und Verteilungstempo	Zeitaufwand je kg ausgegebener Ware
	Erreichbarkeit der Schülerinnen und Schüler	Hat jede/ jeder, die/ der wollte, eine Portion erhalten
Flankierende Maßnahmen	Interesse der Schülerinnen und Schülern an Informationsmaterial	Anzahl der verteilten Materialien
	Beurteilung des Programms	Rückmeldung der Referenzklassen, des Lehrpersonals, der Eltern
Praktikabilität	Kosten	Gesamtkosten/ Schülerin bzw. Schüler
	Organisation (Distribution und flankierende Maßnahmen)	Rückmeldung von Lehrerinnen und Lehrern, Personal und Schulträgem
	Hygiene	Rückmeldung von Lehrerinnen und Lehrern, Personal und Schulträgem
	Partizipationsbereitschaft	Rückmeldung von Lehrerinnen und Lehrern, Personal und Schulträgem
Effektivität	Erreichte Schülerzahl	Verteilte Portionen (anteilig zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler)
	Bekanntheit	Anzahl der „Kenner“ des Programms bei Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern
	Ausgabemenge/ Kopf	Restmengen/ Schülerinnen und Schüler
Effizienz	Kostenvergleich der Untersuchungsprogramme	Kosten für Obst je Programm
		Kosten für flankierende Maßnahmen je Programm
		Verteilte Portionen (anteilig zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler)
Ernährungskonzepte	Abwägung der relativen Vorzüglichkeit der einzelnen Programme	Ranking der Einzelindikatoren und Verdichtung zu Gesamtwert → Ranking der Programme

Art der Schule	Variante	Frucht- qualität	Frucht- vielfalt	Organisation Anlieferung	Zusammen- arbeit mit Lieferant	Zusammen- arbeit mit 5 am Tag	Interne Organisation Fruchtverteilung	Projekt- Informationen	Gesamtaufwand im Vergleich zum Nutzen	Gesamt- note
Gymnasium	I (einfaches Modell)	2,0	4,0	1,5	2,0	1,0	2,0	4,0	2,0	2,3
Hauptschule	I (einfaches Modell)	2,0	2,0	1,0			2,0	2,0	1,0	1,7
Grund- und Hauptschule	I (einfaches Modell)	2,0	2,6	1,6	1,0	1,5	1,6	1,8	2,0	1,8
Grundschule	I (einfaches Modell)	2,0	3,5				2,0	2,0	2,0	2,3
Grundschule	I (einfaches Modell)	1,0	3,0	1,0	1,0		1,0	2,0	1,0	1,4
Gymnasium	II (Unterrichts- besuche)	2,0	5,0	1,0	2,0	4,0	1,0	2,0		2,4
Gymnasium	II (Unterrichts- besuche)	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,9
Förderschule	II (Unterrichts- besuche)	2,5	2,5	1,0	1,5	2,0	1,0	2,0	1,0	1,7
Grund- und Hauptschule	II (Unterrichts- besuche)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	1,0	1,4
Grundschule	II (Unterrichts- besuche)	1,2	2,9	1,8	2,0	1,5	2,0	2,1	1,6	1,9
Grundschule	II (Unterrichts- besuche)	2,5	3,0	1,0			1,5	2,5	2,0	2,1
Gymnasium	III ("Obstkorb")	2,0	2,0	2,0		2,0	2,0	1,0	2,0	1,9
Gymnasium	III ("Obstkorb")	2,0	1,0	1,0		3,0	2,0	3,0	2,0	2,0
Hauptschule	III ("Obstkorb")	1,5	2,0	1,0		1,5	1,0	3,0	1,0	1,6
Grundschule	III ("Obstkorb")	2,5	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,4
Grundschule	III ("Obstkorb")	2,0	1,0	1,0	1,0		3,0	2,0	2,0	1,7
Förderschule	III ("Obstkorb")	2,0	3,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,5
Durchschnittsbewertung aller Schulen		1,9	2,4	1,3	1,5	1,8	1,6	2,1	1,6	1,8
Durchschnittsbewertung der Gymnasien		2,0	2,8	1,7	2,0	2,2	1,8	2,2	2,0	2,1
Durchschnittsbewertung der Haupt- und Förderschulen		1,8	2,2	1,1	1,1	1,6	1,3	2,3	1,2	1,6
Durchschnittsbewertung der Grundschulen		1,9	2,4	1,2	1,5	1,3	1,8	1,9	1,7	1,7
Durchschnittsbewertung Variante I		1,8	3,0	1,3	1,3	1,3	1,7	2,4	1,6	1,8
Durchschnittsbewertung Variante II		1,9	2,7	1,5	1,7	1,9	1,4	2,3	1,5	1,9
Durchschnittsbewertung Variante III		2,0	1,7	1,2	1,3	1,9	1,7	1,8	1,6	1,8
Anzahl Aussagen gesamt		17	17	16	11	12	17	17	16	
Die Bewertung wurde anhand von Noten vorgenommen. (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = eher gut, 4 = teils teils, 5 = eher schlecht, 6 = schlecht, 7 = sehr schlecht)										

Evaluiungskriterium	Wirkungsindikator	Messwert	Prog. I	Prog. II	Prog. III
Verzehrsentwicklung	Tagliche Verzehrsmenge an Obst und Gemüse (Portionen)	Veränderung der Konsummenge Früchte / Kind und Tag	XX	XXX	XXX
	Tagliche Verzehrsmenge an Fruchtsaft	Veränderung der Konsummenge Früchte / Kind und Tag	X	XXX	XX
	Verzehrsfrequenz / Tag	Veränderung der Anzahl des Fruchtverzehr / Kind und Tag	XX	XXX	XXX
	Obstverzehr zu Hause	Veränderung der Verzehrsentwicklung zu Hause (Eltern Feedback)	X	XXX	XX
	Gemüseverzehr zu Hause	Veränderung der Verzehrsentwicklung zu Hause (Eltern Feedback)	X	XXX	XX
		Summe	7	15	12
Präferenzen	Lieblichkeits- und Gemüsearten	Veränderung bei der Anzahl an Nennungen von Lieblingsfrüchten	XX	XXX	XXX
	Beliebtheit des Verzehrs von Obst	Veränderung (Bewertung durch Kinder)	X	X	X
	Beliebtheit des Verzehrs von Gemüse	Veränderung (Bewertung durch Kinder)	X	X	X
	Kennen lernen neuer Früchte	Veränderung (Bewertung durch Kinder)	XX	XXX	XX
Distribution	Aufwand / Belastung	Bewertung durch Lehrkräfte und Verantwortliche für die Fruchtverteilung	6	8	7
	Erreichbarkeit der Schüler	Hat jeder/jeder, die/der wollte, eine Portion erhalten	XX	XXX	XXX
Flankierende Maßnahmen	Durchführung von Unterrichtsbesuchen	Summe	5	4	5
	Beurteilung des Unterrichtsmaterials	Anzahl an Unterrichtsbesuchen und Rückmeldungen der Schölen	-	XXX	-
	Wünsche zum Begleitmaterial	Rückmeldung der Lehrkräfte	XXX	XXX	XX
	Wünsche zu flankierenden Maßnahmen	Rückmeldung der Lehrkräfte	XX	XXX	XX
Praktikabilität	Kosten	Rückmeldung von Kindern	XX	XXX	XXX
	Organisation (Distribution und flankierende Maßnahmen)	Gesamtkosten / Schülerin bzw. Schüler	7	12	7
	Müll	Rückmeldung von Lehrkräften, Personal, Schulleitung, durchführenden Stellen, Lieferanten	XXX	X	XXX
	Partizipationsbereitschaft	Rückmeldung von Lehrkräften, Personal, Schulleitung, Eltern	X	X	X
	Nachhaltigkeit	Rückmeldung von Lehrkräften, Schulleitung	XXX	XXX	XXX
Effektivität	Wirkung / Aufwand	Summe	10	8	10
	Kostenvergleich der Programme zur Wirkung	Rückmeldung von Lehrkräften, Personal, Schulleitung, Eltern	XX	XXX	XXX
Effizienz	Verzehrssteigerung	Summe	4	6	6
	Kosten der flankierenden Maßnahmen je Programm	Fruchtkosten je Programm	XX	XX	XX
Ernährungskonzepte	relative Vorzüglichkeit der einzelnen Programme	Kosten der flankierenden Maßnahmen je Programm	XXX	XX	XXX
		Ranking der Einzelindikatoren und Verdichtung zu Gesamtwert	5	4	5
			44	57	52

Abstract

Kampagnen im Gesundheitsbereich dominieren und nehmen immer mehr zu, da die Zielsetzungen meist wenig kontrovers sind. Auch nehmen Kampagnen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einen hohen Stellenwert in den Medien ein. Information, Aufklärung und Vorsorge durch individuelle Präventionsmaßnahmen können unsere Lebensqualität erheblich verbessern und uns vor Volkskrankheiten wie Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck usw. schützen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Dazu wird zunächst auf theoretische Erkenntnisse zu Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskommunikation eingegangen. Mit der Aufarbeitung von Theorien und Modellen zum Gesundheitsverhalten und den Wirkungen in der Gesundheitskommunikation sollen durch die Literaturstudie folgende Fragen beantwortet werden: Wie kann man kommunikationswissenschaftlich Wirkungsmodelle konzipieren und beschreiben? Können durch Kommunikationskampagnen Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen beeinflusst werden?

Ein großer Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Kommunikationskampagnen, dem Systemmodell von Kommunikationskampagnen sowie dem strategischen Social Marketing Prozess. Zusätzlich sollen die kommunikationswissenschaftlich relevanten Kriterien des Erfolgs von Kampagnen bearbeitet werden.

Im empirischen Teil wird das Pilotprojekt Schulfrucht, das von 5 am Tag initiiert wurde, anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht. Dazu wurde die Tool Box, ein praxisorientiertes Instrumentarium zur Planung, Realisierung und Evaluation von Kommunikationskampagnen und der Social Marketing Prozess miteinbezogen. Die Forschungsfragen beziehen sich auf die Tool Box. Es stellen sich die Fragen: Lassen sich die einzelnen Tools Schritt für Schritt zur Planung, Durchführung und Evaluation einer Gesundheitskampagne einsetzen? Welche Teilmodule der Tool Box lassen sich beim Pilotprojekt erkennen? Ist das Pilotprojekt Schulfrucht genauso aufgebaut wie die Tool Box?

Die Untersuchung des Pilotprojekts zeigt, dass Schulfruchtprogramme wirksam sind. Die Ergebnisse waren eindeutig.

Curriculum Vitae

Birgit Doppler

Geboren am 8.4.1984 in Tulln / NÖ

Ausbildung:

Seit Februar 2004	Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften an der Universität Wien
2002-2004	Wirtschaftskundliches Realgymnasium mit Matura
1998-2002	HBLA für wirtschaftliche Berufe - Fremdsprachen/Wirtschaft

Berufserfahrung:

Oktober 2009 – März 2010	mayway Werbung & PR: Telefonmarketing, Terminvereinbarungen, Datenbankpflege, etc.
April 2009 – Juni 2009	Accenture – Marketing & Communications: Medienbeobachtung, Rechnungsabwicklung, Unterstützung bei Veranstaltungen, Direct Mailings, Konkurrenzanalysen, etc.
Jänner 2008 – Oktober 2008	S. F. Management / Künstleragentur: Pressearbeit, Bühnen- und Künstlerorganisation, Organisationen von Terminen, Räumlichkeiten und Veranstaltungen, Bühnenchoreografien, etc.
Juli 2007	Wiener Linien – Marketing & Medien, Pressestelle: Verbesserung und Kürzung von Pressetexten, Recherchen, Aufbereitung des Pressespiegels, Fragebogenerstellung
2004-2005	NG Consulting: telefonische Terminverwaltung- und planung, Vorbereitung von Powerpoint-Präsentationen, Korrespondenz
Juni 2001 – August 2001	Raiffeisen Informatik Zentrum: telefonische Kundenbetreuung