



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Glaubwürdige Gesundheitskommunikation: Welche Kanäle erreichen Lehrlinge und Jugendliche am effektivsten?

verfasst von | submitted by

Marie-Katrin Bachg B.Sc.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 915

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Betriebswirtschaft

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Michaela Schaffhauser-
Linzatti

Kurzfassung

Jugendliche und Lehrlinge informieren sich zunehmend über digitale Medien und soziale Netzwerke zu Gesundheitsthemen. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass Gesundheitsförderprogramme ihre Zielgruppe über diese Kommunikationskanäle auch erreichen, da die dazugehörigen Informationen erst wahrgenommen und als glaubwürdig eingeschätzt werden müssen. Diese Arbeit beantwortet die Frage, welche Kommunikationskanäle sich für die Vermittlung von Gesundheitsförderprogrammen an Jugendliche und Lehrlinge am ehesten eignen. Hierzu wird untersucht, wie wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz sowie Verhaltensintention zur Teilnahme zum einen zusammenhängen und sich zum anderen zwischen den betrachteten Kommunikationskanälen Instagram, TikTok, YouTube, Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen und Websites offizieller Gesundheitsorganisationen unterscheiden. Es wurde ein quantitatives Forschungsdesign in Form einer standardisierten Online-Befragung gewählt, deren erhobene Daten für den anschließenden Vergleich der Kommunikationskanäle sowie die Korrelations- und Mediationsanalysen mittels IBM SPSS Statistics 31 statistisch ausgewertet wurden. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit variierte signifikant zwischen einigen der untersuchten Kommunikationskanälen. Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen mit den höchsten Glaubwürdigkeitswerten unterschieden sich zwar nicht signifikant von Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. YouTube, Instagram und insbesondere TikTok wurden jedoch als signifikant weniger glaubwürdig eingeschätzt, obwohl die Social-Media-Kanäle häufiger zur Information über Gesundheitsthemen genutzt wurden. Diese Ergebnisse zeigen, dass Reichweite und Glaubwürdigkeit nicht automatisch zusammenfallen, da neben der Sichtbarkeit eines Programms auch die Glaubwürdigkeit des Kommunikationswegs in Zusammenhang mit der Akzeptanz und der Teilnahmebereitschaft steht.

Schlagwörter: Gesundheitskommunikation, Gesundheitsförderprogramme, Jugendliche, Lehrlinge, Kommunikationskanäle, wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz, Verhaltensintention

Abstract

Adolescents and apprentices are increasingly turning to digital media and social networks to learn about health topics. However, this does not automatically mean that health promotion programs actually reach their target audience through these communication channels, as the information must first be noticed and deemed credible. This study addresses the question of which communication channels are best suited for delivering health promotion programs to adolescents and apprentices. To this end, it examines how perceived credibility, acceptance, and behavioral intention to participate are interrelated, as well as how these factors differ across the communication channels under consideration: Instagram, TikTok, YouTube, conversations with teachers or workplace trainers, and websites of official health organizations. A quantitative research design in the form of a standardized online survey was chosen; the data collected were statistically analyzed using IBM SPSS Statistics 31 for the subsequent comparison of communication channels as well as for correlation and mediation analyses. Perceived credibility varied significantly across the communication channels examined. Conversations with teachers or workplace trainers - who scored the highest on credibility - did not differ significantly from websites of official health organizations. However, YouTube, Instagram, and especially TikTok were rated as significantly less credible, even though these social media channels were used more frequently to obtain information on health topics. These results show that reach and credibility do not automatically go hand in hand, as, in addition to a program's visibility, the credibility of the communication channel is also linked to acceptance and willingness to participate.

Keywords: health communication, health promotion programs, adolescents, apprentices, communication channels, perceived credibility, acceptance, behavioral intention

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis.....	viii
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangssituation, Problemstellung und Relevanz	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	2
1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	4
2 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand	5
2.1 Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und Lehrlingen	5
2.1.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Gesundheitsförderung.....	5
2.1.2 Gesundheitsförderprogramme als Anwendungsfeld	6
2.1.3 Jugendliche und Lehrlinge als Zielgruppe der Gesundheitsförderung.....	7
2.2 Gesundheitskommunikation und Kommunikationskanäle	9
2.2.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Gesundheitskommunikation	9
2.2.2 Gesundheitskommunikation im Kontext der Gesundheitsförderung	11
2.2.3 Kommunikationskanäle der Gesundheitskommunikation	12
2.3 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen.....	14
2.3.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Glaubwürdigkeit	14
2.3.2 Empirischer Forschungsstand zur wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen.....	16
2.4 Kommunikationskanäle und wahrgenommene Glaubwürdigkeit	19
2.4.1 Theoretische Einordnung des Zusammenhangs zwischen Kommunikationskanälen und Glaubwürdigkeit.....	19
2.4.2 Empirischer Forschungsstand zu Glaubwürdigkeitsunterschieden zwischen Kommunikationskanälen.....	19
2.4.3 Ableitung der Hypothese H1	23
2.5 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen	24
2.5.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Akzeptanz	24

2.5.2	Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Akzeptanz.....	26
2.5.3	Ableitung der Hypothese H2.....	28
2.6	Wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention	28
2.6.1	Begriffliche und theoretische Einordnung von Verhaltensintention.....	28
2.6.2	Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention	30
2.6.3	Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention	32
2.6.4	Ableitung der Hypothesen H3 bis H5	34
2.7	Zusammenfassung des Forschungsstands und Forschungslücke.....	35
2.7.1	Zusammenfassung des Forschungsstands	35
2.7.2	Forschungslücke der vorliegenden Arbeit.....	36
3	Forschungsmethode	37
3.1	Forschungskonzept der empirischen Untersuchung	37
3.1.1	Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit	37
3.1.2	Gesamtübersicht der Hypothesen.....	38
3.1.3	Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit.....	39
3.2	Forschungsansatz und Forschungsdesign	40
3.3	Erhebungsinstrument: Fragebogen	43
3.4	Operationalisierung der zentralen Konstrukte.....	45
3.4.1	Wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen	45
3.4.2	Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen.....	47
3.4.3	Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen	48
3.5	Stichprobe und Rekrutierung.....	50
3.5.1	Zielgruppe und Rekrutierung	50
3.5.2	Stichprobenbeschreibung	51
3.6	Durchführung der Datenerhebung	52
3.7	Datenaufbereitung und Auswertungsmethoden	52
4	Datenanalyse.....	55
4.1	Deskriptive Statistik und Ergebnisübersicht.....	55
4.2	Reliabilität der Konstrukte	62

4.3	Prüfung der Hypothesen und vertiefende Modellanalyse	63
4.3.1	Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit zwischen den Kommunikationskanälen (Hypothese 1)	63
4.3.2	Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz (Hypothese 2)	65
4.3.3	Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention (Hypothese 3)	67
4.3.4	Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention (Hypothese 4)	69
4.3.5	Mediationsanalyse der Akzeptanz (Hypothese 5)	72
4.3.6	Ergänzende Analyse: Unterschiede in der Verhaltensintention zwischen Kommunikationskanälen	74
5	Diskussion	76
5.1	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	76
5.2	Interpretation und Einordnung der Ergebnisse	79
5.2.1	Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der Kommunikationskanäle	79
5.2.2	Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen	82
5.2.3	Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention zur Teilnahme	84
5.2.4	Zusammenhang zwischen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention zur Teilnahme	86
5.2.5	Unterschiede in der Verhaltensintention zwischen den Kommunikationskanälen	88
5.2.6	Rolle der Glaubwürdigkeit im Wirkmodell (Mediationsanalyse)	91
5.3	Limitationen der Studie	92
5.4	Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung	96
6	Fazit	99
	Literaturverzeichnis	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit	40
Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Analysestichprobe	56
Abbildung 3: Altersverteilung der Analysestichprobe	56
Abbildung 4: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle zur Information über Gesundheitsthemen	57
Abbildung 5: Wahrgenommene Glaubwürdigkeit nach Kommunikationskanal	60
Abbildung 6: Verhaltensintention nach Kommunikationskanal	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Hypothesen.....	39
Tabelle 2: Übersicht der Fragebogenbereiche.....	44
Tabelle 3: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle zur Information über Gesundheitsthemen	58
Tabelle 4: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle nach Geschlecht	58
Tabelle 5: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle nach Altersgruppe	59
Tabelle 6: Deskriptive Kennwerte der zentralen Untersuchungsvariablen	61
Tabelle 7: Reliabilitätswerte der gebildeten Skalen	63
Tabelle 8: Haupteffekt des Kommunikationskanals auf die Glaubwürdigkeit	63
Tabelle 9: Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit zwischen den Kommunikationskanälen	64
Tabelle 10: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen	65
Tabelle 11: Kanalweise Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz	66
Tabelle 12: Übersicht der Mittelwerte von Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention nach Kommunikationskanal.....	68
Tabelle 13: Kanalweise Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention	68
Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention	70
Tabelle 15: Kanalweise Zusammenhänge zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention	71
Tabelle 16: Regressionskoeffizienten des Mediationsmodells	73
Tabelle 17: Indirekter Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention über die Akzeptanz	73
Tabelle 18: Deskriptive Statistiken der Verhaltensintention nach Kommunikationskanal.....	74
Tabelle 19: Friedman-Test zur Verhaltensintention nach Kommunikationskanal.....	74
Tabelle 20: Bonferroni-korrigierte paarweise Wilcoxon-Vergleiche der Verhaltensintention	75

Abkürzungsverzeichnis

AKZINDEX	Akzeptanzindex
B	unstandardisierter Regressionskoeffizient
BootLLCI	Untergrenze des Bootstrap-Konfidenzintervalls
BootSE	Bootstrapping-Standardfehler
BootULCI	Obergrenze des Bootstrap-Konfidenzintervalls
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
df	Freiheitsgrade
df1	erster Freiheitsgrad
df2	zweiter Freiheitsgrad
ELM	Elaboration Likelihood Model
et al.	und andere
F	F-Teststatistik
F1–F5	Teilforschungsfragen 1 bis 5
GG- ϵ	Greenhouse-Geisser-Epsilon
GLGES	aggregierter Glaubwürdigkeitsindex
H1–H5	Hypothesen 1 bis 5
HF- ϵ	Huynh-Feldt-Epsilon
INTGES	aggregierter Index der Verhaltensintention
KI	Konfidenzintervall
LLCI	Untergrenze des Konfidenzintervalls
M	Mittelwert
MSE	mittlerer quadratischer Fehler
N	Stichprobengröße der Gesamtstichprobe
n	absolute Häufigkeit beziehungsweise Teilstichprobengröße
p	Signifikanzwert
p _{adj}	Bonferroni-korrigierter Signifikanzwert
PROCESS	Makro für Regressions-, Mediations- und Moderationsanalysen
r	Pearson-Korrelationskoeffizient / korrelationsbasierte Effektstärke
R	multipler Korrelationskoeffizient
R ²	Bestimmtheitsmaß
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
t	t-Teststatistik
ULCI	Obergrenze des Konfidenzintervalls
vgl.	vergleiche
W	Kendall's W beziehungsweise Teststatistik des Mauchly-Tests
WHO	World Health Organization
Z	standardisierte Teststatistik des Wilcoxon-Tests
α	Cronbachs Alpha
ΔM	Mittelwertdifferenz
η_p^2	partielltes Eta-Quadrat
χ^2	Chi-Quadrat-Teststatistik

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation, Problemstellung und Relevanz

Die Förderung der Gesundheit junger Menschen stellt eine zentrale gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung dar, da Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen langfristig relevante Wirkungen entfalten können (Beelmann et al., 2014). Besonders in der Adoleszenz entwickeln sich gesundheitsbezogene Kompetenzen und Verhaltensweisen, die für die weitere gesundheitliche Entwicklung von Bedeutung sein können (Domanska et al., 2022). Da diese früh erlernten Verhaltensweisen die Gesundheit bis ins Erwachsenenalter beeinflussen können, ist diese Lebensphase im Rahmen der Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung (World Health Organization [WHO], 2024b). Aus diesem Grund initiieren viele Unternehmen und Bildungseinrichtungen Gesundheitsprogramme, um die Gesundheit junger Menschen präventiv zu fördern. Die Bedeutung solcher Programme ergibt sich insbesondere aus dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, wonach gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lebenswelten der Zielgruppen verankert werden sollen (WHO, 1986). Empirische Befunde zeigen zudem, dass Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere in Bildungs- und Betreuungskontexten, wirksam sein können (Messing et al., 2019).

Der Erfolg solcher Programme hängt jedoch nicht ausschließlich von ihrem inhaltlichen Konzept ab, sondern auch davon, ob sie zielgruppengerecht gestaltet sind und an die Lebenswelt der Adressat:innen anschließen (Beelmann et al., 2014). Eine verständliche und zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation kann das Gesundheitsverhalten unmittelbar beeinflussen und zugleich langfristig dazu beitragen, gesundheitliche Risiken zu vermeiden und die damit verbundenen Krankheitskosten zu senken (Green et al., 2022; World Health Organization, 2018). Unternehmen und Bildungseinrichtungen profitieren von gesünderen, leistungsfähigeren und zufriedeneren Lehrlingen, was auch betriebswirtschaftliche Vorteile mit sich bringt. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Gesundheitsförderprogramme für Lehrlinge und Jugendliche so kommuniziert werden können, dass sie als glaubwürdig wahrgenommen werden und zur Teilnahme motivieren (Schiavo, 2014; Kreps, 2017).

In einer zunehmend digitalisierten Gesellschaft verändert sich nicht nur das Informationsverhalten junger Menschen, sondern auch ihre Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit verschiedener Informationsquellen (Metzger & Flanagin, 2013; Sundar, 2008). Lehrlinge und Jugendliche nutzen vermehrt digitale Medien und soziale Netzwerke, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren (Park & Kwon, 2018; Stellefson et al., 2011). Klassische Informationswege wie betriebliche Aushänge oder Informationsveranstaltungen verlieren als Informationskanäle an Bedeutung. Das Kommunikationsverhalten junger Menschen wird zunehmend durch digitale Medien, insbesondere soziale Netzwerke, geprägt (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2025). Diese Plattformen stehen jedoch in der Kritik, Fehlinformationen zu verbreiten und die Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen zu untergraben (Chou et al., 2018; Wang et al., 2019). Vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Mediennutzungsverhaltens stellt sich daher die Frage, wie Gesundheitsinformationen so kommuniziert werden können, dass sie die Aufmerksamkeit von Lehrlingen und Jugendlichen auf sich ziehen und zugleich als glaubwürdig wahrgenommen werden (Sbaffi & Rowley, 2017). Bisherige Forschungsarbeiten konzentrieren sich häufig auf die Evaluation der Wirksamkeit von Gesundheitsfördermaßnahmen. Fragen der zielgruppengerechten Kommunikation und der geeigneten Vermittlungskanäle gewinnen dagegen zunehmend an Bedeutung (Salaschek & Bonfadelli, 2020). Die Glaubwürdigkeit der Informationsquelle spielt dabei eine entscheidende Rolle für die Akzeptanz und Bereitschaft junger Menschen, an Gesundheitsförderprogrammen teilzunehmen (Hovland & Weiss, 1951; Nan, 2013).

Diese Arbeit adressiert somit eine Forschungslücke an der Schnittstelle von Gesundheitskommunikation, Mediennutzung und Vertrauensforschung. Sie setzt sich mit der Problematik auseinander, welche Kommunikationskanäle geeignet sind, um Gesundheitsförderprogramme glaubwürdig und wirksam an Lehrlinge und Jugendliche zu vermitteln, und inwieweit die Wahl des Kommunikationskanals die Teilnahmebereitschaft an solchen Programmen beeinflusst.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ausgehend von der dargestellten Problemstellung ist es Ziel der vorliegenden Masterarbeit, Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen zwischen verschiedenen Kommunikationskanälen zu untersuchen. Darüber hinaus werden die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, der Akzeptanz von

Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme sowie die vermittelnde Rolle der Akzeptanz empirisch analysiert.

Die vorliegende Arbeit setzt an der Forschungslücke an, dass bisherige Studien sich primär auf die inhaltliche Gestaltung oder die Wirksamkeit von Gesundheitsförderprogrammen fokussieren, während Fragen der Kommunikation und der Kanalwahl oftmals unberücksichtigt bleiben (Salaschek & Bonfadelli, 2020). Im Mittelpunkt steht daher, wie glaubwürdig unterschiedliche digitale und analoge Kommunikationskanäle von Jugendlichen und Lehrlingen wahrgenommen werden und inwiefern diese Wahrnehmung mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie mit der Verhaltensintention zur Teilnahme zusammenhängt.

Ausgehend von dieser Zielsetzung lautet die übergeordnete Forschungsfrage:

Über welche Kommunikationskanäle können Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und Lehrlinge glaubwürdig erreichen, und wie hängen wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention zur Teilnahme zusammen?

Zur Beantwortung dieser übergeordneten Forschungsfrage werden folgende Teilforschungsfragen formuliert:

F1: Wie unterscheiden sich die untersuchten Kommunikationskanäle hinsichtlich der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen?

F2: In welchem Zusammenhang steht die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen?

F3: In welchem Zusammenhang steht die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen?

F4: In welchem Zusammenhang steht die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen?

F5: Inwiefern vermittelt die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention zur Teilnahme?

Die Beantwortung dieser Forschungsfragen erfolgt auf Basis einer empirischen Untersuchung in Form einer Online-Befragung unter Lehrlingen und Jugendlichen im Ausbildungskontext. Die daraus abgeleiteten Hypothesen werden nach Darstellung der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstands formuliert und anschließend empirisch überprüft.

1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine quantitative empirische Untersuchung mittels einer standardisierten Online-Befragung durchgeführt. Befragt wurden nahezu ausschließlich Jugendliche und Lehrlinge im Alter von 15 bis 25 Jahren im Kontext einer Lehrausbildung bzw. im beruflichen Ausbildungskontext. Im Mittelpunkt der Erhebung standen die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen, die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie die Verhaltensintention zur Teilnahme. Ergänzend wurde erfasst, welche Kommunikationskanäle die Befragten regelmäßig zur Information über Gesundheitsthemen nutzen. Die erhobenen Daten wurden anschließend statistisch ausgewertet, um Unterschiede zwischen den Kommunikationskanälen sowie Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention zu untersuchen.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Kapitel 1 führt in die Thematik ein, stellt die Ausgangssituation, die Problemstellung und die Relevanz dar und formuliert die Zielsetzung sowie die Forschungsfrage der Arbeit.

Kapitel 2 verbindet die theoretischen Grundlagen mit dem bisherigen Forschungsstand. Dabei werden zunächst zentrale Begriffe und Konzepte wie Gesundheitsförderung, Gesundheitskommunikation, Kommunikationskanäle, wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention erläutert und definiert. Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand zu den Zusammenhängen zwischen diesen Konstrukten dargestellt. Auf dieser Grundlage werden die Forschungslücken herausgearbeitet, die Hypothesen abgeleitet und das Untersuchungsmodell der Arbeit entwickelt.

Kapitel 3 beschreibt das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung. Dazu zählen der Forschungsansatz, das Forschungsdesign, die Operationalisierung der zentralen Konstrukte, die Stichprobe und die Rekrutierung, die Durchführung der Datenerhebung sowie die Datenaufbereitung und die Auswertungsmethoden.

Kapitel 4 präsentiert die Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Neben deskriptiven Analysen zur Nutzung der Kommunikationskanäle und zur Bewertung ihrer Glaubwürdigkeit werden die Reliabilität der gebildeten Skalen sowie die Ergebnisse der Hypothesentests dargestellt.

Kapitel 5 diskutiert die zentralen Ergebnisse der Untersuchung und ordnet sie in den theoretischen und empirischen Forschungsstand ein. Darüber hinaus werden Limitationen der Studie sowie Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung aufgezeigt.

Kapitel 6 fasst die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit zusammen und beantwortet die übergeordnete Forschungsfrage abschließend.

2 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

2.1 Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und Lehrlingen

2.1.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung hat sich seit der Mitte des 20. Jahrhunderts zu einem zentralen Bestandteil moderner Public-Health-Konzepte entwickelt (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Gesundheitsförderung verfolgt im Gegensatz zur Prävention, die primär auf die Vermeidung spezifischer Erkrankungen oder gesundheitlicher Risiken ausgerichtet ist, einen umfassenderen und ressourcenorientierten Ansatz (Hurrelmann et al., 2014; Rosenbrock & Hartung, 2012). Dieses ressourcenorientierte Zielverständnis der Gesundheitsförderung ist eng mit dem salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky verbunden, der den Fokus auf die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit sowie auf individuelle Bewältigungsressourcen legt (WHO, 1986; Antonovsky, 1997). Ziel der Gesundheitsförderung ist es, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu erhalten und zu verbessern, indem individuelle Kompetenzen sowie gesundheitsförderliche Lebensbedingungen gestärkt werden (Naidoo & Wills, 2019).

Eine international anerkannte begriffliche Orientierung bietet die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986). Darin wird Gesundheit nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als dynamischer Prozess, der durch individuelle, soziale und strukturelle Faktoren beeinflusst werden kann. Dazu gehört unter anderem auch die Gesundheitsförderung, die Menschen ein höheres Maß an Kontrolle über ihre gesundheitliche Entwicklung ermöglichen kann. Insgesamt nennt die WHO fünf zentrale Handlungsfelder: die Entwicklung gesundheitsförderlicher Gesamtpolitiken, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Unterstützung gemeinschaftlicher Aktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen sowie die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (WHO, 1986). Ziel der Gesundheitsförderung ist es folglich nicht allein, gesundheitsriskantes Verhalten zu reduzieren,

sondern langfristig gesundheitliche Ressourcen zu stärken und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Im Mittelpunkt stehen die Förderung von Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz sowie die Schaffung von Rahmenbedingungen, die gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2018). Gesundheitsförderung wird in dieser Arbeit als übergeordnetes Rahmenkonzept verstanden, innerhalb dessen präventive Maßnahmen und gesundheitsbezogene Interventionen verortet werden.

In der vorliegenden Arbeit werden Gesundheitsförderprogramme daher als strukturierte, zielgruppenorientierte Angebote verstanden, die Jugendliche und Lehrlinge bei gesundheitsbezogenem Wissen, gesundheitsförderlichem Verhalten und der Stärkung persönlicher sowie lebensweltbezogener Ressourcen unterstützen sollen.

2.1.2 Gesundheitsförderprogramme als Anwendungsfeld

Gesundheitsförderprogramme stellen die konkrete Umsetzung der Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung dar. Sie lassen sich als strukturierte, zielgerichtete Maßnahmen definieren, die darauf abzielen, gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. Hurrelmann, 2010; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; BZgA, 2018). Im Unterschied zu punktuellen Informationsmaßnahmen folgen Gesundheitsförderprogramme einem systematischen Ansatz, der auf Nachhaltigkeit und langfristige Wirkungen ausgerichtet ist.

Charakteristisch für Gesundheitsförderprogramme ist ihre Zielgruppenorientierung sowie die bewusste Ausrichtung an den Lebenswelten der jeweiligen Adressat:innen. An dieser Stelle knüpft der sogenannte Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung an, der davon ausgeht, dass Gesundheit maßgeblich dort entsteht, wo Menschen ihren Alltag verbringen – etwa in Schulen, Ausbildungsbetrieben, Gemeinden oder anderen sozialen Kontexten (vgl. WHO, 1986). Gesundheitsförderprogramme setzen demnach nicht ausschließlich auf individuelle Verhaltensänderungen, sondern berücksichtigen auch strukturelle, soziale und organisationale Bedingungen, die gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen.

Der Setting-Ansatz betont, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen besonders wirksam sind, wenn sie in bestehende Alltagsstrukturen integriert werden. Gesundheitsförderprogramme umfassen daher häufig sowohl verhaltensorientierte Komponenten, wie die Vermittlung von Wissen oder Kompetenzen, als auch verhältnisorientierte Maßnahmen, etwa die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lern- und Arbeitsbedingungen. Durch diese Kombination soll es den

Zielgruppen erleichtert werden, gesundheitsförderliche Entscheidungen im Alltag tatsächlich umzusetzen (Whitelaw et al., 2001).

Kommunikation spielt in Gesundheitsförderprogrammen eine zentrale Rolle, da gesundheitsbezogene Inhalte vermittelt, Aufmerksamkeit erzeugt und die Motivation zur Teilnahme aufgebaut werden müssen. Die Gestaltung der Kommunikationsprozesse beeinflusst maßgeblich, ob Programme wahrgenommen, verstanden und akzeptiert werden. Gesundheitsförderprogramme bilden somit eine wichtige Schnittstelle zwischen den theoretischen Konzepten der Gesundheitsförderung und ihrer praktischen Umsetzung und verdeutlichen die Bedeutung einer zielgruppengerechten und lebensweltbezogenen Ansprache (vgl. Sharma, 2022; Schiavo, 2014; Kreps, 2014).

2.1.3 Jugendliche und Lehrlinge als Zielgruppe der Gesundheitsförderung

Der Begriff „Jugendliche“ bezeichnet in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur eine Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, die nicht ausschließlich über chronologische Altersgrenzen bestimmt wird. Vielmehr ist Jugend beziehungsweise Adoleszenz durch biologische, psychologische und soziale Entwicklungsprozesse geprägt, in deren Verlauf sich Autonomie, Identität, soziale Rollen sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen herausbilden. Während die Adoleszenz klassischerweise häufig im Altersbereich von 10 bis 19 Jahren verortet wird, schlagen neuere Ansätze eine erweiterte Betrachtung bis zum Alter von 24 Jahren vor, da sich Bildungs-, Ausbildungs- und Berufseinstiegsprozesse zunehmend verlängern und Übergänge in das Erwachsenenalter später erfolgen (Sawyer et al., 2018; Patton et al., 2016). Jugend wird in dieser Arbeit daher als dynamische Entwicklungsphase verstanden, die auch junge Erwachsene in Übergangs- und Ausbildungskontexten umfassen kann.

Der Begriff „Lehrling“ bezeichnet demgegenüber keine Altersgruppe, sondern eine formale Ausbildungsrolle. Unter „Lehrlingen“ werden im Folgenden Personen verstanden, die im Rahmen einer durch einen Lehrvertrag geregelten Ausbildung einen Lehrberuf erlernen, während sie parallel in einem entsprechenden Lehrbetrieb beschäftigt sind (Unternehmensserviceportal, 2026b). Der Lehrlingsstatus ist somit primär über das Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnis definiert und kann sowohl minderjährige Jugendliche als auch junge Erwachsene umfassen. Die Lehrlingsausbildung ist in Österreich als duales System organisiert und findet sowohl im Lehrbetrieb als auch in der Berufsschule statt (Unternehmensserviceportal, 2026a).

Für die vorliegende Arbeit ist daher zwischen Jugendlichen als entwicklungsbezogener Zielgruppe und Lehrlingen als statusbezogener Ausbildungsgruppe zu unterscheiden. Beide Gruppen können sich überschneiden, sind jedoch nicht deckungsgleich. Jugendliche werden in dieser Arbeit als Personen in der Jugend- beziehungsweise frühen Erwachsenenphase verstanden, bei denen gesundheitsbezogene Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen besonders geprägt werden. Lehrlinge werden demgegenüber als Personen verstanden, die sich im Rahmen eines Lehrvertrags in einer formalen beruflichen Ausbildung befinden. Die empirische Untersuchung adressiert dementsprechend Jugendliche und junge Erwachsene im Ausbildungskontext beziehungsweise Personen mit Bezug zur Lehrausbildung.

Die Jugend- und frühe Erwachsenenphase ist durch intensive körperliche, psychische und soziale Entwicklungsprozesse gekennzeichnet, in denen Autonomie, Identitätsbildung und soziale Orientierung eine zentrale Rolle spielen (vgl. Hurrelmann & Quenzel, 2022). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2017) hebt Jugendliche und junge Erwachsene als zentrale Zielgruppe der Gesundheitsförderung hervor, da sich in dieser Lebensphase grundlegende gesundheitliche Verhaltensweisen und Kompetenzen entwickeln, die langfristig prägend sind. Das bedeutet, dass Jugendliche und Lehrlinge eine zentrale Zielgruppe darstellen und Gesundheitsförderung daher frühzeitig ansetzen und konsequent an deren jeweiligen Lebenswelten orientiert sein sollte, da sich in dieser Lebensphase grundlegende Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmuster entwickeln, die langfristig prägend für die gesundheitliche Entwicklung sein können (vgl. WHO, 1986; Felder-Puig et al., 2023; Amstad et al., 2022; Domanska et al., 2022).

Besonders der Übergang von der Schule in die Ausbildung oder den Beruf stellt eine sensible Lebensphase dar, die mit neuen Anforderungen, Belastungen und strukturellen Veränderungen einhergeht (vgl. Reuter et al., 2022; Matos Fialho et al., 2022). Jugendliche erleben in dieser Zeit erhöhte physische, psychische und soziale Belastungen, etwa durch Leistungsdruck, neue Verantwortlichkeiten, veränderte Tagesstrukturen oder Unsicherheiten hinsichtlich ihrer beruflichen und persönlichen Zukunft. Lehrlinge befinden sich gleichzeitig sowohl in schulischen als auch in betrieblichen Kontexten und sind daher häufig einer Doppelbelastung ausgesetzt (vgl. Einboden et al., 2021), welche die besondere Relevanz zielgruppenspezifischer gesundheitsfördernder Maßnahmen im schulischen und betrieblichen Kontext weiter verdeutlicht (vgl. Moor et al., 2022).

Ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und Lehrlingen ist das Empowerment, verstanden als die Stärkung individueller Handlungskompetenzen und

Selbstwirksamkeit. Ziel ist es, jungen Menschen fundiertere Entscheidungen und mehr Eigenverantwortung in Bezug auf ihre Gesundheit durch die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen zu ermöglichen (vgl. Bröder et al., 2017; Nowak et al., 2022). Gesundheitsförderung richtet sich damit nicht ausschließlich auf die Vermittlung von Wissen, sondern auf die Förderung von Fähigkeiten, die eine aktive und selbstbestimmte Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebensbereiche ermöglichen.

Eng damit verbunden ist das Prinzip der Partizipation, das die aktive Einbindung der Zielgruppe in die Planung, Umsetzung und Bewertung gesundheitsfördernder Maßnahmen betont. Partizipative Ansätze tragen dazu bei, die Lebensrealitäten, Bedürfnisse und Perspektiven von Jugendlichen und Lehrlingen angemessen zu berücksichtigen und die Akzeptanz gesundheitsfördernder Programme zu erhöhen. Gleichzeitig setzt Partizipation voraus, dass Jugendliche über ausreichende gesundheitsbezogene Kompetenzen verfügen, um Informationen zu verstehen, zu bewerten und in Entscheidungsprozesse einzubringen. Gesundheitskompetenz kann gleichzeitig als Voraussetzung und als Ergebnis partizipativer Prozesse betrachtet werden, da eine aktive Einbindung in gesundheitsbezogene Maßnahmen Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz fördern kann (vgl. Josuweit et al., 2023; Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund sind Gesundheitsförderprogramme für Jugendliche und Lehrlinge besonders dann wirksam, wenn sie lebensweltorientiert gestaltet sind, die Zielgruppe aktiv einbeziehen und an deren Alltagserfahrungen anknüpfen. Die Art und Weise, wie gesundheitsbezogene Inhalte kommuniziert werden, spielt dabei eine entscheidende Rolle (vgl. Green & Kreuter, 2005). Die Frage, über welche Kommunikationskanäle Jugendliche und Lehrlinge erreicht werden und welchen Informationsquellen sie Glaubwürdigkeit zuschreiben, bildet daher einen zentralen Bezugspunkt für die weitere theoretische und empirische Auseinandersetzung dieser Arbeit.

2.2 Gesundheitskommunikation und Kommunikationskanäle

2.2.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Gesundheitskommunikation

Gesundheitskommunikation bezeichnet den gezielten Austausch von Informationen, Botschaften und Bedeutungen zu gesundheitlichen Themen zwischen unterschiedlichen Akteur:innen, darunter Individuen, Organisationen, Institutionen und Medien (vgl. Ratzan & Parker, 2000). Ziel der Gesundheitskommunikation ist es, gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln, Einstellungen zu beeinflussen und gesundheitsrelevante Entscheidungen sowie

Verhaltensweisen zu unterstützen (vgl. Kreuter & Wray, 2003). Theoretisch lässt sich diese Wirkungsweise durch kommunikationswissenschaftliche Ansätze erklären, die davon ausgehen, dass Kommunikation maßgeblich zur Verbreitung von Wissen sowie zur Beeinflussung von Einstellungen und Verhalten beiträgt (vgl. Rogers, 2003). Im Unterschied zu rein informativen Kommunikationsformen verfolgt Gesundheitskommunikation einen strategischen Ansatz (vgl. Schiavo, 2014). Sie richtet sich nicht ausschließlich auf die Weitergabe von Fakten, sondern berücksichtigt auch emotionale, soziale und kontextuelle Faktoren, die die Wahrnehmung und Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen beeinflussen (vgl. Witte & Allen, 2000). Gesundheitskommunikation umfasst damit sowohl individuelle Kommunikationsprozesse – etwa zwischen Fachpersonal und Patient:innen – als auch öffentliche und mediale Kommunikationsformen, beispielsweise Kampagnen oder digitale Informationsangebote (vgl. Schiavo, 2014).

Die vorliegende Arbeit versteht Gesundheitskommunikation als gezielte Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen. Dabei ist nicht nur von Bedeutung, welche Informationen vermittelt werden, sondern auch, über welche Kommunikationskanäle Jugendliche und Lehrlinge erreicht werden. Ziel ist es, Vertrauen in die vermittelten Inhalte aufzubauen und auf diese Weise die Wahrnehmung und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie die Bereitschaft zur Teilnahme zu beeinflussen (vgl. Ratzan & Parker, 2000; Kreuter & Wray, 2003; Schiavo, 2014).

Gesundheitskommunikation soll Menschen dabei helfen, Informationen zur eigenen Gesundheit besser einzuordnen, um anschließend auf dieser Grundlage selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (vgl. Ratzan & Parker, 2000; Nutbeam, 2000). Dafür reicht die bloße Vermittlung von Wissen jedoch nicht aus. Vielmehr ist auch die Gesundheitskompetenz von Bedeutung, also die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen finden, verstehen und bewerten zu können, um sie anschließend gegebenenfalls in den Alltag zu implementieren (vgl. Sørensen et al., 2012). Gesundheitskommunikation kann dementsprechend maßgeblich dazu beitragen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen wahrgenommen, verstanden und akzeptiert werden (vgl. Wakefield et al., 2010).

Zudem werden Informationen dabei über verschiedene Informationskanäle vermittelt. Darunter werden in dieser Arbeit die Wege verstanden, über die Informationen zu Gesundheitsthemen oder zu Gesundheitsförderprogrammen an Jugendliche und Lehrlinge herangetragen werden (vgl. Schiavo, 2014; McQuail, 2010). Gesundheitskommunikation verbindet damit die

theoretischen Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften mit der praktischen Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (vgl. Noar, 2006).

2.2.2 Gesundheitskommunikation im Kontext der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung kann individuelle und strukturelle Ressourcen jedoch nur dann stärken und gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen fördern, wenn gesundheitsbezogene Informationen die jeweiligen Adressat:innen erreichen und außerdem als relevant und nachvollziehbar wahrgenommen werden. Infolgedessen spielt die Gesundheitskommunikation besonders im Rahmen der Gesundheitsförderung eine tragende Rolle, da sie bestimmt, wie ihre Inhalte vermittelt, wahrgenommen und verstanden werden (vgl. WHO, 1986; Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012).

Gesundheitskommunikation im Bereich der Gesundheitsförderung erfüllt gleich zwei Aufgaben. Sie dient sowohl der Informationsvermittlung, indem sie Wissen über gesundheitsrelevante Themen, Angebote oder Handlungsmöglichkeiten bereitstellt, als auch der Motivation und Orientierung, indem sie Einstellungen beeinflusst, Aufmerksamkeit erzeugt und zur Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragestellungen anregt. Gesundheitskommunikation ist damit nicht auf die bloße Weitergabe von Fakten beschränkt, sondern ist in der Lage, Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu beeinflussen (vgl. Noar, 2006; Wakefield et al., 2010; Bonfadelli & Friemel, 2020).

Die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen hängt allerdings nicht nur von ihrer inhaltlichen Qualität, sondern auch von der Art und Weise ab, wie Botschaften gestaltet, vermittelt und in bestehende Lebenszusammenhänge eingebettet werden. Zwar basieren Gesundheitsförderprogramme auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und normativen Zielsetzungen, diese werden jedoch für die Zielgruppe meist erst durch Gesundheitskommunikation zugänglich. Denn sie verbindet erst die theoretischen Konzepte der Gesundheitsförderung mit deren praktischer Umsetzung (vgl. Kreuter & McClure, 2004; Lustria et al., 2013; Hawkins et al., 2008).

Gesundheitskommunikation wirkt nicht bei allen Zielgruppen auf die gleiche Weise. Faktoren wie persönliche Erfahrungen, das soziale Umfeld und die jeweiligen institutionellen Bedingungen beeinflussen, wie gesundheitsbezogene Informationen aufgenommen werden. Bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen muss daher berücksichtigt werden, an wen sich die Kommunikation richtet und in welcher Lebenssituation sich diese Personen befinden (vgl. Kim & Xie, 2017; Schillinger et al., 2020).

Gesundheitskommunikation ist alles in allem also ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung, da sie dabei hilft, gesundheitliche Inhalte verständlich zu vermitteln, Orientierung zu geben und die Zielgruppe auf entsprechende Angebote aufmerksam zu machen und so zu gewährleisten, dass Gesundheitsförderprogramme wahrgenommen, positiv bewertet und anschließend auch genutzt werden.

2.2.3 Kommunikationskanäle der Gesundheitskommunikation

Bei Kommunikationskanälen handelt es sich um technische Übertragungsmedien, über welche gesundheitsbezogene Informationen schließlich vermittelt werden. Der Kommunikationskanal prägt jedoch zudem maßgeblich Form und Art, Reichweite sowie Wirkung gesundheitsbezogener Botschaften und beeinflusst infolgedessen auch, inwiefern Informationen wahrgenommen, verstanden und als glaubwürdig eingeschätzt werden (vgl. Sundar, 2008; Metzger et al., 2003).

In der Theorie der Gesundheitskommunikation unterscheidet man bei den grundsätzlichen Typen von Kommunikationskanälen zwischen interpersonaler Kommunikation, massenmedialer Kommunikation und digitaler Kommunikation. Je nach Typ von Kommunikationskanal unterscheiden sich ihre Reichweite, ihre Interaktivität sowie die Art der Beziehung zwischen Sender:in und Empfänger:in (vgl. McQuail, 2010; Schiavo, 2014).

- Interpersonale Kommunikationskanäle meinen in diesem Kontext den direkten Austausch zwischen Personen. Hierzu zählen unter anderem Gespräche mit medizinischem Fachpersonal, Beratungsangebote oder Gespräche im sozialen Umfeld. Sie bieten die Möglichkeit einer Rückfrage, Anpassung und Individualisierung und ermöglichen so die Ausrichtung auf persönliche Bedürfnisse und können unmittelbar erläutert werden. Gleichzeitig ist die Reichweite interpersonaler Kommunikation im Vergleich zu anderen Kanälen begrenzt (vgl. Street et al., 2009; Ha & Longnecker, 2010).
- Massenmediale Kommunikationskanäle, wie Printmedien, Fernsehen oder Radio, ermöglichen die Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen an ein breites Publikum. Sie werden häufig im Rahmen öffentlicher Gesundheitskampagnen eingesetzt (vgl. Noar, 2006). Sie eignen sich insbesondere zur Sensibilisierung und zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen, da sie große Bevölkerungsgruppen gleichzeitig erreichen können (vgl. Wakefield et al., 2010). Aufgrund ihrer Einwegstruktur bieten sie jedoch nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Interaktion oder

individuellen Anpassung der Inhalte. Die Wirkung massenmedialer Gesundheitskommunikation hängt daher stark von der Gestaltung der Botschaften sowie von der Glaubwürdigkeit der vermittelnden Quelle ab (vgl. Hornik, 2002).

- Digitale Kommunikationskanäle haben in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen (vgl. Stellefson et al., 2020). Dazu zählen unter anderem Webseiten, soziale Medien, Apps oder andere internetbasierte Informationsangebote (vgl. Kreps & Neuhauser, 2010). Digitale Kanäle zeichnen sich durch eine hohe Zugänglichkeit, Aktualität und potenzielle Interaktivität aus (vgl. Moorhead et al., 2013). Sie ermöglichen eine flexible Informationssuche sowie die Kombination unterschiedlicher Darstellungsformen, etwa Text, Bild oder Video (vgl. Hesse et al., 2005). Gleichzeitig ist die Informationsqualität in digitalen Kontexten heterogen, was besondere Anforderungen an die Bewertung der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Inhalte stellt (vgl. Diviani et al., 2015).

Kommunikationskanäle dienen nicht nur der bloßen Übermittlung von Informationen, sondern beeinflussen durch ihre verschiedenen Eigenschaften ebenfalls, wie gesundheitsbezogene Inhalte aufgenommen und bewertet werden (vgl. Sundar, 2008). Je nachdem, wie groß die Reichweite eines Kanals ist, welche Möglichkeiten zur Interaktion bestehen und wie nah die vermittelnde Person oder Institution wahrgenommen wird, können selbst gleiche Inhalte unterschiedlich wirken (vgl. Walther et al., 2010). Daraus folgt, dass die Wahl eines geeigneten Kommunikationskanals ein durchaus essenzieller Baustein bei der Gestaltung erfolgreicher und wirksamer Gesundheitskommunikation ist.

Alles in allem lässt sich also festhalten, Kommunikationskanäle prägen nicht nur die Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen, sondern auch den Rahmen, in dem diese wahrgenommen und eingeschätzt werden. Diese Überlegungen bilden die Grundlage für die spätere Untersuchung der Frage, wie glaubwürdig die einzelnen Kanäle wahrgenommen werden und wie sie mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie der Teilnahmeintention zusammenhängen.

2.3 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen

2.3.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Glaubwürdigkeit

Glaubwürdigkeit ist ein zentrales Konstrukt der Gesundheitskommunikation, da sie maßgeblich beeinflusst, ob gesundheitsbezogene Informationen von Rezipient:innen aufgegriffen, weiterverarbeitet und in Entscheidungsprozesse integriert werden. In Kommunikationssituationen, die durch eine Vielzahl unterschiedlicher Informationsquellen geprägt sind, fungiert die wahrgenommene Glaubwürdigkeit als wesentliches Kriterium für die Bewertung und Einordnung gesundheitsbezogener Inhalte (vgl. Pornpitakpan, 2004; Sbaffi & Rowley, 2017).

In der Kommunikationswissenschaft wird Glaubwürdigkeit als subjektive Zuschreibung verstanden, die beschreibt, inwieweit einer Informationsquelle oder einem vermittelten Inhalt vertraut wird. Sie bezieht sich nicht auf die objektive Richtigkeit einer Aussage, sondern auf die Einschätzung der Rezipient:innen, dass eine Information zuverlässig, korrekt und vertrauenswürdig ist. Glaubwürdigkeit stellt somit kein inhärentes Merkmal einer Quelle oder Botschaft dar, sondern entsteht im Zusammenspiel von Quelle, Inhalt und Rezipient:in (vgl. Metzger & Flanagin, 2013; Appelman & Sundar, 2016).

Eine zentrale theoretische Grundlage zur Erklärung von Glaubwürdigkeit stellt die Source-Credibility-Theorie dar, welche auf den Arbeiten von Hovland und Weiss (1951) beruht. Nach dieser Theorie hängt die Überzeugungskraft einer Botschaft maßgeblich von der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der Quelle ab. Sie identifizierten zwei grundlegende Dimensionen der Quellen-Glaubwürdigkeit: Kompetenz (Expertise) und Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness). Kompetenz beschreibt die wahrgenommene Fachkenntnis und Sachautorität der Quelle, während Vertrauenswürdigkeit die Einschätzung umfasst, ob die Quelle ehrlich, aufrichtig und ohne manipulative Absichten kommuniziert (Hovland & Weiss, 1951; Pornpitakpan, 2004).

Spätere Weiterentwicklungen der Source-Credibility-Theorie haben dieses Modell differenziert und erweitert. McCroskey und Teven (1999) ergänzen die klassischen Dimensionen um die Komponente des Wohlwollens (Goodwill). Diese Dimension beschreibt, inwieweit Rezipient:innen den Eindruck haben, dass eine Quelle ihre Interessen berücksichtigt und ihnen gegenüber positiv eingestellt ist. Gerade im Kontext gesundheitsbezogener Kommunikation

gewinnt diese Dimension an Bedeutung, da Gesundheitsinformationen häufig mit persönlicher Betroffenheit, Unsicherheit oder potenziellen Risiken verbunden sind (vgl. McCroskey & Teven, 1999; Sbaffi & Rowley, 2017).

In der Literatur wird Glaubwürdigkeit zunehmend als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, dessen Ausprägung von den Bewertungsdimensionen wahrgenommene Expertise, Vertrauenswürdigkeit und Transparenz abhängt (vgl. Freeman et al., 2023; Yi et al., 2013; Kim & Choi, 2019).

Neben quellenbezogenen Aspekten rücken in der Gesundheitskommunikation zunehmend inhaltsbezogene Dimensionen der Glaubwürdigkeit in den Fokus. Dazu zählen insbesondere die wahrgenommene Richtigkeit, Nachvollziehbarkeit und Transparenz von Informationen (vgl. Appelman & Sundar, 2016). Transparenz umfasst dabei unter anderem die Offenlegung von Informationsgrundlagen, die Verständlichkeit der Argumentation sowie die Klarheit darüber, auf welcher Evidenz gesundheitsbezogene Empfehlungen beruhen. Die genannten Dimensionen sind insbesondere in digitalen Kommunikationskontexten von Bedeutung, da Rezipient:innen Informationen häufig ohne direkten Kontakt zur Quelle bewerten müssen (vgl. Eysenbach, 2008). Durch die zunehmende Verbreitung von Online-Gesundheitsinformationen gewinnt diese Bewertungsleistung zusätzlich an Relevanz (vgl. Eysenbach, 2002). Zugleich bilden die inhaltsbezogenen Aspekte zentrale Anknüpfungspunkte für die empirische Erfassung wahrgenommener Glaubwürdigkeit in der vorliegenden Arbeit. Empirische Forschung im Bereich der Gesundheitskommunikation zeigt zudem, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen eng mit der Akzeptanz von Empfehlungen und der Bereitschaft zur Nutzung gesundheitsfördernder Angebote verknüpft ist (vgl. Dutta-Bergman, 2004; Nan, 2013; Pornpitakpan, 2004). Glaubwürdigkeit fungiert dabei als kognitiver Bewertungsfilter, der darüber entscheidet, ob Informationen weiterverarbeitet, akzeptiert oder verworfen werden (vgl. Petty & Cacioppo, 1986).

Vor diesem Hintergrund wird Glaubwürdigkeit in der vorliegenden Arbeit über die Dimensionen wahrgenommene Richtigkeit, Transparenz und Vertrauenswürdigkeit operationalisiert. Dabei wird die in der Literatur häufig verwendete Dimension der wahrgenommenen Expertise über die wahrgenommene Richtigkeit der Informationen abgebildet. Diese Anpassung dient dazu, ein für die Zielgruppe verständlicheres und zugleich konkreteres Messkonstrukt zu verwenden, das näher an der unmittelbaren Bewertung gesundheitsbezogener Informationen ansetzt und somit die Validität der Erhebung unterstützt.

Die dreidimensionale Operationalisierung ermöglicht es, kanalspezifische Unterschiede in der Glaubwürdigkeitswahrnehmung differenziert zu erfassen und vergleichend zu analysieren.

In der vorliegenden Arbeit wird wahrgenommene Glaubwürdigkeit als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das sowohl quellenbezogene als auch inhaltsbezogene Dimensionen umfasst (vgl. McCroskey & Teven, 1999; Appelman & Sundar, 2016). Sie beschreibt die subjektive Bewertung gesundheitsbezogener Informationen dahingehend, inwieweit diese über unterschiedliche Kommunikationskanäle als vertrauenswürdig, richtig und transparent wahrgenommen werden. Diese theoretische Einbettung bildet die Grundlage für die Operationalisierung und empirische Analyse der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit im Rahmen der vorliegenden Untersuchung.

2.3.2 Empirischer Forschungsstand zur wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen

Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen gilt als zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit von Gesundheitskommunikation. Empirische Studien zeigen übereinstimmend, dass Gesundheitsinformationen nur dann Einstellungen, Akzeptanz und Verhaltensabsichten beeinflussen können, wenn sie von den Rezipient:innen als glaubwürdig eingeschätzt werden (vgl. van der Meer & Jin, 2020; Freeman et al., 2020; Vraga & Bode, 2020). Glaubwürdigkeit fungiert damit als Schlüsselkonstrukt an der Schnittstelle zwischen dem kommunikativen Angebot und der individuellen Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen.

Aufbauend auf diesem Verständnis zeigen empirische Studien, dass Rezipient:innen gesundheitsbezogene Informationen nicht ausschließlich anhand ihres tatsächlichen Wahrheitsgehalts beurteilen, sondern auf Basis wahrgenommener Qualitäts- und Vertrauensmerkmale (vgl. Appelman & Sundar, 2016; Metzger et al., 2003). Diese subjektive Bewertung entsteht im Zusammenspiel von Quelle, Botschaft und Kontext und bestimmt maßgeblich, ob Informationen akzeptiert, weiterverarbeitet und in gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse integriert werden (vgl. Metzger & Flanagin, 2015).

Besonders im Kontext der Gesundheitskommunikation kommt der Glaubwürdigkeit eine herausragende Bedeutung zu. Gesundheitsbezogene Informationen sind häufig komplex, normativ aufgeladen und mit potenziell weitreichenden Konsequenzen für das eigene Verhalten verbunden. Empirische Befunde zeigen, dass die Wahrnehmung von Glaubwürdigkeit einen entscheidenden Einfluss darauf hat, ob Informationen akzeptiert, kognitiv verarbeitet und in

gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse einbezogen werden (vgl. Walter et al., 2020; Roozenbeek et al., 2020). Umgekehrt können Zweifel an der Glaubwürdigkeit dazu führen, dass selbst inhaltlich korrekte Informationen ignoriert oder weniger berücksichtigt werden (vgl. Pennycook et al., 2020).

Mit der zunehmenden Digitalisierung gesundheitsbezogener Informationsangebote hat die Relevanz der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit weiter zugenommen. Digitale Informationsumgebungen sind durch eine hohe Informationsdichte, eine Vielzahl heterogener Quellen sowie eine Vermischung professioneller, privater und kommerzieller Inhalte gekennzeichnet (vgl. Sundar, 2020). In solchen Kontexten ist es für Rezipient:innen zunehmend schwierig, die Qualität und Verlässlichkeit von Informationen objektiv zu überprüfen (vgl. Lewandowsky et al., 2017; Roozenbeek et al., 2020). Studien zeigen daher, dass Glaubwürdigkeitsurteile im digitalen Raum häufig über heuristische Kriterien gebildet werden, etwa über Designmerkmale, Verständlichkeit, soziale Bestätigung oder die wahrgenommene Transparenz der Quelle (vgl. Metzger & Flanagin, 2015; Kim & Dennis, 2019).

Diese Befunde lassen sich theoretisch unter anderem mit dem Elaboration Likelihood Model (ELM) erklären. Nach Petty und Cacioppo (1986) beeinflusst die wahrgenommene Glaubwürdigkeit einer Informationsquelle, ob Informationen eher über den zentralen oder den peripheren Weg verarbeitet werden. Insbesondere unter Bedingungen begrenzter Motivation, geringer Vorerfahrung oder kognitiver Belastung fungiert Glaubwürdigkeit als heuristischer Hinweisreiz, der die Akzeptanz und persuasive Wirkung von Informationen beeinflussen kann (vgl. Petty & Cacioppo, 1986; O’Keefe, 2016; Kitchen et al., 2014). Damit bietet das Modell einen geeigneten theoretischen Rahmen, um die empirisch belegte Bedeutung der Glaubwürdigkeitswahrnehmung in der Gesundheitskommunikation einzuordnen.

Neben informations- und kontextbezogenen Faktoren spielen auch individuelle Voraussetzungen der Rezipient:innen eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung von Glaubwürdigkeit. Empirische Studien zeigen, dass Gesundheitskompetenz, mediale Erfahrung sowie situative Belastungen beeinflussen, in welchem Ausmaß Informationen kritisch geprüft oder heuristisch bewertet werden (vgl. Sørensen et al., 2012; van der Vaart & Drossaert, 2017; Paakkari & Okan, 2020). Diese Zusammenhänge sind insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene relevant, die Gesundheitsinformationen häufig situativ, anlassbezogen und in digitalen Nutzungskontexten rezipieren (vgl. Massey et al., 2020).

Jugendliche und Lehrlinge stellen in diesem Zusammenhang eine besondere Zielgruppe dar. Empirische Befunde weisen darauf hin, dass sie sich in einer Lebensphase befinden, die durch Übergänge, erhöhte Anforderungen und eine starke Orientierung an sozialen Kontexten geprägt ist (vgl. Park & Kwon, 2018). Gesundheitsbezogene Informationen werden in dieser Phase häufig nebenbei und unter Zeitdruck rezipiert, was die Nutzung heuristischer Bewertungsstrategien begünstigt (vgl. Stellefson et al., 2020). Studien zeigen, dass Jugendliche bei der Einschätzung der Glaubwürdigkeit verstärkt auf Kontextmerkmale wie Authentizität, Sympathie oder soziale Nähe der Quelle achten, während formale Qualitätskriterien eine geringere Rolle spielen können (vgl. Metzger & Flanagin, 2013; Vraga & Bode, 2020).

Gleichzeitig verdeutlichen Untersuchungen zur Gesundheits- und Medienkompetenz, dass nicht alle Jugendlichen und Lehrlinge gleichermaßen in der Lage sind, die Qualität gesundheitsbezogener Informationen kritisch zu beurteilen (vgl. Sørensen et al., 2012; Friis et al., 2016). Diese Heterogenität erhöht die Bedeutung der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit als Orientierungsgröße in komplexen Informationsumgebungen, da Rezipient:innen verstärkt auf heuristische Bewertungsstrategien zurückgreifen (vgl. Metzger et al., 2010). Vor diesem Hintergrund wird Glaubwürdigkeit im Kontext der Gesundheitskommunikation bei Jugendlichen und Lehrlingen als zentrales Konstrukt verstanden, das maßgeblich beeinflusst, welche Informationen akzeptiert, weiterverarbeitet und in gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse integriert werden.

Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit von Gesundheitskommunikation darstellt. Sie entsteht als subjektives, mehrdimensionales Urteil im Zusammenspiel von Informationsmerkmalen, Quellencharakteristika, Nutzungskontexten und individuellen Voraussetzungen der Rezipient:innen. Insbesondere in digitalen Kommunikationsumgebungen und bei jungen Zielgruppen kommt der Glaubwürdigkeitswahrnehmung eine Schlüsselrolle zu. Die theoretische Literatur legt nahe, dass sich die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen zwischen unterschiedlichen Kommunikationskanälen unterscheidet und dass diese Wahrnehmung einen wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz gesundheitsbezogener Angebote sowie auf nachgelagerte Verhaltensintentionen ausübt (vgl. Pornpitakpan, 2004; Nan, 2013). Vor diesem Hintergrund stellt sich im nächsten Schritt die Frage, inwiefern unterschiedliche Kommunikationskanäle diese Glaubwürdigkeitswahrnehmung beeinflussen.

2.4 Kommunikationskanäle und wahrgenommene Glaubwürdigkeit

2.4.1 Theoretische Einordnung des Zusammenhangs zwischen Kommunikationskanälen und Glaubwürdigkeit

Aufbauend auf der theoretischen Einordnung von Kommunikationskanälen und Glaubwürdigkeit wird davon ausgegangen, dass Kanäle nicht nur Informationen übertragen, sondern auch die Wahrnehmung und Bewertung beeinflussen (vgl. Sundar, 2008; Metzger et al., 2003). Da Kommunikationskanäle sich hinsichtlich Reichweite, Interaktivität und wahrgenommener Nähe unterscheiden, können gesundheitsbezogene Informationen je nach Kanal unterschiedlich wahrgenommen und in ihrer Glaubwürdigkeit unterschiedlich eingeschätzt werden (vgl. McQuail, 2010; Schiavo, 2014; Walther et al., 2010). Die Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit zwischen Kommunikationskanälen lassen sich theoretisch durch die zentrale und die periphere Verarbeitungsrouten des Elaboration Likelihood Model (ELM) erklären (Petty & Cacioppo, 1986). Welche Route bei der Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen aktiviert wird, hängt maßgeblich von Kanal, Nutzungskontext sowie von Motivation und Fähigkeit der Rezipient:innen ab (Guo et al., 2020; Petty & Cacioppo, 1986; Lam et al., 2022; De Jans et al., 2020). Kurze, unterhaltungsorientierte und algorithmisch ausgespielte Inhalte, wie sie für Social Media typisch sind, sind stark in den Alltag integriert und werden häufig unter Zeitdruck genutzt. Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit erfolgt hier besonders von Jugendlichen anhand von Kriterien wie Popularität oder Erscheinungsbild (vgl. Kim & Choi, 2019; Nguyen et al., 2025; Freeman et al., 2020) begünstigt eher periphere Verarbeitungsprozesse (vgl. Meinert & Krämer, 2022; Metzger & Flanagin, 2013). Institutionelle Quellen hingegen ermöglichen eine tiefere kognitive zentrale Verarbeitung durch eine höhere wahrgenommene Fachlichkeit und strukturiertere Inhalte (vgl. Lee et al., 2022; Carpenter, 2015). Vertrauen in webbasierte Gesundheitsinformationen entsteht währenddessen sowohl durch Argumentqualität (zentraler Pfad) als auch durch Quellenexpertise (peripherer Pfad) (Yi et al., 2013).

2.4.2 Empirischer Forschungsstand zu Glaubwürdigkeitsunterschieden zwischen Kommunikationskanälen

Bereits allgemeine Untersuchungen zur Medienglaubwürdigkeit zeigen, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit zwischen unterschiedlichen Medienkanälen, etwa Fernsehen, Zeitungen und Online-Nachrichten, variieren kann (vgl. Kiousis, 2001). Auch im

Kontext gesundheitsbezogener Informationen zeigen empirische Studien systematische Glaubwürdigkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Kommunikationskanälen (vgl. Hu & Sundar, 2010; Freeman et al., 2023; Stifjell et al., 2025). Somit ist die Wahl des Kommunikationskanals ein zentraler Einflussfaktor auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung (vgl. Lim et al., 2022), da sie maßgeblich beeinflussen kann, wie gesundheitsbezogene Informationen wahrgenommen und bewertet werden (Dutta-Bergman, 2004).

Diese kanalabhängigen Unterschiede sind unter anderem darin begründet, dass in digitalen und informationsreichen Umgebungen stärker auf heuristische Hinweisreize zurückgegriffen wird, um die Glaubwürdigkeit von Informationen zu beurteilen (vgl. Metzger & Flanagin, 2013), während bei interpersonalen und institutionellen Quellen hingegen häufig Expertise und Vertrauenswürdigkeit im Vordergrund stehen. In sozialen Medien wiederum spielen verstärkt soziale Signale und kontextuelle Faktoren eine Rolle (vgl. Kim & Choi, 2019; Freeman et al., 2023).

Bestätigend zeigt die Literatur, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit aus mehreren Dimensionen besteht, deren Bedeutung je nach Kanal variiert. Kim und Choi (2019) zeigen im Rahmen des Elaboration Likelihood Model (ELM), dass die Einflussfaktoren auf die Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen plattformspezifisch variieren. Eine systematische Übersicht von Freeman et al. (2023) identifiziert dabei drei übergeordnete Vertrauensbereiche, anhand derer Jugendliche die Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen in sozialen Medien bewerten: Vertrauen in die Plattform, in andere Nutzer:innen sowie in den Inhalt selbst.

Experimentelle Studien zeigen ebenfalls, dass Quellen mit einer hohen zugeschriebenen Fachkompetenz glaubwürdiger bewertet werden als Informationen von Gleichaltrigen oder Influencern (Lee et al., 2024; Wu et al., 2025). Gleichzeitig kann jedoch auch die soziale Nähe zu einer Quelle eine Rolle spielen. So kommen Li und Shi (2025) zu dem Ergebnis, dass eine höhere wahrgenommene Nähe die Bereitschaft erhöhen kann, einer Empfehlung zu folgen, da die Quelle glaubwürdiger wahrgenommen wird und weniger Widerstand hervorruft.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die kanalbezogene Betrachtung von Glaubwürdigkeit insbesondere im digitalen Kontext zunehmend an Bedeutung (vgl. Ishikawa et al., 2025). Ein ähnliches Muster zeigt sich in experimentellen Studien von Song et al. (2024), die zeigten, dass Ärzt:innen als Informationsquelle unabhängig von der Art der Erkrankung oder der Schwere der Symptome deutlich mehr Vertrauen entgegengebracht wird als Online-Quellen. Auch unter

jungen Erwachsenen auf Social-Media-Plattformen gelten institutionelle Quellen wie Gesundheitsorganisationen und Regierungsbehörden als die glaubwürdigsten Absender, während Beiträge von Freund:innen als am wenigsten glaubwürdig wahrgenommen werden (Syn & Kim, 2013). Cain et al. (2020) zeigten zudem, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit der stärkste Prädiktor für die Kanalwahl junger Erwachsener in dringenden Gesundheitsangelegenheiten ist.

Alles in allem ergibt sich ein konsistentes Muster in der empirischen Forschung: Interpersonale Kommunikationskanäle sowie institutionelle und professionelle Quellen weisen im Durchschnitt höhere Glaubwürdigkeitswerte auf als digitale Medien, insbesondere soziale Medien. Social-Media-Plattformen werden trotz ihrer hohen Reichweite und Alltagsintegration vergleichsweise kritisch hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit bewertet.

Besonders deutlich werden diese Bewertungsmechanismen im Kontext der sozialen Medien. Digitale Medien sind durch eine hohe Informationsdichte, eine Vielzahl heterogener Quellen sowie eine enge Verknüpfung von Information, Unterhaltung und sozialer Interaktion gekennzeichnet (vgl. Stifjell et al., 2025). In solchen Umgebungen greifen Rezipient:innen verstärkt auf heuristische Bewertungsstrategien zurück, um die Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen einzuschätzen (vgl. Meppelink et al., 2019). Soziale Medien sind aufgrund ihrer hohen Alltagsrelevanz und ihrer Reichweite durch algorithmische Exposition (vgl. Boer et al., 2020) für Jugendliche und junge Erwachsene zentrale Kontaktpunkte mit gesundheitsbezogenen Inhalten (Kirkpatrick & Lawrie, 2024). Die Inhalte sind meist kurz, visuell und emotional aufbereitet und in alltägliche Kontexte eingebettet (vgl. Goodyear & Armour, 2021) und werden weniger über formale Qualitätskriterien als vielmehr durch soziale Signale wie wahrgenommene Authentizität, Sympathie, Popularität oder soziale Nähe bewertet (vgl. Djafarova & Rushworth, 2017; Freeman et al., 2023). Interaktionsmetriken wie Likes, Kommentare oder Follower-Zahlen fungieren dabei als heuristische Hinweisreize, die die Einschätzung von Glaubwürdigkeit strukturieren können (vgl. De Veirman et al., 2017).

Gleichzeitig zeigt sich ein wiederkehrendes Muster, wonach Social Media trotz grundsätzlichen Misstrauens intensiv genutzt wird („distrust but use anyway“) (Freeman et al., 2023; Feijóo et al., 2023). Diese Mechanismen können dazu führen, dass Inhalte aus nicht-professionellen Quellen als glaubwürdig wahrgenommen werden, sofern sie als lebensnah oder persönlich relevant erscheinen, während fachlich fundierte Informationen mit geringerer sozialer Resonanz weniger Beachtung finden (vgl. Montagni et al., 2022). Experimentelle Studien im

Social-Media-Kontext belegen, dass die wahrgenommene Quellenglaubwürdigkeit ein zentraler Prädiktor für Vertrauen und Verhaltensintention ist (Wu et al., 2025; Lee et al., 2024). Neben sozialen Medien nehmen Videoplattformen wie YouTube im Kontext gesundheitsbezogener Informationssuche eine Zwischenstellung ein (vgl. Madathil et al., 2015). Jugendliche und junge Erwachsene nutzen YouTube nach Google als erste Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen (Lim et al., 2022), um erklärungsbedürftige Inhalte zu verstehen, Erfahrungsberichte zu rezipieren oder konkrete Handlungsmöglichkeiten kennenzulernen (vgl. Loeb et al., 2019).

Im Gegensatz zu sozialen Medien werden institutionelle Kommunikationskanäle, wie etwa Websites öffentlicher Gesundheitsorganisationen, überwiegend als besonders glaubwürdig eingeschätzt (vgl. Peterson et al., 2020; Freeman et al., 2023; Syn & Kim, 2013; Trivedi et al., 2020), da ihnen insbesondere hinsichtlich sachlicher Richtigkeit, Transparenz und fachlicher Kompetenz hohe Glaubwürdigkeitswerte zugeschrieben werden (vgl. Freeman et al., 2023; Almeida et al., 2022; Borah & Xiao, 2018). Auf der anderen Seite werden sie im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen seltener spontan genutzt und dienen eher der gezielten Verifikation oder der vertiefenden Recherche. Erstinformation erfolgt hingegen meist über soziale Medien oder Videoplattformen (vgl. Lim et al., 2022; Almeida et al., 2022; Stifjell et al., 2025).

Neben institutionellen Quellen weist auch interpersonale Kommunikation besonders hohe und stabile Glaubwürdigkeitswerte auf (Thai et al., 2018; Brown-Johnson et al., 2018; Mendes et al., 2017). Gespräche mit Lehrkräften, Ausbilder:innen oder anderen Bezugspersonen ermöglichen direkte Rückfragen, individuelle Anpassung der Inhalte sowie persönliche Vertrauensbeziehungen (vgl. Caban et al., 2023; Kim & White, 2018; Ju et al., 2023; Wright, 2016). Gleichzeitig ist ihre Reichweite begrenzt und von strukturellen Rahmenbedingungen abhängig (vgl. Caban et al., 2023).

Wie glaubwürdig eine Informationsquelle eingeschätzt wird, hängt jedoch nicht nur vom jeweiligen Kommunikationskanal ab, sondern kann auch zwischen verschiedenen Zielgruppen variieren. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass sowohl das Bildungsniveau als auch die sozioökonomische Situation das Vertrauen in Informationsquellen beeinflussen können (vgl. Brown-Johnson et al., 2018; Hannemann & Babitsch, 2024). So scheinen Personen mit niedrigerem Bildungsniveau Social-Media-Influencern eher Vertrauen entgegenzubringen, während sich bei professionellen Informationsquellen Unterschiede zwischen den

Generationen zeigen (vgl. Malinen & Koivula, 2024; Hannemann & Babitsch, 2024). Für die Zielgruppe der Auszubildenden ergeben sich daraus spezifische Besonderheiten, da sie sich in einem hybriden Lebensweltkontext zwischen Betrieb, Berufsschule und privatem Umfeld bewegen und dadurch unterschiedlichen Kommunikationslogiken ausgesetzt sind (Hurrelmann & Bauer, 2021). Diese Faktoren können beeinflussen, wie Informationen verarbeitet und wie stark kanalbezogene Heuristiken zur Glaubwürdigkeitsbewertung herangezogen werden (vgl. Metzger & Flanagin, 2013; Sundar, 2008). Laut der Literatur werden außerdem Informationen sozial nahestehender Personen meist als besonders glaubwürdig wahrgenommen (Mendes et al., 2017) und weisen eine höhere Verhaltensrelevanz auf als digitale und professionelle Quellen (Li & Shi, 2025).

Die bestehenden Befunde beziehen sich überwiegend auf Jugendliche und junge Erwachsene im Allgemeinen, während Auszubildende als spezifische Teilgruppe bislang kaum untersucht wurden. Dabei stellen Berufsbildungseinrichtungen einen bislang wenig genutzten Kontext für Gesundheitsförderung mit hohem Präventionspotenzial dar (vgl. Bonevski et al., 2013; Angerer et al., 2015). Die Zielgruppe zeigt ein hohes Interesse an betrieblicher Gesundheitsförderung (Angerer et al., 2015). Zudem ist anzunehmen, dass sich Auszubildende hinsichtlich Bildungsniveau und sozioökonomischer Faktoren und somit auch hinsichtlich der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit verschiedener Kommunikationskanäle von der häufig untersuchten Gruppe der Studierenden unterscheiden (vgl. Thai et al., 2018; Brown-Johnson et al., 2018; Hannemann & Babitsch, 2024). Es fehlen jedoch derzeit empirische Untersuchungen, die diese Zusammenhänge spezifisch für Auszubildende im Kontext gesundheitsbezogener Kommunikation analysieren. Diese Forschungslücke bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit und begründet die empirische Prüfung kanalbezogener Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit.

2.4.3 Ableitung der Hypothese H1

Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen systematisch zwischen den verschiedenen Kommunikationskanälen variiert (vgl. Hu & Sundar, 2010; Freeman et al., 2023; Stifjell et al., 2025). Interpersonale und institutionelle Kommunikationskanäle werden dabei häufig mit höherer Expertise, Vertrauenswürdigkeit und persönlicher beziehungsweise fachlicher Nähe verbunden, während digitale und insbesondere soziale Medien stärker durch heuristische Hinweisreize, soziale Signale und plattformspezifische Bewertungslogiken geprägt sind (vgl. Metzger & Flanagin, 2013; Kim & Choi, 2019; Freeman et al., 2023). Diese Befunde

verdeutlichen, dass Kommunikationskanäle nicht nur als neutrale Übertragungswege gesundheitsbezogener Informationen verstanden werden können, sondern die Wahrnehmung und Bewertung dieser Informationen wesentlich mitstrukturieren. Für Jugendliche und Lehrlinge ist dieser Zusammenhang besonders relevant, da gesundheitsbezogene Informationen zunehmend in digitalen Nutzungskontexten rezipiert werden, gleichzeitig aber auch institutionelle und interpersonale Quellen eine wichtige Rolle für die Glaubwürdigkeitsbewertung einnehmen.

Da bisherige Befunde auf Unterschiede zwischen interpersonalen, institutionellen und digitalen Kommunikationskanälen hinweisen und diese Unterschiede für Auszubildende bislang nur begrenzt untersucht wurden, wird folgender Zusammenhang angenommen:

***H1:** Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen unterscheidet sich signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen.*

2.5 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen

2.5.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Akzeptanz

Akzeptanz stellt ein zentrales Konstrukt in der Gesundheitskommunikation dar, da sie beschreibt, inwieweit gesundheitsbezogene Informationen, Angebote oder Programme von Rezipient:innen grundsätzlich positiv bewertet und angenommen werden (vgl. Sekhon et al., 2017). Sie bildet damit eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht nur wahrgenommen, sondern auch ernsthaft in Betracht gezogen und potenziell genutzt werden. In der Forschung wird Akzeptanz häufig als vermittelnde Größe zwischen der Wahrnehmung von Informationen und nachgelagerten Verhaltensintentionen verstanden (vgl. Davis, 1989; Venkatesh et al., 2003).

In theoretischer Hinsicht wird Akzeptanz häufig über nutzungs- und entscheidungsorientierte Modelle erklärt. Ein zentrales Referenzmodell ist das Technology Acceptance Model von Davis (1989), das Akzeptanz ursprünglich im Kontext neuer Technologien verortet, dessen Grundannahmen jedoch auch auf andere Angebotsformen übertragbar sind (vgl. King & He, 2006). Das Modell geht davon aus, dass die Akzeptanz eines Angebots maßgeblich durch dessen wahrgenommene Nützlichkeit sowie durch eine positive Grundhaltung gegenüber der Nutzung beeinflusst wird. Angebote werden demnach eher akzeptiert, wenn sie als sinnvoll, hilfreich und persönlich relevant eingeschätzt werden (vgl. Davis, 1989).

Ergänzend dazu erweitert die Unified Theory of Acceptance and Use of Technology von Venkatesh et al. (2003) diese Perspektive, indem es Akzeptanz stärker als Ergebnis eines Entscheidungsprozesses versteht, der in eine konkrete Nutzungsabsicht münden kann (vgl. Venkatesh et al., 2003; Ajzen, 1991). Akzeptanz beschreibt in diesem Zusammenhang nicht nur eine positive Bewertung, sondern auch die grundsätzliche Bereitschaft, ein Angebot tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Diese Logik ist insbesondere für gesundheitsbezogene Angebote relevant, da deren Nutzung häufig freiwillig erfolgt und stark von subjektiven Bewertungen abhängt (vgl. Ryan & Deci, 2000).

Übertragen auf den Kontext der Gesundheitskommunikation lässt sich Akzeptanz als mehrdimensionales Konstrukt verstehen, das sowohl kognitive als auch affektive Komponenten umfasst (vgl. Sekhon et al., 2017; Fishbein & Ajzen, 1975). Dazu zählen unter anderem die wahrgenommene Relevanz eines Angebots für die eigene Lebenssituation, die Einschätzung seiner Nützlichkeit, das grundsätzliche Interesse an entsprechenden Maßnahmen sowie die Bereitschaft, ein Angebot im Bedarfsfall tatsächlich zu nutzen. Akzeptanz geht damit über bloße Zustimmung hinaus und bildet eine zentrale Voraussetzung für weiterführende gesundheitsbezogene Entscheidungs- und Handlungsprozesse (vgl. Ajzen, 1991).

Für die Einordnung von Akzeptanz im Kontext der Gesundheitskommunikation ist zudem relevant, dass die Bewertung gesundheitsbezogener Angebote eng mit der Wahrnehmung der zugrunde liegenden Informationen verknüpft ist. Insbesondere die wahrgenommene Glaubwürdigkeit von Informationsquellen und Inhalten beeinflusst, ob Angebote als sinnvoll und vertrauenswürdig eingeschätzt werden und somit Akzeptanz finden (vgl. Kreps & Neuhauser, 2010; Hovland et al., 1953; Sbaffi & Rowley, 2017; Pornpitakpan, 2004). Akzeptanz fungiert in diesem Zusammenhang als vermittelnde Größe zwischen Informationswahrnehmung und Verhaltensintention (vgl. Nan, 2013; Noar, 2012).

In der vorliegenden Arbeit wird Akzeptanz daher als subjektive Bewertung gesundheitsbezogener Informationen und Angebote verstanden, die sowohl deren wahrgenommene Relevanz und Nützlichkeit als auch das grundsätzliche Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme umfasst (vgl. Sekhon et al., 2017; Davis, 1989). Akzeptanz bildet damit ein zentrales Bindeglied zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit unterschiedlicher Kommunikationskanäle und der nachgelagerten Verhaltensintention, an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen.

In der vorliegenden Arbeit wird Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als subjektive positive Bewertung entsprechender Angebote verstanden. Sie umfasst die wahrgenommene Relevanz und Nützlichkeit der Programme, das grundsätzliche Interesse an solchen Angeboten sowie die Bereitschaft, eine Teilnahme in Betracht zu ziehen.

2.5.2 Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Akzeptanz

Empirische Studien zeigen, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen einen signifikanten Einfluss auf die Akzeptanz von gesundheitsbezogenen Maßnahmen hat. Bereits frühe Arbeiten zur Persuasions- und Glaubwürdigkeitsforschung zeigen, dass glaubwürdige Quellen die Übernahme von Botschaften und die Einstellungsänderung begünstigen (Hovland & Weiss, 1951). In der Literatur wird hervorgehoben, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit einer Quelle maßgeblich darüber entscheidet, in welchem Ausmaß gesundheitsbezogene Botschaften akzeptiert werden (vgl. Hovevar et al., 2017). So weisen Chen und Wang (2025) nach, dass sowohl Glaubwürdigkeit der Quelle als auch wahrgenommene Informationsqualität mit den Einstellungen von Rezipient:innen gegenüber Gesundheitsleistungen zusammenhängen und deren Bewertung beeinflussen können. Bereits frühe Arbeiten der Kommunikations- und Wirkungsforschung zeigen, dass Botschaften eher persuasive Wirkung entfalten und zu Einstellungs- oder Meinungsänderungen führen, wenn die Quelle von den Rezipient:innen als glaubwürdig wahrgenommen wird (vgl. Hovland & Weiss, 1951). Glaubwürdigkeit fungiert damit als zentraler Filter für die Akzeptanz und Bewertung gesundheitsbezogener Inhalte. Dieser Zusammenhang wird auch von empirischen Übersichtsarbeiten über unterschiedliche Kontexte hinweg bestätigt. So zeigt beispielsweise Pornpitakpan (2004) in einer umfassenden Analyse, dass wahrgenommene Quellenglaubwürdigkeit mit größerer persuasiver Wirkung sowie positiveren Reaktionen auf vermittelte Inhalte einhergeht. Diese Befunde sind auch für den Gesundheitskontext von hoher Relevanz, da gesundheitsbezogene Informationen häufig mit Vertrauen verbunden sind und ihre Wahrnehmung die Auswahl, Nutzung und Bewertung solcher Informationen beeinflusst (Sbaffi & Rowley, 2017). Auch empirische Befunde zur Gesundheitskommunikation belegen, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit von Informationen einen entscheidenden Einfluss auf deren Bewertung hat und so die Akzeptanz gesundheitsbezogener Empfehlungen begünstigen kann (vgl. Chen & Wang, 2025).

Ergänzend betonen Übersichtsarbeiten, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit eine zentrale Rolle bei der Bewertung und Auswahl gesundheitsbezogener Informationen spielt (vgl. Sbaffi & Rowley, 2017). Informationen, die als wenig glaubwürdig eingeschätzt werden, werden dabei häufiger abgelehnt, selbst wenn sie inhaltlich korrekt sind. Auch konzeptionelle Arbeiten wie die von Liu et al. (2023) unterstreichen den Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit, Vertrauen und wahrgenommener Informationsqualität in Bezug auf die Beurteilung gesundheitsbezogener Inhalte. Ebenso zeigen Salaschek und Bonfadelli (2020), dass wahrgenommene Glaubwürdigkeit die Akzeptanz digitaler Gesundheitsinformationen steigert und damit die Informationsverarbeitung fördert. Weiterhin werden diese Zusammenhänge durch Befunde aus dem digitalen Gesundheitskontext gestützt. Catapan et al. (2025) zeigen beispielsweise in ihrer systematischen Review, dass Vertrauen in digitale Gesundheitstechnologien die Akzeptanz und Nutzung dieser maßgeblich bestimmt. Fehlt Vertrauen in die Informationsquelle oder erscheint die Vermittlung intransparent, sinkt die Bereitschaft, gesundheitsbezogene Empfehlungen anzunehmen.

Aus empirischen Studien geht außerdem hervor, dass die Akzeptanz eines Programms sowohl von der inhaltlichen Qualität als auch deutlich von der Wahrnehmung der vermittelten Informationen abhängt. Glaubwürdigkeit spielt hier also eine zentrale Rolle, da sie die Einschätzung von Relevanz, Sinnhaftigkeit und Vertrauenswürdigkeit eines Angebots beeinflusst (vgl. Chen & Wang, 2025; Sbaffi & Rowley, 2017).

Theoretisch lässt sich dieser Zusammenhang unter anderem mit dem Elaboration Likelihood Model erklären. Nach Petty und Cacioppo (1986) kann die wahrgenommene Glaubwürdigkeit einer Informationsquelle die Verarbeitung von Informationen beeinflussen und damit zur Bildung stabilerer Einstellungen beitragen. Glaubwürdige Informationen werden eher akzeptiert, da sie entweder eine tiefere Verarbeitung begünstigen oder, insbesondere bei begrenzter Motivation oder Fähigkeit, als heuristischer Hinweisreiz wirken und eine positive Einstellungsbildung unterstützen. Akzeptanz kann in diesem Sinne als Ergebnis erfolgreicher Informationsverarbeitung verstanden werden.

Für Jugendliche und insbesondere für Lehrlinge ist der Zugang zu verständlicher und glaubwürdiger Gesundheitsinformation zentrale Voraussetzung für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz (Felder-Puig et al., 2024). Studien weisen darauf hin, dass Gesundheitsförderprogramme eher positiv bewertet werden, wenn die vermittelten Informationen als verständlich, alltagsnah und relevant wahrgenommen werden (vgl. Koller et al., 2022). Aktuelle Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche Gesundheitsinformationen

nicht ausschließlich anhand ihres Inhalts bewerten, sondern dass dabei auch subjektive Faktoren sowie die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit eine Rolle spielen (vgl. Robert Koch-Institut [RKI], 2022; Röthlin et al., 2013).

2.5.3 Ableitung der Hypothese H2

Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen nicht allein von deren inhaltlicher Qualität abhängt, sondern maßgeblich durch die Wahrnehmung der vermittelten Informationen geprägt wird. Gesundheitskommunikation kann zur Überwindung von Akzeptanzbarrieren beitragen, insbesondere wenn sie zielgruppenorientiert und verständlich gestaltet ist und die vermittelten Informationen als glaubwürdig wahrgenommen werden (vgl. Reifegerste, 2021). Die Nutzung und Bewertung von Gesundheitsinformationen wird dabei maßgeblich durch Faktoren wie Verständlichkeit, Zugänglichkeit und wahrgenommene Glaubwürdigkeit beeinflusst (Rossmann et al., 2018).

Es lässt sich also festhalten, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen eine zentrale Rolle bei der Bewertung und Annahme entsprechender Angebote spielt, indem sie beeinflusst, inwieweit Personen den vermittelten Inhalten vertrauen und ihnen folgen (vgl. Alotaibi, 2025; Roth-Cohen et al., 2021). Diese Erkenntnisse sind ganz besonders für Jugendliche und Lehrlinge relevant, da ihre Akzeptanz gesundheitsfördernder Angebote stark von subjektiven Wahrnehmungen und Vertrauen in die vermittelten Informationen abhängt. Auf dieser Grundlage erscheint es erforderlich, den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz im Rahmen der vorliegenden Arbeit empirisch zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die folgende Hypothese:

***H2:** Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in positivem Zusammenhang mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen.*

2.6 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention

2.6.1 Begriffliche und theoretische Einordnung von Verhaltensintention

Die Verhaltensintention beschreibt die subjektive Bereitschaft einer Person, ein bestimmtes Verhalten in Zukunft auszuführen (vgl. Fishbein & Ajzen, 2010). In der gesundheitswissenschaftlichen und kommunikationsbezogenen Forschung gilt sie als zentraler Prädiktor tatsächlichen Verhaltens, da sie die bewusste Entscheidung widerspiegelt, eine

Handlung zumindest in Erwägung zu ziehen oder zu planen (vgl. Carpenter, 2010). Verhaltensintention fungiert damit als verbindendes Element zwischen kognitiven Bewertungen und tatsächlichem Verhalten (vgl. Ajzen, 1991; Conner & Sparks, 2005).

Ein etabliertes theoretisches Modell zur Erklärung von Verhaltensintentionen ist die Theory of Planned Behavior von Ajzen (1991). Nach diesem Modell wird die Intention zu einem Verhalten maßgeblich durch drei Faktoren beeinflusst: die Einstellung gegenüber dem Verhalten, subjektive Normen sowie die wahrgenommene Verhaltenskontrolle. Die Einstellung beschreibt dabei die individuelle Bewertung eines Verhaltens als positiv oder negativ, während subjektive Normen soziale Erwartungen berücksichtigen und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle die Einschätzung umfasst, ob ein Verhalten unter gegebenen Umständen realisierbar erscheint (vgl. Ajzen, 1991).

Im Kontext der Gesundheitskommunikation wird Verhaltensintention häufig als zentrale Zielgröße herangezogen, da gesundheitsbezogenes Verhalten – etwa die Teilnahme an Programmen oder die Nutzung von Angeboten – nicht immer unmittelbar beobachtbar ist. Die Erfassung von Verhaltensintentionen ermöglicht es, die potenzielle Wirksamkeit kommunikativer Maßnahmen abzuschätzen und Unterschiede zwischen verschiedenen Kommunikationsbedingungen sichtbar zu machen (vgl. Fishbein & Ajzen, 2010; Noar, 2006).

In der vorliegenden Arbeit wird Verhaltensintention als die subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit verstanden, an einem Gesundheitsförderprogramm teilzunehmen. Dabei wird berücksichtigt, dass diese Bereitschaft nicht unabhängig vom kommunikativen Kontext entsteht, sondern davon beeinflusst werden kann, über welchen Kommunikationskanal gesundheitsbezogene Informationen vermittelt werden. Diese kanalbezogene Erfassung trägt der Annahme Rechnung, dass Kommunikationskanäle nicht nur Informationsüberträger sind, sondern die Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung gesundheitsbezogener Inhalte beeinflussen (vgl. Sundar, 2008; Walther, 1996).

Je nach Kanal unterscheiden sich unter anderem Reichweite, wahrgenommene Nähe, Interaktivität sowie die wahrgenommene Glaubwürdigkeit. Diese Unterschiede können sich auf die Bereitschaft zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten auswirken (vgl. Noar & Harrington, 2012). Verhaltensintention wird in der vorliegenden Arbeit somit nicht als allgemeine, kontextunabhängige Größe verstanden, sondern als situativ bedingte Handlungsbereitschaft, die unter der Bedingung unterschiedlicher Kommunikationskanäle erfasst wird.

Theoretisch knüpft diese Perspektive an die Theory of Planned Behavior an, indem sie davon ausgeht, dass die Einstellung gegenüber einem Gesundheitsförderprogramm – vermittelt über wahrgenommene Glaubwürdigkeit und Akzeptanz – maßgeblich zur Ausbildung einer Verhaltensintention beiträgt (vgl. Ajzen, 1991; Armitage & Conner, 2001; Montaña & Kasprzyk, 2015). Aufbauend auf dieser theoretischen Einordnung wird im Folgenden der empirische Forschungsstand zu den Zusammenhängen zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention dargestellt.

In der vorliegenden Arbeit wird Verhaltensintention als kanalbezogene subjektive Teilnahmebereitschaft verstanden. Sie beschreibt, wie wahrscheinlich es aus Sicht der Befragten ist, an einem Gesundheitsförderprogramm teilzunehmen, wenn sie über einen bestimmten Kommunikationskanal darüber informiert werden.

2.6.2 Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention

Der aktuelle Forschungsstand zur Gesundheitskommunikation deutet darauf hin, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen sowohl die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen beeinflusst als auch eine direkte Wirkung auf die gesundheitsbezogene Verhaltensintention haben kann (vgl. Apolinário-Hagen et al., 2023). Pornpitakpan (2004) zeigt in einer umfassenden Analyse, dass wahrgenommene Quellenglaubwürdigkeit die Informationsbewertung und die Bereitschaft zu empfohlenen Handlungen steigert sowie signifikant mit Verhaltensabsichten zusammenhängt, unabhängig davon, ob diese Effekte vollständig oder teilweise über Einstellungen vermittelt werden. Diese Befunde legen nahe, dass Glaubwürdigkeit in vielen Kontexten eine eigenständige Rolle bei der Beeinflussung von Verhaltensintention einnimmt und nicht ausschließlich über vorgelagerte Einstellungsprozesse wirkt. Glaubwürdigkeit fungiert damit nicht nur als Voraussetzung für Zustimmung, sondern auch als zentraler Faktor für handlungsbezogene Reaktionen. Glaubwürdigkeit wirkt sich jedoch nicht nur indirekt über die Akzeptanz oder die Einstellung aus. Die Ergebnisse von Alotaibi (2025) deuten darauf hin, dass Glaubwürdigkeit auch unmittelbar mit der Absicht verbunden sein kann, sich gesundheitsfördernd zu verhalten oder an entsprechenden Programmen teilzunehmen. Gerade bei präventiven Gesundheitsangeboten ist dieser Zusammenhang von Bedeutung, da sie gezielt auf eine Verhaltensänderung ausgerichtet sind.

Dies gilt auch in digitalen Gesundheitskontexten, in denen Quellenmerkmale wie Expertise „informiertes Vertrauen“ ermöglichen und die Annahme intendierter Handlungen fördern können (Bromme & Goldman, 2014; Sillence et al., 2019; Sbaffi & Rowley, 2017). Fehlt die wahrgenommene Glaubwürdigkeit, sinkt auch die Motivation, empfohlene Handlungen tatsächlich in Betracht zu ziehen. Motivation kann dabei als handlungsnahe, zum Beispiel auf einer positiven Bewertung gesundheitsbezogener Maßnahmen basierende Reaktion verstanden werden, die im engen Zusammenhang mit der Akzeptanz steht (vgl. Alotaibi, 2025). Auch im digitalen Kontext beeinflusst glaubwürdige Kommunikation laut Chen und Wang (2025) die Bereitschaft zur Teilnahme an und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen maßgeblich und stellt somit eine zentrale Voraussetzung für deren Wirksamkeit dar.

Theoretisch lässt sich der direkte Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention unter anderem mit der Theory of Planned Behavior erklären. Nach Ajzen (1991) wird Verhaltensintention durch Einstellungen, subjektive Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle bestimmt. Glaubwürdige Informationen können die Ausbildung positiver Einstellungen unterstützen und Unsicherheiten reduzieren, wodurch die Intention zur Ausführung eines gesundheitsbezogenen Verhaltens gestärkt werden kann. Ergänzend bietet das Elaboration Likelihood Model einen Erklärungsansatz für den direkten Effekt von Glaubwürdigkeit auf Intentionen. Petty und Cacioppo (1986) argumentieren, dass Glaubwürdigkeit unter bestimmten Bedingungen als peripherer Hinweisreiz wirken kann, der Handlungsbereitschaft auch dann beeinflusst, wenn keine tiefgehende kognitive Verarbeitung stattfindet. Insbesondere in Situationen begrenzter Motivation oder kognitiver Ressourcen kann eine als glaubwürdig wahrgenommene Quelle ausreichen, um eine positive Verhaltensintention auszulösen. Dies ist vor allem in digitalen Nutzungskontexten relevant, in denen gesundheitsbezogene Informationen häufig nebenbei und unter Zeitdruck rezipiert werden (vgl. Metzger & Flanagin, 2013).

Gerade für Jugendliche und Lehrlinge ist dieser Zusammenhang relevant. Studien deuten darauf hin, dass gesundheitsbezogene Entscheidungen in dieser Zielgruppe häufig von der jeweiligen Situation abhängen und die daraus entstehenden Verhaltensabsichten stark durch subjektive Einschätzungen geprägt werden (vgl. Reiß et al., 2025). Glaubwürdige Informationen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitsbezogene Empfehlungen als handlungsrelevant wahrgenommen werden und in eine entsprechende Intention überführt werden. Umgekehrt können Zweifel an der Glaubwürdigkeit dazu führen, dass gesundheitsfördernde Angebote trotz grundsätzlicher Akzeptanz nicht in konkrete Handlungsabsichten übersetzt werden (vgl. Hu &

Sundar, 2010). Glaubwürdigkeit von Gesundheitsfördermaßnahmen kann die Verhaltensintention positiv beeinflussen, indem sie die wahrgenommene Relevanz und Wirksamkeit steigert (Nan, 2013), was insbesondere bei Lehrlingen relevant ist (Felder-Puig et al., 2024). Für Lehrlinge treten strukturelle Belastungsfaktoren hinzu, die diese Intention erschweren können. Verfügbare Ressourcen für gesundheitsbezogenes Handeln können durch Zeitdruck und arbeitsbezogene Belastungen (Felder-Puig et al., 2023) sowie erhebliche psychische Anforderungen im Ausbildungsalltag junger Auszubildender eingeschränkt werden (Einboden et al., 2021). Unter diesen Bedingungen kann Glaubwürdigkeit als entscheidender Faktor wirken, der die Schwelle zwischen Informationsaufnahme und Verhaltensintention senkt. Glaubwürdige Informationen sind unter diesen Bedingungen besonders relevant, da sie bei begrenzter Motivation als peripherer Hinweisreiz Handlungsintentionen fördern können (Hu & Sundar, 2010).

2.6.3 Empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention

Empirische Befunde zeigen, dass die Akzeptanz gesundheitsbezogener Angebote in engem Zusammenhang mit der Verhaltensintention steht, wobei gleichzeitig eine Diskrepanz zwischen Nutzungsabsicht und tatsächlicher Inanspruchnahme bestehen kann (vgl. Apolinário-Hagen et al., 2023). Programme, die von der Zielgruppe akzeptiert werden, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in konkrete Handlungsabsichten überführt zu werden. Die wahrgenommene Akzeptanz gesundheitsbezogener Interventionen gilt dabei als zentraler Prädiktor der Nutzungs- beziehungsweise Verhaltensintention (Noar et al., 2007; Rimer & Kreuter, 2006).

Theoretisch lässt sich dieser Zusammenhang insbesondere mit der Theory of Planned Behavior erklären. Nach Ajzen (1991) stellt die Verhaltensintention den unmittelbarsten Prädiktor tatsächlichen Verhaltens dar und wird maßgeblich durch Einstellungen gegenüber dem Verhalten beeinflusst. Akzeptanz kann in diesem Zusammenhang als Ausdruck einer positiven Einstellung gegenüber einem Gesundheitsförderprogramm verstanden werden, die wiederum die Intention zur Teilnahme stärkt. Bereits die Theory of Reasoned Action geht davon aus, dass eine positive Einstellung gegenüber der Teilnahme an einem Angebot die entsprechende Verhaltensintention begünstigt (vgl. Fishbein & Ajzen, 1975; Sheppard et al., 1988).

Dieser theoretische Zusammenhang wird auch durch empirische Studien aus der Gesundheitskommunikation gestützt. Die Akzeptanz vermittelt signifikant zwischen der

wahrgenommenen Nützlichkeit digitaler Gesundheitsprogramme und der Verhaltensintention und ist somit eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung und nachhaltige Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Yang et al., 2024). Auch Rimer und Kreuter (2006) zeigen, dass Programme, die als sinnvoll und relevant wahrgenommen werden, zu höherer Teilnahmebereitschaft führen.

Die Akzeptanz gesundheitsbezogener Programme wird nicht nur durch objektive Inhalte, sondern auch durch subjektive Wahrnehmung von Relevanz, Passung und Anwendbarkeit beeinflusst. Fehlt diese wahrgenommene Passung, bleibt selbst bei grundsätzlich positiven Einstellungen gegenüber Gesundheitsthemen die Bereitschaft zur Teilnahme gering (Krümmel et al., 2023). Werden Angebote jedoch als lebensnah und adressatengerecht wahrgenommen, steigt die Intention zur Teilnahme. Die Einstellung gegenüber digitalen Gesundheitsangeboten kann dementsprechend als zentraler Prädiktor der Intention zur Teilnahme betrachtet werden (Apolinário-Hagen et al., 2023).

Im digitalen Gesundheitskontext wird dieser Zusammenhang zusätzlich verstärkt, da die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote wesentlich von wahrgenommenem Nutzen und unterstützenden Rahmenbedingungen abhängt (Hafner et al., 2022). Programme, die als akzeptabel wahrgenommen werden, senken die Schwelle zur Teilnahme und erhöhen die Wahrscheinlichkeit tatsächlicher Nutzung bzw. Handlungsabsichten (Kreis et al., 2021). Unter diesen Bedingungen gewinnt Akzeptanz als Voraussetzung für die Ausbildung einer Verhaltensintention an Bedeutung, da sie die Bereitschaft erhöht, trotz bestehender Barrieren eine Teilnahme in Erwägung zu ziehen.

Zu guter Letzt lässt sich der Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention auch aus der Perspektive der Informationsverarbeitung veranschaulichen. Nach dem Elaboration-Likelihood-Modell entsteht Akzeptanz als Ergebnis erfolgreicher Informationsverarbeitung, die entweder über den zentralen oder den peripheren Weg erfolgen kann (vgl. Petty & Cacioppo, 1986). Akzeptierte Informationen und Programme erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass positive Einstellungen stabil verankert werden und sich in einer konkreten Handlungsabsicht niederschlagen (Apolinário-Hagen et al., 2023).

Zusammenfassend verdeutlicht der Forschungsstand, dass Akzeptanz eine zentrale Voraussetzung für die Ausbildung gesundheitsbezogener Verhaltensintentionen darstellt. Aus theoretischer Perspektive lässt sich Akzeptanz als positive Bewertung eines Angebots verstehen, die im Sinne der Theory of Planned Behavior die Einstellung gegenüber dem

Verhalten prägt und dadurch die Intention zur Teilnahme beeinflusst (vgl. Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975). Empirische Befunde aus der Gesundheitskommunikation und Akzeptanzforschung zeigen zudem, dass Angebote, die als relevant, nützlich, lebensnah und passend wahrgenommen werden, mit einer höheren Nutzungs- beziehungsweise Teilnahmeintention verbunden sind (vgl. Noar et al., 2007; Rimer & Kreuter, 2006; Apolinário-Hagen et al., 2023; Krümmel et al., 2023). Für Gesundheitsförderprogramme bei Jugendlichen und Lehrlingen ist dieser Zusammenhang besonders bedeutsam, da die Teilnahme häufig freiwillig erfolgt und daher maßgeblich von der subjektiven Bewertung des Angebots sowie dessen wahrgenommener Passung zur eigenen Lebenswelt abhängt. Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit einer höheren Verhaltensintention zur Teilnahme einhergeht.

2.6.4 Ableitung der Hypothesen H3 bis H5

Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen nicht nur mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen zusammenhängt, sondern auch direkt mit der Verhaltensintention zur Teilnahme verbunden sein kann. Glaubwürdige Informationen können Unsicherheiten reduzieren, positive Bewertungen unterstützen und dazu beitragen, dass gesundheitsbezogene Empfehlungen als handlungsrelevant wahrgenommen werden. Dies ist insbesondere für Jugendliche und Lehrlinge bedeutsam, da gesundheitsbezogene Entscheidungen in dieser Zielgruppe häufig situativ getroffen werden und von subjektiven Wahrnehmungen geprägt sein können.

Zugleich verdeutlichen die dargestellten Befunde, dass die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen eine zentrale Voraussetzung dafür darstellt, dass gesundheitsfördernde Angebote in konkrete Teilnahmeabsichten überführt werden. Werden Programme als relevant, sinnvoll, alltagsnah und vertrauenswürdig wahrgenommen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass daraus eine entsprechende Bereitschaft zur Teilnahme entsteht.

Es wird nun also davon ausgegangen, dass die Glaubwürdigkeit der vermittelten Informationen ebenso wie die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen die Teilnahmeintention beeinflusst. In der weiteren Annahme, dass die Akzeptanz wiederum selbst von der Glaubwürdigkeit beeinflusst wird, liegt die Vermutung nahe, dass die Glaubwürdigkeit zusätzlich indirekt über die Akzeptanz auf die Teilnahmeintention wirkt und somit eine partielle Mediation vorliegt. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Hypothesen:

H3: Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen.

H4: Eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen steht in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen.

H5: Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen wird teilweise durch die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt.

2.7 Zusammenfassung des Forschungsstands und Forschungslücke

2.7.1 Zusammenfassung des Forschungsstands

Der dargestellte Forschungsstand verdeutlicht, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen darstellt, insbesondere bei Jugendlichen und Lehrlingen (vgl. van der Meer & Jin, 2020; Freeman et al., 2020; Vraga & Bode, 2020). Die Literatur zeigt übereinstimmend, dass gesundheitsbezogene Informationen nur dann akzeptiert, weiterverarbeitet und in gesundheitsbezogene Entscheidungs- und Handlungsprozesse integriert werden, wenn sie von den Rezipient:innen als glaubwürdig eingeschätzt werden (vgl. Metzger & Flanagin, 2015; Pornpitakpan, 2004; Chen & Wang, 2025). Zudem wurde deutlich, dass sich unterschiedliche Kommunikationskanäle hinsichtlich ihrer Reichweite, Nutzungskontexte und Glaubwürdigkeitslogiken systematisch unterscheiden (vgl. Dutta-Bergman, 2004; Hu & Sundar, 2010; Lim et al., 2022). Institutionelle Kanäle wie Websites öffentlicher Gesundheitsorganisationen werden häufig als besonders glaubwürdig eingeschätzt, dienen jedoch eher der gezielten Verifikation und vertiefenden Recherche als der spontanen Erstinformation (vgl. Peterson et al., 2020; Trivedi et al., 2020; Almeida et al., 2022). Interpersonale Kommunikationsformen weisen ein besonders hohes Vertrauenspotenzial auf, sind jedoch in ihrer Reichweite und Verfügbarkeit strukturell begrenzt (vgl. Thai et al., 2018; Mendes et al., 2017; Caban et al., 2023). Die Wahl des Kommunikationskanals stellt somit einen zentralen Einflussfaktor für die Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen dar (vgl. Dutta-Bergman, 2004; Lim et al., 2022).

Darüber hinaus zeigt der Forschungsstand konsistent, dass eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit einer höheren Akzeptanz von

Gesundheitsförderprogrammen einhergeht (vgl. Pornpitakpan, 2004; Sbaffi & Rowley, 2017; Chen & Wang, 2025). Glaubwürdigkeit beeinflusst dabei, ob gesundheitsfördernde Angebote als sinnvoll, relevant und vertrauenswürdig wahrgenommen werden, und bildet damit eine wesentliche Voraussetzung für deren Akzeptanz (vgl. Salaschek & Bonfadelli, 2020; Catapan et al., 2025). Neben diesem indirekten Wirkungszusammenhang weist die Literatur darauf hin, dass Glaubwürdigkeit auch direkt mit gesundheitsbezogenen Verhaltensintentionen verbunden sein kann, unabhängig von vorgelagerten Akzeptanzprozessen (vgl. Pornpitakpan, 2004; Apolinário-Hagen et al., 2023; Alotaibi, 2025).

Schließlich verdeutlichen empirische und theoretische Befunde, dass die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen ihrerseits einen zentralen Prädiktor der Verhaltensintention zur Teilnahme darstellt (vgl. Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975; Yang et al., 2024). Angebote, die von Jugendlichen und Lehrlingen als passend, relevant und alltagsnah wahrgenommen werden, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in konkrete Teilnahmeabsichten überführt zu werden (vgl. Apolinário-Hagen et al., 2023; Krümmel et al., 2023). Diese Zusammenhänge sind insbesondere für Lehrlinge von Bedeutung, da sie häufig mit spezifischen strukturellen und zeitlichen Belastungen konfrontiert sein können, die gesundheitsbezogene Handlungsentscheidungen zusätzlich erschweren können (vgl. Felder-Puig et al., 2023; Einboden et al., 2021).

2.7.2 Forschungslücke der vorliegenden Arbeit

Trotz zahlreicher Erkenntnisse zur Gesundheitskommunikation bestehen weiterhin zentrale Forschungslücken. Erstens wurde die Zielgruppe der Lehrlinge im Vergleich zu Schüler:innen und Studierenden bislang nur begrenzt untersucht, obwohl empirische Befunde auf spezifische strukturelle Belastungen, gesundheitliche Herausforderungen sowie besondere kommunikative Rahmenbedingungen hinweisen (vgl. Bonevski et al., 2013; Angerer et al., 2015; Felder-Puig et al., 2023). Lehrlinge stellen damit eine eigenständige und bislang unterrepräsentierte Zielgruppe der Gesundheitskommunikation dar.

Zweitens fehlt es an Untersuchungen, die unterschiedliche Kommunikationskanäle vergleichend betrachten und deren Zusammenhang mit der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen bei Jugendlichen und insbesondere Lehrlingen systematisch analysieren. Zwar zeigen bestehende Studien Unterschiede zwischen sozialen Medien, institutionellen Quellen und interpersonaler Kommunikation, diese Befunde beziehen sich jedoch überwiegend auf Jugendliche und junge Erwachsene im Allgemeinen und nur selten

auf Auszubildende als spezifische Teilgruppe (vgl. Brown-Johnson et al., 2018; Lim et al., 2022; Freeman et al., 2023).

Drittens wurde in der bisherigen Forschung häufig entweder der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz oder jener zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention untersucht. Eine gleichzeitige Betrachtung dieser Wirkungszusammenhänge innerhalb eines integrierten Modells erfolgt bislang nur selten. Insbesondere der direkte Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen sowie die vermittelnde Rolle der Akzeptanz sind bislang unzureichend untersucht (vgl. Pornpitakpan, 2004; Apolinário-Hagen et al., 2023; Alotaibi, 2025).

Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen zu Gesundheitsförderprogrammen zwischen verschiedenen Kommunikationskanälen bei Jugendlichen und Lehrlingen zu analysieren. Darüber hinaus sollen die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention zur Teilnahme im Rahmen eines integrierten Untersuchungsmodells empirisch überprüft werden. Damit soll ein Beitrag zur Schließung der identifizierten Forschungslücken sowie zur zielgruppengerechten Gestaltung glaubwürdiger Gesundheitskommunikation geleistet werden.

Aus dem dargestellten Forschungsstand und der daraus abgeleiteten Forschungslücke ergeben sich die Forschungsfragen, Hypothesen und das Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit, die im folgenden Forschungskonzept konkretisiert werden.

3 Forschungsmethode

3.1 Forschungskonzept der empirischen Untersuchung

3.1.1 Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit

Ausgehend von der in Kapitel 2 dargestellten Forschungslücke verfolgt die empirische Untersuchung das Ziel, Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen zwischen verschiedenen Kommunikationskanälen sowie die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und

Verhaltensintention zur Teilnahme zu prüfen. Aus dieser Forschungslücke und Zielsetzung ergibt sich die übergeordnete Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit:

Über welche Kommunikationskanäle können Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und Lehrlinge glaubwürdig erreichen, und inwiefern hängen wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention zur Teilnahme zusammen?

Zur Konkretisierung dieser übergeordneten Forschungsfrage werden folgende Teilforschungsfragen formuliert:

F1: *Wie unterscheiden sich die untersuchten Kommunikationskanäle hinsichtlich der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen?*

F2: *In welchem Zusammenhang steht die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen?*

F3: *In welchem Zusammenhang steht die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen?*

F4: *In welchem Zusammenhang steht die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen?*

F5: *Inwiefern vermittelt die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention zur Teilnahme?*

Die Forschungsfragen bilden gemeinsam mit den aus dem Forschungsstand abgeleiteten Hypothesen die Grundlage für das Untersuchungsmodell und die anschließende empirische Prüfung.

3.1.2 Gesamtübersicht der Hypothesen

Während H1 den Vergleich der untersuchten Kommunikationskanäle adressiert, beziehen sich H2 bis H4 auf die angenommenen Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten. H5 integriert diese Annahmen in ein vermittelndes Modell, in dem Akzeptanz als Mediator zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention verstanden wird. Die in den vorangegangenen Abschnitten abgeleiteten Hypothesen werden in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Hypothesen

Hypothese	Annahme
H1	Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen unterscheidet sich signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen.
H2	Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in positivem Zusammenhang mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen.
H3	Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen.
H4	Eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen steht in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen.
H5	Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen wird teilweise durch die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt.

(Quelle: Eigene Darstellung)

Die Hypothesen bilden die Grundlage für das nachfolgend dargestellte Untersuchungsmodell sowie für die anschließende empirische Überprüfung.

3.1.3 Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit

Die formulierten Hypothesen lassen sich in einem Untersuchungsmodell zusammenführen, das die zentralen Zusammenhänge der vorliegenden Arbeit abbildet. Aufbauend auf den in Kapitel 2 dargestellten theoretischen Grundlagen und dem Forschungsstand integriert das Modell die untersuchten Kommunikationskanäle, die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen, die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie die Verhaltensintention zur Teilnahme.

Ausgangspunkt des Modells bilden die untersuchten Kommunikationskanäle Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. Für diese Kanäle wird angenommen, dass sie sich hinsichtlich der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen unterscheiden. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit wird dabei als kanalbezogene Bewertung gesundheitsbezogener Informationen verstanden und nimmt im Untersuchungsmodell eine zentrale Rolle ein.

Darüber hinaus wird angenommen, dass eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit sowohl mit einer höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als auch mit einer höheren Verhaltensintention zur Teilnahme zusammenhängt. Akzeptanz wird im Modell als übergeordnete, kanalunabhängige Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen konzeptualisiert, während die Verhaltensintention kanalbezogen erfasst wird. Zusätzlich wird geprüft, ob Akzeptanz eine vermittelnde Funktion zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention einnimmt. Das Untersuchungsmodell verdeutlicht somit, dass glaubwürdig wahrgenommene Gesundheitskommunikation sowohl direkt als auch indirekt über eine höhere Akzeptanz mit der Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen verbunden sein kann. Das Modell ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

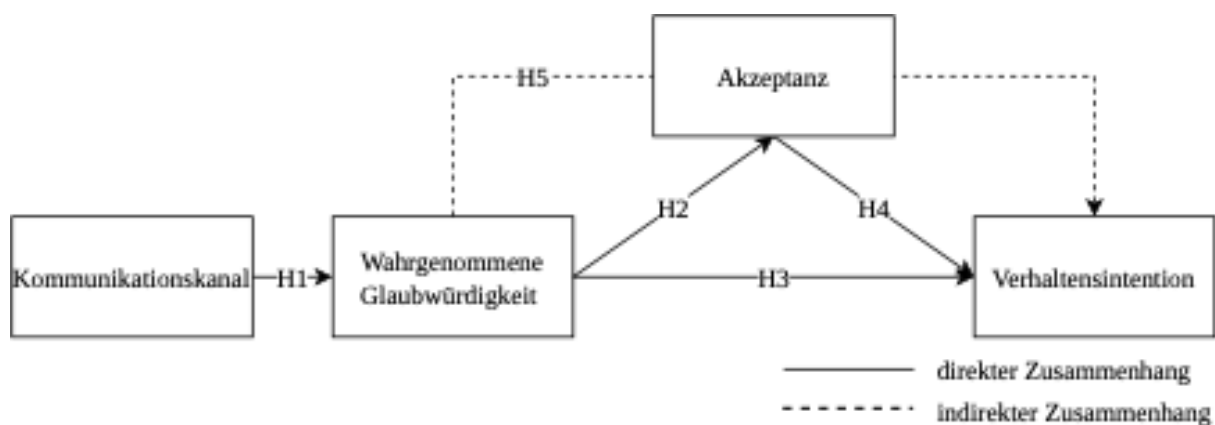


Abbildung 1: Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit (Quelle: Eigene Darstellung)

3.2 Forschungsansatz und Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem quantitativen Forschungsansatz. Quantitative Forschung zielt darauf ab, soziale Phänomene mithilfe standardisierter Datenerhebungsverfahren numerisch zu erfassen und statistisch auszuwerten, um Zusammenhänge zwischen Variablen systematisch zu untersuchen (vgl. Diekmann, 2023). Sie

eignet sich insbesondere für theoriegeleitete Untersuchungen, bei denen auf Basis bestehender Forschungsbefunde überprüfbare Hypothesen formuliert und empirisch getestet werden (vgl. Schnell et al., 2023).

Für die vorliegende Fragestellung ist dieser Ansatz besonders geeignet, da Unterschiede in der Wahrnehmung verschiedener Kommunikationskanäle sowie Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention untersucht werden sollen. Die standardisierte Erhebung ermöglicht es, subjektive Einschätzungen der Teilnehmenden vergleichbar zu erfassen und statistisch auszuwerten (vgl. Atteslander et al., 2023).

Das Forschungsdesign beschreibt die strukturelle und logische Anlage einer empirischen Untersuchung und legt fest, wie die Datenerhebung im Verhältnis zu den Forschungsfragen und Hypothesen organisiert ist (vgl. Döring, 2023). Es konkretisiert den gewählten Forschungsansatz und bestimmt unter anderem den zeitlichen Bezug der Erhebung, den Grad experimenteller Kontrolle sowie die Form des Vergleichs zwischen Variablen und Untersuchungsbedingungen.

Die vorliegende Studie ist als quantitatives, querschnittliches und nicht-experimentelles Survey-Design konzipiert. Die Datenerhebung erfolgte einmalig mittels eines standardisierten Online-Fragebogens. Da keine wiederholte Befragung derselben Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfand, handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung. Querschnittsstudien eignen sich insbesondere dazu, aktuelle Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensabsichten innerhalb einer definierten Zielgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erfassen sowie Zusammenhänge zwischen Variablen zu analysieren (vgl. Diekmann, 2023).

Die Untersuchung ist hypothesenprüfend ausgerichtet. Auf Grundlage des theoretischen Modells und des dargestellten Forschungsstands werden Annahmen über Unterschiede zwischen Kommunikationskanälen sowie über Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten formuliert und empirisch überprüft (vgl. Diekmann, 2023). Im Mittelpunkt stehen dabei die Kommunikationskanäle Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen sowie gesundheitsbezogene Websites.

Zugleich weist die Untersuchung einen vergleichenden Charakter auf. Im Mittelpunkt steht der Vergleich unterschiedlicher Kommunikationskanäle hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Glaubwürdigkeit sowie ihres Zusammenhangs mit der Teilnahmebereitschaft an Gesundheitsförderprogrammen. Vergleichende Designs ermöglichen es, mehrere

Ausprägungen einer unabhängigen Variable systematisch gegenüberzustellen und Unterschiede auf Basis standardisierter Messungen zu identifizieren (vgl. Döring, 2023).

Ein zentrales Merkmal des Forschungsdesigns besteht darin, dass alle teilnehmenden Personen sämtliche Kommunikationskanäle bewerteten. Dadurch konnten die Einschätzungen zu den verschiedenen Kanälen innerhalb derselben Personen verglichen werden. Dieses Vorgehen reduziert Einflüsse, die sich aus Unterschieden zwischen verschiedenen Befragtengruppen ergeben könnten, und erhöht die Vergleichbarkeit der Bewertungen (vgl. Döring, 2023).

Da keine Variablen gezielt manipuliert und keine experimentellen Bedingungen hergestellt wurden, ist das Forschungsdesign als nicht-experimentell einzuordnen. Erfasst wurden vielmehr bestehende subjektive Einschätzungen zu den untersuchten Konstrukten sowie deren statistische Zusammenhänge. Nicht-experimentelle Designs sind insbesondere dann angemessen, wenn Wahrnehmungen, Einstellungen und Intentionen untersucht werden sollen, ohne kausale Effekte unter kontrollierten Bedingungen zu testen (vgl. Shadish et al., 2002).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden mehrere zentrale Konstrukte mithilfe standardisierter Antwortformate und mehrstufiger Ratingskalen erhoben. Dazu zählen insbesondere die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen, die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie die Verhaltensintention zur Teilnahme an solchen Programmen. Standardisierte Messinstrumente ermöglichen eine vergleichbare Erfassung subjektiver Einschätzungen und bilden die Grundlage statistischer Auswertungen (vgl. Atteslander et al., 2023).

Die Entscheidung für einen quantitativen Forschungsansatz ergibt sich somit unmittelbar aus den Zielsetzungen der Arbeit. Durch die standardisierte Datenerhebung können Einschätzungen einer größeren Anzahl an Personen im Ausbildungskontext systematisch erfasst, verglichen und statistisch analysiert werden. Dadurch wird eine nachvollziehbare empirische Überprüfung der theoretisch angenommenen Zusammenhänge ermöglicht.

Zusammenfassend handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein quantitatives, querschnittliches und nicht-experimentelles Forschungsdesign mit vergleichender Ausrichtung. Dieses Design ist geeignet, Unterschiede zwischen Kommunikationskanälen sowie Zusammenhänge zwischen Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention empirisch zu analysieren. Es bildet damit eine konsistente methodische Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfragen der Arbeit und orientiert sich an etablierten Standards der empirischen Sozialforschung (vgl. Diekmann, 2023).

3.3 Erhebungsinstrument: Fragebogen

Der standardisierte Online-Fragebogen stellte das zentrale Erhebungsinstrument der vorliegenden Untersuchung dar. Er wurde so konzipiert, dass die in Kapitel 3.1 dargestellten Forschungsfragen und Hypothesen empirisch überprüft werden konnten. Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache erstellt und mithilfe von Google Forms umgesetzt.

Zu Beginn des Fragebogens wurden die Teilnehmenden auf einer Einleitungsseite über den Hintergrund der Studie, die Einbettung in eine Masterarbeit an der Universität Wien sowie über die anonyme und freiwillige Teilnahme informiert. Darüber hinaus wurde auf eine kurze Bearbeitungsdauer hingewiesen und um eine ehrliche Beantwortung der Fragen gebeten. Die Einwilligung zur Teilnahme erfolgte durch das freiwillige Ausfüllen des Fragebogens. Eine transparente Vorabinformation der Befragten entspricht zentralen Anforderungen guter wissenschaftlicher Praxis und fördert informierte Teilnahmeentscheidungen (vgl. Atteslander et al., 2023).

Der Fragebogen war in mehrere thematische Bereiche gegliedert. Ergänzend zu den zentralen Untersuchungsvariablen wurde erhoben, welche Kommunikationskanäle die Teilnehmenden regelmäßig nutzen, um sich über Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung oder mentale Gesundheit zu informieren. Dieser Fragebogenbereich diente der deskriptiven Einordnung der Stichprobe sowie der Kontextualisierung der kanalbezogenen Ergebnisse. Anschließend folgten die für das Untersuchungsmodell zentralen Frageblöcke zur wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen, zur Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie zur Verhaltensintention zur Teilnahme. Den Abschluss bildeten soziodemografische Angaben, darunter Alter, Geschlecht, Ausbildungssituation, Ausbildungsbereich sowie die bisherige Dauer der Lehrausbildung. Die Platzierung der soziodemografischen Angaben am Ende des Fragebogens entspricht gängigen Empfehlungen der Umfrageforschung, da potenziell sensible oder als weniger interessant wahrgenommene Fragen auf diese Weise die Abbruchwahrscheinlichkeit im zentralen Befragungsteil weniger stark beeinflussen können (vgl. Porst, 2014).

Der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Gesamtfragebogen wurde gemeinsam mit zwei Kommilitoninnen entwickelt, die ebenfalls empirische Arbeiten mit derselben Zielgruppe durchführten. Ziel dieser Kooperation war es, eine gemeinsame Datenerhebung innerhalb einer vergleichbaren Stichprobe zu ermöglichen sowie Synergieeffekte bei der Rekrutierung der Teilnehmenden zu nutzen. Dadurch enthielt der

Gesamtfragebogen neben den für die vorliegende Arbeit relevanten Items auch weitere Fragen, die sich auf die Forschungsschwerpunkte der anderen Arbeiten bezogen. Der gemeinsam entwickelte Gesamtfragebogen umfasste insgesamt 49 Fragen. Für die vorliegende Masterarbeit wurden ausschließlich jene Items ausgewertet, die einen direkten Bezug zu den eigenen Forschungsfragen und Hypothesen aufweisen. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang dokumentiert.

Die Fragebogenbereiche wurden aus dem Forschungskonzept der Arbeit abgeleitet und auf die empirische Prüfung der Hypothesen ausgerichtet. Tabelle 2 gibt einen kompakten Überblick über den Aufbau des Fragebogens und die Funktion der einzelnen Fragebogenbereiche in der Untersuchung.

Tabelle 2: Übersicht der Fragebogenbereiche

Fragebogenbereich	Funktion in der Untersuchung
Einleitung und Teilnahmeinformation	Sicherstellung informierter Teilnahme
Nutzung von Kommunikationskanälen	Deskriptive Einordnung und Kontextualisierung der Ergebnisse
Wahrgenommene Glaubwürdigkeit	Prüfung der Unterschiede und Zusammenhänge mit Akzeptanz und Verhaltensintention (H1, H2, H3, H5)
Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen	Prüfung der Zusammenhänge mit Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention sowie der Mediationsannahme (H2, H4, H5)
Verhaltensintention zur Teilnahme	Prüfung der Teilnahmebereitschaft und der Zusammenhänge im Untersuchungsmodell (H3, H4, H5)
Soziodemografische Angaben	Beschreibung und Einordnung der Stichprobe

(Quelle: Eigene Darstellung)

Die zentralen Konstrukte wurden überwiegend mithilfe fünfstufiger Antwortskalen erhoben. Diese ermöglichten eine differenzierte und zugleich für die Zielgruppe verständliche Erfassung subjektiver Einschätzungen. Die Antwortskalen wurden so ausgerichtet, dass höhere Werte jeweils eine stärkere Ausprägung des jeweiligen Konstrukts ausdrücken. Die genaue Operationalisierung der zentralen Konstrukte wird im folgenden Kapitel dargestellt.

Vor dem Einsatz in der Hauptbefragung wurde der Fragebogen im kleinen Kreis mit fünf Personen aus der Zielgruppe der Lehrlinge probeweise durchgesehen und getestet. Dabei wurden insbesondere Verständlichkeit, sprachliche Klarheit, Reihenfolge der Fragen sowie technische Funktionalität geprüft. Auf Basis der Rückmeldungen wurden kleinere sprachliche Anpassungen vorgenommen und einzelne Formulierungen präzisiert. Dieses Vorgehen diente der praktischen Optimierung des Erhebungsinstruments vor dem Feldstart.

3.4 Operationalisierung der zentralen Konstrukte

3.4.1 Wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen

Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen stellt das zentrale Konstrukt der vorliegenden Arbeit dar. Ausgangspunkt des theoretischen Modells ist die Annahme, dass unterschiedliche Kommunikationskanäle hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit verschieden bewertet werden und diese Wahrnehmungen sowohl die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als auch die Verhaltensintention zur Teilnahme beeinflussen können. Der Glaubwürdigkeitseindruck kommt damit innerhalb der vorliegenden Untersuchung eine zentrale erklärende Funktion zu.

In der Kommunikations- und Gesundheitsforschung wird Glaubwürdigkeit nicht als eindimensionales Merkmal verstanden, sondern als mehrdimensionales Konstrukt, das sich aus verschiedenen Wahrnehmungsdimensionen zusammensetzt (vgl. Hovland & Weiss, 1951; McCroskey & Teven, 1999). Insbesondere die Source-Credibility-Forschung zeigt, dass Informationen eher akzeptiert werden, wenn Quellen als vertrauenswürdig, kompetent und verlässlich wahrgenommen werden. Auch im Rahmen des Elaboration Likelihood Model kann Glaubwürdigkeit als Hinweisreiz Einstellungen und Verhaltensabsichten beeinflussen, insbesondere dann, wenn Informationen nicht vertieft verarbeitet werden (vgl. Petty & Cacioppo, 1986).

Die Operationalisierung der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit orientierte sich an etablierten Ansätzen der Source- und Message-Credibility-Forschung sowie an Forschung zur Glaubwürdigkeit digitaler Informationen. Während McCroskey und Teven (1999) insbesondere die Bedeutung der Vertrauenswürdigkeit von Quellen hervorheben, betonen Flanagin und Metzger (2000) im Kontext digitaler Informationen die Relevanz wahrgenommener Richtigkeit, Verlässlichkeit und Quellenbewertung. Appelman und Sundar (2016) ergänzen diese Perspektive um merkmalsbezogene Aspekte der Informationsglaubwürdigkeit, insbesondere Genauigkeit, Authentizität und Glaubhaftigkeit.

Vor diesem Hintergrund wurde Glaubwürdigkeit in der vorliegenden Untersuchung über die drei Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz operationalisiert.

Die drei Dimensionen erfassen unterschiedliche, aber zusammenhängende Teilaspekte des Konstrukts. Vertrauenswürdigkeit bezieht sich auf die Einschätzung, ob Informationen ehrlich, glaubhaft und verlässlich erscheinen. Richtigkeit adressiert die wahrgenommene sachliche Korrektheit beziehungsweise faktische Genauigkeit der Inhalte. Transparenz erfasst, inwieweit Herkunft, Absichten oder Grundlagen der Informationen nachvollziehbar erscheinen. Gerade im digitalen Gesundheitskontext ist Transparenz von besonderer Bedeutung, da Nutzer:innen die Qualität von Informationen häufig ohne unmittelbare fachliche Prüfung beurteilen müssen und daher auf Hinweise zur Nachvollziehbarkeit angewiesen sind.

Da Glaubwürdigkeit nicht unmittelbar beobachtbar ist, erfolgte die Erfassung über mehrere Indikatoren. Die drei Dimensionen wurden für jeden untersuchten Kommunikationskanal separat erhoben. Berücksichtigt wurden Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen sowie gesundheitsbezogene Websites. Die kanalbezogene Operationalisierung trägt dem Umstand Rechnung, dass Glaubwürdigkeit nicht abstrakt, sondern stark quellenspezifisch wahrgenommen wird und sich je nach Informationsumfeld deutlich unterscheiden kann (vgl. Flanagin & Metzger, 2000). Dies erscheint insbesondere bei Jugendlichen und Lehrlingen mit heterogenen Mediennutzungsmustern von besonderer Relevanz.

Die Teilnehmenden bewerteten jeweils, wie vertrauenswürdig, wie richtig und wie transparent sie gesundheitsbezogene Informationen auf den einzelnen Kanälen einschätzen. Die Erfassung erfolgte mithilfe fünfstufiger Antwortskalen von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5). Fünfstufige Skalen gelten als geeignet, da sie differenzierte Einschätzungen ermöglichen und zugleich eine verständliche sowie ökonomische Beantwortung unterstützen (vgl. Likert, 1932; Krosnick, 1991; Porst, 2014). Die einheitliche Skalenausrichtung gewährleistet, dass höhere Werte jeweils eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit ausdrücken.

Für die statistische Analyse wurden die drei Einzelindikatoren je Kommunikationskanal zu Mittelwertindizes zusammengefasst. Dadurch entstanden fünf kanalbezogene Glaubwürdigkeitsmaße für Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites. Zusätzlich wurde ein kanalübergreifender Gesamtindex der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit (GLGES) gebildet, der als Mittelwert (M) der fünf kanalbezogenen Indizes berechnet wurde. Dadurch konnten sowohl Unterschiede

zwischen einzelnen Kommunikationskanälen als auch allgemeine Zusammenhänge mit weiteren Konstrukten der Untersuchung analysiert werden. Die Bildung solcher Indexwerte entspricht gängigen methodischen Vorgehensweisen zur Messung mehrdimensionaler Konstrukte, da verschiedene Teilaspekte gebündelt und stabiler abgebildet werden können als durch die isolierte Betrachtung einzelner Variablen (vgl. Döring, 2023; Diekmann, 2023). Die interne Konsistenz der gebildeten Glaubwürdigkeitsindizes wurde im Rahmen der Reliabilitätsanalyse mittels Cronbachs Alpha geprüft.

3.4.2 Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen

Die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen wurde in der vorliegenden Arbeit als positive Bewertung entsprechender Angebote sowie als grundsätzliche Offenheit gegenüber einer möglichen Teilnahme verstanden. Innerhalb des theoretischen Modells nimmt dieses Konstrukt eine zentrale Stellung ein, da angenommen wird, dass eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit einer höheren Akzeptanz der entsprechenden Angebote verbunden ist (vgl. Pornpitakpan, 2004; Sbaffi & Rowley, 2017; Chen & Wang, 2025). Eine höhere Akzeptanz kann wiederum die Verhaltensintention zur Teilnahme begünstigen (vgl. Ajzen, 1991; Apolinário-Hagen et al., 2023). Für den vorliegenden Untersuchungskontext ist die Erfassung von Akzeptanz von besonderer Bedeutung, da Gesundheitsförderprogramme ihre Wirkung nur dann entfalten können, wenn sie von der Zielgruppe grundsätzlich angenommen und als relevant wahrgenommen werden.

In der Einstellungs- und Akzeptanzforschung wird Akzeptanz als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das kognitive, affektive und handlungsbezogene Komponenten umfasst (vgl. Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2010). In etablierten Akzeptanz- und Verhaltensmodellen gelten insbesondere persönliche Relevanz, erwarteter Nutzen und positive Bewertung eines Angebots als wesentliche Voraussetzungen dafür, dass Maßnahmen angenommen und tatsächlich genutzt werden (vgl. Ajzen, 1991; Davis, 1989). Auch gesundheitsbezogene Modelle wie das Health Belief Model gehen davon aus, dass wahrgenommene Vorteile präventiver Maßnahmen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme entsprechender Angebote erhöhen können (vgl. Rosenstock, 1974).

Für die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen lag im spezifischen Kontext der vorliegenden Untersuchung kein unmittelbar passendes standardisiertes Messinstrument vor. Die verwendeten Items wurden daher theoriegeleitet unter Rückgriff auf etablierte Akzeptanz- und Verhaltensmodelle formuliert. Da es sich bei Akzeptanz um ein nicht direkt beobachtbares

Konstrukt handelt, erfolgte die Erfassung über mehrere Items, die unterschiedliche Facetten des Konstrukts abbilden. Die wahrgenommene Relevanz sowie der wahrgenommene Nutzen bilden vor allem kognitive Komponenten der Akzeptanz ab. Das allgemeine Interesse stellt eine eher affektive Komponente dar, während die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft eine handlungsbezogene Dimension erfasst (vgl. Ajzen, 1991). Die explizite Berücksichtigung der Zielgruppe Lehrlinge diente dazu, die wahrgenommene Passung der Angebote für die untersuchte Population gesondert zu erfassen.

Die Antworten erfolgten über fünfstufige Skalen. Drei Items wurden auf Zustimmungsskalen von „stimme gar nicht zu“ (1) bis „stimme voll zu“ (5) erhoben. Das Item zum allgemeinen Interesse wurde auf einer Skala von „gar nicht interessant“ (1) bis „sehr interessant“ (5) gemessen. Fünfstufige Antwortskalen gelten als geeignet, da sie differenzierte Einschätzungen ermöglichen und zugleich eine verständliche sowie ökonomische Beantwortung unterstützen (vgl. Porst, 2014; Schnell et al., 2023). Die einheitliche Skalenausrichtung gewährleistet, dass höhere Werte jeweils eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen ausdrücken.

Für die statistische Analyse wurde aus den vier Einzelitems ein Mittelwertindex (AKZINDEX) gebildet. Die Verwendung eines Mittelwertindex ermöglicht eine kompakte und zugleich differenzierte Abbildung des Konstrukts, wobei die ursprüngliche Skalierung von 1 bis 5 erhalten bleibt. Die Bildung eines Gesamtindex ist insbesondere im Rahmen hypothesenprüfender Forschung sinnvoll, da Zusammenhänge zwischen Konstrukten statistisch präziser untersucht werden können (vgl. Döring, 2023). Die interne Konsistenz des Akzeptanzindex wurde im Rahmen der Reliabilitätsanalyse mittels Cronbachs Alpha geprüft.

3.4.3 Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen

Die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen wurde als zentrales abhängiges Konstrukt der vorliegenden Arbeit operationalisiert. Innerhalb des theoretischen Modells bildet sie die Zielvariable, da untersucht wird, inwieweit die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen sowie die Akzeptanz entsprechender Angebote die Bereitschaft zur Teilnahme beeinflussen. In der sozialpsychologischen Verhaltensforschung gilt die Verhaltensintention als unmittelbarer Prädiktor tatsächlichen Verhaltens und nimmt insbesondere im Rahmen der Theory of Planned Behavior eine zentrale Rolle ein (vgl. Ajzen, 1991). Verhaltensintentionen werden dabei als Bindeglied zwischen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten verstanden, da sie die bewusste Bereitschaft ausdrücken, ein bestimmtes Verhalten künftig auszuführen (vgl. Fishbein & Ajzen, 2010).

Die Erfassung der Verhaltensintention ist im vorliegenden Untersuchungskontext von besonderer Relevanz, da die tatsächliche Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen von zahlreichen äußeren Rahmenbedingungen abhängen kann, etwa von verfügbaren Angeboten, zeitlichen Ressourcen, organisatorischen Zugangsmöglichkeiten oder betrieblichen Rahmenbedingungen. Gerade bei Lehrlingen können Arbeitszeiten, Berufsschulzeiten, wechselnde Einsatzorte oder begrenzte Freizeitressourcen die tatsächliche Teilnahme zusätzlich erschweren. Die Intention stellt daher ein geeignetes Maß dar, um die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe unabhängig von situativen Barrieren abzubilden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Verhaltensintention kanalspezifisch erhoben. Die Teilnehmenden wurden gebeten, anzugeben, wie wahrscheinlich es ist, dass sie an einem Gesundheitsförderprogramm teilnehmen würden, wenn sie über einen bestimmten Kommunikationskanal darüber informiert werden. Berücksichtigt wurden Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites von Gesundheitsorganisationen oder anderen gesundheitsbezogenen Institutionen.

Die kanalbezogene Operationalisierung trägt dem Umstand Rechnung, dass Teilnahmebereitschaft nicht unabhängig vom Kommunikationskontext entsteht, sondern durch die wahrgenommene Glaubwürdigkeit, Erreichbarkeit, soziale Nähe und Attraktivität des jeweiligen Informationskanals beeinflusst werden kann (vgl. Flanagin & Metzger, 2000; Petty & Cacioppo, 1986). Kommunikationskanäle können somit als situative Auslöser oder Hemmnisse gesundheitsbezogener Handlungsabsichten wirken. Da die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit ausdrücklich Unterschiede zwischen verschiedenen Kommunikationswegen thematisieren, war eine getrennte Erhebung der Verhaltensintention methodisch angezeigt. Dadurch konnte untersucht werden, über welche Kanäle eine höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Die Erfassung erfolgte für jeden Kanal über ein Single-Item mit einer fünfstufigen Antwortskala von „sehr unwahrscheinlich“ (1) bis „sehr wahrscheinlich“ (5). Single-Item-Messungen gelten insbesondere bei konkret formulierten, leicht verständlichen und eindimensionalen Konstrukten als zulässiges und in der Forschung verbreitetes Vorgehen (vgl. Fishbein & Ajzen, 2010; Diekmann, 2023). Da die Frage jeweils eine klar umrissene hypothetische Teilnahmewahrscheinlichkeit adressiert, erscheint diese Form der Erhebung im vorliegenden Kontext angemessen. Fünfstufige Antwortskalen ermöglichen zugleich eine differenzierte und ökonomische Erfassung subjektiver Einschätzungen (vgl. Porst, 2014).

Für die statistische Analyse wurden die fünf kanalbezogenen Intentionen zunächst separat ausgewertet, um Unterschiede zwischen den Kommunikationskanälen identifizieren zu können. Ergänzend wurde ein übergreifender Gesamtindex der Verhaltensintention (INTGES) gebildet, der als Mittelwert der fünf kanalspezifischen Einzelitems berechnet wurde. Dieser Index erfasst eine allgemeine Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen unabhängig vom jeweils betrachteten Kommunikationskanal. Dadurch konnten sowohl kanalbezogene Unterschiede als auch allgemeine Zusammenhänge mit weiteren Konstrukten der Untersuchung analysiert werden. Höhere Werte drücken jeweils eine stärkere Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen aus.

3.5 Stichprobe und Rekrutierung

3.5.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst Jugendliche und junge Erwachsene mit Bezug zu beruflicher Ausbildung, insbesondere zur Lehrausbildung. Ziel der Erhebung war es, Personen zu erreichen, die aktuell eine Lehre absolvieren oder sich in einer vergleichbaren beruflichen Übergangssituation befinden und damit zur im Titel sowie in der theoretischen Rahmung der Arbeit definierten Zielgruppe zählen.

Die Zielgruppe wurde bewusst nicht ausschließlich über eine enge Altersgrenze definiert, da junge Erwachsene in Übergangsphasen in der Jugend- und Gesundheitsforschung ebenfalls berücksichtigt werden können (vgl. World Health Organization, 2024a; Hampel et al., 2024). Zudem wurden Personen einbezogen, die unabhängig vom Alter aktuell eine Lehrausbildung absolvieren, da der Ausbildungskontext für die Fragestellung der Arbeit zentral ist. Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache bereitgestellt und richtete sich an Personen im österreichischen Ausbildungsumfeld.

Formale Ein- oder Ausschlusskriterien, etwa hinsichtlich des Alters oder des Ausbildungsstatus, wurden im Rahmen der Online-Befragung nicht festgelegt. Die Zugehörigkeit zur angestrebten Zielgruppe ergab sich vielmehr über die gewählten Rekrutierungswege sowie die thematische Ansprache der Untersuchung.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über verschiedene berufliche, institutionelle und persönliche Netzwerke. Der Schwerpunkt der Verbreitung lag im Raum Wien, war jedoch nicht darauf beschränkt. Ein solches mehrkanaliges Vorgehen ist für Online-Befragungen mit schwer direkt erreichbaren Zielgruppen üblich (vgl. Schnell et al., 2023). Dieses Vorgehen entspricht

einer nicht-zufälligen Gelegenheitsstichprobe mit Elementen des Schneeballverfahrens, wie sie in der quantitativen Sozialforschung bei Online-Befragungen mit spezifischen Zielgruppen häufig eingesetzt wird (vgl. Döring, 2023). Aufgrund der Weiterleitung über verschiedene Kanäle ließ sich der genaue Verbreitungsweg des Fragebogens nicht vollständig kontrollieren, was bei offenen Online-Erhebungen als üblich gilt (vgl. Atteslander et al., 2023).

3.5.2 Stichprobenbeschreibung

Die finale Stichprobe umfasst $N = 102$ Personen, die nach der in Kapitel 3.7 beschriebenen Datenbereinigung in die statistischen Analysen einbezogen wurden. Die Teilnehmenden stammen überwiegend aus dem beruflichen Ausbildungskontext und entsprechen damit der für die vorliegende Untersuchung angestrebten Zielgruppe.

Die Altersverteilung zeigt, dass ein Großteil der befragten Personen jünger als 21 Jahre war. 45 Personen waren unter 18 Jahre alt, 40 Personen zwischen 18 und 20 Jahren, 13 Personen zwischen 21 und 25 Jahren sowie 4 Personen älter als 25 Jahre. Die Erhebung des Alters erfolgte in kategorialer Form. Die Verwendung von Alterskategorien stellt ein etabliertes Vorgehen dar, wenn eine grobe Einordnung der Stichprobe ausreichend ist und keine metrischen Altersanalysen durchgeführt werden sollen (vgl. Diekmann, 2023).

Hinsichtlich des Geschlechts identifizierten sich 66 Personen als männlich, 28 Personen als weiblich und 3 Personen als divers. 5 Personen machten hierzu keine Angabe. Bezogen auf die aktuelle Ausbildungssituation befanden sich 96 Personen zum Zeitpunkt der Befragung in einer Lehrausbildung. Weitere 2 Personen gaben an, arbeitssuchend zu sein, während 4 Personen der Kategorie „Sonstiges“ zuzuordnen waren. Damit spiegelt die Stichprobe den inhaltlichen Fokus der Untersuchung auf junge Menschen im Ausbildungskontext deutlich wider.

Die befragten Lehrlinge stammten aus unterschiedlichen Ausbildungsbereichen. Bei 101 gültigen Angaben verteilten sich die Nennungen unter anderem auf handwerkliche Berufe (35), Büro-, Verwaltungs- und kaufmännische Berufe (26), Bau-, Industrie- und Produktionsberufe (14), Gastronomie und Hotellerie (10), IT-, Technik- und Elektronikberufe (10) sowie Einzelhandel und Verkauf (4). Darüber hinaus wurden vereinzelt weitere Bereiche wie Marketing, Eventplanung oder Werkzeugtechnik genannt. Für eine Person lag keine Angabe zum Ausbildungsbereich vor.

Insgesamt stellt die finale Stichprobe eine heterogene Gruppe junger Menschen mit überwiegendem Bezug zur Lehrausbildung dar. Die Zusammensetzung der Stichprobe wird bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt.

3.6 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer standardisierten Online-Befragung mithilfe von Google Forms. Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache bereitgestellt und war über einen internetbasierten Link abrufbar. Die Teilnahme konnte flexibel über unterschiedliche Endgeräte wie Smartphones, Tablets oder Computer erfolgen. Dadurch wurde ein niedrighschwelliger Zugang zur Befragung geschaffen, der insbesondere für heterogene Zielgruppen im Ausbildungsumfeld von Vorteil ist.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 5. Juni 2025 (18:38 Uhr) bis zum 27. Dezember 2025 (11:39 Uhr), jeweils österreichischer Ortszeit. Der vergleichsweise lange Zeitraum ergab sich aus der geplanten Verbreitung der Umfrage über verschiedene berufliche und institutionelle Kontexte sowie aus der Notwendigkeit, Ferienzeiten der Zielgruppe zu berücksichtigen. Während dieser Phasen war von einer eingeschränkten Erreichbarkeit der Zielgruppe auszugehen, weshalb der Erhebungszeitraum entsprechend angepasst wurde, um eine möglichst breite Teilnahme zu ermöglichen.

Der Link zur Online-Befragung wurde unter anderem an Berufsschulen, Lehrkräfte, Ausbilder:innen sowie an über 1.300 Unternehmen im österreichischen Ausbildungsumfeld versendet. Zusätzlich erfolgte eine Weiterleitung über persönliche Kontakte, digitale Kommunikationskanäle und soziale Medien. Darüber hinaus wurde um eine weitere Verbreitung des Links gebeten, sodass die Teilnahme grundsätzlich allen Personen offenstand, die Zugang zum Fragebogen erhielten. Eine vollständige Kontrolle über sämtliche Weiterleitungen war daher nicht möglich.

Innerhalb des Fragebogens waren keine verpflichtenden Antworten vorgesehen; einzelne Fragen konnten bei Bedarf übersprungen werden. Dieses Vorgehen trägt dem Prinzip freiwilliger Teilnahme Rechnung und reduziert das Risiko erzwungener oder wenig reflektierter Antworten. Es wurden keine Incentives oder finanziellen Vergütungen angeboten. Die Teilnahme an der Befragung war anonym; personenbezogene Daten wurden nicht erhoben. Der Zugriff auf die erhobenen Daten war auf die an der Studie beteiligten Personen beschränkt.

3.7 Datenaufbereitung und Auswertungsmethoden

Insgesamt nahmen zunächst $N = 117$ Personen an der Online-Befragung teil. Nach Abschluss des Erhebungszeitraums wurden die erhobenen Daten aus Google Forms exportiert und im Rahmen der Datenaufbereitung zunächst in Microsoft Excel manuell geprüft und bereinigt. Auf

Basis dieser Bereinigung wurde anschließend eine finale Datendatei erstellt, die für die statistische Weiterverarbeitung in IBM SPSS Statistics 31 verwendet wurde.

Im Zuge der Datenbereinigung wurden 15 Datensätze ausgeschlossen, da diese für die geplanten Analysen nicht ausreichend verwertbar waren. Ausschlussgründe waren insbesondere ein vorzeitiger Abbruch der Befragung, das Fehlen zentraler Angaben zu den untersuchten Konstrukten sowie eine größere Anzahl fehlender Werte innerhalb relevanter Variablen. Als zentrale Konstrukte galten dabei insbesondere die Variablen zur wahrgenommenen Glaubwürdigkeit, zur Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie zur Verhaltensintention. Der Ausschluss unvollständiger oder nur eingeschränkt auswertbarer Datensätze stellt ein etabliertes Vorgehen der quantitativen Sozialforschung dar, da fehlende Werte die Aussagekraft statistischer Analysen beeinträchtigen und zu Verzerrungen führen können (vgl. Diekmann, 2023).

Fehlende Angaben in einzelnen Randvariablen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht unmittelbar relevant waren, führten hingegen nicht automatisch zu einem Ausschluss. Datensätze konnten somit in die Analyse einbezogen werden, sofern die zentralen Angaben zu den untersuchten Konstrukten vollständig vorlagen.

Zusätzlich wurden die Datensätze auf auffällige Antwortmuster geprüft. Dies betraf insbesondere gleichförmige Antwortmuster über mehrere aufeinanderfolgende Skalenitems hinweg, sogenanntes Straightlining. Straightlining gilt in der Umfrageforschung als möglicher Hinweis auf geringe Bearbeitungsaufmerksamkeit oder oberflächliches Antwortverhalten und kann die Datenqualität beeinträchtigen (vgl. Krosnick, 1991; Porst, 2014). Die Überprüfung der Antwortmuster ergab keine systematischen Hinweise auf problematische Antwortmuster oder offensichtlich zufälliges Antwortverhalten, sodass aus Gründen der Datenqualität keine weiteren Fälle ausgeschlossen wurden.

Nach Abschluss der Datenbereinigung umfasst die finale Stichprobe $N = 102$ auswertbare Fälle. Für die analyserelevanten Variablen lagen keine fehlenden Werte mehr vor, sodass sämtliche statistischen Analysen auf derselben Fallzahl basierten. Die dokumentierte Datenaufbereitung gewährleistet eine nachvollziehbare Datengrundlage für die nachfolgenden Auswertungen.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe von IBM SPSS Statistics 31. Das Programm wird in der empirischen Sozialforschung häufig zur Auswertung standardisierter Befragungsdaten eingesetzt und eignet sich sowohl für deskriptive als auch für inferenzstatistische Analysen (vgl. Döring, 2023).

Zur Beschreibung der Stichprobe und der zentralen Untersuchungsvariablen wurden zunächst deskriptive Statistiken berechnet. Dazu zählten insbesondere Häufigkeiten, Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Minimum- und Maximumwerte. Zur Prüfung der internen Konsistenz der gebildeten Skalen wurden Reliabilitätsanalysen mittels Cronbachs Alpha durchgeführt (Cronbach, 1951).

Die Prüfung der Hypothesen erfolgte hypothesenspezifisch anhand geeigneter statistischer Verfahren. Zur Untersuchung von H1 wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung verwendet, da alle Teilnehmenden die wahrgenommene Glaubwürdigkeit mehrerer Kommunikationskanäle bewerteten und somit verbundene Messungen vorlagen (vgl. Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010). Die aus mehreren Items gebildeten Mittelwertskalen wurden näherungsweise als intervallskaliert behandelt (vgl. Carifio & Perla, 2008; Norman, 2010). Die Voraussetzung der Sphärizität wurde mittels Mauchly-Test geprüft; bei Verletzung dieser Voraussetzung wurde die Greenhouse-Geisser-Korrektur angewendet (Greenhouse & Geisser, 1959). Zur Identifikation spezifischer Mittelwertunterschiede wurden Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche herangezogen, um die Alpha-Fehler-Inflation bei multiplen Vergleichen zu kontrollieren (vgl. Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010).

Zur Prüfung der Zusammenhangshypothesen H2 bis H4 wurden Pearson-Korrelationen verwendet, da lineare Zusammenhänge zwischen metrisch beziehungsweise intervallskaliert behandelten Indexvariablen untersucht wurden (vgl. Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010). Damit wurden die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz, zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention sowie zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention geprüft. Ergänzend wurden kanalbezogene Korrelationsanalysen durchgeführt, um die Zusammenhänge differenziert nach Kommunikationskanälen betrachten zu können.

Zur Prüfung von H5 wurde eine Mediationsanalyse mit dem PROCESS-Makro für SPSS durchgeführt, da ein indirekter Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention über die Akzeptanz geprüft werden sollte. Die indirekten Effekte wurden mittels bias-korrigierten Bootstrapping-Verfahren mit 5.000 Resamples geschätzt.

Ergänzend wurde untersucht, ob sich die Verhaltensintention zwischen den Kommunikationskanälen unterscheidet. Da die Verhaltensintention kanalbezogen über Einzelitems erfasst wurde, wurde sie für diese ergänzende Analyse vorsichtig als ordinales Maß behandelt (vgl. Jamieson, 2004). Da alle Teilnehmenden die Verhaltensintention für mehrere

Kommunikationskanäle bewerteten, lagen verbundene Messungen im Sinne eines Within-Subjects-Designs vor. Daher wurde hierfür der Friedman-Test als nichtparametrisches Verfahren verwendet. Als Effektstärke wurde Kendall's W berechnet, um die Stärke der Unterschiede zwischen den verbundenen Messungen einzuordnen (vgl. Tomczak & Tomczak, 2014). Bei signifikanten Ergebnissen wurden paarweise Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt, um die Alpha-Fehler-Inflation bei multiplen Vergleichen zu kontrollieren (vgl. Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010). Für diese paarweisen Vergleiche wurde zusätzlich die korrelationsbasierte Effektstärke r berechnet (vgl. Fritz et al., 2012).

Die Auswahl der statistischen Verfahren orientierte sich an den Forschungsfragen und Hypothesen der Arbeit. Die Verfahren dienten dazu, Unterschiede zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen sowie Zusammenhänge zwischen den zentralen Konstrukten systematisch zu prüfen.

4 Datenanalyse

4.1 Deskriptive Statistik und Ergebnisübersicht

Zur besseren Einordnung der nachfolgenden Analysen wird zunächst ein deskriptiver Überblick über die finale Analysestichprobe, die Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikationskanäle sowie die zentralen Untersuchungsvariablen gegeben. Die methodische Beschreibung der Stichprobe und Rekrutierung erfolgte bereits in Kapitel 3.5; im Folgenden stehen die deskriptiven Ergebnisse und ihre anschauliche Darstellung im Vordergrund.

Die folgenden Analysen basieren auf der finalen Analysestichprobe von $N = 102$. Abbildung 2 zeigt die Geschlechterverteilung der Teilnehmenden. Der größte Anteil der Befragten identifizierte sich als männlich ($n = 66$), gefolgt von weiblichen Teilnehmenden ($n = 28$). Drei Personen gaben divers an, fünf Personen machten keine Angabe.

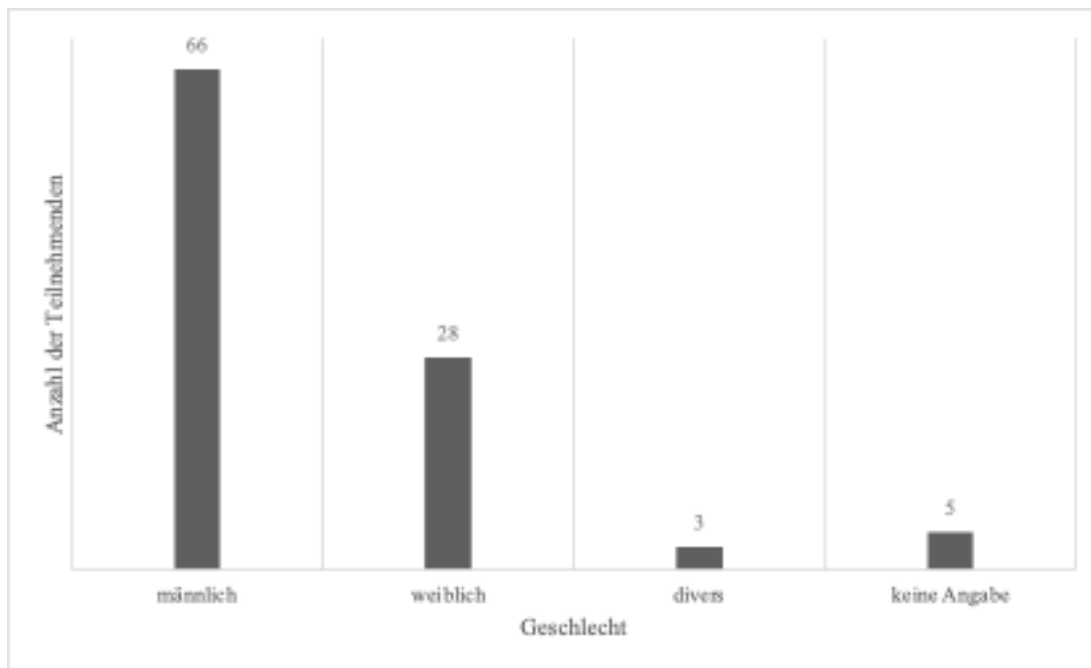


Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Analytestichprobe (Quelle: Eigene Darstellung)

Abbildung 3 zeigt die Altersverteilung der Analytestichprobe. Der Großteil der Befragten war jünger als 21 Jahre. 45 Personen waren unter 18 Jahre alt, 40 Personen entfielen auf die Altersgruppe von 18 bis 20 Jahren. Weitere 13 Personen waren zwischen 21 und 25 Jahre alt, während vier Personen älter als 25 Jahre waren.

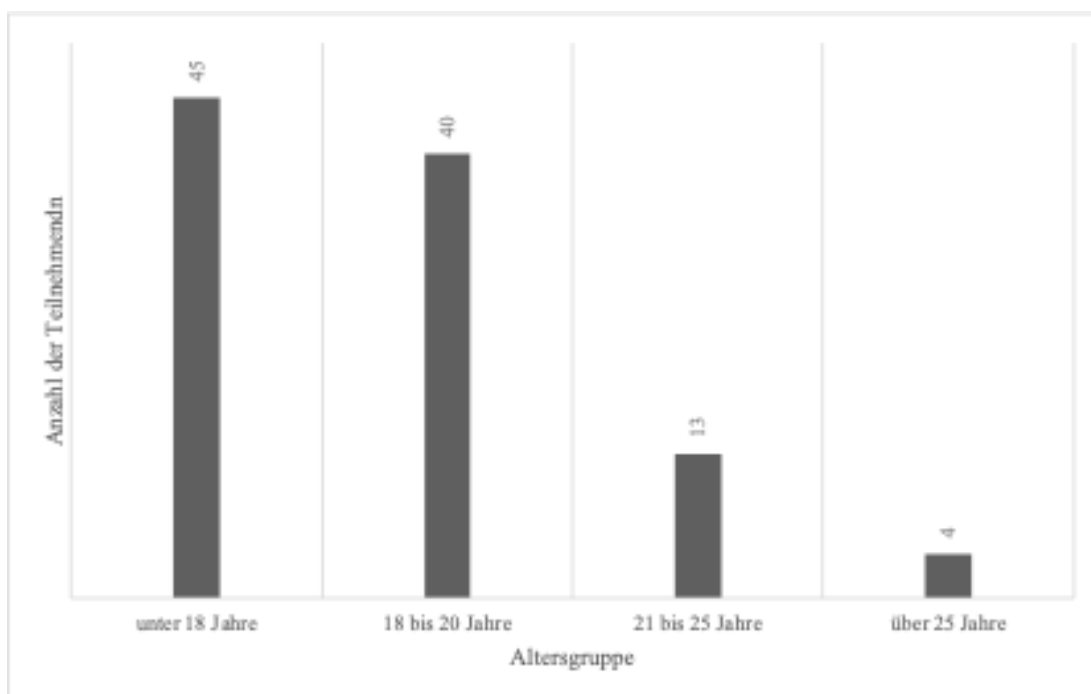


Abbildung 3: Altersverteilung der Analytestichprobe (Quelle: Eigene Darstellung)

Ergänzend wurde erhoben, welche Kanäle die Befragten regelmäßig nutzen, um sich über Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung oder mentale Gesundheit zu informieren. Diese

Auswertung dient der deskriptiven Einordnung der tatsächlichen Nutzung digitaler und analoger Kommunikationskanäle durch Jugendliche und Lehrlinge. Die entsprechende Frage wurde im Fragebogen als tatsächliche Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikationskanäle erfasst.

Für diese Frage lagen 99 gültige Angaben vor; drei Personen machten keine Angabe. Inhaltlich vergleichbare Angaben wie „Ich informiere mich selten oder nie über solche Themen“, „Keine“ und „Tu ich nie“ wurden zur Kategorie „Keine regelmäßige Nutzung“ zusammengefasst. Weitere Einzelnennungen, darunter Ärzt:innen und Bücher, Aushänge in der Berufsschule, Freunde sowie Internet allgemein beziehungsweise ChatGPT/Google, wurden unter „Sonstige Kanäle“ zusammengefasst. Die Verteilung der Nennungen ist in Abbildung 4 dargestellt.

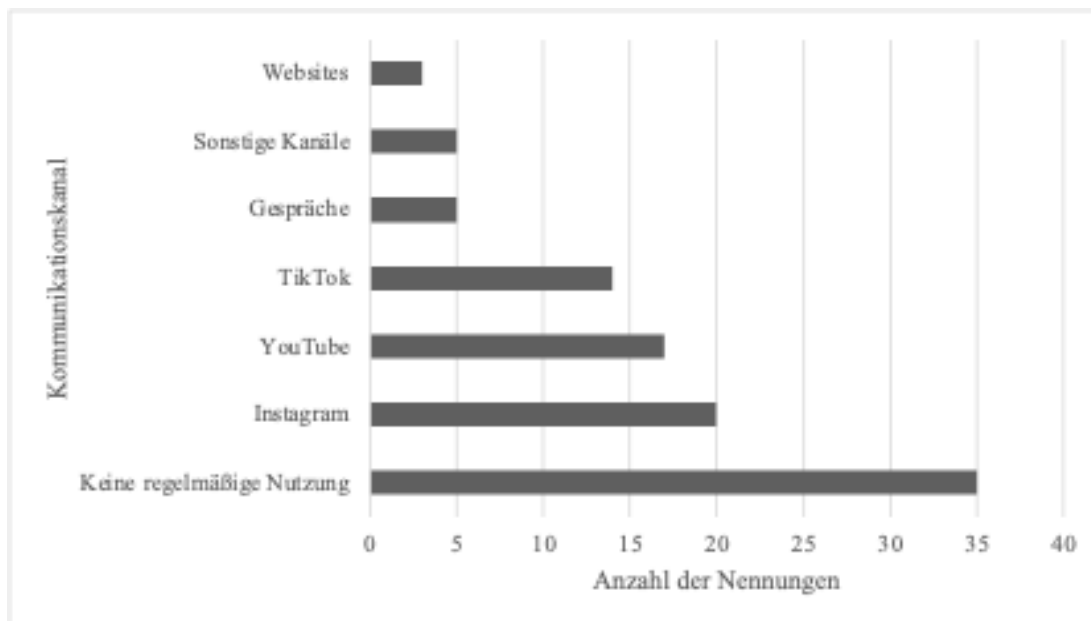


Abbildung 4: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle zur Information über Gesundheitsthemen (Quelle: Eigene Darstellung)

Wie Abbildung 4 zeigt, entfiel der größte Anteil auf die Kategorie „Keine regelmäßige Nutzung“ (n = 35; 35,4 %). Unter den konkret genannten Kommunikationskanälen wurden vor allem Instagram (n = 20; 20,2 %), YouTube (n = 17; 17,2 %) und TikTok (n = 14; 14,1 %) genannt. Gespräche (n = 5; 5,1 %) sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen (n = 3; 3,0 %) wurden dagegen deutlich seltener als regelmäßig genutzte Informationsquellen angegeben. Die genauen Häufigkeiten und Prozentwerte sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle zur Information über Gesundheitsthemen

Kommunikationskanal	n	% der gültigen Angaben
Instagram	20	20,2
TikTok	14	14,1
YouTube	17	17,2
Gespräche	5	5,1
Websites	3	3,0
Sonstige Kanäle	5	5,1
Keine regelmäßige Nutzung	35	35,4
Gesamt gültig	99	100,0

Anmerkung. n = absolute Häufigkeit; Prozentwerte beziehen sich auf 99 gültige Angaben. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Ergänzend wurde explorativ betrachtet, ob sich die regelmäßige Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikationskanäle deskriptiv nach Geschlecht unterscheidet. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Kategorien „divers“ und „keine Angabe“ werden die Unterschiede vor allem für männliche und weibliche Befragte eingeordnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle nach Geschlecht

Kommunikationskanal	Männlich n (%)	Weiblich n (%)	Divers n (%)	Keine Angabe n (%)
Instagram	11 (17,2 %)	9 (32,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
TikTok	10 (15,6 %)	4 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
YouTube	12 (18,8 %)	3 (10,7 %)	1 (33,3 %)	1 (25,0 %)
Gespräche	2 (3,1 %)	2 (7,1 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)
Websites	3 (4,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sonstige Kanäle	3 (4,7 %)	2 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Keine regelmäßige Nutzung	23 (35,9 %)	8 (28,6 %)	1 (33,3 %)	3 (75,0 %)

Anmerkung. Angegeben sind absolute Häufigkeiten und Prozentwerte innerhalb der gültigen Angaben zur Kanalnutzung in der jeweiligen Geschlechtsgruppe. Drei Personen machten keine Angabe zur Kanalnutzung und wurden bei der Prozentberechnung nicht berücksichtigt. Die gültigen Gruppengrößen betragen n = 64 für männlich, n = 28 für weiblich, n = 3 für divers und n = 4 für keine Geschlechtsangabe. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Kategorien „divers“ und „keine Angabe“ werden diese Ergebnisse nicht inhaltlich interpretiert. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Deskriptiv zeigte sich, dass weibliche Befragte Instagram häufiger als regelmäßig genutzte Informationsquelle nannten als männliche Befragte. Bei den männlichen Befragten entfielen die meisten Nennungen unter den konkret genannten Kommunikationskanälen auf YouTube, gefolgt von Instagram und TikTok. In beiden Gruppen gab ein beträchtlicher Anteil an, keinen der abgefragten Kommunikationskanäle regelmäßig zur Information über Gesundheitsthemen zu nutzen. Aufgrund der geringen Fallzahlen in einzelnen Geschlechts- und Kanalkategorien sind die deskriptiven Unterschiede vorsichtig zu interpretieren.

Ergänzend wurde explorativ betrachtet, ob sich die regelmäßige Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikationskanäle deskriptiv nach Altersgruppe unterscheidet. Aufgrund der geringen Fallzahl der über 25-jährigen Befragten wurden die Kategorien „21 bis 25 Jahre“ und „über 25 Jahre“ zur Gruppe „21 Jahre und älter“ zusammengefasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Regelmäßig genutzte Kommunikationskanäle nach Altersgruppe

Kommunikationskanal	Unter 18 Jahre	18 bis 20 Jahre	Über 20 Jahre
	n (%)	n (%)	n (%)
Instagram	7 (15,9 %)	8 (21,1 %)	5 (29,4 %)
TikTok	8 (18,2 %)	5 (13,2 %)	1 (5,9 %)
YouTube	8 (18,2 %)	4 (10,5 %)	5 (29,4 %)
Gespräche	0 (0,0 %)	3 (7,9 %)	2 (11,8 %)
Websites	2 (4,5 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)
Sonstige Kanäle	2 (4,5 %)	2 (5,3 %)	1 (5,9 %)
Keine regelmäßige Nutzung	17 (38,6 %)	15 (39,5 %)	3 (17,6 %)

Anmerkung. Angegeben sind absolute Häufigkeiten und Prozentwerte innerhalb der gültigen Angaben zur Kanalnutzung in der jeweiligen Altersgruppe. Drei Personen machten keine Angabe zur Kanalnutzung und wurden bei der Prozentberechnung nicht berücksichtigt. Die gültigen Gruppengrößen betragen n = 44 für unter 18 Jahre, n = 38 für 18 bis 20 Jahre und n = 17 für 21 Jahre und älter. Die Altersgruppen „21 bis 25 Jahre“ und „über 25 Jahre“ wurden aufgrund der geringen Fallzahl der ältesten Gruppe zusammengefasst. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Deskriptiv zeigte sich, dass TikTok bei den unter 18-Jährigen häufiger genannt wurde als in den älteren Gruppen. Bei den Befragten ab 21 Jahren entfielen die meisten Nennungen auf Instagram und YouTube. In den beiden jüngeren Altersgruppen gab jeweils ein vergleichsweise großer Anteil an, keinen der abgefragten Kommunikationskanäle regelmäßig zur Information

über Gesundheitsthemen zu nutzen. Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen sind die Unterschiede vorsichtig zu interpretieren.

Darüber hinaus werden die zentralen Untersuchungsvariablen deskriptiv dargestellt. Tabelle 6 gibt einen Überblick über Minimum, Maximum, Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). Alle zentralen Variablen wurden auf fünfstufigen Skalen erfasst beziehungsweise als Mittelwertsindizes auf einer Skala von 1 bis 5 berechnet. Höhere Werte stehen jeweils für eine höhere Akzeptanz, eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit beziehungsweise eine höhere Verhaltensintention. Die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen lag im Mittel bei $M = 2,91$ ($SD = 1,03$). Damit bewegte sich die durchschnittliche Akzeptanz im mittleren Bereich der Skala. Hinsichtlich der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der untersuchten Kommunikationskanäle zeigten sich Unterschiede in den Mittelwerten. Die Glaubwürdigkeit wurde kanalbezogen über die Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz erfasst. Diese Dimensionen entsprechen den im Fragebogen verwendeten Items zur Bewertung gesundheitsbezogener Informationen auf Instagram, TikTok, YouTube, in Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie auf Websites. Die höchsten Werte ergaben sich für Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen ($M = 3,12$; $SD = 1,13$) sowie für Websites offizieller Gesundheitsorganisationen ($M = 3,04$; $SD = 1,29$). Niedrigere Werte zeigten sich für YouTube ($M = 2,42$; $SD = 1,01$), Instagram ($M = 2,23$; $SD = 0,94$) sowie TikTok ($M = 2,08$; $SD = 0,93$). Die Mittelwerte der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit nach Kommunikationskanal sind in Abbildung 5 dargestellt.

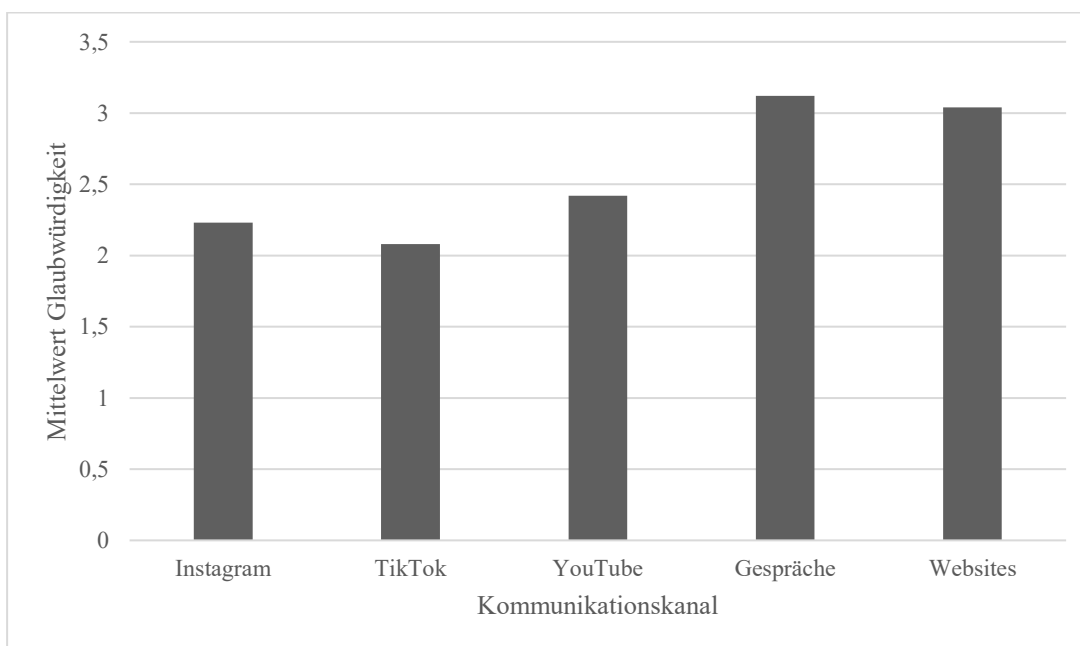


Abbildung 5: Wahrgenommene Glaubwürdigkeit nach Kommunikationskanal (Quelle: Eigene Darstellung)

Auch die Verhaltensintention zur Teilnahme an einem Gesundheitsförderprogramm variierte deskriptiv in Abhängigkeit vom Informationskanal. Die Verhaltensintention wurde dabei über die Frage erhoben, wie wahrscheinlich eine Teilnahme an einem Gesundheitsförderprogramm wäre, wenn die Information über den jeweiligen Kommunikationskanal erfolgt. Der höchste Mittelwert zeigte sich für Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen ($M = 2,76$; $SD = 1,21$), gefolgt von Websites offizieller Gesundheitsorganisationen ($M = 2,29$; $SD = 1,22$). Niedrigere Werte ergaben sich für Instagram ($M = 2,01$; $SD = 1,08$), YouTube ($M = 1,94$; $SD = 1,14$) und TikTok ($M = 1,88$; $SD = 1,12$). Die entsprechenden Mittelwerte sind in Abbildung 6 dargestellt.

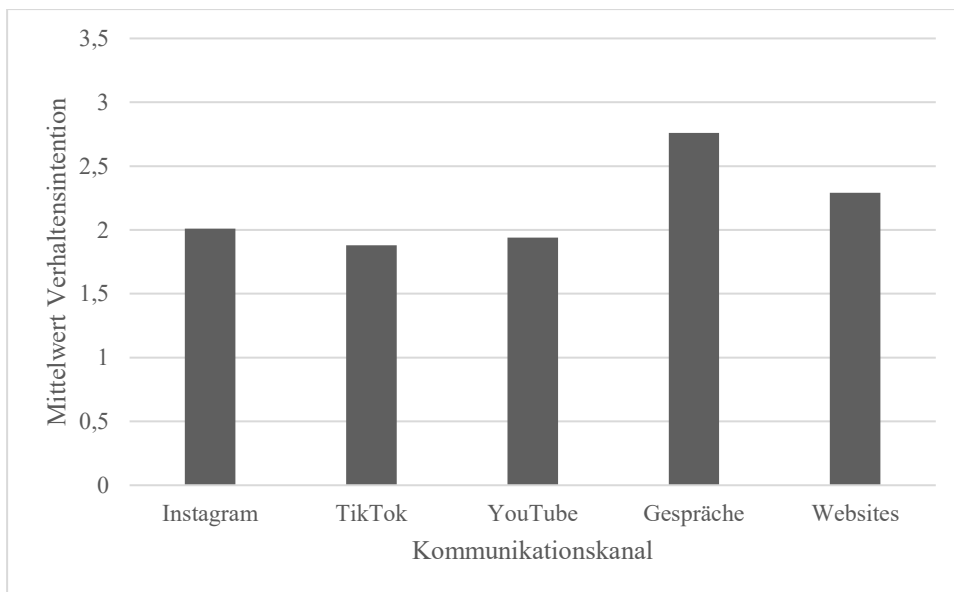


Abbildung 6: Verhaltensintention nach Kommunikationskanal (Quelle: Eigene Darstellung)

Insgesamt lagen die Mittelwerte überwiegend im unteren bis mittleren Skalenbereich. Deskriptiv zeigt sich, dass Gespräche mit Lehrkräften beziehungsweise Ausbilder:innen sowohl bei der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit als auch bei der Verhaltensintention die höchsten Mittelwerte erzielten. Websites offizieller Gesundheitsorganisationen wurden ebenfalls vergleichsweise glaubwürdig bewertet, jedoch deutlich seltener als regelmäßig genutzte Informationsquelle genannt. Die vollständigen deskriptiven Kennwerte der zentralen Untersuchungsvariablen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Deskriptive Kennwerte der zentralen Untersuchungsvariablen

Variable	Min.	Max.	M	SD
Verhaltensintention Instagram	1,00	5,00	2,01	1,08
Verhaltensintention TikTok	1,00	5,00	1,88	1,12
Verhaltensintention YouTube	1,00	5,00	1,94	1,14

Variable	Min.	Max.	M	SD
Verhaltensintention Gespräche	1,00	5,00	2,76	1,21
Verhaltensintention Websites	1,00	5,00	2,29	1,22
Akzeptanz Gesundheitsförderprogramme	1,00	5,00	2,91	1,03
Glaubwürdigkeit Instagram	1,00	4,00	2,23	0,94
Glaubwürdigkeit TikTok	1,00	4,33	2,08	0,93
Glaubwürdigkeit YouTube	1,00	4,33	2,42	1,01
Glaubwürdigkeit Gespräche	1,00	5,00	3,12	1,13
Glaubwürdigkeit Websites	1,00	5,00	3,04	1,29

Anmerkung. Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

4.2 Reliabilität der Konstrukte

Zur Prüfung der internen Konsistenz der aus mehreren Items gebildeten Skalen wurde Cronbachs Alpha berechnet (Cronbach, 1951). Dieses Maß gibt an, inwieweit die Items einer Skala dasselbe zugrunde liegende Konstrukt konsistent erfassen. In der Literatur werden Werte ab $\alpha \geq 0,70$ in explorativen Studien als akzeptabel angesehen (Nunnally & Bernstein, 1994). Höhere Werte ab $\alpha \geq 0,80$ gelten als gut, während Werte ab $\alpha \geq 0,90$ auf eine sehr hohe interne Konsistenz hinweisen (Hair et al., 2019).

Das Konstrukt der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen wurde anhand von vier Items auf einer fünfstufigen Skala erfasst. Die Items wurden zu einer Indexvariable zusammengefasst, welche die allgemeine Akzeptanz widerspiegelt. Die Skala erzielte ein Cronbachs Alpha von $\alpha = 0,831$ und weist somit eine gute interne Konsistenz auf.

Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit der Kommunikationskanäle wurde jeweils anhand der drei Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz operationalisiert. Für jeden der fünf untersuchten Kommunikationskanäle wurde eine eigene Indexvariable gebildet. Die Reliabilitätswerte der kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsindizes lagen zwischen $\alpha = 0,876$ und $\alpha = 0,924$ und sind damit als gut bis sehr gut zu bewerten.

Die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen wurde kanalbezogen über jeweils ein Einzelitem pro Kommunikationskanal erhoben. Da Cronbachs Alpha die interne Konsistenz mehrerer Items einer Skala prüft, wurde für die kanalbezogenen Einzelitems der Verhaltensintention keine Reliabilitätsanalyse mittels Cronbachs Alpha durchgeführt. Die Reliabilitätswerte der gebildeten Skalen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Reliabilitätswerte der gebildeten Skalen

Skala / Index	Items	α
Akzeptanz Gesundheitsförderprogramme (AKZ_Index)	4	0,831
Glaubwürdigkeit Instagram (GL_K1_Instagram)	3	0,878
Glaubwürdigkeit TikTok (GL_K2_TikTok)	3	0,876
Glaubwürdigkeit YouTube (GL_K3_Youtube)	3	0,882
Glaubwürdigkeit Gespräche (GL_K4_Gespräche)	3	0,911
Glaubwürdigkeit Websites (GL_K5_Websites)	3	0,924

Anmerkung. α = Cronbachs Alpha. Die Glaubwürdigkeitsindizes setzen sich jeweils aus den Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz zusammen. Für die kanalbezogenen Einzelitems der Verhaltensintention wurde keine Reliabilitätsanalyse berechnet. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

4.3 Prüfung der Hypothesen und vertiefende Modellanalyse

4.3.1 Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit zwischen den Kommunikationskanälen (Hypothese 1)

Zur Überprüfung von H1 wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Die Voraussetzung der Sphärizität wurde mit dem Mauchly-Test überprüft. Da der Test signifikant ausfiel ($p < 0,001$), ist von einer Verletzung der Sphärizitätsannahme auszugehen. Daher wurde die Greenhouse-Geisser-Korrektur zur Anpassung der Freiheitsgrade herangezogen. Unter Anwendung dieser Korrektur zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des Kommunikationskanals auf die wahrgenommene Glaubwürdigkeit, $F(2,21; 223,44) = 36,72$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,27$. Die Effektstärke ist nach den Richtwerten von Cohen (1988) als groß einzuordnen. Die Ergebnisse des Haupteffekts sind Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Haupteffekt des Kommunikationskanals auf die Glaubwürdigkeit

Effekt	df1	df2	F	p	η_p^2
Kanal	2,21	223,44	36,72	< 0,001	0,27

Anmerkung. df = Freiheitsgrade; F = F-Teststatistik; p = Signifikanzwert; η_p^2 = partielles Eta-Quadrat. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Betrachtet man die Mittelwerte, erzielten Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen die höchsten Glaubwürdigkeitswerte ($M = 3,12$; $SD = 1,13$), gefolgt von Websites offizieller Gesundheitsorganisationen ($M = 3,04$; $SD = 1,29$). Deutlich niedriger wurden hingegen die Social-Media-Kanäle bewertet, insbesondere TikTok ($M = 2,08$; $SD = 0,93$) und Instagram ($M = 2,23$; $SD = 0,94$), während YouTube mit einem Mittelwert von $M = 2,42$ ($SD = 1,01$) zwischen diesen Plattformen und den stärker institutionellen beziehungsweise interpersonellen Informationskanälen lag.

Zur Identifikation der konkreten Mittelwertunterschiede wurden Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen signifikant höhere Glaubwürdigkeitswerte aufwiesen als alle drei untersuchten Social-Media-Kanäle (jeweils $p < 0,001$). Zwischen Gesprächen und Websites zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied ($p = 1,000$). Darüber hinaus wurde TikTok signifikant weniger glaubwürdig eingeschätzt als YouTube ($p < 0,001$), während sich Instagram weder signifikant von TikTok noch von YouTube unterschied. Die vollständigen Bonferroni-korrigierten paarweisen Vergleiche sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit zwischen den Kommunikationskanälen

Kanal 1	Kanal 2	Differenz	SE	p	95 %-KI Untergrenze	95 %-KI Obergrenze
Instagram	TikTok	0,147	0,056	0,103	-0,014	0,308
	YouTube	-0,193	0,080	0,175	-0,422	0,036
	Gespräch	-0,892	0,129	< 0,001	-1,261	-0,523
	Websites	-0,810	0,132	< 0,001	-1,190	-0,431
TikTok	YouTube	-0,340	0,083	< 0,001	-0,579	-0,100
	Gespräch	-1,039	0,136	< 0,001	-1,429	-0,649
	Websites	-0,958	0,140	< 0,001	-1,358	-0,557
YouTube	Gespräch	-0,699	0,115	< 0,001	-1,030	-0,369
	Websites	-0,618	0,111	< 0,001	-0,935	-0,300
Gespräche	Websites	0,082	0,092	1,000	-0,184	0,347

Anmerkung. SE = Standardfehler; p = Signifikanzwert; KI = Konfidenzintervall. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse Hypothese 1. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit unterscheidet sich signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen, wobei interpersonale Kommunikation sowie institutionelle Websites die höchsten Glaubwürdigkeitswerte erzielen.

4.3.2 Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz (Hypothese 2)

Zur Überprüfung von Hypothese 2 wurde untersucht, ob ein positiver Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen besteht. Die Hypothese geht davon aus, dass Personen, die gesundheitsbezogene Informationen als glaubwürdiger einschätzen, Gesundheitsförderprogramme tendenziell auch stärker akzeptieren.

Für die Analyse wurde zunächst ein aggregierter Gesamtindex der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gebildet. Hierzu wurden die fünf kanalspezifischen Glaubwürdigkeitsindizes für Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites zu einem Mittelwert zusammengeführt. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die allgemeine Glaubwürdigkeitswahrnehmung über alle untersuchten Kommunikationskanäle hinweg abzubilden. Es entspricht damit dem theoretischen Verständnis von H2, da diese Hypothese nicht auf einen einzelnen Kommunikationskanal bezogen ist, sondern den übergeordneten Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen adressiert.

Anschließend wurde eine Pearson-Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem aggregierten Glaubwürdigkeitsindex und dem Akzeptanzindex berechnet. Die Pearson-Korrelation eignet sich zur Untersuchung linearer Zusammenhänge zwischen metrischen beziehungsweise als intervallskaliert behandelten Variablen (Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010).

Die Analyse zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen, $r(100) = 0,443$, $p < 0,001$. Nach den Richtwerten von Cohen (1988) ist dieser Zusammenhang als mittlerer Effekt im oberen Bereich einzuordnen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen

Zusammenhang	r	p
Glaubwürdigkeit - Akzeptanz	0,443	< 0,001

Anmerkung. N = 102. r = Pearson-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert. Die Prüfung erfolgte zweiseitig. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Das Ergebnis zeigt, dass Personen, die gesundheitsbezogene Informationen über die untersuchten Kommunikationskanäle insgesamt als glaubwürdiger wahrnehmen, tendenziell

auch eine höhere Akzeptanz gegenüber Gesundheitsförderprogrammen aufweisen. Hypothese 2 wird damit auf globaler Ebene bestätigt.

Ergänzend wurde der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit einzelner Kommunikationskanäle und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen differenziert betrachtet. Diese zusätzliche Analyse diente dazu, zu prüfen, ob der globale Zusammenhang auch auf Ebene der einzelnen Kommunikationskanäle sichtbar wird oder ob sich Unterschiede zwischen den Kanälen zeigen. Hierzu wurden kanalweise Pearson-Korrelationen zwischen den jeweiligen Glaubwürdigkeitsindizes und dem Akzeptanzindex berechnet.

Die Ergebnisse zeigen signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit von Instagram, $r = 0,307$, $p = 0,002$, YouTube, $r = 0,331$, $p < 0,001$, Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen, $r = 0,418$, $p < 0,001$, sowie Websites, $r = 0,407$, $p < 0,001$. Die Effektstärken liegen nach Cohen (1988) überwiegend im mittleren Bereich. Vergleichsweise stärker fielen die Zusammenhänge für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie für Websites aus. Dies weist darauf hin, dass insbesondere interpersonale und institutionelle Informationsquellen mit einer positiveren Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen verbunden sind.

Für TikTok zeigte sich hingegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz, $r = 0,170$, $p = 0,088$. Zwar weist der Zusammenhang deskriptiv ebenfalls in eine positive Richtung, erreicht jedoch nicht das konventionelle Signifikanzniveau. Daraus lässt sich ableiten, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit von TikTok in der vorliegenden Stichprobe nicht in gleichem Maße mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen verbunden ist wie die Glaubwürdigkeit der übrigen untersuchten Kanäle. Die Ergebnisse der kanalweisen Korrelationsanalysen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Kanalweise Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz

Kommunikationskanal	r	p	Interpretation
Instagram	0,307	0,002	signifikant, mittlerer Zusammenhang
TikTok	0,170	0,088	nicht signifikant
YouTube	0,331	< 0,001	signifikant, mittlerer Zusammenhang
Gespräche	0,418	< 0,001	signifikant, mittlerer Zusammenhang

Kommunikationskanal	r	p	Interpretation
Websites	0,407	< 0,001	signifikant, mittlerer Zusammenhang

Anmerkung. N = 102. r = Pearson-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert. Die Prüfungen erfolgten zweiseitig. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse Hypothese 2. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen. Die ergänzenden kanalweisen Analysen zeigen zudem, dass dieser Zusammenhang insbesondere bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie bei Websites stärker ausgeprägt ist. Damit wird deutlich, dass die allgemeine Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen eng mit der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der Informationskanäle verbunden ist.

4.3.3 Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention (Hypothese 3)

Zur Überprüfung von Hypothese 3 wurde untersucht, ob die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen steht. Da sowohl die wahrgenommene Glaubwürdigkeit als auch die Verhaltensintention in der vorliegenden Untersuchung kanalbezogen erhoben wurden, erfolgte die Analyse differenziert nach Kommunikationskanälen. Dadurch konnte geprüft werden, ob eine höhere Glaubwürdigkeit eines bestimmten Kanals jeweils mit einer höheren Teilnahmeintention verbunden ist, sofern die Information über diesen Kanal vermittelt wird.

Zur deskriptiven Einordnung werden zunächst die Mittelwerte der kanalbezogenen Glaubwürdigkeit und der jeweiligen Verhaltensintention gegenübergestellt. Die Übersicht zeigt, dass Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowohl die höchsten Glaubwürdigkeitswerte ($M = 3,12$; $SD = 1,13$) als auch die höchste Verhaltensintention ($M = 2,76$; $SD = 1,21$) aufweisen. Auch Websites offizieller Gesundheitsorganisationen erzielten vergleichsweise hohe Ausprägungen in beiden Konstrukten. Die drei untersuchten Social-Media-Kanäle Instagram, TikTok und YouTube weisen demgegenüber niedrigere Mittelwerte auf. Diese deskriptiven Befunde stehen im Einklang mit den zuvor berichteten Unterschieden zwischen den Kommunikationskanälen. Die deskriptiven Kennwerte sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Übersicht der Mittelwerte von Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention nach Kommunikationskanal

Kanal	M Glaubwürdigkeit	SD	M Intention	SD
Instagram	2,23	0,94	2,01	1,08
TikTok	2,08	0,93	1,88	1,12
YouTube	2,42	1,01	1,94	1,14
Gespräche	3,12	1,13	2,76	1,21
Websites	3,04	1,29	2,29	1,22

Anmerkung. $N = 102$. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Zur Prüfung des Zusammenhangs wurden anschließend Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsindizes und der jeweils zugehörigen Verhaltensintention berechnet. Die Pearson-Korrelation eignet sich zur Untersuchung linearer Zusammenhänge zwischen metrischen oder als intervallskaliert behandelten Variablen (Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010). Da die Glaubwürdigkeit je Kanal als Mittelwertindex aus mehreren Items gebildet wurde und die Verhaltensintention jeweils kanalbezogen auf einer fünfstufigen Antwortskala vorlag, wurde dieses Verfahren für die Zusammenhangsanalyse herangezogen. Die Stichprobengröße betrug in allen Analysen $N = 102$.

Die Ergebnisse zeigen für alle untersuchten Kommunikationskanäle signifikante positive Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention. Die stärksten Zusammenhänge zeigten sich bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen ($r = 0,666$, $p < 0,001$) sowie bei Websites ($r = 0,551$, $p < 0,001$). Nach den Richtwerten von Cohen (1988) sind diese Zusammenhänge als stark einzuordnen. Auch für Instagram ($r = 0,450$, $p < 0,001$), TikTok ($r = 0,434$, $p < 0,001$) und YouTube ($r = 0,421$, $p < 0,001$) ergaben sich signifikante positive Zusammenhänge im mittleren Bereich. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Kanalweise Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention

Kommunikationskanal	r	p	Interpretation
Instagram	0,450	$< 0,001$	signifikant, mittlerer Zusammenhang
TikTok	0,434	$< 0,001$	signifikant, mittlerer Zusammenhang
YouTube	0,421	$< 0,001$	signifikant, mittlerer Zusammenhang

Kommunikationskanal	r	p	Interpretation
Gespräche	0,666	< 0,001	signifikant, starker Zusammenhang
Websites	0,551	< 0,001	signifikant, starker Zusammenhang

Anmerkung. N = 102. r = Pearson-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert. Die Prüfungen erfolgten zweiseitig. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Die Ergebnisse zeigen, dass eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit eines Kommunikationskanals jeweils mit einer höheren Verhaltensintention zur Teilnahme an einem Gesundheitsförderprogramm einhergeht. Besonders deutlich ist dieser Zusammenhang bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie bei Websites. Dies deutet darauf hin, dass interpersonale und institutionelle Informationskanäle nicht nur insgesamt höhere Glaubwürdigkeitswerte aufweisen, sondern dass ihre Glaubwürdigkeit auch besonders eng mit der berichteten Teilnahmeintention verbunden ist.

Auch bei den Social-Media-Kanälen zeigen sich signifikante positive Zusammenhänge. Obwohl Instagram, TikTok und YouTube im Mittel geringere Glaubwürdigkeitswerte und niedrigere Werte der Verhaltensintention aufweisen, gilt auch hier: Je glaubwürdiger ein Kanal eingeschätzt wird, desto höher fällt die Teilnahmeintention aus. Damit zeigt sich, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit kanalübergreifend eine relevante Rolle für die Verhaltensintention spielt.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse Hypothese 3. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen. Die kanalweisen Analysen zeigen zudem, dass dieser Zusammenhang bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen und bei Websites vergleichsweise stark ausgeprägt ist.

4.3.4 Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention (Hypothese 4)

Zur Überprüfung von Hypothese 4 wurde untersucht, ob die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen in positivem Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme steht. Die Hypothese geht davon aus, dass Personen mit einer höheren Akzeptanz gegenüber Gesundheitsförderprogrammen auch eine höhere Bereitschaft zur Teilnahme an solchen Angeboten aufweisen.

Zunächst wurde der globale Zusammenhang zwischen dem Akzeptanzindex und der aggregierten Verhaltensintention berechnet. Die aggregierte Verhaltensintention wurde als Mittelwert der fünf kanalbezogenen Intentionen gebildet. Da beide Variablen als Mittelwertindizes vorlagen, konnten sie für die Zusammenhangsanalyse als intervallskaliert behandelt werden (Carifio & Perla, 2008; Norman, 2010). Zur Analyse wurde eine Pearson-Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Dieses Verfahren eignet sich zur Untersuchung linearer Zusammenhänge zwischen metrischen beziehungsweise intervallskaliert behandelten Variablen (Field, 2024; Bortz & Schuster, 2010).

Die Analyse zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der aggregierten Verhaltensintention, $r(100) = 0,535$, $p < 0,001$. Nach den Richtwerten von Cohen (1988) ist dieser Zusammenhang als stark einzuordnen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention

Zusammenhang	r	p
Akzeptanz - Intention	0,535	< 0,001

Anmerkung. N = 102. r = Pearson-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert. Die Prüfung erfolgte zweiseitig. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Das Ergebnis zeigt, dass Personen mit höherer Akzeptanz gegenüber Gesundheitsförderprogrammen tendenziell auch eine höhere Verhaltensintention zur Teilnahme berichten. Hypothese 4 wird damit auf globaler Ebene bestätigt.

Ergänzend wurde der Zusammenhang zwischen der allgemeinen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention differenziert nach Kommunikationskanälen betrachtet. Hierzu wurde der Akzeptanzindex jeweils mit der kanalbezogenen Teilnahmeintention für Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites korreliert. Diese zusätzlichen Analysen dienen der differenzierten Beschreibung des globalen Zusammenhangs.

Die Ergebnisse zeigen für alle Kommunikationskanäle signifikante positive Zusammenhänge zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen, $r = 0,580$, $p < 0,001$, was nach Cohen (1988) als starker Zusammenhang einzuordnen ist. Ebenfalls deutliche Zusammenhänge ergaben sich für Instagram, $r = 0,429$, $p < 0,001$, und Websites, $r = 0,407$, $p < 0,001$. Diese liegen im mittleren bis stärkeren Bereich. Für YouTube zeigte sich ein mittlerer

Zusammenhang, $r = 0,336$, $p < 0,001$. Der schwächste, aber ebenfalls signifikante positive Zusammenhang ergab sich für TikTok, $r = 0,265$, $p = 0,007$. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Kanalweise Zusammenhänge zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention

Kommunikationskanal	r	p	Interpretation
Instagram	0,429	< 0,001	signifikant, mittlerer bis starker Zusammenhang
TikTok	0,265	0,007	signifikant, schwacher bis mittlerer Zusammenhang
YouTube	0,336	< 0,001	signifikant, mittlerer Zusammenhang
Gespräche	0,580	< 0,001	signifikant, starker Zusammenhang
Websites	0,407	< 0,001	signifikant, mittlerer bis starker Zusammenhang

Anmerkung. N = 102. r = Pearson-Korrelationskoeffizient; p = Signifikanzwert. Die Prüfungen erfolgten zweiseitig. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Die Ergebnisse zeigen, dass eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen kanalübergreifend mit einer höheren Teilnahmeintention verbunden ist. Besonders deutlich fällt dieser Zusammenhang bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen aus. Dies deutet darauf hin, dass eine positive Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen insbesondere in persönlichen Kommunikationskontexten eng mit der Bereitschaft zur Teilnahme verbunden ist. Auch für Websites sowie Instagram zeigen sich deutliche positive Zusammenhänge. Bei TikTok fällt der Zusammenhang zwar schwächer aus, ist jedoch ebenfalls statistisch signifikant.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse Hypothese 4. Die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme. Die ergänzenden kanalweisen Analysen zeigen zudem, dass dieser Zusammenhang je nach Kommunikationskanal unterschiedlich stark ausgeprägt ist und besonders deutlich bei persönlicher Kommunikation über Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen ausfällt.

4.3.5 Mediationsanalyse der Akzeptanz (Hypothese 5)

Zur Überprüfung von Hypothese 5 wurde eine Mediationsanalyse durchgeführt. Ziel war es zu untersuchen, ob der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen teilweise durch die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt wird. Die Hypothese geht davon aus, dass eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit zunächst mit einer höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen verbunden ist und diese wiederum mit einer stärkeren Verhaltensintention zur Teilnahme einhergeht.

Für die Analyse wurden die aggregierten Gesamtindizes der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit, der Akzeptanz und der Verhaltensintention verwendet. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit wurde als Prädiktor, die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als Mediator und die Verhaltensintention als Kriteriumsvariable in das Modell aufgenommen. Zur empirischen Prüfung wurde das PROCESS-Makro für SPSS nach Hayes (2022) verwendet. Spezifiziert wurde ein einfaches Mediationsmodell. Die indirekten Effekte wurden mittels bias-korrigiertem Bootstrapping mit 5.000 Stichproben geschätzt. Dieses Verfahren gilt als besonders geeignet zur Prüfung indirekter Effekte, da es keine Normalverteilung des indirekten Effekts voraussetzt und robuste Konfidenzintervalle liefert (Hayes, 2022; Preacher & Hayes, 2008).

Die Analyse zeigte zunächst einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen. Der unstandardisierte Regressionskoeffizient betrug $B = 0,5657$, $SE = 0,1144$, $t = 4,9461$, $p < 0,001$, 95 %-KI $[0,3388; 0,7926]$. Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit ging somit mit einer höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen einher.

In einem weiteren Schritt wurde die Verhaltensintention simultan durch die wahrgenommene Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz vorhergesagt. Dabei zeigte sich, dass die Akzeptanz ein signifikanter positiver Prädiktor der Verhaltensintention war, $B = 0,3243$, $SE = 0,0751$, $t = 4,3164$, $p < 0,001$, 95 %-KI $[0,1752; 0,4733]$. Auch der direkte Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention blieb unter Kontrolle der Akzeptanz signifikant, $B = 0,3798$, $SE = 0,0959$, $t = 3,9628$, $p < 0,001$, 95 %-KI $[0,1897; 0,5700]$. Das Untersuchungsmodell zur Vorhersage der Verhaltensintention war signifikant, $R^2 = 0,3836$, $F(2, 99) = 30,8063$, $p < 0,001$. Damit erklärte das Modell rund 38,4 % der Varianz der

Verhaltensintention. Die Regressionskoeffizienten des Mediationsmodells sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Regressionskoeffizienten des Mediationsmodells

Prädiktor	Kriterium	B	SE	t	p	95 %-KI
GLGES	AKZINDEX	0,5657	0,1144	4,9461	< 0,001	[0,3388; 0,7926]
AKZINDEX	INTGES	0,3243	0,0751	4,3164	< 0,001	[0,1752; 0,4733]
GLGES	INTGES	0,3798	0,0959	3,9628	< 0,001	[0,1897; 0,5700]
direkter Effekt						

Anmerkung. $N = 102$. B = unstandardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; t = t-Teststatistik; p = Signifikanzwert; KI = Konfidenzintervall. GLGES = aggregierter Glaubwürdigkeitsindex; AKZINDEX = Akzeptanzindex; INTGES = aggregierter Index der Verhaltensintention. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Der indirekte Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention über die Akzeptanz betrug als unstandardisierter Regressionskoeffizient $B = 0,1834$, mit einem Bootstrapping-Standardfehler (BootSE) von 0,0595. Das bias-korrigierte 95%-Bootstrap-Konfidenzintervall lag bei [0,0930; 0,3294] und schloss den Wert 0 nicht ein. Damit war der indirekte Effekt statistisch signifikant (Hayes, 2022). Die Ergebnisse des indirekten Effekts sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Indirekter Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention über die Akzeptanz

Indirekter Effekt	BootSE	95 %-KI
0,1834	0,0595	[0,0930; 0,3294]

Anmerkung. $N = 102$. KI = Konfidenzintervall; $BootSE$ = Bootstrapping-Standardfehler. Konfidenzintervalle basieren auf bias-korrigiertem Bootstrapping mit 5.000 Stichproben. Ein signifikanter indirekter Effekt liegt vor, wenn das Konfidenzintervall den Wert 0 nicht einschließt. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Die Ergebnisse sprechen für eine partielle Mediation. Ein Teil des Zusammenhangs zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention wird über die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt. Gleichzeitig bleibt der direkte Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention auch unter Berücksichtigung der Akzeptanz signifikant. Dies bedeutet, dass wahrgenommene Glaubwürdigkeit sowohl indirekt über eine höhere Akzeptanz als auch direkt mit einer höheren Teilnahmeintention verbunden ist.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse Hypothese 5. Die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention teilweise. Damit stützen die Befunde das theoretisch angenommene Wirkmodell, nach dem glaubwürdige Gesundheitskommunikation sowohl mit

einer positiveren Bewertung gesundheitsfördernder Angebote als auch mit einer höheren Bereitschaft zur Teilnahme verbunden ist.

4.3.6 Ergänzende Analyse: Unterschiede in der Verhaltensintention zwischen Kommunikationskanälen

Ergänzend zu den Hypothesenprüfungen wurde untersucht, ob sich die Verhaltensintention zur Teilnahme an einem Gesundheitsförderprogramm zwischen den Kommunikationskanälen unterscheidet. Diese Analyse erweitert die bisherigen Befunde, indem sie nicht den Zusammenhang zwischen zwei Konstrukten betrachtet, sondern prüft, ob die berichtete Teilnahmeintention je nach Kommunikationskanal unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Zur deskriptiven Einordnung sind in Tabelle 18 die Mittelwerte und Standardabweichungen der Verhaltensintention nach Kommunikationskanal dargestellt.

Tabelle 18: Deskriptive Statistiken der Verhaltensintention nach Kommunikationskanal

Kommunikationskanal	M	SD	N
Instagram	2,01	1,08	102
TikTok	1,88	1,12	102
YouTube	1,94	1,14	102
Gespräche	2,76	1,21	102
Websites	2,29	1,22	102

Anmerkung. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Stichprobengröße. Die Verhaltensintention wurde auf einer fünfstufigen Antwortskala erfasst. Höhere Werte entsprechen einer höheren Teilnahmeintention. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Der Friedman-Test ergab einen signifikanten Unterschied der Verhaltensintention zwischen den Kommunikationskanälen, $\chi^2(4) = 70,660$, $p < 0,001$. Zur Einordnung der Effektstärke wurde Kendall's W herangezogen. Mit $W = 0,173$ weist der Effekt auf einen kleinen bis mittleren Unterschied zwischen den Kommunikationskanälen hin. Die Ergebnisse des Friedman-Tests sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Friedman-Test zur Verhaltensintention nach Kommunikationskanal

χ^2	df	p	Kendall's W
70,660	4	< 0,001	0,173

Anmerkung. N = 102. χ^2 = Chi-Quadrat-Teststatistik des Friedman-Tests; df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert; Kendall's W = Effektstärke des Friedman-Tests. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Die mittleren Ränge zeigen, dass Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen die höchste Teilnahmeintention aufweisen. Die Rangfolge lautet: Gespräche (3,83), Websites (3,16), Instagram (2,77), YouTube (2,67) und TikTok (2,57).

Zur Identifikation spezifischer Gruppenunterschiede wurden paarweise Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt. Zur Kontrolle der Alpha-Fehler-Inflation bei den zehn Paarvergleichen wurden die Signifikanzwerte mittels Bonferroni-Korrektur angepasst. Die paarweisen Vergleiche zeigten, dass sich ausschließlich der Kommunikationskanal Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen signifikant von den übrigen Kanälen unterschied. Die Teilnahmeintention war bei Gesprächen signifikant höher als bei Instagram ($Z = -5,234$, $p_{\text{adj}} < 0,001$, $r = 0,52$), TikTok ($Z = -5,298$, $p_{\text{adj}} < 0,001$, $r = 0,52$), YouTube ($Z = -5,741$, $p_{\text{adj}} < 0,001$, $r = 0,57$) sowie Websites ($Z = -4,297$, $p_{\text{adj}} < 0,001$, $r = 0,43$). Die Effektstärken lagen damit im mittleren bis großen Bereich. Zwischen den drei Social-Media-Kanälen Instagram, TikTok und YouTube ergaben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede. Ebenso unterschieden sich Websites nach Bonferroni-Korrektur nicht signifikant von Instagram, TikTok oder YouTube. Die vollständigen Ergebnisse der Bonferroni-korrigierten paarweisen Vergleiche sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Bonferroni-korrigierte paarweise Wilcoxon-Vergleiche der Verhaltensintention

Kanal 1	Kanal 2	Z	p_{adj}	r	Interpretation
Instagram	TikTok	-1,742	0,815	0,17	nicht signifikant
Instagram	YouTube	-0,765	1,000	0,08	nicht signifikant
Instagram	Gespräche	-5,234	< 0,001	0,52	signifikant, großer Effekt
Instagram	Websites	-1,933	0,532	0,19	nicht signifikant
TikTok	YouTube	-0,658	1,000	0,07	nicht signifikant
TikTok	Gespräche	-5,298	< 0,001	0,52	signifikant, großer Effekt
TikTok	Websites	-2,661	0,078	0,26	nicht signifikant
YouTube	Gespräche	-5,741	< 0,001	0,57	signifikant, großer Effekt
YouTube	Websites	-2,600	0,093	0,26	nicht signifikant
Gespräche	Websites	-4,297	< 0,001	0,43	signifikant, mittlerer Effekt

Anmerkung. $N = 102$. Z = standardisierte Teststatistik des Wilcoxon-Tests; p_{adj} = Bonferroni-korrigierter Signifikanzwert; r = korrelationsbasierte Effektstärke. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Befragungsdaten)

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen signifikant zwischen den untersuchten

Kommunikationskanälen unterscheidet. Besonders deutlich hebt sich der Kanal Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen von den übrigen Kanälen ab. Für diesen Kanal wurde die höchste Teilnahmeintention berichtet. Zwischen den Social-Media-Kanälen Instagram, TikTok und YouTube zeigten sich dagegen keine signifikanten Unterschiede. Auch Websites unterschieden sich nach Bonferroni-Korrektur nicht signifikant von den Social-Media-Kanälen. Die ergänzende Analyse verdeutlicht damit, dass persönliche Kommunikationsformen im Vergleich zu den übrigen untersuchten Kanälen mit einer höheren berichteten Teilnahmeintention verbunden sind.

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung verfolgte das Ziel, zu analysieren, über welche Kommunikationskanäle Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und insbesondere Lehrlinge wirksam erreichen können und welche Rolle dabei die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen spielt. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob sich die untersuchten Kommunikationskanäle Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Glaubwürdigkeit unterscheiden und inwiefern diese Glaubwürdigkeitswahrnehmung mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie mit der Verhaltensintention zur Teilnahme zusammenhängt.

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass sich die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen unterscheidet. Damit konnte Hypothese 1 bestätigt werden. Die höchsten Glaubwürdigkeitswerte erzielten Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. Demgegenüber wurden die Social-Media-Plattformen Instagram, TikTok und YouTube insgesamt deutlich weniger glaubwürdig eingeschätzt. Besonders TikTok und Instagram wiesen vergleichsweise niedrige Glaubwürdigkeitswerte auf, während YouTube leicht darüber lag, jedoch ebenfalls deutlich unter den Werten persönlicher und institutioneller Informationskanäle blieb. Diese Befunde verdeutlichen, dass die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Informationen stark vom jeweiligen Kommunikationskanal geprägt wird.

Ergänzend zeigte die deskriptive Analyse der tatsächlichen Nutzung, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Befragten angab, sich nicht regelmäßig über Gesundheitsthemen zu informieren. Unter den konkret genannten Kanälen wurden vor allem Instagram, YouTube und TikTok genutzt, während Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen deutlich seltener als regelmäßige Informationsquellen genannt wurden. Damit zeigte sich eine Diskrepanz zwischen tatsächlicher Nutzung und wahrgenommener Glaubwürdigkeit: Gerade die häufiger genutzten Social-Media-Kanäle wurden insgesamt weniger glaubwürdig eingeschätzt als persönliche oder institutionelle Informationskanäle.

Darüber hinaus konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen festgestellt werden. Hypothese 2 wurde damit bestätigt. Befragte, die gesundheitsbezogene Informationen über die untersuchten Kanäle insgesamt als glaubwürdiger einschätzten, bewerteten Gesundheitsförderprogramme tendenziell auch positiver. Dieser Zusammenhang zeigt, dass Glaubwürdigkeit nicht nur für die Bewertung einzelner Informationsquellen relevant ist, sondern auch mit der grundsätzlichen Annahme gesundheitsfördernder Angebote verbunden ist. Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie bei Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

Auch Hypothese 3 konnte bestätigt werden. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit eines Kommunikationskanals stand kanalübergreifend in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen. Für alle untersuchten Kanäle zeigte sich: Je glaubwürdiger gesundheitsbezogene Informationen über einen bestimmten Kanal wahrgenommen wurden, desto höher fiel auch die berichtete Wahrscheinlichkeit aus, an einem Gesundheitsförderprogramm teilzunehmen, wenn die Information über diesen Kanal vermittelt wird. Vergleichsweise starke Zusammenhänge ergaben sich dabei für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie für Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. Dies weist darauf hin, dass glaubwürdige persönliche und institutionelle Kommunikationskontexte für die Ausbildung konkreter Teilnahmeabsichten besonders bedeutsam sein können.

Weiterhin zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme. Damit wurde auch Hypothese 4 bestätigt. Personen, die Gesundheitsförderprogramme als relevanter, nützlicher

und interessanter einschätzten, berichteten zugleich eine höhere Bereitschaft, an solchen Programmen teilzunehmen. Die Akzeptanz erwies sich somit als zentrale Voraussetzung dafür, dass gesundheitsfördernde Angebote nicht nur positiv bewertet, sondern auch in eine konkrete Teilnahmeabsicht überführt werden.

Die ergänzende Analyse der kanalbezogenen Verhaltensintention zeigte zudem, dass sich die Teilnahmebereitschaft signifikant zwischen den Kommunikationskanälen unterschied. Die höchste Verhaltensintention wurde für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen festgestellt. Websites offizieller Gesundheitsorganisationen lagen im mittleren Bereich, während die Social-Media-Kanäle Instagram, TikTok und YouTube niedrigere Werte aufwiesen. Auffällig ist, dass Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowohl bei der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit als auch bei der Verhaltensintention die höchsten Mittelwerte erzielten.

Schließlich bestätigte die Mediationsanalyse Hypothese 5. Die Ergebnisse zeigten, dass die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention teilweise vermittelt. Eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit ging somit nicht nur direkt mit einer höheren Teilnahmeintention einher, sondern wirkte auch indirekt über eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen. Gleichzeitig blieb der direkte Effekt der Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention signifikant bestehen. Dies spricht für eine partielle Mediation und verdeutlicht, dass Glaubwürdigkeit sowohl unmittelbar handlungsrelevant sein kann als auch über die positive Bewertung gesundheitsfördernder Angebote wirkt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen eine zentrale Rolle für die Gesundheitskommunikation mit Jugendlichen und Lehrlingen einnimmt. Sie unterscheidet sich deutlich zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen und steht sowohl mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als auch mit der Verhaltensintention zur Teilnahme in Zusammenhang. Besonders persönliche Kommunikationsformen über Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie institutionelle Websites erweisen sich als bedeutsame Kanäle, während Social-Media-Plattformen zwar potenziell Reichweite bieten, jedoch hinsichtlich Glaubwürdigkeit und Teilnahmeintention schwächer abschneiden. Die Ergebnisse unterstreichen damit die Bedeutung einer glaubwürdigen, zielgruppengerechten und kanalbewussten Kommunikation bei der Vermittlung von Gesundheitsförderprogrammen an Lehrlinge und Jugendliche.

Damit beantwortet die Studie die übergeordnete Forschungsfrage dahingehend, dass Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und Lehrlinge besonders dann wirksam erreichen können, wenn sie über glaubwürdige persönliche oder institutionelle Kommunikationskanäle vermittelt werden, während Social-Media-Kanäle eher ergänzend zur Reichweitensteigerung geeignet erscheinen.

5.2 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse

5.2.1 Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der Kommunikationskanäle

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass sich die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen unterscheidet. Besonders hohe Glaubwürdigkeitswerte wurden für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie für Websites offizieller Gesundheitsorganisationen festgestellt, während die Social-Media-Plattformen Instagram, TikTok und YouTube deutlich niedrigere Werte aufwiesen. Damit wird Hypothese 1 gestützt. Zugleich bestätigt sich die Annahme, dass die Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen nicht unabhängig vom jeweiligen Kommunikationskanal wahrgenommen wird, sondern stark durch den Kontext der Informationsvermittlung geprägt ist.

Dieser Befund lässt sich zunächst durch die unterschiedlichen strukturellen Eigenschaften der Kommunikationskanäle erklären. Interpersonale Kommunikationsformen, wie Gespräche mit Lehrpersonen oder Ausbilder:innen, basieren häufig auf bestehenden sozialen Beziehungen und persönlichen Vertrauensstrukturen. In solchen Kommunikationssituationen besteht die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen, Inhalte individuell zu erläutern und Informationen an die jeweilige Situation der Jugendlichen beziehungsweise Lehrlinge anzupassen. Gerade im Ausbildungskontext können Lehrpersonen und Ausbilder:innen als vertraute Bezugspersonen wahrgenommen werden, denen sowohl fachliche Orientierung als auch eine gewisse Nähe zur Lebenswelt der Zielgruppe zugeschrieben wird. Diese Faktoren können dazu beitragen, dass gesundheitsbezogene Informationen in persönlichen Gesprächen als besonders vertrauenswürdig, nachvollziehbar und richtig eingeschätzt werden.

Nach Hovland und Weiss (1951) hängt die persuasive Wirkung einer Botschaft wesentlich davon ab, wie glaubwürdig die Quelle wahrgenommen wird. Dabei spielen insbesondere wahrgenommene Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit eine zentrale Rolle, was auch spätere

Übersichtsarbeiten zur Quellenglaubwürdigkeit bestätigen (Pornpitakpan, 2004). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass Lehrpersonen und Ausbilder:innen nicht nur als Informationsvermittler:innen auftreten, sondern zugleich als soziale Bezugspersonen, deren Einschätzungen von den Befragten als glaubwürdig bewertet werden können. Auch die in dieser Arbeit verwendeten Dimensionen der Glaubwürdigkeit — Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz — lassen sich in diesem Zusammenhang einordnen, da persönliche Kommunikationssituationen sowohl die Nachvollziehbarkeit als auch das Vertrauen in die vermittelten Informationen erhöhen können.

Auch Websites offizieller Gesundheitsorganisationen wurden in der vorliegenden Untersuchung vergleichsweise glaubwürdig eingeschätzt. Dieses Ergebnis lässt sich durch die institutionelle Einbettung solcher Informationsquellen erklären. Offizielle Gesundheitsorganisationen werden häufig mit fachlicher Expertise, wissenschaftlicher Evidenz und einer vergleichsweise neutralen Informationsvermittlung verbunden. Dadurch können entsprechende Websites insbesondere hinsichtlich wahrgenommener Richtigkeit und Transparenz als glaubwürdig erscheinen. Dieser Befund steht im Einklang mit bisherigen Studien, die institutionellen und professionellen Informationsquellen im Gesundheitskontext regelmäßig hohe Glaubwürdigkeitswerte zuschreiben (Syn & Kim, 2013; Peterson et al., 2020; Freeman et al., 2023).

Demgegenüber wurden Social-Media-Plattformen in der vorliegenden Untersuchung deutlich weniger glaubwürdig bewertet. Dieses Ergebnis ist insofern bedeutsam, als soziale Medien zwar für Jugendliche und junge Erwachsene eine hohe Alltagsrelevanz besitzen, daraus jedoch nicht automatisch eine hohe Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen folgt. YouTube nahm innerhalb der Social-Media-Kanäle zwar eine leicht höhere Position ein als Instagram und TikTok, erreichte jedoch ebenfalls nicht die Glaubwürdigkeitswerte persönlicher oder institutioneller Informationskanäle. Plattformen wie Instagram, TikTok und YouTube sind durch nutzergenerierte Inhalte, algorithmische Verbreitungslogiken und interaktive Kommunikationsstrukturen geprägt (Taddicken & Schmidt, 2022). Im Gesundheitskontext kommt hinzu, dass sich fachliche Informationen, persönliche Erfahrungen, Meinungen und potenzielle Fehlinformationen häufig vermischen, wodurch die Einschätzung der Informationsqualität erschwert wird (Chou et al., 2018; Wang et al., 2019; Freeman et al., 2023). Für Rezipient:innen ist daher häufig schwer erkennbar, auf welcher fachlichen Grundlage gesundheitsbezogene Aussagen beruhen und ob die Quelle über entsprechende

Expertise verfügt. Dies kann insbesondere die wahrgenommene Richtigkeit und Transparenz der Informationen beeinträchtigen.

Die geringere Glaubwürdigkeitsbewertung sozialer Medien lässt sich auch mit dem Elaboration Likelihood Model einordnen (Petty & Cacioppo, 1986). In digitalen, schnelllebigen und stark aufmerksamkeitsgetriebenen Informationsumgebungen werden Inhalte häufig beiläufig und unter begrenzter Aufmerksamkeit verarbeitet. Nutzer:innen greifen daher verstärkt auf heuristische Hinweisreize zurück, etwa auf Popularität, visuelle Aufbereitung, Sympathie oder soziale Nähe der Quelle (Metzger & Flanagin, 2013; Sundar, 2008). Solche Hinweisreize können zwar Aufmerksamkeit erzeugen, ersetzen jedoch nicht zwingend die Wahrnehmung fachlicher Glaubwürdigkeit. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten daher darauf hin, dass Social-Media-Kanäle bei Jugendlichen und Lehrlingen zwar potenziell Reichweite schaffen können, im Vergleich zu persönlichen und institutionellen Kanälen jedoch weniger stark als glaubwürdige Quellen für gesundheitsbezogene Informationen wahrgenommen werden.

Die Ergebnisse zur tatsächlichen Nutzung ergänzen diese Interpretation. Während Social-Media-Kanäle wie Instagram, YouTube und TikTok häufiger als regelmäßige Informationsquellen genannt wurden, wurden Gespräche und Websites deutlich seltener genutzt. Gleichzeitig erzielten gerade Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen und Websites offizieller Gesundheitsorganisationen die höchsten Glaubwürdigkeitswerte. Dies verdeutlicht, dass Nutzungshäufigkeit und wahrgenommene Glaubwürdigkeit nicht zwangsläufig übereinstimmen. Für die Gesundheitskommunikation ist diese Diskrepanz bedeutsam, da reichweitenstarke Kanäle nicht automatisch als besonders vertrauenswürdig wahrgenommen werden.

Insgesamt stimmen die Ergebnisse weitgehend mit dem bisherigen Forschungsstand überein. Frühere Studien zeigen ebenfalls, dass interpersonale und institutionelle Informationsquellen im Gesundheitskontext häufig als besonders glaubwürdig bewertet werden, während soziale Medien trotz intensiver Nutzung kritischer eingeschätzt werden (Thai et al., 2018; Brown-Johnson et al., 2018; Lim et al., 2022). Die vorliegende Untersuchung erweitert diese Befunde, indem sie diese Zusammenhänge spezifisch für Jugendliche und Lehrlinge im Kontext von Gesundheitsförderprogrammen betrachtet. Gerade diese Zielgruppe bewegt sich zwischen schulischen, betrieblichen und digitalen Lebenswelten, wodurch unterschiedliche Kommunikationslogiken aufeinandertreffen.

Zusammenfassend unterstreichen die Befunde die zentrale Bedeutung des Kommunikationskanals für die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Informationen. Nicht nur der Inhalt einer Botschaft, sondern auch die Quelle und der kommunikative Kontext beeinflussen maßgeblich, ob Informationen als glaubwürdig eingeschätzt werden. Für die Kommunikation von Gesundheitsförderprogrammen legt dies nahe, dass eine zielgruppengerechte Ansprache nicht allein auf reichweitenstarke Kanäle ausgerichtet sein sollte, sondern auch jene Kanäle berücksichtigen sollte, denen Jugendliche und Lehrlinge Vertrauen, Richtigkeit und Transparenz zuschreiben.

5.2.2 Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen. Personen, die gesundheitsbezogene Informationen über die untersuchten Kommunikationskanäle insgesamt als glaubwürdiger einschätzten, bewerteten Gesundheitsförderprogramme tendenziell auch positiver. Damit wird Hypothese 2 gestützt, wonach eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit einer höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen einhergeht.

Dieser Zusammenhang ist vor dem Hintergrund der theoretischen Konzeption der vorliegenden Arbeit gut erklärbar. Akzeptanz wurde in der vorliegenden Untersuchung als positive Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen verstanden und über die wahrgenommene Relevanz, die wahrgenommene Nützlichkeit, das grundsätzliche Interesse sowie eine grundsätzliche Bereitschaft zur Nutzung entsprechender Angebote erfasst. Diese Dimensionen knüpfen an Akzeptanzmodelle an, die insbesondere wahrgenommene Nützlichkeit, Relevanz und positive Bewertung als zentrale Voraussetzungen der Annahme von Angeboten verstehen (Davis, 1989; Sekhon et al., 2017). Wenn gesundheitsbezogene Informationen als vertrauenswürdig, richtig und transparent wahrgenommen werden, kann dies dazu beitragen, dass auch die damit verbundenen Programme als relevanter und nützlicher eingeschätzt werden. Glaubwürdigkeit steht damit nicht nur mit der Bewertung einzelner Informationen in Zusammenhang, sondern auch mit der übergeordneten Einschätzung gesundheitsbezogener Angebote.

Aus theoretischer Perspektive lässt sich dieser Befund insbesondere mit der Source-Credibility-Theorie einordnen. Nach diesem Ansatz besitzen Informationen aus glaubwürdigen Quellen eine höhere Überzeugungskraft, da Rezipient:innen ihnen eher Vertrauen entgegenbringen und die vermittelten Inhalte eher akzeptieren (Hovland & Weiss, 1951; Pornpitakpan, 2004). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass Gesundheitsförderprogramme eher positiv bewertet werden, wenn die zugrunde liegenden Informationen über glaubwürdig wahrgenommene Kanäle vermittelt werden. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit erscheint damit als ein wichtiger Faktor dafür, dass ein gesundheitsbezogenes Angebot als relevant, nützlich und vertrauenswürdig eingeordnet wird.

Auch im Kontext der Gesundheitskommunikation steht dieses Ergebnis im Einklang mit bisherigen Forschungsarbeiten. Gesundheitsbezogene Empfehlungen und Angebote werden eher angenommen, wenn die zugrunde liegenden Informationen als glaubwürdig, nachvollziehbar und vertrauenswürdig wahrgenommen werden (Sbaffi & Rowley, 2017; Salaschek & Bonfadelli, 2020). Dieser Zusammenhang ist besonders relevant, da Gesundheitsförderprogramme in der Regel freiwillig genutzt werden und ihre Akzeptanz daher stark von subjektiven Bewertungen abhängt. Fehlt die wahrgenommene Glaubwürdigkeit, können auch fachlich fundierte Angebote auf Skepsis stoßen oder als wenig relevant für die eigene Lebenssituation eingeschätzt werden.

Die differenzierte Betrachtung der einzelnen Kommunikationskanäle zeigt zudem, dass der Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Akzeptanz nicht für alle Kanäle gleichermaßen stark ausgeprägt war. Besonders deutliche Zusammenhänge zeigten sich für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie für Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. Dies deutet darauf hin, dass Kommunikationskontexte, denen persönliche Vertrauenswürdigkeit oder institutionelle Fachkompetenz zugeschrieben wird, besonders eng mit der positiven Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen verbunden sind. Gerade im Ausbildungskontext können Lehrpersonen und Ausbilder:innen eine vermittelnde Rolle einnehmen, da sie nicht nur Informationen weitergeben, sondern diese auch einordnen, erklären und an die Lebenswelt der Lehrlinge anschließen können.

Demgegenüber zeigte sich für TikTok kein signifikanter Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz. Zwar war der Zusammenhang auch hier deskriptiv positiv, erreichte jedoch nicht das konventionelle Signifikanzniveau. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass TikTok von den Befragten stärker mit Unterhaltung, Kurzformaten und informeller Kommunikation assoziiert wird. Gesundheitsbezogene Inhalte

auf dieser Plattform können zwar Aufmerksamkeit erzeugen, werden aber möglicherweise weniger stark mit seriösen oder institutionellen Gesundheitsförderprogrammen verbunden. Dadurch könnte die wahrgenommene Glaubwürdigkeit dieses Kanals für die allgemeine Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen weniger bedeutsam sein als bei persönlichen oder institutionellen Informationsquellen. Diese Deutung ist jedoch vorsichtig zu verstehen, da die vorliegende Analyse keine Aussagen über die konkreten Nutzungsmotive oder Plattformassoziationen der Befragten erlaubt.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Glaubwürdigkeit eine zentrale Rolle für die Bewertung gesundheitsbezogener Programme spielt. Sie kann damit als Bewertungsgrundlage dafür verstanden werden, ob Informationen und daraus abgeleitete Angebote als relevant, nützlich und vertrauenswürdig verarbeitet werden (Petty & Cacioppo, 1986; Sbaffi & Rowley, 2017). Für die Kommunikation von Gesundheitsförderprogrammen legt dies nahe, dass nicht nur die inhaltliche Qualität eines Angebots entscheidend ist, sondern auch die Glaubwürdigkeit des Kanals, über den dieses Angebot vermittelt wird. Die Befunde stützen damit die Annahme, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation eine wichtige Grundlage für die Akzeptanz gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Jugendlichen und Lehrlingen bildet.

5.2.3 Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention zur Teilnahme

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen in allen untersuchten Kommunikationskanälen signifikant positiv mit der Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen verbunden war. Damit wird Hypothese 3 gestützt, wonach eine höhere wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen mit einer höheren Verhaltensintention zur Teilnahme einhergeht. Vergleichsweise starke Zusammenhänge zeigten sich bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie bei Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. Dies deutet darauf hin, dass glaubwürdig wahrgenommene Informationskanäle nicht nur die Bewertung gesundheitsbezogener Inhalte prägen, sondern auch mit einer höheren Bereitschaft verbunden sind, eine Teilnahme an entsprechenden Angeboten in Betracht zu ziehen.

Dieser Befund ist vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen der vorliegenden Arbeit gut erklärbar. Die Source-Credibility-Theorie geht davon aus, dass glaubwürdige Quellen eine höhere Überzeugungskraft besitzen, da Rezipient:innen ihnen eher Vertrauen entgegenbringen

und die vermittelten Inhalte stärker berücksichtigen (Hovland & Weiss, 1951; Pornpitakpan, 2004). Übertragen auf Gesundheitsförderprogramme bedeutet dies, dass Informationen, die als vertrauenswürdig, richtig und transparent wahrgenommen werden, eher handlungsbezogen relevant erscheinen können. Glaubwürdigkeit ist damit nicht nur für die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen bedeutsam, sondern auch unmittelbar mit der Bereitschaft verbunden, eine Teilnahme in Erwägung zu ziehen (Nan, 2013).

Ergänzend lässt sich der Zusammenhang mit dem Elaboration Likelihood Model einordnen. Demnach kann Glaubwürdigkeit insbesondere dann als heuristischer Hinweisreiz wirken, wenn Informationen nicht vollständig systematisch verarbeitet werden, sondern unter begrenzter Aufmerksamkeit oder in alltäglichen Nutzungssituationen rezipiert werden (Petty & Cacioppo, 1986). Gerade bei Jugendlichen und Lehrlingen können gesundheitsbezogene Informationen in sehr unterschiedlichen Kontexten wahrgenommen werden, etwa im schulischen oder betrieblichen Alltag, über persönliche Gespräche oder über digitale Medien. In solchen Situationen kann die wahrgenommene Glaubwürdigkeit einer Quelle dazu beitragen, Informationen schneller als relevant einzuordnen und mit einer möglichen Handlungsabsicht zu verknüpfen.

Die vergleichsweise starken Zusammenhänge bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie bei Websites offizieller Gesundheitsorganisationen verdeutlichen, dass persönliche und institutionelle Kanäle nicht nur höhere Glaubwürdigkeitswerte aufweisen, sondern auch enger mit der Teilnahmeintention verbunden sind. Dies kann darauf hindeuten, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit dieser Kanäle stärker in handlungsbezogene Überlegungen übersetzt wird als bei Social-Media-Kanälen. Persönliche Gespräche können Rückfragen ermöglichen und Unsicherheiten reduzieren, während Websites offizieller Gesundheitsorganisationen durch fachliche Autorität und Transparenz Orientierung bieten können.

Auch bei den Social-Media-Kanälen zeigte sich jedoch ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention. Obwohl Instagram, TikTok und YouTube im Durchschnitt niedrigere Glaubwürdigkeitswerte und niedrigere Werte der Verhaltensintention aufwiesen, gilt auch hier: Wenn ein Social-Media-Kanal als glaubwürdiger eingeschätzt wurde, war dies mit einer höheren Teilnahmeintention verbunden. Dieser Befund ist bedeutsam, weil er zeigt, dass Social Media nicht grundsätzlich irrelevant für Gesundheitsförderprogramme ist. Vielmehr kommt es darauf an, ob gesundheitsbezogene

Informationen auf diesen Plattformen als glaubwürdig, nachvollziehbar und vertrauenswürdig wahrgenommen werden.

Aufgrund des querschnittlichen Designs ist dieser Zusammenhang jedoch nicht kausal zu interpretieren, sondern als Hinweis auf eine enge Verbindung zwischen Glaubwürdigkeitswahrnehmung und Teilnahmeintention zu verstehen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen nicht nur mit der allgemeinen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen zusammenhängt, sondern auch unmittelbar mit der Verhaltensintention zur Teilnahme verbunden ist. Für die Kommunikation von Gesundheitsförderprogrammen legt dies nahe, dass glaubwürdige Informationsvermittlung eine wichtige Grundlage dafür bildet, dass Jugendliche und Lehrlinge eine Teilnahme überhaupt als konkrete Handlungsoption in Betracht ziehen. Die Befunde stützen damit die Annahme, dass Glaubwürdigkeit im Prozess zwischen Informationsaufnahme und Teilnahmeintention eine zentrale Rolle bei der Übersetzung gesundheitsbezogener Informationen in konkrete Teilnahmeabsichten einnimmt.

5.2.4 Zusammenhang zwischen Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und Verhaltensintention zur Teilnahme

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme. Personen mit höherer Akzeptanz, also einer positiveren Bewertung der Relevanz, Nützlichkeit und stärkerem Interesses an entsprechenden Angeboten, berichteten zugleich eine höhere Bereitschaft zur Teilnahme. Damit wird Hypothese 4 gestützt, wonach eine höhere Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit einer höheren Verhaltensintention zur Teilnahme einhergeht.

Dieser Zusammenhang ist auch vor dem Hintergrund der Operationalisierung der zentralen Konstrukte bedeutsam. Während die Akzeptanz als allgemeine Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen erfasst wurde, bezog sich die Verhaltensintention auf die berichtete Teilnahmewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit vom jeweiligen Kommunikationskanal. Die Ergebnisse zeigen somit, dass eine positive Grundhaltung gegenüber Gesundheitsförderprogrammen auch mit einer höheren kanalbezogenen Teilnahmeintention verbunden ist.

Der Zusammenhang lässt sich insbesondere durch verhaltenspsychologische Modelle erklären, die die Bedeutung positiver Einstellungen für die Entstehung von Verhaltensintentionen betonen. Die Theory of Planned Behavior geht davon aus, dass die Intention zur Ausführung eines bestimmten Verhaltens maßgeblich durch die Einstellung gegenüber diesem Verhalten geprägt wird (Ajzen, 1991). Wird die Teilnahme an einem Gesundheitsförderprogramm als sinnvoll, nützlich und persönlich relevant bewertet, kann dies die Ausbildung einer entsprechenden Teilnahmeintention begünstigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stehen damit im Einklang mit den zentralen Annahmen dieses Modells. Ergänzend verdeutlichen auch spätere Arbeiten von Fishbein und Ajzen, dass positive Einstellungen gegenüber einem Verhalten eng mit entsprechenden Handlungsabsichten verbunden sind (Fishbein & Ajzen, 2010).

Auch aus Perspektive der Akzeptanz- und Nutzungsforschung ist dieser Befund plausibel. Angebote werden eher in Betracht gezogen, wenn sie von der Zielgruppe als relevant, nützlich und passend wahrgenommen werden (Davis, 1989; Venkatesh et al., 2003). Übertragen auf Gesundheitsförderprogramme bedeutet dies, dass eine positive Bewertung des Angebots eine wichtige Grundlage dafür bildet, dass Jugendliche und Lehrlinge eine Teilnahme überhaupt als mögliche Handlungsoption wahrnehmen. Akzeptanz stellt somit eine zentrale Verbindung zwischen der Bewertung eines Angebots und der Bereitschaft zur Nutzung dar.

Bisherige Forschungsarbeiten im Bereich der Gesundheitskommunikation weisen darauf hin, dass die Akzeptanz gesundheitsbezogener Angebote eine wichtige Voraussetzung für Nutzungs- und Teilnahmeabsichten bildet (Rimer & Kreuter, 2006; Noar et al., 2007; Apolinário-Hagen et al., 2023). Programme, die als lebensnah, verständlich und freiwillig wahrgenommen werden, können eher mit einer positiven Teilnahmebereitschaft verbunden sein. Umgekehrt können Angebote, die als wenig passend, wenig relevant oder bevormundend empfunden werden, auf geringere Akzeptanz und damit auch auf geringere Teilnahmeintentionen stoßen. Gerade bei Gesundheitsförderprogrammen für Jugendliche und Lehrlinge ist dies bedeutsam, da die Teilnahme häufig freiwillig erfolgt und daher stark von subjektiven Bewertungen sowie von der wahrgenommenen Passung zur eigenen Lebenswelt abhängt.

Die kanalbezogenen Analysen der vorliegenden Untersuchung zeigen zudem, dass der Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention je nach Kommunikationskontext unterschiedlich stark ausgeprägt war. Besonders deutlich fiel der Zusammenhang bei Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen aus. Dies deutet darauf hin,

dass eine positive Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen in persönlichen Kommunikationssituationen besonders eng mit der Bereitschaft zur Teilnahme verbunden sein kann. Interpersonale Kommunikationsformen bieten die Möglichkeit, Inhalte näher zu erläutern, Fragen zu klären und mögliche Unsicherheiten oder Barrieren direkt aufzugreifen. Dadurch kann eine bereits vorhandene positive Bewertung eines Programms enger mit einer konkreten Teilnahmeabsicht verbunden sein.

Auch bei Social-Media-Kanälen zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Teilnahmeintention, allerdings mit geringerer Stärke. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass Informationen auf diesen Plattformen häufig in einem stärker unterhaltungsorientierten und beiläufigen Nutzungskontext wahrgenommen werden. Gesundheitsbezogene Inhalte können dort zwar Aufmerksamkeit erzeugen, werden jedoch möglicherweise weniger unmittelbar mit konkreten Handlungsentscheidungen oder institutionellen Gesundheitsförderprogrammen verbunden. Die Interpretation dieser Unterschiede sollte jedoch vorsichtig erfolgen, da die vorliegende Analyse keine Aussagen darüber erlaubt, welche konkreten Nutzungsmotive oder situativen Bedingungen der Bewertung einzelner Kanäle zugrunde lagen.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen eine zentrale Rolle für die Ausbildung von Verhaltensintentionen spielt. Wenn Jugendliche und Lehrlinge Gesundheitsförderprogramme als sinnvoll und alltagsnah wahrnehmen, geht dies mit einer höheren Bereitschaft zur Teilnahme einher. Gerade bei Lehrlingen, deren Alltag durch betriebliche und schulische Anforderungen geprägt ist, erscheint die alltagsbezogene Relevanz eines Angebots besonders bedeutsam. Für die Kommunikation und Gestaltung entsprechender Angebote legt dies nahe, dass nicht nur die reine Bekanntmachung eines Programms entscheidend ist, sondern auch dessen wahrgenommene Relevanz und Passung zur Lebenswelt der Zielgruppe. Die Befunde stützen damit die Annahme, dass Akzeptanz eine zentrale Grundlage dafür bildet, dass Gesundheitsförderprogramme von Jugendlichen und Lehrlingen nicht nur positiv bewertet, sondern auch als konkrete Teilnahmeoption in Betracht gezogen werden.

5.2.5 Unterschiede in der Verhaltensintention zwischen den Kommunikationskanälen

Die ergänzende Analyse zeigte, dass sich die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen signifikant zwischen den untersuchten

Kommunikationskanälen unterschied. Die höchste Teilnahmeintention wurde festgestellt, wenn Informationen über Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen vermittelt wurden. Demgegenüber zeigten sich niedrigere Werte für die Social-Media-Plattformen Instagram, TikTok und YouTube. Websites offizieller Gesundheitsorganisationen lagen deskriptiv zwischen diesen beiden Gruppen von Kommunikationskanälen. Die paarweisen Vergleiche verdeutlichten jedoch, dass sich insbesondere Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen signifikant von allen übrigen Kanälen abhoben, während sich Websites nach Bonferroni-Korrektur nicht signifikant von den Social-Media-Kanälen unterschieden.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass persönliche Kommunikationsformen für die Ausbildung von Teilnahmeintentionen eine besondere Bedeutung haben können. Während digitale Kanäle zur Sichtbarkeit und Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen beitragen können, scheint die Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen besonders dann höher auszufallen, wenn Informationen in einem persönlichen und vertrauensbasierten Kommunikationskontext vermittelt werden. Persönliche Gespräche bieten die Möglichkeit, Informationen direkt zu erklären, Rückfragen zu beantworten und Inhalte an die jeweilige Situation der Jugendlichen beziehungsweise Lehrlinge anzupassen (Street et al., 2009; Ha & Longnecker, 2010). Dadurch können mögliche Unsicherheiten reduziert und individuelle Barrieren für eine Teilnahme thematisiert werden.

Darüber hinaus können persönliche Kommunikationssituationen soziale Einflussprozesse begünstigen. Die Theory of Planned Behavior betont, dass Verhaltensintentionen nicht nur durch individuelle Einstellungen, sondern auch durch subjektive Normen und wahrgenommene soziale Erwartungen geprägt werden (Ajzen, 1991). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass Empfehlungen oder Hinweise von Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen möglicherweise eine höhere Verbindlichkeit und Relevanz entfalten als Informationen, die über digitale Kanäle vermittelt werden. Gerade im Ausbildungskontext können solche Bezugspersonen eine orientierende Funktion einnehmen, da sie im schulischen oder betrieblichen Alltag der Zielgruppe präsent sind.

Die vergleichsweise niedrigeren Teilnahmeintentionen bei Social-Media-Kanälen könnten hingegen damit zusammenhängen, dass Informationen auf diesen Plattformen häufig in einem informellen, unterhaltungsorientierten und beiläufigen Nutzungskontext rezipiert werden. Zwar spielen soziale Medien im Informationsalltag junger Menschen eine wichtige Rolle, jedoch konkurrieren gesundheitsbezogene Inhalte dort mit zahlreichen anderen Inhalten und werden

nicht zwangsläufig mit konkreten Handlungsentscheidungen verknüpft. Die informellen, unterhaltungsorientierten und beiläufigen Nutzungskontexte sozialer Medien lassen sich mit den spezifischen Strukturen sozialer Plattformen erklären, die durch nutzergenerierte Inhalte, algorithmische Verbreitungslogiken und interaktive Kommunikationsformen geprägt sind (Taddicken & Schmidt, 2022; Metzger & Flanagin, 2013). Im Gesundheitskontext kommt hinzu, dass fachliche Informationen, persönliche Erfahrungen, Meinungen und potenzielle Fehlinformationen häufig nebeneinanderstehen, wodurch die handlungsbezogene Einordnung gesundheitsbezogener Inhalte erschwert werden kann (Chou et al., 2018; Wang et al., 2019; Freeman et al., 2023).

Die Ergebnisse stehen zudem in engem Zusammenhang mit den Befunden zur wahrgenommenen Glaubwürdigkeit der Kommunikationskanäle. Jene Kanäle, die als besonders glaubwürdig eingeschätzt wurden, insbesondere Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen, gingen zugleich mit höheren Teilnahmeintentionen einher. Dies deutet darauf hin, dass Glaubwürdigkeit und Teilnahmebereitschaft nicht unabhängig voneinander betrachtet werden sollten. Vielmehr scheint der Kommunikationskanal sowohl die Bewertung der Information als auch die daraus resultierende Handlungsbereitschaft mitzuprägen.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende Analyse keine Aussagen über tatsächliches Teilnahmeverhalten erlaubt. Erfasst wurde die subjektive Wahrscheinlichkeit, an einem Gesundheitsförderprogramm teilzunehmen, wenn die Information über einen bestimmten Kanal vermittelt wird. Die Ergebnisse zeigen somit Unterschiede in der berichteten Teilnahmeintention, nicht jedoch in der tatsächlichen Nutzung entsprechender Angebote. Zudem sollten die Befunde vor dem Hintergrund des nicht-experimentellen und querschnittlichen Designs vorsichtig interpretiert werden.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Wahl des Kommunikationskanals eine zentrale Rolle für die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen spielen kann. Für die Gestaltung zielgruppengerechter Gesundheitskommunikation legt dies nahe, dass digitale Kanäle zwar eine wichtige ergänzende Funktion für Reichweite und Sichtbarkeit übernehmen können, persönliche Kommunikationsformen jedoch besonders bedeutsam erscheinen, wenn konkrete Teilnahmeabsichten gefördert werden sollen. Gerade im Kontext von Jugendlichen und Lehrlingen erscheint es sinnvoll, Gesundheitsförderprogramme nicht ausschließlich digital zu bewerben, sondern auch über vertraute Personen und bestehende schulische beziehungsweise betriebliche Strukturen zu kommunizieren.

5.2.6 Rolle der Glaubwürdigkeit im Wirkmodell (Mediationsanalyse)

Die Ergebnisse der Mediationsanalyse liefern zusätzliche Hinweise auf den zugrunde liegenden Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen, der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme. Die Analyse zeigte, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit sowohl direkt mit der Verhaltensintention verbunden war als auch indirekt über die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit dieser zusammenhing. Damit wird Hypothese 5 gestützt, wonach der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention teilweise durch die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt wird.

Da auch der indirekte Effekt statistisch signifikant war, sprechen die Ergebnisse für eine partielle Mediation. Ein Teil des Zusammenhangs zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Teilnahmeintention lässt sich dadurch erklären, dass glaubwürdig wahrgenommene gesundheitsbezogene Informationen mit einer höheren Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen einhergehen. Wenn Informationen als vertrauenswürdig, richtig und transparent wahrgenommen werden, können auch die damit verbundenen Programme eher als relevant, nützlich und anschlussfähig an die eigene Lebenswelt eingeschätzt werden. Diese positive Bewertung kann wiederum mit einer stärkeren Bereitschaft zur Teilnahme verbunden sein.

Aus theoretischer Perspektive lässt sich dieser Zusammenhang mit Ansätzen der Kommunikations-, Einstellungs- und Verhaltensforschung einordnen. Die Source-Credibility-Theorie geht davon aus, dass glaubwürdige Quellen eine höhere Überzeugungskraft besitzen und dadurch die Akzeptanz vermittelter Inhalte begünstigen können (Hovland & Weiss, 1951; Pornpitakpan, 2004). Ergänzend lässt sich der indirekte Effekt mit der Theory of Planned Behavior erklären, nach der positive Einstellungen gegenüber einem Verhalten eine zentrale Grundlage für die Ausbildung entsprechender Verhaltensintentionen bilden (Ajzen, 1991). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation zunächst zu einer positiveren Bewertung von Gesundheitsförderprogrammen beitragen kann, welche wiederum mit einer höheren Teilnahmeintention verbunden ist.

Gleichzeitig zeigte die Mediationsanalyse, dass der direkte Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention auch unter Berücksichtigung der

Akzeptanz signifikant bestehen blieb. Dies weist darauf hin, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit nicht ausschließlich über die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen mit der Teilnahmeintention verbunden ist. Vielmehr scheint Glaubwürdigkeit auch über die allgemeine Programmbewertung hinaus eine handlungsnahе Bedeutung zu besitzen. Eine mögliche Erklärung hierfür liegt darin, dass glaubwürdige Informationsquellen bereits für sich genommen Orientierung bieten, Unsicherheiten reduzieren und dadurch unmittelbar mit der Bereitschaft verbunden sein können, eine Teilnahme in Betracht zu ziehen.

Dieser direkte Effekt lässt sich auch mit dem Elaboration Likelihood Model einordnen. Demnach kann Glaubwürdigkeit insbesondere dann als wichtiger Hinweisreiz wirken, wenn Informationen nicht ausführlich und systematisch verarbeitet werden, sondern eher unter begrenzter Aufmerksamkeit oder in beiläufigen Nutzungssituationen rezipiert werden (Petty & Cacioppo, 1986). Gerade im Kontext gesundheitsbezogener Informationen für Jugendliche und Lehrlinge kann dies bedeutsam sein, da Kommunikationssituationen häufig von begrenzter Zeit, unterschiedlichem Vorwissen und situativen Nutzungskontexten geprägt sind. Eine als glaubwürdig wahrgenommene Quelle kann daher dazu beitragen, dass Informationen schneller als relevant eingeordnet und handlungsbezogen berücksichtigt werden.

Insgesamt unterstützen die Ergebnisse der Mediationsanalyse das in der vorliegenden Arbeit entwickelte theoretische Wirkmodell. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen erweist sich dabei als zentrale Größe, die sowohl mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als auch mit der Verhaltensintention zur Teilnahme verbunden ist. Die Befunde verdeutlichen, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation nicht nur die positive Bewertung entsprechender Angebote stärken kann, sondern auch unmittelbar mit der Bereitschaft zusammenhängt, eine Teilnahme in Betracht zu ziehen. Damit nimmt Glaubwürdigkeit im untersuchten Wirkmodell eine Schlüsselrolle ein und erklärt zusätzlich, warum die Wahl glaubwürdiger Kommunikationskanäle für die erfolgreiche Vermittlung von Gesundheitsförderprogrammen besonders relevant ist.

5.3 Limitationen der Studie

Trotz der aufschlussreichen Ergebnisse weist die vorliegende Untersuchung einige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt werden müssen. Diese betreffen insbesondere die Zusammensetzung der Stichprobe, das querschnittliche

Erhebungsdesign, die Art der Datenerhebung sowie die Operationalisierung einzelner Konstrukte.

Eine erste Einschränkung betrifft die Stichprobe der Studie. Die Analysen basieren auf einer finalen Stichprobe von 102 Teilnehmenden aus dem österreichischen Ausbildungskontext. Die Rekrutierung erfolgte über unterschiedliche berufliche, schulische und persönliche Zugänge. Damit handelt es sich um eine nicht-zufällige Gelegenheitsstichprobe mit Elementen des Schneeballverfahrens. Die Ergebnisse können daher nicht ohne Einschränkungen auf die Gesamtheit aller Jugendlichen und Lehrlinge übertragen werden. Zudem ist nicht auszuschließen, dass insbesondere Personen teilgenommen haben, die grundsätzlich ein höheres Interesse an Gesundheitsthemen, digitalen Medien oder Gesundheitsförderprogrammen aufweisen. Eine solche Selbstselektion könnte die Ergebnisse beeinflusst haben.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Zusammensetzung der Stichprobe. Obwohl die Untersuchung gezielt Jugendliche und Lehrlinge adressierte und der überwiegende Teil der Befragten einen Bezug zur Lehrausbildung aufwies, umfasste die Stichprobe unterschiedliche Altersgruppen, Ausbildungssituationen und Ausbildungsbereiche. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass alters-, geschlechts- oder ausbildungsbezogene Unterschiede die Wahrnehmung der Kommunikationskanäle, die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen oder die Verhaltensintention beeinflusst haben. Aufgrund der Stichprobengröße wurden solche möglichen Gruppenunterschiede nicht vertiefend analysiert.

Darüber hinaus basiert die vorliegende Untersuchung ausschließlich auf Selbstauskünften der Teilnehmenden. Selbstberichtsdaten sind grundsätzlich anfällig für Verzerrungen, etwa durch soziale Erwünschtheit, Erinnerungseffekte oder subjektive Einschätzungsfehler. Dies ist insbesondere bei gesundheitsbezogenen Themen relevant, da Teilnehmende ihre Einstellungen zu Gesundheitsförderprogrammen oder ihre Bereitschaft zur Teilnahme möglicherweise positiver einschätzen oder darstellen, als es ihrem tatsächlichen Verhalten entsprechen würde. Auch die Bewertung der Glaubwürdigkeit einzelner Kommunikationskanäle spiegelt subjektive Wahrnehmungen wider und erlaubt keine Aussage über die objektive Qualität oder Richtigkeit der dort vermittelten Gesundheitsinformationen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung als Online-Befragung durchgeführt wurde. Dadurch konnten Personen mit höherer digitaler Affinität oder besserem Zugang zu digitalen Endgeräten möglicherweise leichter erreicht werden als andere Teile der Zielgruppe.

Da innerhalb des Fragebogens keine verpflichtenden Antworten vorgesehen waren, konnten einzelne Fragen übersprungen werden. Dies entspricht zwar dem Prinzip freiwilliger Teilnahme, führte jedoch dazu, dass bei ergänzenden Variablen, etwa der tatsächlichen Nutzung von Informationskanälen, einzelne fehlende Angaben vorlagen.

Darüber hinaus war der Fragebogen Teil einer gemeinsamen Erhebung mit mehreren thematischen Schwerpunkten. Obwohl für die vorliegende Arbeit ausschließlich die relevanten Items ausgewertet wurden, könnte die Länge des Gesamtfragebogens das Antwortverhalten beeinflusst haben, etwa durch Ermüdung oder nachlassende Aufmerksamkeit im Verlauf der Befragung. Durch den Pretest und die freiwillige Beantwortung wurde versucht, diese Problematik zu reduzieren; vollständig ausschließen lässt sie sich jedoch nicht.

Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft das querschnittliche und nicht-experimentelle Forschungsdesign. Die Daten wurden zu einem einzigen Zeitpunkt erhoben, ohne dass Kommunikationskanäle experimentell variiert oder Teilnehmende über längere Zeit beobachtet wurden. Daher lassen sich aus den Ergebnissen keine kausalen Schlussfolgerungen ableiten. Die festgestellten Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Verhaltensintention zeigen statistische Beziehungen, erlauben jedoch keine eindeutige Aussage darüber, in welche Richtung die beobachteten Zusammenhänge verlaufen. Auch die Mediationsanalyse ist vor diesem Hintergrund vorsichtig zu interpretieren, da sie auf querschnittlichen Daten basiert und somit keine kausale Vermittlung im strengen Sinne nachweisen kann.

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen erhoben wurde, nicht jedoch das tatsächliche Teilnahmeverhalten. Eine hohe berichtete Teilnahmeintention bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine Teilnahme in der Praxis tatsächlich erfolgt. Zwischen Intention und Verhalten können verschiedene Barrieren liegen, etwa zeitliche Einschränkungen, mangelnde Verfügbarkeit geeigneter Angebote, fehlende organisatorische Unterstützung im Ausbildungsbetrieb oder persönliche Hemmschwellen. Die Ergebnisse geben daher Hinweise auf die potenzielle Teilnahmebereitschaft, nicht jedoch auf die tatsächliche Nutzung von Gesundheitsförderprogrammen.

Eine weitere methodische Einschränkung betrifft die Erfassung der Verhaltensintention. Diese wurde in der vorliegenden Untersuchung kanalbezogen jeweils über ein Einzelitem gemessen. Dieses Vorgehen ermöglichte zwar eine ökonomische und verständliche Erfassung der

Teilnahmewahrscheinlichkeit für mehrere Kommunikationskanäle, bildet das Konstrukt jedoch weniger differenziert ab als eine mehrdimensionale Skala. Dadurch konnten keine Reliabilitätswerte für die kanalbezogenen Intentionen berechnet werden. Zukünftige Studien könnten die Verhaltensintention daher mit mehreren Items pro Kanal erfassen, um die Messgenauigkeit weiter zu erhöhen.

Auch die Operationalisierung der zentralen Konstrukte stellt eine Limitation dar. Die wahrgenommene Glaubwürdigkeit wurde kanalspezifisch und mehrdimensional über Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz erhoben. Auch die Verhaltensintention wurde für jeden Kommunikationskanal getrennt abgefragt. Die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen wurde hingegen als allgemeine Bewertung erfasst und nicht kanalspezifisch differenziert. Dadurch konnte nicht untersucht werden, ob sich die Akzeptanz eines Gesundheitsförderprogramms ebenfalls danach unterscheidet, über welchen Kanal das Programm kommuniziert wird. Zukünftige Studien könnten hier ansetzen und auch die Akzeptanz kanalbezogen erfassen, um differenziertere Wirkungszusammenhänge zwischen Kommunikationskanal, Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Teilnahmeintention zu analysieren.

Zudem wurden mögliche Einflussfaktoren wie Gesundheitsinteresse, Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz, bisherige Erfahrungen mit Gesundheitsförderprogrammen oder die tatsächliche Nutzung einzelner Kommunikationskanäle nicht vertiefend kontrolliert. Diese Faktoren könnten jedoch beeinflussen, wie glaubwürdig bestimmte Kanäle wahrgenommen werden und wie stark daraus Akzeptanz oder Teilnahmeintention entstehen. Gerade die ergänzende Auswertung der tatsächlichen Nutzung zeigte, dass die regelmäßige Nutzung eines Kanals nicht zwangsläufig mit hoher wahrgenommener Glaubwürdigkeit einhergeht. Zukünftige Untersuchungen könnten solche Variablen systematisch einbeziehen, um die beobachteten Zusammenhänge differenzierter erklären zu können.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der Auswahl der untersuchten Kommunikationskanäle. In der vorliegenden Arbeit wurden Instagram, TikTok, YouTube, Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen betrachtet. Andere potenziell relevante Informationswege, etwa Messenger-Dienste, betriebliche Informationsveranstaltungen, Plakate, E-Mail-Kommunikation, Eltern, Peers oder medizinisches Fachpersonal, wurden nicht systematisch einbezogen. Die Ergebnisse beziehen sich daher ausschließlich auf die untersuchten Kanäle und können nicht ohne Weiteres auf andere Formen der Gesundheitskommunikation übertragen werden.

Schließlich ist anzumerken, dass die Studie keine konkreten Inhalte oder Gestaltungsformen von Gesundheitsförderprogrammen untersucht hat. Die Befragten bewerteten die Glaubwürdigkeit unterschiedlicher Kanäle sowie ihre grundsätzliche Akzeptanz und Teilnahmeintention. Es wurde jedoch nicht geprüft, wie spezifische Botschaften, Designs, Absender:innen, Themen oder Formate die Wahrnehmung beeinflussen. Gerade bei Social-Media-Kanälen könnten Unterschiede zwischen professionell gestalteten Inhalten, Influencer-Beiträgen, Erfahrungsberichten oder offiziellen Organisationsprofilen bedeutsam sein. Diese Differenzierungen konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht abgebildet werden.

Trotz dieser Einschränkungen liefert die vorliegende Studie wichtige empirische Hinweise zur Rolle von Kommunikationskanälen in der Gesundheitskommunikation mit Jugendlichen und Lehrlingen. Die Ergebnisse zeigen, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen eng mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme verbunden ist. Die genannten Limitationen schränken die Reichweite der Schlussfolgerungen ein, mindern jedoch nicht den Beitrag der Studie, zentrale Ansatzpunkte für eine zielgruppengerechte und glaubwürdige Kommunikation von Gesundheitsförderprogrammen aufzuzeigen.

5.4 Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern wichtige Hinweise für die Gestaltung von Gesundheitskommunikation im Kontext von Jugendlichen und Lehrlingen. Insbesondere zeigen die Befunde, dass die Wahl des Kommunikationskanals eine zentrale Rolle dafür spielt, wie glaubwürdig gesundheitsbezogene Informationen wahrgenommen werden und inwieweit Gesundheitsförderprogramme akzeptiert sowie als konkrete Teilnahmeoption in Betracht gezogen werden. Für die Praxis ergibt sich daraus die Notwendigkeit, Kommunikationsstrategien nicht ausschließlich an Reichweite auszurichten, sondern auch an der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit, Transparenz und Lebensweltnähe des jeweiligen Kanals.

Eine zentrale praktische Implikation ergibt sich aus der hohen wahrgenommenen Glaubwürdigkeit persönlicher Kommunikationsformen. Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen erzielten sowohl bei der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit als auch bei der Verhaltensintention zur Teilnahme die höchsten Werte. Gesundheitsförderprogramme sollten daher nicht nur digital beworben, sondern gezielt über

bestehende Strukturen in Berufsschulen, Ausbildungsbetrieben und betrieblichen Ausbildungskontexten kommuniziert werden. Lehrpersonen und Ausbilder:innen können dabei als vertrauenswürdige Multiplikator:innen fungieren, indem sie Informationen erklären, Rückfragen ermöglichen und die Relevanz der Angebote für die Lebenswelt der Lehrlinge verdeutlichen. Für die praktische Umsetzung bedeutet dies, dass diese Bezugspersonen frühzeitig in Kommunikationsstrategien eingebunden und mit verständlichen, kurzen und fachlich abgesicherten Informationsmaterialien unterstützt werden sollten.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass institutionelle Informationsquellen wie Websites offizieller Gesundheitsorganisationen ebenfalls vergleichsweise hohe Glaubwürdigkeitswerte aufweisen. Für Anbieter:innen von Gesundheitsförderprogrammen ergibt sich daraus die Implikation, offizielle Online-Angebote klar, transparent und zielgruppengerecht zu gestalten. Websites sollten nicht nur fachlich korrekte Informationen bereitstellen, sondern auch verständlich erklären, worum es bei einem Programm geht, für wen es geeignet ist, welche Vorteile eine Teilnahme haben kann und wie der Zugang konkret erfolgt. Gerade für Jugendliche und Lehrlinge erscheinen eine einfache Sprache, übersichtliche Struktur, mobile Nutzbarkeit und transparente Kennzeichnung der Informationsquelle besonders relevant.

Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass Social-Media-Plattformen zwar im Informationsalltag der Zielgruppe eine Rolle spielen, jedoch nicht automatisch als besonders glaubwürdig wahrgenommen werden. Die deskriptive Analyse der tatsächlichen Nutzung zeigte, dass Instagram, YouTube und TikTok häufiger als regelmäßige Informationsquellen genannt wurden als Gespräche oder Websites. Gleichzeitig wurden gerade diese Social-Media-Kanäle hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit schwächer bewertet. Für die Praxis bedeutet dies, dass Social Media zwar ein wichtiger Zugang zur Zielgruppe sein kann, aber nicht isoliert als alleiniger Kommunikationskanal eingesetzt werden sollte. Vielmehr eignen sich soziale Medien insbesondere dazu, Aufmerksamkeit zu erzeugen, niedrigschwellige Erstinformationen zu vermitteln und Interesse an Gesundheitsförderprogrammen zu wecken.

Eine vielversprechende Strategie liegt daher in einer kanalübergreifenden Kommunikation. Social-Media-Beiträge könnten genutzt werden, um Gesundheitsförderprogramme sichtbar zu machen und auf weiterführende glaubwürdige Informationsquellen zu verweisen, etwa auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen oder auf persönliche Beratungs- und Informationsangebote in Berufsschulen und Ausbildungsbetrieben. Ebenso könnten Social-Media-Inhalte klare Absender:innen, Quellenhinweise und konkrete Kontaktmöglichkeiten enthalten, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Auf diese Weise können die

Reichweitenvorteile sozialer Medien mit der höheren Glaubwürdigkeit institutioneller und persönlicher Kommunikationskanäle verbunden werden.

Auch für die konkrete Gestaltung von Gesundheitsförderprogrammen ergeben sich aus den Ergebnissen relevante Hinweise. Da die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen signifikant mit der Verhaltensintention zur Teilnahme zusammenhing, sollten Programme so kommuniziert werden, dass ihre Relevanz, Nützlichkeit und Passung zur Lebenswelt der Lehrlinge deutlich erkennbar werden. Dabei reicht es nicht aus, ein Angebot lediglich bekannt zu machen. Vielmehr sollte nachvollziehbar vermittelt werden, welchen konkreten Nutzen das Programm für Jugendliche und Lehrlinge hat, wie es in ihren Alltag integriert werden kann und welche Barrieren, etwa Zeitmangel oder Unsicherheit, berücksichtigt werden. Eine glaubwürdige und lebensweltnahe Kommunikation kann somit dazu beitragen, dass Gesundheitsförderprogramme nicht nur wahrgenommen, sondern auch als relevante und realistische Teilnahmeoption eingeschätzt werden.

Für die wissenschaftliche Forschung ergeben sich aus der vorliegenden Studie mehrere Ansatzpunkte. Zukünftige Untersuchungen sollten größere und stärker repräsentative Stichproben einbeziehen, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu verbessern. Insbesondere wäre es sinnvoll, Lehrlinge aus unterschiedlichen Bundesländern, Ausbildungsbereichen und betrieblichen Kontexten systematischer zu berücksichtigen. Dadurch könnten mögliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Ausbildungsbranche oder Ausbildungssituation differenzierter analysiert werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt besteht darin, die tatsächliche Nutzung von Kommunikationskanälen stärker in zukünftige Forschungsmodelle einzubeziehen. Die vorliegende Studie zeigte, dass Nutzungshäufigkeit und Glaubwürdigkeit nicht zwangsläufig übereinstimmen. Künftige Studien könnten daher untersuchen, wie tatsächliche Kanalnutzung, Medienkompetenz, Gesundheitsinteresse, Gesundheitskompetenz und bisherige Erfahrungen mit Gesundheitsförderprogrammen mit der Wahrnehmung von Glaubwürdigkeit und der Teilnahmeintention zusammenhängen. Dadurch ließe sich genauer erklären, warum bestimmte Kanäle häufig genutzt, aber dennoch weniger glaubwürdig bewertet werden.

Darüber hinaus könnten zukünftige Studien die untersuchten Konstrukte noch differenzierter operationalisieren. Während in der vorliegenden Arbeit die wahrgenommene Glaubwürdigkeit und die Verhaltensintention kanalspezifisch erhoben wurden, wurde die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen als allgemeine Bewertung erfasst. Künftige Untersuchungen

könnten auch die Akzeptanz kanalbezogen messen, um genauer zu analysieren, ob ein und dasselbe Gesundheitsförderprogramm je nach Kommunikationskanal unterschiedlich bewertet wird. Ebenso wäre es sinnvoll, die Verhaltensintention mit mehreren Items pro Kanal zu erfassen, um die Messgenauigkeit weiter zu erhöhen.

Schließlich sollten zukünftige Forschungsarbeiten neben der Verhaltensintention auch das tatsächliche Teilnahmeverhalten untersuchen. Longitudinale Designs könnten zeigen, ob glaubwürdig wahrgenommene Informationen und hohe Akzeptanz tatsächlich zu späterer Teilnahme führen. Experimentelle Designs könnten darüber hinaus prüfen, wie konkrete Botschaften, Absender:innen, Formate oder Plattformkontexte die Glaubwürdigkeit, Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft beeinflussen. Besonders im Bereich sozialer Medien wäre es relevant zu untersuchen, ob offizielle Gesundheitsorganisationen, Influencer:innen, Lehrpersonen oder Peer-Kommunikation unterschiedliche Wirkungen entfalten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation eine zentrale Grundlage für die erfolgreiche Vermittlung von Gesundheitsförderprogrammen an Jugendliche und Lehrlinge bildet. Für die Praxis bedeutet dies, dass Gesundheitsförderprogramme nicht nur über reichweitenstarke Kanäle sichtbar gemacht werden sollten, sondern vor allem über solche Kommunikationswege vermittelt werden müssen, denen die Zielgruppe Vertrauen, Richtigkeit und Transparenz zuschreibt. Eine Kombination aus aufmerksamkeitsstarken digitalen Kanälen, glaubwürdigen institutionellen Informationsangeboten und persönlicher Ansprache im schulischen beziehungsweise betrieblichen Kontext erscheint dabei besonders vielversprechend.

6 Fazit

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, zu untersuchen, über welche Kommunikationskanäle Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und insbesondere Lehrlinge glaubwürdig erreichen können und welche Rolle dabei die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen spielt. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob sich unterschiedliche Kommunikationskanäle hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Glaubwürdigkeit unterscheiden und inwiefern diese Glaubwürdigkeitswahrnehmung mit der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen sowie mit der Verhaltensintention zur Teilnahme zusammenhängt.

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde eine quantitative Online-Befragung durchgeführt. Insgesamt nahmen 117 Personen an der Studie teil. Nach der Datenbereinigung und dem Ausschluss unvollständiger beziehungsweise nicht verwertbarer Datensätze wurden 102 Fälle in die statistische Analyse einbezogen. Die Stichprobe bestand überwiegend aus Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Bezug zur Lehrausbildung und wurde über schulische, berufliche sowie persönliche Zugänge rekrutiert.

Die Ergebnisse der Studie zeigen zunächst, dass sich die wahrgenommene Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen signifikant zwischen den untersuchten Kommunikationskanälen unterscheidet. Besonders hohe Glaubwürdigkeitswerte wurden für Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen sowie für Websites offizieller Gesundheitsorganisationen festgestellt. Demgegenüber wurden Social-Media-Plattformen wie Instagram, TikTok und YouTube insgesamt als weniger glaubwürdig wahrgenommen. Gleichzeitig zeigte die ergänzende deskriptive Analyse der tatsächlichen Nutzung, dass Social-Media-Kanäle häufiger als regelmäßige Informationsquellen genannt wurden als Gespräche oder Websites. Damit wurde eine zentrale Diskrepanz sichtbar: Kanäle, die im Alltag häufiger genutzt werden, werden nicht zwangsläufig auch als besonders glaubwürdig eingeschätzt.

Darüber hinaus konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen und der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen festgestellt werden. Personen, die gesundheitsbezogene Informationen über die untersuchten Kommunikationskanäle insgesamt als glaubwürdiger einschätzten, bewerteten Gesundheitsförderprogramme tendenziell auch positiver. Ebenso zeigte sich, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit kanalbezogen positiv mit der Verhaltensintention zur Teilnahme verbunden war. Je glaubwürdiger ein Kommunikationskanal eingeschätzt wurde, desto höher fiel auch die berichtete Wahrscheinlichkeit aus, an einem Gesundheitsförderprogramm teilzunehmen, wenn die Information über diesen Kanal vermittelt wird.

Auch zwischen der Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen und der Verhaltensintention zur Teilnahme zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang. Programme, die von den Befragten als relevant, nützlich und interessant wahrgenommen wurden, gingen mit einer höheren Teilnahmebereitschaft einher. Die Akzeptanz erwies sich damit als wichtige Verbindung zwischen der Bewertung gesundheitsbezogener Angebote und der Bereitschaft, eine Teilnahme konkret in Betracht zu ziehen.

Zusätzlich zeigte sich, dass sich die Verhaltensintention zur Teilnahme an Gesundheitsförderprogrammen zwischen den Kommunikationskanälen unterschied. Die höchsten Teilnahmeintentionen wurden bei persönlicher Kommunikation über Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen festgestellt. Websites offizieller Gesundheitsorganisationen lagen deskriptiv im mittleren Bereich, während die Social-Media-Kanäle niedrigere Werte aufwiesen. Die Mediationsanalyse verdeutlichte schließlich, dass der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention teilweise durch die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen vermittelt wird. Gleichzeitig blieb ein direkter Zusammenhang zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention bestehen. Damit bestätigt sich die zentrale Rolle der Glaubwürdigkeit im untersuchten Wirkmodell.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass glaubwürdige Gesundheitskommunikation eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Vermittlung von Gesundheitsförderprogrammen an Jugendliche und Lehrlinge darstellt. Social-Media-Plattformen können aufgrund ihrer Nutzung und Reichweite wichtige Einstiegskanäle sein, sollten jedoch durch glaubwürdige persönliche oder institutionelle Informationsangebote ergänzt werden. Persönliche Kommunikationsformen sowie institutionelle Informationsquellen scheinen besonders geeignet, um Glaubwürdigkeit aufzubauen, Akzeptanz zu fördern und Teilnahmeintentionen zu stärken.

Die vorliegende Studie leistet damit einen Beitrag zum besseren Verständnis der Rolle unterschiedlicher Kommunikationskanäle in der Gesundheitskommunikation mit jungen Zielgruppen. Sie zeigt, dass die Wahl des Kommunikationskanals nicht nur für die Sichtbarkeit von Gesundheitsförderprogrammen bedeutsam ist, sondern auch für deren Bewertung und die Bereitschaft zur Teilnahme. Für die Praxis bedeutet dies, dass Gesundheitsförderprogramme Jugendliche und Lehrlinge besonders dann erreichen können, wenn reichweitenstarke digitale Kanäle mit glaubwürdigen persönlichen und institutionellen Kommunikationswegen kombiniert werden. Entscheidend ist somit nicht allein, über welche Kanäle Gesundheitsförderprogramme sichtbar gemacht werden, sondern ob diese Kanäle von der Zielgruppe auch als glaubwürdig, nachvollziehbar und vertrauenswürdig wahrgenommen werden.

Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Almeida, C., Macedo-Rouet, M., & Massarani, L. (2022). When does credibility matter? The assessment of information sources in teenagers' navigation regimes. *Journal of Librarianship and Information Science*, 55(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/09610006211064647>
- Alotaibi, K. A. (2025). Perceived credibility of public health campaigns and its impact on infection control behaviors: Mediating roles of health literacy and motivation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 3153–3163. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S520357>
- Amstad, F., Suris, J.-C., Barrense-Dias, Y., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Bernath, J., Süss, D., Suggs, S., Bucher Della Torre, S., Wieber, F., von Wyl, A., Zysset, A., Schiftan, R., & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022). Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis (Bericht Nr. 9). Gesundheitsförderung Schweiz. <https://gesundheitsfoerderung.ch/node/8253>
- Angerer, P., Niedermeier, H., Graf, T., Manthey, A., Marten-Mittag, B., Schmidt, H.-L., & Gündel, H. (2015). Fit4U – ein Präventionsprogramm zur Vermeidung und Verminderung von Übergewicht bei Auszubildenden im Betrieb. *Das Gesundheitswesen*, 77(S 01), S95–S96. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333247>
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag.
- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Salewski, C., Lehr, D., & Ebert, D. D. (2023). Akzeptanz und Nutzung von E-Mental-Health-Angeboten unter Studierenden: Sekundäranalyse eines Experiments. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18, 196–203. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00945-1>
- Appelman, A., & Sundar, S. S. (2016). Measuring message credibility: Construction and validation of an exclusive scale. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 93(1), 59–79. <https://doi.org/10.1177/1077699015606057>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Atteslander, P., Ulrich, G.-S., Hadjar, A., Lenk, M., & Schubert, F. (2023). Methoden der empirischen Sozialforschung (14., neu bearb. u. erw. Aufl.). Erich Schmidt Verlag.
- Beelmann, A., Pfof, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>
- Boer, M., Stevens, G. W. J. M., Finkenauer, C., van den Eijnden, R. J. J. M., & de Looze, M. E. (2020). Social media use intensity, social media use problems, and mental health among adolescents: Investigating directionality and mediating processes. *Computers in Human Behavior*, 116, 106645. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106645>
- Bonevski, B., Guillaumier, A., Paul, C., & Walsh, R. (2013). The vocational education setting for health promotion: A survey of students' health risk behaviours and preferences for help. *Health Promotion Journal of Australia*, 24(3), 185–191. <https://doi.org/10.1071/HE13047>
- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2020). Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen (3., völlig überarb. Aufl.). Herbert von Halem.

- Borah, P., & Xiao, X. (2018). The importance of 'likes': The interplay of message framing, source, and social endorsement on credibility perceptions of health information on Facebook. *Journal of Health Communication*, 23(4), 399–411. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1455770>
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessler, F., & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17, 361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Bromme, R., & Goldman, S. R. (2014). The public's bounded understanding of science. *Educational Psychologist*, 49(2), 59–69. <https://doi.org/10.1080/00461520.2014.921572>
- Brown-Johnson, C. G., Boeckman, L. M., White, A. H., Burbank, A. D., Paulson, S., & Beebe, L. A. (2018). Trust in health information sources: Survey analysis of variation by sociodemographic and tobacco use status in Oklahoma. *JMIR Public Health and Surveillance*, 4(1), e8. <https://doi.org/10.2196/publichealth.6260>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2018). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (2. Aufl.).
- Caban, S., Makos, S., & Thompson, C. M. (2023). The role of interpersonal communication in mental health literacy interventions for young people: A theoretical review. *Health Communication*, 38(13), 2818–2832. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2121473>
- Cain, J. A., Armstrong, C., & Hou, J. (2020). Somebody Google a doctor! Urgent health information seeking habits of young adults. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 10(2), e202006. <https://doi.org/10.29333/ojcm/7853>
- Carifio, J., & Perla, R. (2008). Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42(12), 1150–1152. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03172.x>
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Carpenter, C. J. (2015). A meta-analysis of the ELM's argument quality × processing type predictions. *Human Communication Research*, 41(4), 501–534. <https://doi.org/10.1111/hcre.12054>
- Catapan, S. d. C., Sazon, H., Zheng, S., Gallegos-Rejas, V., Mendis, R., Santiago, P. H. R., & Kelly, J. T. (2025). A systematic review of consumers' and healthcare professionals' trust in digital healthcare. *npj Digital Medicine*, 8, Article 115. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01510-8>
- Chen, F., & Wang, Y. (2025). The impact of source credibility and information quality on healthcare consumers' attitudes: The moderating role of perceived severity. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1689496. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1689496>
- Chou, W. Y. S., Oh, A., & Klein, W. M. P. (2018). Addressing health-related misinformation on social media. *JAMA*, 320(23), 2417. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16865>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (2nd ed., pp. 170–222). Open University Press.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- De Jans, S., Van de Sompel, D., De Veirman, M., & Hudders, L. (2020). #Sponsored! How the recognition of sponsoring on Instagram posts affects adolescents' brand evaluations through source evaluations. *Computers in Human Behavior*, 109, 106342. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106342>
- De Veirman, M., Cauberghe, V., & Hudders, L. (2017). Marketing through Instagram influencers: The impact of number of followers and product divergence on brand attitude. *International Journal of Advertising*, 36(5), 798–828. <https://doi.org/10.1080/02650487.2017.1348035>
- Diekmann, A. (2023). Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt.
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. M. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e112. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>
- Djafarova, E., & Rushworth, C. (2017). Exploring the credibility of online celebrities' Instagram profiles in influencing the purchase decisions of young female users. *Computers in Human Behavior*, 68, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.009>
- Domanska, O. M., Loer, A.-K. M., Stock, C., & Jordan, S. (2022). Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 479–487. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00913-1>
- Döring, N. (2023). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (6. Aufl.). Springer.
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273–288. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_1
- Einboden, R., Choi, I., Ryan, R., Petrie, K., Johnston, D., & Harvey, S. B. (2021). “Having a thick skin is essential”: Mental health challenges for young apprentices in Australia. *Journal of Youth Studies*, 24(3), 355–371. <https://doi.org/10.1080/13676261.2020.1728240>
- Eysenbach, G. (2002). Infodemiology: The epidemiology of (mis)information. *The American Journal of Medicine*, 113(9), 763–765.
- Eysenbach, G. (2008). Credibility of health information and digital media: New perspectives and implications for youth. In *Digital media, youth, and credibility* (pp. 123–154). MIT Press.
- Feijóo, B., Sádaba, C., & Zozaya, L. (2023). Distrust by default: Analysis of parent and child reactions to health misinformation exposure on TikTok. *International Journal of Adolescence and Youth*, 28(1), 2244595. <https://doi.org/10.1080/02673843.2023.2244595>
- Felder-Puig, R., Teufl, L., & Winkler, R. (2024). Die Gesundheitskompetenz von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. HBSC-Factsheet 07 aus der Erhebung 2021/22. BMSGPK.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen: Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (6th ed.). SAGE Publications.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. *Psychology Press*. <https://doi.org/10.4324/9780203838020>
- Flanagin, A. J., & Metzger, M. J. (2000). Perceptions of internet information credibility. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 77(3), 515–540. <https://doi.org/10.1177/107769900007700304>
- Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., & Scott, K. M. (2020). The role of trust when adolescents search for and appraise online health information. *The Journal of Pediatrics*, 221, P215–223.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.02.074>
- Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., & Scott, K. M. (2023). How adolescents trust health information on social media: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 23(4), 703–719. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.12.011>
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. *Journal of Health Communication*, 21(sup2), 54–60. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1201175>
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Goodyear, V. A., & Armour, K. M. (2021). Young people's health-related learning through social media: What do teachers need to know?. *Teaching and Teacher Education*, 102, 103340. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103340>
- Green, L. W., Gielen, A. C., Ottoson, J. M., Peterson, D. V., & Kreuter, M. W. (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation : creating behavioral, environmental, and policy change*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. Vereinigtes Königreich: McGraw-Hill.
- Greenhouse, S. W., & Geisser, S. (1959). *On methods in the analysis of profile data*. *Psychometrika*, 24(2), 95–112. <https://doi.org/10.1007/BF02289823>
- Guo, X., Chen, S., Zhang, X., Ju, X., & Wang, X. (2020). Exploring patients' intentions for continuous usage of mHealth services: Elaboration-likelihood perspective study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(4), e17258. <https://doi.org/10.2196/17258>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor–patient communication: A review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43.
- Hafner, J., Schönfeld, S., Tokgöz, P., Hrynichsyn, R., Schulbach, A., & Dockweiler, C. (2022). Akzeptanz von digitalen Gesundheitstechnologien bei leichter bis mittelgradiger Depression – Eine qualitative Analyse aus der Perspektive von Betroffenen, Angehörigen und Leistungsbringern. *Psychiatrische Praxis*, 49(6), 313–321. <https://doi.org/10.1055/a-1472-5388>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Hampel, K., Schnetzer, S., & Hurrelmann, K. (2024). Trendstudie Jugend in Deutschland: Erkenntnisse aus der sechsten Befragung 2023. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 19(3), 415. <https://doi.org/10.3224/diskurs.v19i3.08>
- Hannemann, N., & Babitsch, B. (2024). Trust in sources of information about digital health technologies: The user's perspective. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3), ckae144.1177. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1177>

- Hawkins, R. P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M., & Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research*, 23(3), 454–466. <https://doi.org/10.1093/her/cyn004>
- Hayes, A. F. (2022). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (3rd ed.). The Guilford Press.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: The impact of the Internet and its implications for health care providers. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2618–2624. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2618>
- Hocevar, K., Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (2017). Source credibility, expertise, and trust in health and risk messaging. In Oxford Research Encyclopedia of Communication. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.287>
- Hornik, R. (Ed.). (2002). Public health communication: Evidence for behavior change. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15(4), 635–650. <https://doi.org/10.1086/266350>
- Hovland, C. I., Janis, I. L., & Kelley, H. H. (1953). Communication and persuasion. Yale University Press.
- Hu, Y., & Sundar, S. S. (2010). Effects of online health sources on credibility and behavioral intentions. *Communication Research*, 37(1), 105–132. <https://doi.org/10.1177/0093650209351512>
- Hurrelmann, K. (2010). Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (7. Aufl.). Juventa.
- Hurrelmann, K., & Bauer, U. (2021). Einführung in die Sozialisationstheorie (13. Aufl.). Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hogrefe.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2022). Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (14., überarb. Aufl.). Beltz Juventa.
- Ishikawa, H., Miyawaki, R., Kato, M., Legge Muilenburg, J., Azaad Tomar, Y., & Kawamura, Y. (2025). Digital health literacy and trust in health information sources: A comparative study of university students in Japan, the United States, and India. *SSM - Population Health*, 31, 101844. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101844>
- Jamieson, S. (2004). Likert scales: How to (ab)use them. *Medical Education*, 38(12), 1217–1218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x>
- Josuweit, J., Schäfer, P., Tollmann, P., Leimann, J., Kaczmarczyk, D., Kausemann, C., & Quilling, E. (2023). Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen: Der Ansatz der Gesundheitsförderungskultur. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19, 22–27. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01013-y>
- Ju, I., Ohs, J., Park, T., & Hinsley, A. (2023). Interpersonal Communication Influence on Health-Protective Behaviors amid the COVID-19 Crisis. *Health Communication*, 38(3), 468–479. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1956038>
- Kim, A., & Dennis, A. R. (2019). Says who? The effects of presentation format and source rating on fake news in social media. *MIS Quarterly*, 43(3), 1025–1039. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2019/15188>
- Kim, B., & White, K. (2018). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes?: systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(2), 198–218. <https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1330696>

- Kim, H., & Choi, B. (2019). A comparative examination of factors that affect the credibility of health information on social media. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 55(1), 843–844.
<https://doi.org/10.1002/pra2.2018.14505501141>
- Kim, H., & Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073–1082.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>
- King, W. R., & He, J. (2006). A meta-analysis of the technology acceptance model. *Information & Management*, 43(6), 740–755. <https://doi.org/10.1016/j.im.2006.05.003>
- Kiousis, S. (2001). Public trust or mistrust? Perceptions of media credibility in the information age. *Mass Communication & Society*, 4(4), 381–403.
https://doi.org/10.1207/S15327825MCS0404_4
- Kirkpatrick, C. E., & Lawrie, L. L. (2024). TikTok as a source of health information and misinformation for young women in the United States: Survey study. *JMIR Infodemiology*, 4, e54663. <https://doi.org/10.2196/54663>
- Kitchen, P. J., Kerr, G., Schultz, D. E., McColl, R., & Pals, H. (2014). The elaboration likelihood model: Review, critique and research agenda. *European Journal of Marketing*, 48(11/12), 2033–2050. <https://doi.org/10.1108/EJM-12-2011-0776>
- Koller, U., Siepmann, B., Braun, V., Geulen, J., Herold, K., Greulich-Bode, K., Hiller, B., & Weg-Remers, S. (2022). Wissen schafft Gesundheit: Das Programm „Fit in Gesundheitsfragen“ zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 65(7–8), 803–813. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03549-4>
- Kreis, A., Becker, J., Beutel, M. E., & Zwerenz, R. (2021). Einfluss akzeptanzfördernder Interventionen auf die Nutzung einer Online-Selbsthilfe. *Psychotherapeut*, 66, 406–413. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00530-5>
- Kreps, G. L. (2014). Evaluating health communication programs to enhance health care and health promotion. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1449–1459.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.954080>
- Kreps, G. L. (2017). Online Information and Communication Systems to Enhance Health Outcomes Through Communication Convergence. *Human Communication Research*, 43(4), 518–530. <https://doi.org/10.1111/hcre.12117>
- Kreps, G. L., & Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 329–336.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.013>
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439–455.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>
- Kreuter, M. W., & Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication: Strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl. 3), S227–S232. <https://doi.org/10.5993/AJHB.27.1.s3.6>
- Krosnick, J. A. (1991). Response strategies for coping with the cognitive demands of attitude measures in surveys. *Applied Cognitive Psychology*, 5(3), 213–236.
<https://doi.org/10.1002/acp.2350050305>
- Krümmel, A., Laiker, I., Wrona, K. J., Aschentrup, L., & Dockweiler, C. (2023). Akzeptanz und Nutzungsbedingungen digitaler Interventionen zur Distressprävention bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18, 508–516.
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00985-7>

- Lam, C., Huang, Z., & Shen, L. (2022). Infographics and the Elaboration Likelihood Model (ELM): Differences between Visual and Textual Health Messages. *Journal of Health Communication*, 27(10), 737–745. <https://doi.org/10.1080/10810730.2022.2157909>
- Lee, D. N., Liu, J., Stevens, H., Oduguwa, K., & Stevens, E. M. (2024). Does source matter? Examining the effects of health experts, friends, and social media influencers on young adult perceptions of Instagram e-cigarette education messages. *Drug and Alcohol Dependence*, 258, 111270. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111270>
- Lee, E.-J., Kim, H. S., & Joo, M. H. (2022). Social media vs. mass media: Mitigating the suspicion of ulterior motives in public health communication. *Health Communication*, 38(11), 2450–2460. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2074781>
- Lewandowsky, S., Ecker, U. K. H., & Cook, J. (2017). Beyond misinformation: Understanding and coping with the “post-truth” era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 353–369. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.07.008>
- Li, J., & Shi, C. (2025). Who do we follow online? An experimental study on source clarity and social proximity in digital health communication. *Frontiers in Public Health*, 13, 1661328. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1661328>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
- Lim, M. S. C., Molenaar, A., Brennan, L., Reid, M., & McCaffrey, T. (2022). Young adults’ use of different social media platforms for health information: Insights from web-based conversations. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), e23656. <https://doi.org/10.2196/23656>
- Liu, J., Zhang, Y., & Kim, Y. (2023). Consumer health information quality, credibility, and trust: An analysis of definitions, measures, and conceptual dimensions. In Proceedings of the 2023 Conference on Human Information Interaction and Retrieval (CHIIR ’23) (pp. 197–210). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/3576840.3578331>
- Loeb, S., Sengupta, S., Butaney, M., Macaluso, J. N., Czarniecki, S. W., Robbins, R., Braithwaite, R. S., Gao, L., Byrne, N., Walter, D., & Langford, A. (2019). Dissemination of misinformation and biased information about prostate cancer on YouTube. *European Urology*, 75(4), 564–567. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.10.056>
- Lustria, M. L. A., Noar, S. M., Cortese, J., Van Stee, S. K., Glueckauf, R. L., & Lee, J. (2013). A meta-analysis of web-delivered tailored health behavior change interventions. *Journal of Health Communication*, 18(9), 1039–1069. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.768727>
- Madathil, K. C., Rivera-Rodriguez, A. J., Greenstein, J. S., & Gramopadhye, A. K. (2015). Healthcare information on YouTube: A systematic review. *Health Informatics Journal*, 21(3), 173–194. <https://doi.org/10.1177/1460458213512220>
- Malinen, S., & Koivula, A. (2024). Cognitive authorities of COVID-19 information: Educational differences and outcomes of trust in health experts and social media influencers in Finland. *Information Research*, 29(2). <https://doi.org/10.47989/ir292713>
- Massey, P. M., Kearney, M. D., Hauer, M. K., Selvan, P., Koku, E., & Leader, A. E. (2020). Dimensions of misinformation about the HPV vaccine on Instagram: Content and network analysis of social media characteristics. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e21451. <https://doi.org/10.2196/21451>
- Matos Fialho, P. M., Dragano, N., Reuter, M., Deindl, C., Schleberger, S., Metzendorf, M.-I., Hoffmann, S., Diehl, K., Wachtler, B., Schüttig, W., Herke, M., Richter, M., & Pischke, C. R. (2022). School-to-work and school-to-university transition and health

- inequalities among young adults: A scoping review. *BMJ Open*, 12(8), e058273.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058273>
- McCroskey, J. C., & Teven, J. J. (1999). Goodwill: A reexamination of the construct and its measurement. *Communication Monographs*, 66(1), 90–103.
<https://doi.org/10.1080/03637759909376464>
- McQuail, D. (2010). *McQuail's mass communication theory* (6th ed.). Sage.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2025). JIM-Studie 2025: Jugend, Information, Medien. Mpfs.
https://mpfs.de/app/uploads/2025/11/JIM_2025_PDF_barrierearm.pdf
- Meinert, J., & Krämer, N. C. (2022). How the expertise heuristic accelerates decision-making and credibility judgments in social media by means of effort reduction. *PLoS ONE* 17(3): e0264428. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264428>
- Mendes, Á., Abreu, L., Vilar-Correia, M. R., & Borlido-Santos, J. (2017). “That should be left to doctors, that’s what they are there for!”—Exploring the reflexivity and trust of young adults when seeking health information. *Health Communication*, 32(9), 1076–1081. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1199081>
- Meppelink, C. S., Smit, E. G., Fransen, M. L., & Diviani, N. (2019). “I was right about vaccination”: Confirmation bias and health literacy in online health information seeking. *Journal of Health Communication*, 24(2), 129–140.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1583701>
- Messing, S., Rütten, A., Abu-Omar, K., Ungerer-Röhrich, U., Goodwin, L., Burlacu, I., & Gediga, G. (2019). How can physical activity be promoted among children and adolescents? A systematic review of reviews across settings. *Frontiers in Public Health*, 7, Article 55. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00055>
- Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (2013). Credibility and trust of information in online environments: The use of cognitive heuristics. *Journal of Pragmatics*, 59(B), 210–220.
<https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.07.012>
- Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (2015). Psychological approaches to credibility assessment online. In S. S. Sundar (Ed.), *The handbook of the psychology of communication technology* (pp. 445–466). Wiley-Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781118426456.ch20>
- Metzger, M. J., Flanagin, A. J., & Medders, R. B. (2010). Social and heuristic approaches to credibility evaluation online. *Journal of Communication*, 60(3), 413–439.
<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2010.01488.x>
- Metzger, M. J., Flanagin, A. J., Eyal, K., Lemus, D. R., & McCann, R. M. (2003). Credibility for the 21st century: Integrating perspectives on source, message, and media credibility in the contemporary media environment. *Annals of the International Communication Association*, 27(1), 293–335.
<https://doi.org/10.1080/23808985.2003.11679029>
- Montagni, I., Ouazzani-Touhami, K., Mebarki, A., Texier, N., Schück, S., Tzourio, C., & Confavreux, C. B. (2022). Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of Public Health*, 44(4), e610–e618.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab028>
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 95–124). Jossey-Bass.
- Moor, I., Bieber, J., Niederschuh, L., & Winter, K. (2022). Die Bedeutung schulischer Gesundheitsförderung für die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit.

- Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65, 749–757. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03506-4>
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.1933>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung (3. Auflage). Hogrefe.
- Nan, X. (2013). Perceived source credibility and advertising persuasiveness: An investigation of moderators and psychological processes. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 34(2), 195–211. <https://doi.org/10.1080/10641734.2013.787579>
- Nguyen, L., Walters, J., Paul, S., Monreal Ijurco, S., Rainey, G. E., Parekh, N., Blair, G., & Darrah, M. (2025). Feeds, feelings, and focus: A systematic review and meta-analysis examining the cognitive and mental health correlates of short-form video use. *Psychological Bulletin*, 151(9), 1125–1146. <https://doi.org/10.1037/bul0000498>
- Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21–42. <https://doi.org/10.1080/10810730500461059>
- Noar, S. M. (2012). An audience–channel–message–evaluation (ACME) framework for health communication campaigns. *Health Promotion Practice*, 13(4), 481–488. <https://doi.org/10.1177/1524839910386901>
- Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 673–693. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.673>
- Noar, S. M., & Harrington, N. G. (2012). eHealth applications: Promising strategies for behavior change. Routledge.
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15, 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Nowak, A. C., Kolip, P., & Razum, O. (2022). Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- O’Keefe, D. J. (2016). Persuasion: Theory and research (3rd ed.). Sage Publications.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Park, E., & Kwon, M. (2018). Health-related internet use by children and adolescents: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e120. <https://doi.org/10.2196/jmir.7731>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and

- wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pennycook, G., McPhetres, J., Zhang, Y., Lu, J. G., & Rand, D. G. (2020). Fighting COVID-19 misinformation on social media: Experimental evidence for a scalable accuracy-nudge intervention. *Psychological Science*, 31(7), 770–780. <https://doi.org/10.1177/0956797620939054>
- Peterson, E. B., Chou, W.-Y. S., Kelley, D. E., Hesse, B. W., & Moser, R. P. (2020). Trust in national health information sources in the United States: Comparing predictors and levels of trust across three health domains. *Translational Behavioral Medicine*, 10(4), 978–988. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz066>
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123–205. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60214-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60214-2)
- Pornpitakpan, C. (2004). The persuasiveness of source credibility: A critical review of five decades' evidence. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(2), 243–281. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02547.x>
- Porst, R. (2014). Fragebogen: Ein Arbeitsbuch (4. Aufl.). Springer VS.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Introduction. In: Institute of Medicine (Hrsg.), Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press.
- Reifegerste, D. (2021). Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung für schwer erreichbare Zielgruppen. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung (Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_16
- Reiß, F., Ottová-Jordan, V., Bilz, L., Moor, I., Dadaczynski, K., Helmchen, R. M., Scheier, T., Sendatzki, S., Rathmann, K., Kaman, A., & Ravens-Sieberer, U. (2025). Auswirkungen der Corona-Maßnahmen auf das Leben von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der bundesweiten HBSC-Studie 2022. *Journal of Health Monitoring*, 10(1), e12954. <https://doi.org/10.25646/12954>
- Reuter, M., Herke, M., Richter, M., Diehl, K., Hoffmann, S., Pischke, C. R., & Dragano, N. (2022). Young people's health and well-being during the school-to-work transition: A prospective cohort study comparing post-secondary pathways. *BMC Public Health*, 22, 1823. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14227-0>
- Rimer, B. K., & Kreuter, M. W. (2006). Advancing tailored health communication: A persuasion and message effects perspective. *Journal of Communication*, 56(Suppl. 1), S184–S201. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00289.x>
- Robert Koch-Institut (RKI). (2022). Gesundheitskompetenz von Jugendlichen. Themenblatt (Stand: 30.05.2022). https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/Adipositas-Monitoring/Psychosoziales/HTML_Themenblatt_Gesundheitskompetenz_Jugendliche.html
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of Innovations (5th ed.). New York: Free Press.
- Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., & van der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society Open Science*, 7(10), 201199. <https://doi.org/10.1098/rsos.201199>

- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (3. Aufl.). Huber.
- Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rossmann, C., Lampert, C., Stehr, P., & Grimm, M. (2018). Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen: Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.11586/2017051>
- Roth-Cohen, O., Levy, S., & Zigdon, A. (2021). The mediated role of credibility on information sources and patient awareness toward patient rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8628. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168628>
- Röthlin, F., Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich: Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.
- Salaschek, M., & Bonfadelli, H. (2020). Digitale Gesundheitskommunikation: Kontext und Einflussfaktoren. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz*, 63(2), 160–165. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03086-7>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sbaffi, L., & Rowley, J. (2017). Trust and credibility in web-based health information: A review and agenda for future research. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e218. <https://doi.org/10.2196/jmir.7579>
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schillinger, D., Chittamuru, D., & Ramírez, A. S. (2020). From “infodemics” to health promotion: A novel framework for the role of social media in public health. *American Journal of Public Health*, 110(9), 1393–1396. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305746>
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2023). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (12. Aufl.). De Gruyter Oldenbourg.
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17, 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Sharma, M. (2022). *Theoretical foundations of health education and health promotion* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15(3), 325–343. <https://doi.org/10.1086/209170>
- Sillence, E., Blythe, J. M., Briggs, P., & Moss, M. (2019). A revised model of trust in internet-based health information and advice: Cross-sectional questionnaire study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e11125. <https://doi.org/10.2196/11125>

- Song, M., Elson, J., Nguyen, T., Obasi, S., Pintar, J., & Bastola, D. (2024). Exploring trust dynamics in health information systems: The impact of patients' health conditions on information source preferences. *Frontiers in Public Health*, 12, 1478502. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1478502>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e102. <https://doi.org/10.2196/jmir.1703>
- Stellefson, M., Paige, S. R., Chaney, B. H., & Chaney, J. D. (2020). Evolving role of social media in health promotion: Updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1153. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041153>
- Stiffjell, K., Sandanger, T. M., & Wien, C. (2025). Exploring online health information-seeking behavior among young adults: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e70379. <https://doi.org/10.2196/70379>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Sundar, S. S. (2008). The MAIN model: A heuristic approach to understanding technology effects on credibility. In Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (Eds.), *Digital Media, Youth, and Credibility*. Cambridge, MA: MIT Press, 73–100. <https://doi.org/10.1162/dmal.9780262562324.073>
- Sundar, S. S. (2020). Rise of machine agency: A framework for studying the psychology of human-AI interaction. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 25(1), 74–88. <https://doi.org/10.1093/jcmc/zmz026>
- Syn, S.Y., & Kim, S.U. (2013). The impact of source credibility on young adults' Health information activities on facebook: Preliminary findings. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, 50(1), 1–4. <https://doi.org/10.1002/meet.14505001122>
- Taddicken, M., & Schmidt, J.-H. (2022). Entwicklung und Verbreitung sozialer Medien. In M. Taddicken & J.-H. Schmidt (Hrsg.), *Handbuch Soziale Medien* (S. 3–17). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25995-2_1
- Thai, C. L., Gasynskyy, A., Falisi, A., Chou, W.-Y. S., Blake, K., & Hesse, B. W. (2018). Chapter 2: Trust in health information sources and channels, then and now: Evidence from the Health Information National Trends Survey (2005–2013). In T. M. Hale, W.-Y. S. Chou, S. R. Cotten, & A. Khilnani (Eds.), *eHealth: Current evidence, promises, perils and future directions*. Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S2050-206020180000015002>
- Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, 21(1), 19–25.
- Trivedi, N., Krakow, M., Hawkins, K. H., Peterson, E. B., & Chou, W.-Y. S. (2020). “Well, the message is from the Institute of Something”: Exploring source trust of cancer-related messages on simulated Facebook posts. *Frontiers in Communication*, 5, 12. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2020.00012>

- Unternehmensserviceportal. (2026a). Lehre. <https://www.usp.gv.at/themen/mitarbeiter-und-gesundheit/lehre.html>
- Unternehmensserviceportal. (2026b). Lehrling. <https://www.usp.gv.at/services/suchen-und-finden/lexikon/lehrling.html>
- Van der Meer, T. G. L. A., & Jin, Y. (2020). Seeking formula for misinformation treatment in public health crises: The effects of corrective information type and source. *Health Communication*, 35(5), 560–575. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1573295>
- Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Vraga, E. K., & Bode, L. (2020). Defining misinformation and understanding its bounded nature: Using expertise and evidence for describing misinformation. *Political Communication*, 37(1), 136–144. <https://doi.org/10.1080/10584609.2020.1716500>
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Walter, N., Cohen, J., Holbert, R. L., & Morag, Y. (2020). Fact-checking: A meta-analysis of what works and for whom. *Political Communication*, 37(3), 350–375. <https://doi.org/10.1080/10584609.2019.1668894>
- Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23(1), 3–43.
- Walther, J. B., DeAndrea, D. C., Kim, J., & Anthony, J. C. (2010). The influence of online comments on perceptions of antimarijuana public service announcements on YouTube. *Human Communication Research*, 36(4), 469–492. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2010.01384.x>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). ‘Settings’ based health promotion: A review. *Health Promotion International*, 16(4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 591–615. <https://doi.org/10.1177/109019810002700506>
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/255415>
- World Health Organization. (2018). Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024a). Adolescent and young adult health. *Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-and-young-adult-health>
- World Health Organization. (2024b, September 23). Securing adolescent health and well-being today is vital for the health of future generations. <https://www.who.int/news/item/23-09-2024-securing-adolescent-health-and-well-being-today-is-vital-for-the-health-of-future-generations-who>

- Wright, K. B. (2016). Social networks, interpersonal social support, and health outcomes: A health communication perspective. *Frontiers in Communication, 1*, 10. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2016.00010>
- Wu, J., Fetterman, J. L., Cornacchione Ross, J., & Hong, T. (2025). Effects of message frames and sources in TikTok videos for youth vaping cessation: Emotions and perceived message effectiveness as mediating mechanisms. *Journal of Adolescent Health, 76*(1), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.08.013>
- Yang, M., Al Mamun, A., Gao, J., Rahman, M. K., Salameh, A. A., & Alam, S. S. (2024). Predicting m-health acceptance from the perspective of unified theory of acceptance and use of technology. *Scientific Reports, 14*, Article 339. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50436-2>
- Yi, M. Y., Yoon, J. J., Davis, J. M., & Lee, T. (2013). Untangling the antecedents of initial trust in Web-based health information: The roles of argument quality, source expertise, and user perceptions of information quality and risk. *Decision Support Systems, 55*(1), 284–295. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2013.01.029>

Anhang

A. Fragebogen

Umfrage Gesundheit für Lehrlinge

Willkommen zur Umfrage!

Diese Umfrage ist Teil einer **Masterarbeit an der Universität Wien** und gehört zum Projekt **„Food Literacy für Jugendliche“**, das gemeinsam mit dem **Verein T.I.W.** (Verein für Training, Integration und Weiterbildung), der **AK Niederösterreich** und dem **Fonds Gesundes Österreich** durchgeführt wird.

Im Fokus steht, wie sich **Lehrlinge im Alltag ernähren** – am Arbeitsplatz, in der Berufsschule und zu Hause. Ziel ist es, Gesundheitsförderungsprogramme zu entwickeln, die helfen, bewusster, gesünder und selbstbestimmter mit dem Thema Essen umzugehen.

Die Umfrage ist anonym, dauert nur wenige Minuten. Wir schätzen deine ehrliche Meinung!

Vielen Dank für deine Teilnahme!

Bitte lies alle Fragen und Aussagen genau und gib eine möglichst ehrliche Meinung dazu:

Ich achte persönlich auf eine gesunde Ernährung

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich versuche genaue Informationen über Ernährung und Gesundheit zu bekommen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich kann die Vor- und Nachteile meiner Ernährung erklären.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich mache mir Sorgen, dass meine Essgewohnheiten zu Gesundheitsproblemen führen werden.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich achte auf meine Ernährung, um Krankheiten (wie Übergewicht, hohen Blutdruck, Diabetes, Krebs) vorzubeugen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ungesunde Ernährung hat sehr negative Folgen für meinen Körper und Geist.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich mache etwas Gutes für mich, wenn ich an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehme.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm könnte Gesundheitsrisiken verringern.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ein Gesundheitsförderungsprogramm ist relevant für mich.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Gesundheitsförderungsprogramme für Lehrlinge finde ich nützlich.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Meine Familie/Freundeskreis/Arbeitskollegen überreden mich, gesund zu essen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich würde eher an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen, wenn es von einem Arzt empfohlen wird.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich würde eher an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen, wenn es von Arbeits-/SchulkolegInnen empfohlen wird.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich würde eher an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen, wenn es über Medien/Social Media Beiträgen empfohlen wird.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Wie wahrscheinlich ist es, dass du an einem Gesundheitsförderprogramm teilnimmst, wenn du über einen der folgenden Kanäle darüber informiert wirst?
(1 = sehr unwahrscheinlich, 5 = sehr wahrscheinlich)

	1	2	3	4	5
Instagram	☐	☐	☐	☐	☐
TikTok	☐	☐	☐	☐	☐
YouTube	☐	☐	☐	☐	☐
Gespräch mit Lehrern/ Ausbildern	☐	☐	☐	☐	☐
Websites (z.B. WHO)	☐	☐	☐	☐	☐

Ich würde eher an einem Gesundheitsförderungsprogramm teilnehmen, wenn meine Freunde/KollegInnen auch teilnehmen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Wenn ich einen Zugang zu Gesundheitsförderungsprogramm hätte, würde ich teilnehmen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich suche aktiv nach Gesundheitsförderungsprogrammen.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich habe keine Zeit für die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Gesunde Ernährung ist mit hohen Kosten verbunden.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich kann mir die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm finanziell nicht leisten.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Eine Veränderung meiner Essgewohnheiten ist für mich schwierig.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Ich weiß nicht, wo ich Gesundheitsförderungsprogramme finden kann.

	1	2	3	4	5	
ich stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	ich stimme voll zu

Hast du in deinem Betrieb schon einmal von einem Gesundheitsförderprogramm gehört?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

Hast du selbst schon einmal an einem Gesundheitsangebot im Betrieb teilgenommen? (z. B. Sport, Ernährung, Stressbewältigung)

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

Wie interessant findest du solche Angebote grundsätzlich?

- | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| gar nicht interessant | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | sehr interessant |

Über welche Wege bekommst du Informationen im Betrieb am ehesten mit?

- ☐ WhatsApp / Messenger
- ☐ E-Mail
- ☐ Persönliches Gespräch (z. B. mit Ausbilder:in)
- ☐ Aushang im Pausenraum
- ☐ Betriebsversammlungen
- ☐ Ich bekomme kaum Infos

Welche der folgenden Kanäle nutzt du regelmäßig, um sich über Gesundheitsthemen (z. B. Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit) zu informieren?

- ☐ Ich informiere mich selten oder nie über solche Themen
- ☐ Website einer Gesundheitsorganisation (z. B. WHO, BGF)
- ☐ Instagram
- ☐ Aushänge in der Berufsschule
- ☐ Tiktok
- ☐ Gespräch mit Lehrpersonen / Ausbilder:innen
- ☐ YouTube
- ☐ Sonstiges:

Mein Ausbildungsbetrieb bietet Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Wie wichtig ist dir, dass Infos „locker“ oder „unterhaltsam“ rübergebracht werden?

	1	2	3	4	5	
gar nicht wichtig	☐	☐	☐	☐	☐	sehr wichtig

Was würde dich motivieren, bei einem Gesundheitsprogramm mitzumachen?

- ☐ Wenn es freiwillig ist
- ☐ Wenn ich etwas lerne, das mir hilft
- ☐ Wenn ich etwas mit Kolleg:innen zusammen machen kann
- ☐ Wenn es Spaß macht
- ☐ Wenn ich etwas dafür bekomme (z. B. Gutschein)

Wenn mein Betrieb solche Angebote macht, denke ich, dass...

- ☐ ... sich der Betrieb um uns kümmert
- ☐ ... das eine gute Idee ist, aber nicht für mich
- ☐ ... das mir helfen kann, mich besser zu fühlen
- ☐ ... das nichts bringt

Hat es einen Einfluss auf die Jobwahl, ob der Betrieb Gesundheitsprogramme anbietet oder nicht?

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| gar nicht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | sehr stark |

Ich kenne die Gesundheitsangebote in meinem Ausbildungsbetrieb.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| stimme gar nicht zu | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | stimme voll zu |

Die Gesundheitsangebote passen zu meinen Bedürfnissen.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Die Angebote zur Gesundheitsförderung werden im Betrieb gut kommuniziert.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Mein Ausbildungsbetrieb achtet insgesamt auf ein gesundes Arbeitsumfeld.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Ich fühle mich durch Gesundheitsangebote im Betrieb wertgeschätzt.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Wenn es keine Gesundheitsangebote gäbe, würde mir etwas fehlen.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Ich fühle mich meinem Ausbildungsbetrieb durch solche Angebote stärker verbunden.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Ich wünsche mir mehr Gesundheitsförderung in meinem Ausbildungsbetrieb.

	1	2	3	4	5	
stimme gar nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐	stimme voll zu

Wie vertrauenswürdig findest du Informationen zu Gesundheitsthemen auf folgenden Kanälen?“

(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr vertrauenswürdig)

	1	2	3	4	5
Instagram	☐	☐	☐	☐	☐
TikTok	☐	☐	☐	☐	☐
Youtube	☐	☐	☐	☐	☐
Gespräche mit Lehrern/ Ausbildern	☐	☐	☐	☐	☐
Websites (z.B. WHO)	☐	☐	☐	☐	☐

Für wie richtig hältst du Informationen zu Gesundheitsthemen auf folgenden Kanälen?“

(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr richtig)

	1	2	3	4	5
Instagram	☐	☐	☐	☐	☐
TikTok	☐	☐	☐	☐	☐
Youtube	☐	☐	☐	☐	☐
Gespräche mit Lehrern/ Ausbildern	☐	☐	☐	☐	☐
Websites (z.B. WHO)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie transparent findest du Informationen zu Gesundheitsthemen auf folgenden Kanälen?“

(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr transparent)

	1	2	3	4	5
Instagram	☐	☐	☐	☐	☐
TikTok	☐	☐	☐	☐	☐
Youtube	☐	☐	☐	☐	☐
Gespräche mit Lehrern/ Ausbildern	☐	☐	☐	☐	☐
Websites (z.B. WHO)	☐	☐	☐	☐	☐

Wie alt bist du?

- ☐ Unter 18
- ☐ 18–20
- ☐ 21–25
- ☐ Über 25

Aktuelle Ausbildungssituation

- ☐ Lehre
- ☐ Schule
- ☐ Übergang
- ☐ arbeitssuchend
- ☐ Sonstiges

In welchem Bereich absolvierst du deine Lehre?

- ☐ Büro / Verwaltung / kaufmännische Berufe
- ☐ Einzelhandel / Verkauf
- ☐ Gastronomie / Hotellerie
- ☐ Handwerk allgemein (z. B. Tischler, Elektriker, Installateur)
- ☐ Friseur / Beauty / Kosmetik
- ☐ Gesundheits- und Sozialberufe (z. B. Pflege, MTA, Physiotherapie)
- ☐ IT / Technik / Elektronik
- ☐ Bau / Industrie / Produktion
- ☐ Sonstiges:

Wie lange bist du bereits in deiner aktuellen Lehre?

- ☐ Unter 6 Monate
- ☐ 6–12 Monate
- ☐ 1–2 Jahre
- ☐ Über 2 Jahre

Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers
- ☐ keine Angabe

(Quelle: Eigener Fragebogen, erstellt mit Google Forms)

B. Übersicht der ausgewerteten Items und Indexbildungen

Tabelle B1: Übersicht der ausgewerteten Items und Indexbildungen

Konstrukt	Variable	Itemformulierung beziehungsweise Kanal	Antwortskala
Akzeptanz	AKZ1	Ein Gesundheitsförderungsprogramm ist relevant für mich.	1 = stimme gar nicht zu bis 5 = stimme voll zu
Akzeptanz	AKZ2	Gesundheitsförderungsprogramme für Lehrlinge finde ich nützlich.	1 = stimme gar nicht zu bis 5 = stimme voll zu
Akzeptanz	AKZ3	Wenn ich einen Zugang zu Gesundheitsförderungsprogramm hätte, würde ich teilnehmen.	1 = stimme gar nicht zu bis 5 = stimme voll zu
Akzeptanz	AKZ4	Wie interessant findest du solche Angebote grundsätzlich?	1 = gar nicht interessant bis 5 = sehr interessant
Verhaltensintention	WSK1	Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme bei Information über Instagram	1 = sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich
Verhaltensintention	WSK2	Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme bei Information über TikTok	1 = sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich
Verhaltensintention	WSK3	Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme bei Information über YouTube	1 = sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich

Konstrukt	Variable	Itemformulierung beziehungsweise Kanal	Antwortskala
Verhaltensintention	WSK4	Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme bei Information über ein Gespräch mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen	1 = sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich
Verhaltensintention	WSK5	Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme bei Information über Websites, beispielsweise der WHO	1 = sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich
Glaubwürdigkeit: Vertrauenswürdigkeit	VERTR1	Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen auf Instagram	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr vertrauenswürdig
Glaubwürdigkeit: Vertrauenswürdigkeit	VERTR2	Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen auf TikTok	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr vertrauenswürdig
Glaubwürdigkeit: Vertrauenswürdigkeit	VERTR3	Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen auf YouTube	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr vertrauenswürdig
Glaubwürdigkeit: Vertrauenswürdigkeit	VERTR4	Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen in Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr vertrauenswürdig
Glaubwürdigkeit: Vertrauenswürdigkeit	VERTR5	Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen auf Websites, beispielsweise der WHO	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr vertrauenswürdig

Konstrukt	Variable	Itemformulierung beziehungsweise Kanal	Antwortskala
Glaubwürdigkeit: Richtigkeit	RICHT1	Richtigkeit von Gesundheitsinformationen auf Instagram	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr richtig
Glaubwürdigkeit: Richtigkeit	RICHT2	Richtigkeit von Gesundheitsinformationen auf TikTok	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr richtig
Glaubwürdigkeit: Richtigkeit	RICHT3	Richtigkeit von Gesundheitsinformationen auf YouTube	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr richtig
Glaubwürdigkeit: Richtigkeit	RICHT4	Richtigkeit von Gesundheitsinformationen in Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr richtig
Glaubwürdigkeit: Richtigkeit	RICHT5	Richtigkeit von Gesundheitsinformationen auf Websites, beispielsweise der WHO	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr richtig
Glaubwürdigkeit: Transparenz	TRANS1	Transparenz von Gesundheitsinformationen auf Instagram	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr transparent
Glaubwürdigkeit: Transparenz	TRANS2	Transparenz von Gesundheitsinformationen auf TikTok	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr transparent
Glaubwürdigkeit: Transparenz	TRANS3	Transparenz von Gesundheitsinformationen auf YouTube	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr transparent

Konstrukt	Variable	Itemformulierung beziehungsweise Kanal	Antwortskala
Glaubwürdigkeit: Transparenz	TRANS4	Transparenz von Gesundheitsinformationen in Gesprächen mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr transparent
Glaubwürdigkeit: Transparenz	TRANS5	Transparenz von Gesundheitsinformationen auf Websites, beispielsweise der WHO	1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr transparent
Tatsächliche Kanalnutzung	Tats. Nutzung	Regelmäßig genutzter Kanal zur Information über Gesundheitsthemen	Nominale Einfachauswahl mit zusätzlicher offener Antwortmöglichkeit

Anmerkung. Die Itemformulierungen wurden inhaltlich entsprechend dem eingesetzten Fragebogen wiedergegeben. Höhere Skalenwerte entsprechen jeweils einer höheren Akzeptanz, Verhaltensintention beziehungsweise wahrgenommenen Glaubwürdigkeit. Die Bezeichnung „Gespräche“ bezieht sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; „Websites“ bezieht sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen. (Quelle: Eigene Darstellung)

Tabelle B2: Bildung und Reliabilität der verwendeten Skalen und Indizes

Skala / Index	Einbezogene Variablen	Indexbildung	α
Instagram- Glaubwürdigkeit (GL_K1_Instagram)	VERTR1, RICHT1, TRANS1	Mittelwert aus drei Items	0,878
TikTok- Glaubwürdigkeit (GL_K2_TikTok)	VERTR2, RICHT2, TRANS2	Mittelwert aus drei Items	0,876
YouTube- Glaubwürdigkeit (GL_K3_Youtube)	VERTR3, RICHT3, TRANS3	Mittelwert aus drei Items	0,882

Skala / Index	Einbezogene Variablen	Indexbildung	α
Gesprächs- Glaubwürdigkeit (GL_K4_Gespräche)	VERTR4, RICHT4, TRANS4	Mittelwert aus drei Items	0,911
Website- Glaubwürdigkeit (GL_K5_Websites)	VERTR5, RICHT5, TRANS5	Mittelwert aus drei Items	0,924
Gesamtglaubwürdigkeit (GLGES)	GL_K1_Instagram bis GL_K5_Websites	Mittelwert der fünf kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsindizes	–
Akzeptanzindex (AKZINDEX)	AKZ1, AKZ2, AKZ3, AKZ4	Mittelwert aus vier Items	0,831
Gesamtindex der Verhaltensintention (INTGES)	WSK1, WSK2, WSK3, WSK4, WSK5	Mittelwert der fünf kanalbezogenen Einzelitems	–

Anmerkung. α = Cronbachs Alpha. Die fünf kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsindizes wurden jeweils als Mittelwert der Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz gebildet. Der Gesamtindex der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit (GLGES) entspricht dem Mittelwert der fünf kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsindizes. Der Akzeptanzindex (AKZINDEX) wurde als Mittelwert aus den vier Items AKZ1 bis AKZ4 gebildet. Der Gesamtindex der Verhaltensintention (INTGES) entspricht dem Mittelwert der fünf kanalbezogenen Einzelitems WSK1 bis WSK5. Für GLGES und INTGES wurde kein gesonderter Reliabilitätswert berechnet, da diese Indizes unterschiedliche kanalbezogene Maße aggregieren. Es wurden keine Items umgepolt. Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren wahrgenommenen Glaubwürdigkeit, Akzeptanz beziehungsweise Verhaltensintention. (Quelle: Eigene Darstellung)

C. SPSS-PROCESS-Tabellen

Tabelle C1: Effekt der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen

Gesamtmodell						
R	R ²	MSE	F	df1	df2	p
0,4433	0,1966	0,8552	24,4637	1	100	< 0,001
Variablenmodell						
Prädiktor	B	SE	t	p	LLCI	ULCI
Konstante	1,4575	0,3084	4,7256	< 0,001	0,8456	2,0694
GLGES	0,5657	0,1144	4,9461	< 0,001	0,3388	0,7926

Anmerkung. N = 102. Kriteriumsvariable: Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen (AKZINDEX). B = unstandardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; MSE = mittlerer quadratischer Fehler; LLCI = Untergrenze und ULCI = Obergrenze des 95%-Konfidenzintervalls. Die Analyse basiert auf PROCESS-Modell 4. (Quelle: Eigene Auswertung mit IBM SPSS Statistics 31)

Tabelle C2: Effekte der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit und Akzeptanz auf die Verhaltensintention

Gesamtmodell						
R	R ²	MSE	F	df1	df2	p
0,6194	0,3836	0,4826	30,8063	2	99	< 0,001
Variablenmodell						
Prädiktor	B	SE	t	p	LLCI	ULCI
Konstante	0,2553	0,2563	0,9962	0,3216	-0,2532	0,7638
GLGES	0,3798	0,0959	3,9628	< 0,001	0,1897	0,5700
AKZINDEX	0,3243	0,0751	4,3164	< 0,001	0,1752	0,4733

Anmerkung. N = 102. Kriteriumsvariable: aggregierte Verhaltensintention (INTGES). B = unstandardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; MSE = mittlerer quadratischer Fehler; LLCI = Untergrenze und ULCI = Obergrenze des 95%-Konfidenzintervalls. GLGES = aggregierter Glaubwürdigkeitsindex; AKZINDEX = Akzeptanzindex. Die Analyse basiert auf PROCESS-Modell 4. (Quelle: Eigene Auswertung mit IBM SPSS Statistics 31)

Tabelle C3: Totale, direkte und indirekte Effekte der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit auf die Verhaltensintention

Effekt	B	SE/BootSE	t	p	LLCI/BootLLCI	ULCI/BootULCI
Totaler Effekt	0,5633	0,0932	6,0447	< 0,001	0,3784	0,7482
Direkter Effekt	0,3798	0,0959	3,9628	< 0,001	0,1897	0,5700
Indirekter Effekt über Akzeptanz	0,1834	0,0595	—	—	0,0930	0,3294

Anmerkung. N = 102. B = unstandardisierter Effekt; SE = Standardfehler; BootSE = Bootstrapping-Standardfehler; LLCI beziehungsweise BootLLCI = Untergrenze und ULCI beziehungsweise BootULCI = Obergrenze des 95-%-Konfidenzintervalls. Das Konfidenzintervall des indirekten Effekts basiert auf 5.000 bias-korrigierten Bootstrap-Stichproben. Der indirekte Effekt ist signifikant, da das Konfidenzintervall den Wert 0 nicht einschließt. (Quelle: Eigene Auswertung mit IBM SPSS Statistics 31)

D. Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen

Tabelle D1: Deskriptive Statistiken der zentralen Untersuchungsvariablen

Variable	N	Min	Max	M	SD
Akzeptanzindex (AKZINDEX)	102	1,00	5,00	2,91	1,03
Gesamtglaubwürdigkeit (GLGES)	102	1,00	4,00	2,58	0,80
Gesamtverhaltensintention (INTGES)	102	1,00	4,60	2,18	0,88
Glaubwürdigkeit Instagram (GL_K1_Instagram)	102	1,00	4,00	2,23	0,94
Glaubwürdigkeit TikTok (GL_K2_TikTok)	102	1,00	4,33	2,08	0,93
Glaubwürdigkeit YouTube (GL_K3_Youtube)	102	1,00	4,33	2,42	1,01
Glaubwürdigkeit Gespräche (GL_K4_Gespräche)	102	1,00	5,00	3,12	1,13
Glaubwürdigkeit Websites (GL_K5_Websites)	102	1,00	5,00	3,04	1,29
Verhaltensintention Instagram (WSK1)	102	1,00	5,00	2,01	1,08
Verhaltensintention TikTok (WSK2)	102	1,00	5,00	1,88	1,12

Variable	N	Min	Max	M	SD
Verhaltensintention YouTube (WSK3)	102	1,00	5,00	1,94	1,14
Verhaltensintention Gespräche (WSK4)	102	1,00	5,00	2,76	1,21
Verhaltensintention Websites (WSK5)	102	1,00	5,00	2,29	1,22

Anmerkung. N = 102. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = beobachteter Minimalwert; Max = beobachteter Maximalwert. GLGES bezeichnet den aggregierten Glaubwürdigkeitsindex, INTGES den aggregierten Index der Verhaltensintention. WSK1 bis WSK5 bezeichnen die kanalbezogenen Einzelitems der Verhaltensintention.

Tabelle D2: Reliabilität der verwendeten Skalen

Skala	Zugehörige Items	Anzahl der Items	Cronbachs α
Akzeptanz von Gesundheitsförderprogrammen	AKZ1–AKZ4	4	0,831
Glaubwürdigkeit Instagram	VERTR1, RICHT1, TRANS1	3	0,878
Glaubwürdigkeit TikTok	VERTR2, RICHT2, TRANS2	3	0,876
Glaubwürdigkeit YouTube	VERTR3, RICHT3, TRANS3	3	0,882
Glaubwürdigkeit Gespräche	VERTR4, RICHT4, TRANS4	3	0,911
Glaubwürdigkeit Websites	VERTR5, RICHT5, TRANS5	3	0,924

Anmerkung. N = 102. α = Cronbachs Alpha. Die kanalbezogenen Glaubwürdigkeitsskalen setzen sich jeweils aus den drei Dimensionen Vertrauenswürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz zusammen. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites beziehen sich auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

E. Weitere SPSS-Ausgaben zu den Hypothesentests

E.1 Unterschiede in der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit

Tabelle E1: Mauchly-Test auf Sphärizität für die wahrgenommene Glaubwürdigkeit

Innersubjekteffekt	W	χ^2	df	p	GG- ϵ	HF- ϵ
Kommunikationskanal	0,227	147,383	9	< 0,001	0,553	0,566

Anmerkung. N = 102. Der signifikante Mauchly-Test zeigt, dass die Sphärizitätsannahme verletzt war. Für die Prüfung des Innersubjekteffekts wurden daher die nach Greenhouse und Geisser korrigierten Freiheitsgrade verwendet.

Tabelle E2: Greenhouse-Geisser-korrigierte Varianzanalyse der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit

Quelle	Quadratsumme	df	Mittlere Quadratsumme	F	p	η_p^2
Kommunikationskanal	91,824	2,212	41,507	36,718	< 0,001	0,267
Fehler	252,576	223,436	1,130	–	–	–

Anmerkung. N = 102. Aufgrund der verletzten Sphärizitätsannahme werden die nach Greenhouse und Geisser korrigierten Freiheitsgrade berichtet. η_p^2 = partielles Eta-Quadrat.

Tabelle E3: Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit

Kanal 1	Kanal 2	ΔM	SE	p_{adj}	95-%-KI
Instagram	TikTok	0,147	0,056	0,103	[−0,014; 0,308]
Instagram	YouTube	−0,193	0,080	0,175	[−0,422; 0,036]
Instagram	Gespräche	−0,892	0,129	< 0,001	[−1,261; −0,523]
Instagram	Websites	−0,810	0,132	< 0,001	[−1,190; −0,431]
TikTok	YouTube	−0,340	0,083	< 0,001	[−0,579; −0,100]
TikTok	Gespräche	−1,039	0,136	< 0,001	[−1,429; −0,649]
TikTok	Websites	−0,958	0,140	< 0,001	[−1,358; −0,557]

Kanal 1	Kanal 2	ΔM	SE	p_{adj}	95%-KI
YouTube	Gespräche	-0,699	0,115	< 0,001	[-1,030; -0,369]
YouTube	Websites	-0,618	0,111	< 0,001	[-0,935; -0,300]
Gespräche	Websites	0,082	0,092	1,000	[-0,184; 0,347]

Anmerkung. N = 102. ΔM bezeichnet die Mittelwertdifferenz zwischen Kanal 1 und Kanal 2. Negative Werte zeigen an, dass die wahrgenommene Glaubwürdigkeit des zuerst genannten Kanals geringer ausfiel. SE = Standardfehler; p_{adj} = Bonferroni-korrigierter zweiseitiger Signifikanzwert; KI = Konfidenzintervall. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

E.2 Korrelationsanalysen zu den Hypothesen 2 bis 4

Tabelle E4: Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Akzeptanz

Glaubwürdigkeitsmaß	r	p
Gesamtglaubwürdigkeit (GLGES)	0,443	< 0,001
Instagram (GL_K1_Instagram)	0,307	0,002
TikTok (GL_K2_TikTok)	0,170	0,088
YouTube (GL_K3_Youtube)	0,331	< 0,001
Gespräche (GL_K4_Gespräche)	0,418	< 0,001
Websites (GL_K5_Websites)	0,407	< 0,001

Anmerkung. N = 102. Dargestellt sind zweiseitige Pearson-Korrelationen mit dem Akzeptanzindex (AKZINDEX). r = Pearson-Korrelationskoeffizient. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

Tabelle E5: Kanalbezogene Zusammenhänge zwischen Glaubwürdigkeit und Verhaltensintention

Kommunikationskanal	Variablenpaar	r	p
Instagram	GL_K1_Instagram – WSK1	0,450	< 0,001
TikTok	GL_K2_TikTok – WSK2	0,434	< 0,001
YouTube	GL_K3_Youtube – WSK3	0,421	< 0,001
Gespräche	GL_K4_Gespräche – WSK4	0,666	< 0,001
Websites	GL_K5_Websites – WSK5	0,551	< 0,001

Anmerkung. N = 102. Dargestellt sind zweiseitige Pearson-Korrelationen zwischen der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit des jeweiligen Kommunikationskanals und der kanalbezogenen Verhaltensintention. r = Pearson-Korrelationskoeffizient. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

Tabelle E6: Zusammenhänge zwischen Akzeptanz und Verhaltensintention

Maß der Verhaltensintention		r	p
Aggregierte Verhaltensintention (INTGES)		0,535	< 0,001
Instagram (WSK1)		0,429	< 0,001
TikTok (WSK2)		0,265	0,007
YouTube (WSK3)		0,336	< 0,001
Gespräche (WSK4)		0,580	< 0,001
Websites (WSK5)		0,407	< 0,001

Anmerkung. N = 102. Dargestellt sind zweiseitige Pearson-Korrelationen zwischen dem Akzeptanzindex (AKZINDEX) und der aggregierten beziehungsweise kanalbezogenen Verhaltensintention. r = Pearson-Korrelationskoeffizient. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

E.3 Unterschiede in der Verhaltensintention zwischen den Kommunikationskanälen

Tabelle E7: Friedman-Test der kanalbezogenen Verhaltensintention

Gesamttest				
N	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	Kendalls <i>W</i>
102	70,660	4	< 0,001	0,173
Mittlere Ränge				
Kommunikationskanal		Mittlerer Rang		
Instagram (WSK1)		2,77		
TikTok (WSK2)		2,57		
YouTube (WSK3)		2,67		
Gespräche (WSK4)		3,83		
Websites (WSK5)		3,16		

Anmerkung. N = 102. Der Friedman-Test zeigte signifikante Unterschiede in der kanalbezogenen Verhaltensintention, $\chi^2(4) = 70,660$, $p < 0,001$, $W = 0,173$. W = Kendalls Konkordanzkoeffizient. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.

Tabelle E8: Bonferroni-korrigierte paarweise Wilcoxon-Vergleiche der Verhaltensintention

Kanal 1	Kanal 2	Z	P_{adj}	r	Ergebnis
Instagram	TikTok	-1,742	0,815	0,17	nicht signifikant
Instagram	YouTube	-0,765	1,000	0,08	nicht signifikant
Instagram	Gespräche	-5,234	< 0,001	0,52	signifikant, großer Effekt
Instagram	Websites	-1,933	0,532	0,19	nicht signifikant
TikTok	YouTube	-0,658	1,000	0,07	nicht signifikant
TikTok	Gespräche	-5,298	< 0,001	0,52	signifikant, großer Effekt

Kanal 1	Kanal 2	Z	p _{adj}	r	Ergebnis
TikTok	Websites	-2,661	0,078	0,26	nicht signifikant
YouTube	Gespräche	-5,741	< 0,001	0,57	signifikant, großer Effekt
YouTube	Websites	-2,600	0,093	0,26	nicht signifikant
Gespräche	Websites	-4,297	< 0,001	0,43	signifikant, mittlerer Effekt

Anmerkung. N = 102. Z = standardisierte Teststatistik des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests; p_{adj} = Bonferroni-korrigierter zweiseitiger Signifikanzwert bei zehn Paarvergleichen; r = korrelationsbasierte Effektstärke, berechnet als $r = |Z| / \sqrt{N}$. Die Richtung der Unterschiede wurde anhand der deskriptiven Kennwerte und mittleren Ränge bestimmt. Gespräche beziehen sich auf Gespräche mit Lehrpersonen beziehungsweise Ausbilder:innen; Websites auf Websites offizieller Gesundheitsorganisationen.