

Mit Fallbeispielen und Furchtappellen zu erfolgreichen Gesundheitsbotschaften?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von Tanja Pfister

aus

München

2012

Referent: Prof. Dr. Hans-Bernd Brosius

Korreferent: Prof. Dr. Carsten Reinemann

Tag der mündlichen Prüfung: 31.01.2012

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojekts „Fallbeispiel- und Furchtappelleffekte in der Gesundheitskommunikation“, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und am Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung (IfKW) der LMU München durchgeführt wird.

Neben meinem Doktorvater Prof. Dr. Hans-Bernd Brosius – der mich auf das Thema meiner Dissertation brachte und mich bei der Umsetzung stets fachlich unterstützte – möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, ohne deren Hilfe diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Hierzu zählen insbesondere alle Personen, die sich bereit erklärt haben, an einem der drei Experimente teilzunehmen.

Seminar Teilnehmer der beiden Kurse „Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation“ (Masterstudiengang Wintersemester 2007/2008) und „Quantitative Methoden“: „Experimentaldesign in der Gesundheitskommunikationsforschung“ (Bachelorstudiengang Wintersemester 2008/2009) sowie studentische Hilfskräfte des IfKW – allen voran Sabrina Herrmann – halfen bei der empirischen Umsetzung des Forschungsprojekts. Verena Lindacher unterstützte mich bei der Recherche. Richard Lipold vom Caritasverband der Erzdiözese München und Freising, Dr. Biermann, Dieter Spieler und Hartmut Toboll von der Fachklinik Furth im Wald sowie Bettina Engel von Prowo (Projekt Wohngemeinschaft e.V. Fachklinik für medizinische Rehabilitation Kerpen) ermöglichten die Befragung erkrankter Personen.

Meiner Kollegin Dr. Constanze Rossmann möchte ich für die fachlichen Anregungen, kritischen und wertvollen Anmerkungen sowie Auswertungstipps danken. Letzteres gilt auch für Dominik Leiner, der mir zusätzlich bei technischen und Formatierungsfragen behilflich war. Natascha Frimor und Ines Markmiller haben die Arbeit Korrektur gelesen. Troels Frimor stand mir bei verschiedenen Computerproblemen zur Seite.

Der größte Dank gilt meinem Mann, Dr. Alfons Pfister, der mir all die Jahre beistand, mich motivierte und an mich glaubte.

München, im März 2012

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	VII
ANHANGSVERZEICHNIS MIT ABBILDUNGEN UND TABELLEN	VIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
1. EINLEITUNG	1
2. GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	4
2.1 GESUNDHEITSKOMMUNIKATION: RELEVANZ UND HINTERGRUND.....	4
2.1.1 <i>Gesundheitskommunikation</i>	5
2.1.2 <i>Definition des Begriffs Gesundheitskommunikation</i>	6
2.1.3 <i>Kanäle, Anbieter und Einfluss von Gesundheitskommunikation</i>	8
2.1.4 <i>Theorien und Ansätze der Gesundheitskommunikation</i>	9
2.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND VERHALTENSÄNDERUNG	10
2.3.1 <i>Verhaltensänderung</i>	11
2.3.2 <i>Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation</i>	14
2.3.3 <i>Verständlichkeit von Gesundheitsbotschaften</i>	15
2.4 EINSATZ MASSEMEDIALER GESUNDHEITSBOTSCHAFTEN	16
2.4.1 <i>Prävention</i>	16
2.4.2 <i>Gesundheitskampagnen</i>	17
2.4.3 <i>Erfolgreiche versus weniger erfolgreiche Kampagnen</i>	19
2.5 FAZIT	21
3. FALLBEISPIELE	23
3.1 FALLBEISPIELE UND SUMMARISCHE REALITÄTSBESCHREIBUNGEN.....	24
3.1.1 <i>Fallbeispiele</i>	24
3.1.2 <i>Summarische Realitätsbeschreibungen</i>	26
3.1.3 <i>Fazit</i>	27
3.2 FALLBEISPIELE IN DEN MEDIEN	28
3.2.1 <i>Fallbeispiele in den Medien</i>	28
3.2.2 <i>Die Auswahl von Fallbeispielen durch Journalisten</i>	30
3.2.3 <i>Fazit</i>	32
3.3 BASE-RATE FALLACY UND FALLBEISPIELEFFEKT	32
3.3.1 <i>Die „Base-rate fallacy“</i>	33
3.3.2 <i>Der Fallbeispieleffekt</i>	34
3.3.3 <i>Fazit</i>	35
3.4 AUSWIRKUNGEN DES FALLBEISPIELEFFEKTS.....	36
3.4.1 <i>Studienüberblick und häufige Operationalisierungen</i>	36
3.4.2 <i>Fallbeispielwirkung</i>	37
3.4.3 <i>Kognitive Wirkungen von Fallbeispielen</i>	37
3.4.4 <i>Persuasive Wirkungen von Fallbeispielen</i>	39
3.4.5 <i>Fazit</i>	41
3.5 VERSTÄRKUNG DES FALLBEISPIELEFFEKTS.....	42
3.5.1 <i>Direkte Zitate</i>	42
3.5.2 <i>Dramatische Fallbeispiele</i>	43
3.5.3 <i>Fazit</i>	43
3.6 UNABHÄNGIGKEIT DES FALLBEISPIELEFFEKTS	44
3.6.1 <i>Unabhängigkeit von Medium, Thema und Zeit</i>	44
3.6.2 <i>Unabhängigkeit von der summarischen Realitätsbeschreibung</i>	45
3.6.3 <i>Unabhängigkeit von Ähnlichkeit und Bebilderung</i>	46
3.6.4 <i>Unabhängigkeit von Repräsentativität, Stärke und Urheber der Argumente</i>	47

3.6.5	Unabhängigkeit von der Anzahl der eingesetzten Fallbeispiele.....	48
3.6.6	Unabhängigkeit von Rezipientenmerkmalen.....	48
3.6.7	Fazit	51
3.7	EINSCHRÄNKUNG DES FALLBEISPIELEFFEKTS	51
3.7.1	Einschränkung durch summarische Realitätsbeschreibung.....	51
3.7.2	Einschränkung durch Rezipientenmerkmale.....	53
3.7.3	Fazit	54
3.8	MÖGLICHE ERKLÄRUNGEN DES FALLBEISPIELEFFEKTS.....	55
3.8.1	Menschliche Informationsverarbeitung.....	55
3.8.2	Kategorisierung.....	56
3.8.3	Schemata	56
3.8.4	Heuristiken.....	58
3.8.5	Theorie der Schweigespirale und Kultivierungshypothese.....	60
3.8.6	Persuasionsmodelle der Informationsverarbeitung.....	61
3.8.7	Modell der Alltagsrationalität	62
3.8.8	Wahrgenommene Lebhaftigkeit und Bedeutsamkeit von Fallbeispielen.....	62
3.8.9	Besondere Relevanz von Fallbeispielen.....	64
3.8.10	Spezielle Rezeption massenmedialer Inhalte	65
3.8.11	Fazit	65
4.	FURCHTAPPELLE.....	67
4.1	FURCHTAPPELLE	68
4.1.1	Erzeugen und Messen von Furcht	68
4.1.2	Furchtappelle	69
4.1.3	Gesundheitskampagnen mit Furchtappellen.....	70
4.1.4	Fazit	71
4.2	FURCHTAPPELLE IN DEN MEDIEN	71
4.3	THEORIEN UND MODELLE DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG	75
4.3.1	Wert-Erwartungs-Theorien (Expectancy-Value Theories, EVT's).....	77
4.3.2	Triebmodelle (Drive Models, DMs)	77
4.3.3	Parallel Process Model (PPM)	80
4.3.4	Protection Motivation Theory (PMT).....	83
4.3.5	Revidierte PMT.....	85
4.3.6	Extended Parallel Process Model (EPPM)	88
4.3.7	Elaboration Likelihood Modell (ELM).....	93
4.3.8	Meta-Analysen zur Wirkung von Furchtappellen.....	94
4.3.9	Fazit	95
4.4	WIRKSAMKEIT VON FURCHTAPPELLEN	96
4.4.1	Chronische Furcht	97
4.4.2	Selbstbewusstsein/Selbstwertgefühl	99
4.4.3	Alter	99
4.4.4	Geschlecht.....	100
4.4.5	Persönliche Relevanz.....	100
4.4.6	Persönliche Erfahrung (Betroffenheit) und Vorwissen.....	101
4.4.7	Weitere Variablen.....	102
4.4.8	Fazit	103
4.5	ABGRENZUNG ZU ANDEREN STILMITTELN	103
4.5.1	Bild versus Furchtappell.....	103
4.5.2	Graphiken versus Furchtappell	106
4.5.3	Risikobotschaften versus Furchtappell.....	106
4.5.4	Loss-frame versus Furchtappell	107
4.5.5	Fazit	108
5.	KOMBINATION VON FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELLEN	108
5.1	BESTANDSAUFNAHME: FALLBEISPIELE UND FURCHTAPPELLE IM GESUNDHEITSKONTEXT.....	109
5.1.1	Fallbeispiele im Kontext von Gesundheitskommunikation	109
5.1.2	Furchtappelle im Kontext von Gesundheitskommunikation	115
5.2	BESTANDSAUFNAHME: KOMBINATION VON FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELLEN IM GESUNDHEITSKONTEXT	122
5.2.1	Fallbeispielstudien, die Furchtappelle integrieren	122

5.2.2 Furchtappellstudien, die Fallbeispiele integrieren	125
5.2.3 Studien, die explizit beide Strategien kombinieren	131
5.2.4 Fazit	135
5.3 ABGRENZUNG UND DEFINITIONEN VON FALLBEISPIEL UND FURCHTAPPELL IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	136
5.3.1 Abgrenzung und Definition Fallbeispiel	136
5.3.2 Abgrenzung und Definition Furchtappell	141
5.3.3 Modell: Zusammenspiel von Fallbeispiel(en) und Furchtappell	145
5.4 FALLBEISPIELE UND IHR POSITIVES POTENTIAL FÜR DIE GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	146
5.4.1 Fallbeispiele fördern das Verständnis	147
5.4.2 Fallbeispiele sind besser nachvollziehbar	148
5.4.3 Fallbeispiele scheinen sozial bewährt und sind glaubwürdig	148
5.4.4 Fallbeispiele erhöhen die persönliche Relevanz	150
5.4.5 Fallbeispiele werden generell leichter, aber möglicherweise auch tiefer verarbeitet	151
5.4.6 Fallbeispiele fördern die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit	151
5.4.7 Fallbeispiele lösen Emotionen aus	152
5.4.8 Fallbeispiele fördern Reaktions- und Selbstwirksamkeit	152
5.4.9 Fallbeispiele wirken relativ unabhängig	153
5.4.10 Fazit	154
5.5 FURCHTAPPELLE UND IHR POSITIVES POTENTIAL FÜR DIE GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	155
5.5.1 Furchtappelle wecken Aufmerksamkeit	155
5.5.2 Furchtappelle wecken Furcht und andere Emotionen	156
5.5.3 Furchtappelle steigern die Risikowahrnehmung	157
5.5.4 Furchtappelle erleichtern die Informationsaufnahme	158
5.5.5 Fazit	158
5.6 KRITIK AM EINSATZ VON FALLBEISPIELN IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	159
5.6.1 Kritik an der Auswahl der Fallbeispiele	159
5.6.2 Eingeschränkte Wirksamkeit der Fallbeispiele	160
5.6.3 Fehlender Zusammenhang zwischen Fallbeispieleffekt und Ähnlichkeit	161
5.6.4 Schwierigkeit der Darstellung komplexer Probleme	161
5.6.5 Fazit	161
5.7 KRITIK AM EINSATZ VON FURCHTAPPELLEN IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	162
5.7.1 Eingrenzung der Zielgruppe	162
5.7.2 Furcht und defensive Reaktionen	163
5.7.3 Ethische Vertretbarkeit von Furchtappellen?	165
5.7.4 Fehlendes „endgültiges“ Furchtappellmodell	167
5.7.5 Zweifel an Furchtappellkampagnen	168
5.7.6 Problematische Manipulation und Erfassung von Furcht	169
5.7.7 Fazit	170
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE VORLIEGENDE ARBEIT	171
6.1 FALLBEISPIELE	172
6.2 FURCHTAPPELLE	173
6.3 FALLBEISPIELE UND FURCHTAPPELLE IM KONTEXT VON GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	174
6.3.1 Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation	174
6.3.2 Furchtappelle in der Gesundheitskommunikation	176
6.3.3 Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation	177
6.3.4 Empirische Umsetzung	179
6.4 FLYER UND BROSCHÜREN IN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	180
6.4.1 Gesundheitsflyer und -brochüren	180
6.4.2 Vorteile von Gesundheitsflyern und -brochüren	181
6.4.3 Nachteile von Gesundheitsflyern und -brochüren	182
6.4.4 Fazit	182
7. EXPERIMENT I: GESUNDHEITSLYER MIT KOMBINATION AUS FALLBEISPIEL UND FURCHTAPPELL	182
7.1 HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN	183
7.2 METHODISCHES VORGEHEN	187
7.2.1 Forschungsdesign: Mehrfaktorielles multivariates Experimentaldesign	188
7.2.2 Stimulusmaterial: Flyer zum Thema Krebs durch Mobilfunk	190
7.2.3 Fragebogen und Konstrukte	194

7.2.4 Pretest, Durchführung und Stichprobe	198
7.3 ERGEBNISSE	200
7.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials	201
7.3.2 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen	203
7.3.2.1 Einfluss des Fallbeispiels	204
7.3.2.2 Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts	209
7.3.2.3 Einfluss des Bildes	211
7.3.2.4 Unabhängigkeit der Bildwirkung	214
7.3.2.5 Interaktionseffekt zwischen Textversion und Bildvalenz	215
7.3.2.6 Stabilität der Effekte	215
7.4 FAZIT: KOMBINATION VON FALLBEISPIEL UND FURCHTAPPELL – GESUNDHEITSFLYER	217
7.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	217
7.4.2 Vergleich mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008)	220
7.4.3 Weitere Ergebnisse	221
7.4.4 Einschränkung der Ergebnisse	222
8. EXPERIMENT II: GESUNDHEITSBROSCHÜRE MIT KOMBINATION AUS FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELL	224
8.1 HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN	225
8.2 METHODISCHES VORGEHEN	229
8.2.1 Forschungsdesign: Mehrfaktorielles multivariates Experimentaldesign	230
8.2.2 Stimulusmaterial: Broschüre zum Thema „Medikamentensucht“	231
8.2.3 Fragebogen und Konstrukte	238
8.2.4 Pretest, Durchführung und Stichprobe	244
8.3 ERGEBNISSE	249
8.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials	249
8.3.2 Vergleichbarkeit der Gruppen	252
8.3.3 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen	255
8.3.3.1 Einfluss mehrerer Fallbeispiele	255
8.3.3.2 Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts	265
8.3.3.3 Einfluss des Furchtappells	268
8.3.3.4 Unabhängigkeit der Furchtappellwirkung	274
8.3.3.5 Interaktionseffekte zwischen Fallbeispielen und Furchtappellvalenz	276
8.3.3.6 Stabilität der Effekte	278
8.3.3.7 Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen	280
8.4 FAZIT IV: KOMBINATION VON FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELL – GESUNDHEITSBROSCHÜRE	287
8.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	287
8.4.2 Weitere Ergebnisse	292
8.4.3 Einschränkung der Ergebnisse	293
9. EXPERIMENT III: GESUNDHEITSBROSCHÜRE MIT KOMBINATION AUS FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELL – ERKRANKTE	295
9.1 HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN	296
9.2 METHODISCHES VORGEHEN	297
9.2.1 Durchführung	298
9.2.2 Beschreibung der Stichprobe	298
9.3 ERGEBNISSE	298
9.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials	299
9.3.2 Vergleichbarkeit der Gruppen	301
9.3.3 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen	303
9.3.3.1 Einfluss mehrerer Fallbeispiele bei erkrankten Personen	303
9.3.3.2 Einfluss des Furchtappells bei erkrankten Personen	310
9.3.3.3 Stabilität der Effekte	316
9.4 FAZIT IV: KOMBINATION VON FALLBEISPIELEN UND FURCHTAPPELLEN IN GESUNDHEITSBROSCHÜREN FÜR ERKRANKTE PERSONEN	318
9.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	318
9.4.2 Vergleich gesunder und kranker Versuchspersonen	322
9.4.3 Einschränkung der Ergebnisse	323
10. RESÜMEE	323

10.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ZENTRALEN ERGEBNISSE	324
10.2 LIMITATIONEN DER EXPERIMENTE.....	327
10.3 DISKUSSION	329
10.3.1 <i>Dramatik der Stilmittel</i>	329
10.3.2 <i>Fallbeispielaspekte</i>	330
10.3.3 <i>Diskrepanz zwischen neuer Information, Bedrohung und Wirksamkeit des Furchtappells</i> ..	330
10.3.4 <i>Thema</i>	331
10.3.5 <i>Schwerpunkt der Messung/Wirkvorstellung</i>	332
10.3.6 <i>Gesundheitsverhalten</i>	333
10.3.7 <i>Integration der Zielgruppe</i>	334
10.3.8 <i>Verknüpfung mit dem Stages-of-Change Model</i>	334
10.3.9 <i>Einbettung in den sozialen Kontext</i>	335
10.4 AUSBLICK.....	336
LITERATURVERZEICHNIS	338
ANHANG	381

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: VEREINFACHTE SICHTWEISE DER VERHALTENSÄNDERUNG	12
ABBILDUNG 2: EINFLUSSFAKTOREN AUF DEN VEREINFACHTEN VERHALTENSMODIFIKATIONSPROZESS.....	13
ABBILDUNG 3: DIE WIRKUNG VON FALLBEISPIELEN	37
ABBILDUNG 4: DIE WERT-ERWARTUNGS-THEORIE	77
ABBILDUNG 5: DAS TRIEBMODELL	79
ABBILDUNG 6: DAS PARALLEL PROCESS MODEL	82
ABBILDUNG 7: DIE PROTECTION MOTIVATION THEORY	83
ABBILDUNG 8: DIE REVIDIERTE PROTECTION MOTIVATION THEORY.....	86
ABBILDUNG 9: DAS EXTENDED PARALLEL PROCESS MODEL	89
ABBILDUNG 10: DIE WIRKUNG VON FURCHTAPPELLEN	97
ABBILDUNG 11: DAS ZUSAMMENSPIEL VON FALLBEISPIEL(EN) UND FURCHTAPPELL IM GESUNDHEITSKONTEXT.....	146
ABBILDUNG 12: EXPERIMENT I – DARSTELLUNG DES FURCHTAPPELLS.....	193
ABBILDUNG 13: EXPERIMENT II – EXEMPLARISCHE DARSTELLUNG DES FÜNFTEN FALLBEISPIELS	234
ABBILDUNG 14: EXPERIMENT II – VARIATION DES FURCHTAPPELLS	237

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: EXPERIMENT I – VERSUCHSPLAN (2x3 DESIGN)	189
TABELLE 2: EXPERIMENT I – VERGLEICH DER VARIERTEN TEXTPASSAGEN	192
TABELLE 3: EXPERIMENT I – AUFBAU DER FRAGEBÖGEN	197
TABELLE 4: EXPERIMENT I – ABLAUFDIAGRAMM	199
TABELLE 5: EXPERIMENT I – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T1)	200
TABELLE 6: EXPERIMENT I – TREATMENT-CHECK FOTOBEWERTUNG	202
TABELLE 7: EXPERIMENT I – EINFLUSS DES BILDES AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DEN FLYER INSGESAMT	205
TABELLE 8: EXPERIMENT I – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DIE RISIKOWAHRNEHMUNG	207
TABELLE 9: EXPERIMENT I – EINFLUSS DES BILDES AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DAS BILD	212
TABELLE 10: EXPERIMENT I – STABILITÄT DER EFFEKTE	216
TABELLE 11: EXPERIMENT I – ÜBERSICHT EINFLUSS DER TEXTVERSION (SIGNIFIKANT UND TENDENZIELL)	218
TABELLE 12: EXPERIMENT I – ÜBERSICHT EINFLUSS DER BILDVERSION (SIGNIFIKANT UND TENDENZIELL)	219
TABELLE 13: GEGENÜBERSTELLUNG DER STUDIE VON ROSSMANN & PFISTER (2008) MIT EXPERIMENT I	220
TABELLE 14: EXPERIMENT II – VERSUCHSPLAN (3x3 DESIGN)	230
TABELLE 15: EXPERIMENT II – ZUSAMMENSETZUNG DER FALLBEISPIELE IN DEN VERSIONEN	235
TABELLE 16: EXPERIMENT II – ÜBERBLICK KONSTRUKTE ALLER FRAGEBÖGEN	244
TABELLE 17: EXPERIMENT II – ABLAUFDIAGRAMM	247
TABELLE 18: EXPERIMENT II – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T1+T2)	248
TABELLE 19: EXPERIMENT II – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T3)	248
TABELLE 20: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DAS VERHALTEN	261
TABELLE 21: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE VERHALTENSINTENTIONEN	272
TABELLE 22: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS VERHALTEN	273
TABELLE 23: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIEL- UND FURCHTAPPELLVERSION	277
TABELLE 24: EXPERIMENT II – STABILITÄT DER EFFEKTE	279
TABELLE 25: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE ERINNERUNG AN HILFSANGEBOTE – SUMMENINDIZES	281
TABELLE 26: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DAS WISSEN ZU SÜCHTIG MACHENDEN MEDIKAMENTEN (INDEXVARIABLE)	282
TABELLE 27: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DIE BROSCHÜRE INSGESAMT	282
TABELLE 28: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF RISIKOWAHRNEHMUNG, REAKTIONS- UND SELBSTWIRKSAMKEIT	283
TABELLE 29: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE EINSTELLUNGEN	284
TABELLE 30: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE VERHALTENSINTENTION	285
TABELLE 31: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DAS VERHALTEN	286
TABELLE 32: EXPERIMENT II – ÜBERSICHT EINFLUSS DER FALLBEISPIELVERSION (TENDENZIELL)	288
TABELLE 33: EXPERIMENT II – ÜBERSICHT EINFLUSS DER FURCHTAPPELLVERSION (TENDENZIELL)	289
TABELLE 34: EXPERIMENT II – ÜBERSICHT EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION (SIGNIFIKANT)	291
TABELLE 35: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DAS WISSEN ZU SÜCHTIG MACHENDEN MEDIKAMENTEN	304
TABELLE 36: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF BROSCHÜRE INSGESAMT	305
TABELLE 37: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DIE VERHALTENSINTENTIONEN	307
TABELLE 38: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS WISSEN ZU SÜCHTIG MACHENDEN MEDIKAMENTEN	311
TABELLE 39: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DIE BROSCHÜRE INSGESAMT	312
TABELLE 40: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EINSTELLUNGEN	314
TABELLE 41: EXPERIMENT III – STABILITÄT DER EFFEKTE	317
TABELLE 42: EXPERIMENT III – ÜBERSICHT EINFLUSS DER FALLBEISPIELVERSION (SIGNIFIKANT UND TENDENZIELL)	319
TABELLE 43: EXPERIMENT III – ÜBERSICHT EINFLUSS DER FURCHTAPPELLVERSION (SIGNIFIKANT UND TENDENZIELL)	321
TABELLE 44: LIMITATIONEN DER EINZELNEN EXPERIMENTE	327

Anhangsverzeichnis mit Abbildungen und Tabellen

A	METHODE EXPERIMENT I	381
B	ERGEBNISSE EXPERIMENT I	406
C	METHODE EXPERIMENT II	420
D	ERGEBNISSE EXPERIMENT II	487
E	METHODE EXPERIMENT III	516
F	ERGEBNISSE EXPERIMENT III	520
ABBILDUNG A.1:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET)	381
ABBILDUNG A.2:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – POSITIVES FALLBEISPIEL	381
ABBILDUNG A.3:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – NEUTRALES FALLBEISPIEL	382
ABBILDUNG A.4:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – NEGATIVES FALLBEISPIEL	382
ABBILDUNG A.5:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – POSITIVE SUMMARISCHE REALITÄTSBESCHREIBUNG	383
ABBILDUNG A.6:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – NEUTRALE SUMMARISCHE REALITÄTSBESCHREIBUNG	383
ABBILDUNG A.7:	EXPERIMENT I – FLYER (NICHT GEFALTET) – NEGATIVE SUMMARISCHE REALITÄTSBESCHREIBUNG	384
ABBILDUNG A.8:	EXPERIMENT I – LOGO „DEUTSCHE MOBILFUNKFORSCHUNG“	384
ABBILDUNG A.9:	EXPERIMENT I – FRAGEBOGEN 1	385
ABBILDUNG A.10:	EXPERIMENT I – FRAGEBOGEN 2	394
ABBILDUNG A.11:	EXPERIMENT I – INSTRUKTION FÜR DEN PRETEST	400
ABBILDUNG A.12:	EXPERIMENT I – PRETEST: BEWERTUNG DES FLYERS	401
ABBILDUNG A.13:	EXPERIMENT I – INTERVIEWER-INSTRUKTIONEN (T1 UND T2)	404
ABBILDUNG C.1:	EXPERIMENT II – BROSCHÜRE (VERSION 1 EXEMPLARISCH FÜR DIE VERSIONEN 2-9)	424
ABBILDUNG C.2:	EXPERIMENT II – VERSION 10 DER BROSCHÜRE	436
ABBILDUNG C.3:	EXPERIMENT II – FRAGEBOGEN 1	444
ABBILDUNG C.4:	EXPERIMENT II – FRAGEBOGEN 2	449
ABBILDUNG C.5:	EXPERIMENT II – FRAGEBOGEN 3	459
ABBILDUNG C.6:	EXPERIMENT II – FRAGEBOGEN 2 - SR	465
ABBILDUNG C.7:	EXPERIMENT II – FRAGEBOGEN 3 - SR	473
ABBILDUNG C.8:	EXPERIMENT II – VERSUCHSLEITERINSTRUKTION	482
ABBILDUNG C.9:	EXPERIMENT II – PRETEST: KÜRZUNG DER FRAGEBÖGEN	483
ABBILDUNG E.1:	EXPERIMENT III – REKRUTIERUNG DER STICHPROBE	516
ABBILDUNG E.2:	EXPERIMENT III – VERSUCHSLEITERINSTRUKTIONEN	517
TABELLE A.1:	EXPERIMENT I – ÜBERBLICK BEIDE FRAGEBOGEN	399
TABELLE A.2:	EXPERIMENT I – PRETEST: DARSTELLUNG DER BENÖTIGTEN ZEIT	401
TABELLE A.3:	EXPERIMENT I – PRETEST: BEURTEILUNG DES FURCHTAPPELLS	401
TABELLE A.4:	EXPERIMENT I – ÜBERBLICK KURSE UND VERSUCHSPERSONEN	402
TABELLE A.5:	EXPERIMENT I – ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN PRO KURS	402
TABELLE A.6:	EXPERIMENT I – GRUPPEN (T1)	402
TABELLE A.7:	EXPERIMENT I – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T2)	402
TABELLE A.8:	EXPERIMENT I – GRUPPEN (T2)	403
TABELLE B.1:	EXPERIMENT I – BEWERTUNG DES FOTOS	406
TABELLE B.2:	EXPERIMENT I – FAKTORENÖSUNG ÜBER ITEMS ZUR FOTOBEWERTUNG	406
TABELLE B.3:	EXPERIMENT I – EINFLUSS DES TEXTES AUF DAS WISSEN (SUMMENINDIZES)	407
TABELLE B.4:	EXPERIMENT I – ALLE EMOTIONSITEMS	407
TABELLE B.5:	EXPERIMENT I – EINFLUSS DES TEXTES AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DAS BILD	408
TABELLE B.6:	EXPERIMENT I – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DIE EINSTELLUNGEN, VERHALTENSINTENTION UND VERHALTEN (INDEXVARIABLE)	408
TABELLE B.7:	EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN TEXTVERSION UND GESCHLECHT	408
TABELLE B.8:	EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN TEXTVERSION UND ALTER	409
TABELLE B.9:	EXPERIMENT I – NUTZUNG VON GESUNDHEITSFLYERN	409
TABELLE B.10:	EXPERIMENT I – FLYERNUTZUNG	409
TABELLE B.11:	EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN TEXTVERSION UND FLYERNUTZUNG	410
TABELLE B.12:	EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN TEXTVERSION UND INVOLVEMENT	410
TABELLE B.13:	EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN TEXTVERSION UND PERSÖNLICHER BETROFFENHEIT	411
TABELLE B.14:	EXPERIMENT I – EINFLUSS DES BILDES AUF DAS WISSEN (SUMMENINDIZES)	411

TABELLE B.15: EXPERIMENT I – EINFLUSS DES BILDES AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DEN FLYER INSGESAMT	411
TABELLE B.16: EXPERIMENT I – EINFLUSS DES BILDES AUF DIE RISIKOWAHRNEHMUNG	412
TABELLE B.17: EXPERIMENT I – EINFLUSS DER BILDVERSION AUF DIE EINSTELLUNGEN, VERHALTENSINTENTIONEN UND VERHALTEN (INDEXVARIABLEN)	412
TABELLE B.18: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND EMOTIONALER REAKTION	413
TABELLE B.19: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND GESCHLECHT	414
TABELLE B.20: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND ALTER	415
TABELLE B.21: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND FLYERNUTZUNG	416
TABELLE B.22: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND INVOLVEMENT	417
TABELLE B.23: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILDVERSION UND BETROFFENHEIT	418
TABELLE B.24: EXPERIMENT I – INTERAKTION ZWISCHEN BILD- UND TEXTVERSION	419
TABELLE C.1: EXPERIMENT II – BILDQUELLEN	420
TABELLE C.2: EXPERIMENT II – ÜBERSICHT DER FALLBEISPIELE	421
TABELLE C.3: EXPERIMENT II – ANZAHL DER WÖRTER IN DEN UNTERSCHIEDLICHEN VERSIONEN	423
TABELLE C.4: EXPERIMENT II – ÜBERBLICK FRAGEBOGEN 1	479
TABELLE C.5: EXPERIMENT II – HERLEITUNG DER VERWENDETEN EMOTIONSITEMS	479
TABELLE C.6: EXPERIMENT II – PRETEST: DARSTELLUNG DER BENÖTIGTEN ZEIT	480
TABELLE C.7: EXPERIMENT II – PRETEST: BEWERTUNG DER BROSCHÜRE	480
TABELLE C.8: EXPERIMENT II – ÜBERBLICK FRAGEBOGEN 2 UND 3	480
TABELLE C.9: EXPERIMENT II – PRETEST: BEWERTUNG DES FURCHTAPPELLS	483
TABELLE C.10: EXPERIMENT II – QUOTIERUNG NACH ALTERSGRUPPEN, GESCHLECHT UND VERSUCHSLEITERN	484
TABELLE C.11: EXPERIMENT II – GRUPPEN (T1+T2)	485
TABELLE C.12: EXPERIMENT II – GRUPPEN (T3)	486
TABELLE D.1: EXPERIMENT II – TREATMENT-CHECK FOTO NACH FALLBEISPIEL- UND FURCHTAPPELLVERSIONEN	487
TABELLE D.2: EXPERIMENT II – REAKTANZ AUF DAS FOTO NACH FALLBEISPIEL- UND FURCHTAPPELLVERSIONEN	487
TABELLE D.3: EXPERIMENT II – MEDIENNUTZUNG ZU GESUNDHEITSTHEMEN	487
TABELLE D.4: EXPERIMENT II – INFORMATIONSVERHALTEN UND BROSCHÜRENNUTZUNG	488
TABELLE D.5: EXPERIMENT II – VORWISSEN: MEDIKAMENTENSUCHT	488
TABELLE D.6: EXPERIMENT II – VORWISSEN: SÜCHTIG MACHENDE SUBSTANZEN	488
TABELLE D.7: EXPERIMENT II – AUSSAGEN ZUR GESUNDHEIT	489
TABELLE D.8: EXPERIMENT II – INVOLVEMENT	489
TABELLE D.9: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF ERINNERUNG AN HILFE – SUMMENINDIZES	490
TABELLE D.10: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DAS WISSEN ZU BENZODIAZEPIN UND ZU DEN FOLGEN (INDEXVARIABLEN)	490
TABELLE D.11: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DAS WISSEN ZU SÜCHTIG MACHENDEN MEDIKAMENTEN	490
TABELLE D.12: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DIE BROSCHÜRE INSGESAMT	490
TABELLE D.13: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF RISIKOWAHRNEHMUNG, REAKTIONS- UND SELBSTWIRKSAMKEIT	491
TABELLE D.14: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DIE VERHALTENSINTENTIONEN	491
TABELLE D.15: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FALLBEISPIELS AUF DIE EINSTELLUNGEN	492
TABELLE D.16: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND GESCHLECHT	493
TABELLE D.17: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND ALTER	494
TABELLE D.18: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND BILDUNG	495
TABELLE D.19: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND BROSCHÜRENNUTZUNG	496
TABELLE D.20: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND INVOLVEMENT (INTERESSE AM THEMA)	497
TABELLE D.21: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND INVOLVEMENT (MEDIKAMENTENKONSUM)	498
TABELLE D.22: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND PERSÖNLICHER BETROFFENHEIT	499
TABELLE D.23: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FALLBEISPIELVERSION UND GESUNDHEITZUSTAND	500
TABELLE D.24: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE ERINNERUNG AN HILFE (SUMMENINDIZES)	501
TABELLE D.25: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS WISSEN ZU BENZODIAZEPIN UND DEN FOLGEN (INDEXVARIABLEN)	501
TABELLE D.26: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS WISSEN ZU SÜCHTIG MACHENDEN MEDIKAMENTEN	501
TABELLE D.27: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DIE BROSCHÜRE INSGESAMT	501

TABELLE D.28: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DAS BILD	502
TABELLE D.29: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF RISIKOWAHRNEHMUNG, REAKTIONS- UND SELBSTWIRKSAMKEIT	502
TABELLE D.30: EXPERIMENT II – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EINSTELLUNGEN	502
TABELLE D.31: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND EMOTIONALER REAKTION AUF DIE BROSCHÜRE	503
TABELLE D.32: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND NEGATIVEN EMOTIONALEN REAKTIONEN AUF DAS BILD	504
TABELLE D.33: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND POSITIVEN EMOTIONALEN REAKTIONEN AUF DAS BILD	505
TABELLE D.34: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND GESCHLECHT	506
TABELLE D.35: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND ALTER	507
TABELLE D.36: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND BILDUNG	508
TABELLE D.37: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND BROSCHÜRENNUTZUNG	509
TABELLE D.38: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND INVOLVEMENT (INTERESSE AM THEMA)	510
TABELLE D.39: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND INVOLVEMENT (MEDIKAMENTENKONSUM)	511
TABELLE D.40: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND PERSÖNLICHER BETROFFENHEIT	512
TABELLE D.41: EXPERIMENT II – INTERAKTION ZWISCHEN FURCHTAPPELLVERSION UND GESUNDHEITZUSTAND	513
TABELLE D.42: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE ERINNERUNG AN DAS BILD	514
TABELLE D.43: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DAS WISSEN ZU BENZODIAZEPIN (INDEXVARIABLE)	514
TABELLE D.44: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DAS BILD	514
TABELLE D.45: EXPERIMENT II – EINFLUSS DER BROSCHÜRENVERSION AUF EINSTELLUNGEN, VERHALTENSINTENTIONEN UND VERHALTEN	515
TABELLE E.1: EXPERIMENT III – GRUPPEN (T1+T2)	518
TABELLE E.2: EXPERIMENT III – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T1+T2)	518
TABELLE E.3: EXPERIMENT III – GRUPPEN (T3)	519
TABELLE E.4: EXPERIMENT III – VERTEILUNG DER STICHPROBE (T3)	519
TABELLE F.1: EXPERIMENT III – BROSCHÜRENBEWERTUNG (INDEXVARIABLE)	520
TABELLE F.2: EXPERIMENT III – TREATMENT-CHECK FOTO NACH TEXT- UND BILDVERSIONEN	520
TABELLE F.3: EXPERIMENT III – REAKTANZ AUF DAS FOTO NACH TEXT- UND BILDVERSIONEN	521
TABELLE F.4: EXPERIMENT III – BEWERTUNG DER FALLBEISPIELE (INDEXVARIABLE)	521
TABELLE F.5: EXPERIMENT III – MEDIENNUTZUNG ZU GESUNDHEITSTHEMEN	521
TABELLE F.6: EXPERIMENT III – INFORMATIONSVRHALTEN UND BROSCHÜRENNUTZUNG	522
TABELLE F.7: EXPERIMENT III – VORWISSEN: MEDIKAMENTENSUCHT	522
TABELLE F.8: EXPERIMENT III – VORWISSEN: SÜCHTIG MACHENDE SUBSTANZEN	523
TABELLE F.9: EXPERIMENT III – AUSSAGEN ZUR GESUNDHEIT	524
TABELLE F.10: EXPERIMENT III – INVOLVEMENT	525
TABELLE F.11: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DIE ERINNERUNG AN HILFSANGEBOTE – SUMMENINDIZES	526
TABELLE F.12: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DAS WISSEN ZU BENZODIAZEPIN (INDEXVARIABLE)	526
TABELLE F.13: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DAS WISSEN ZU DEN FOLGEN (INDEXVARIABLE)	526
TABELLE F.14: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF RISIKOWAHRNEHMUNG, REAKTIONS- UND SELBSTWIRKSAMKEIT	527
TABELLE F.15: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DAS VERHALTEN	527
TABELLE F.16: EXPERIMENT III – EINFLUSS DER FALLBEISPIELE AUF DIE EINSTELLUNGEN	528
TABELLE F.17: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE ERINNERUNG AN DAS BILD	529
TABELLE F.18: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE ERINNERUNG AN HILFSANGEBOTE – SUMMENINDIZES	529
TABELLE F.19: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS WISSEN ZU BENZODIAZEPIN (INDEXVARIABLE)	529
TABELLE F.20: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS WISSEN ZU DEN FOLGEN (INDEXVARIABLE)	529
TABELLE F.21: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE EMOTIONALE REAKTION AUF DAS BILD	530
TABELLE F.22: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF RISIKOWAHRNEHMUNG, REAKTIONS- UND SELBSTWIRKSAMKEIT	530
TABELLE F.23: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DIE VERHALTENSINTENTIONEN	530
TABELLE F.24: EXPERIMENT III – EINFLUSS DES FURCHTAPPELLS AUF DAS VERHALTEN	531

Abkürzungsverzeichnis

AV	Abhängige Variable
AVn	Abhängige Variablen
BSU	Brust-Selbstuntersuchung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DMs	Drive Models, (deutsch: Triebtheorien)
EVTs	Expectancy Value Theories, (deutsch: Wert-Erwartungs-Theorien)
EPPM	Extended Parallel Process Model
F	Frage
FA	Furchtappell
Fb	Fallbeispiel
FB	Fragebogen
HBM	Health Belief Model
HSMP	Heuristic-Systematic Model of Persuasion
IfKW	Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung
IV	Intervenierende Variable
IVn	Intervenierende Variablen
IZMF	Informationszentrum Mobilfunk IZMF
KV	Kontrollversion
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
MPMs	Message-Processing Models
PMT	Protection Motivation Theory
PPM	Parallel Process Model
PR	Public Relations
PSAs	Public Service Announcements
PRMs	Parallel Response Models, (deutsch: Modelle paralleler Reaktionen)
SCT	Social Cognitive Theory
SEU	Subjective Expected Utility Theory (deutsch: Theorie des subjektiven erwarteten Nutzens)
SEUs	Subjective Expected Utility Models, (deutsch: Theorien des subjektiven erwarteten Nutzens)
SOC	Stages-of-Change Model
sR	summarische Realitätsbeschreibung
TRA	Theory of Reasoned Action
TPB	Theory of Planned Behavior
UV	Unabhängige Variable
UVn	Unabhängige Variablen

V Version
ZüFAM Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-
 Missbrauchs

„The person beginning to design a public communication campaign is like a person lost somewhere in a dense forest of possibilities.“ (McGuire 1989: 65)

1. Einleitung

Täglich kommen wir, neben zahlreichen anderen Informationen, mit einer Flut von Gesundheitsbotschaften in Kontakt. Obwohl es potentiell für uns bedeutsam wäre, nehmen wir aber viele davon nicht wahr, da unsere Aufnahmekapazitäten begrenzt sind. Dies ist umso alarmierender, da Menschen im Grunde dazu neigen, sich mit gesundheitsrelevanter Kommunikation zu befassen (vgl. Cialdini, Maner & Gerend 2007: 267). Doch selbst wenn Gesundheitsbotschaften oder -kampagnen die Aufmerksamkeit der Rezipienten wecken, kommen sie meist nicht über dieses Stadium hinaus (vgl. Dejong & Wallack 1999: 156). Hinzu kommt, dass viele Verantwortliche im Gesundheitsbereich davon ausgehen, man könne menschliches Verhalten allein durch die Vermittlung von Wissen in die gewünschten Bahnen lenken. Unterstützt wird diese Vorstellung von vielen Theorien und Ansätzen der Gesundheitskommunikation, die ein rational denkendes und handelndes Individuum zugrundelegen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass gerade ausgewogene, sachliche Gesundheitsinformationen häufig keinen kognitiven Wandel herbeiführen können (vgl. Milne, Sheeran & Orbell 2000: 138). Das liegt auch daran, dass Rezipienten oft nicht in der Lage sind, Gesundheitsinformationen tiefgründig zu verarbeiten. Erschwerend kommt hinzu, dass sie sich über ein einmal eingeschlagenes, häufig routiniertes (Gesundheits-)Verhalten keine Gedanken mehr machen, es weder in Frage stellen noch Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen (vgl. auch Schönbach 2009: 50). Gerade das macht es für Gesundheitsbotschaften schwer. Ihre Effektivität hängt folglich entscheidend davon ab, wie sie aufgebaut sind und wie sie übermittelt werden (vgl. Cialdini et al. 2007: 276). Wie schafft man es also, die Rezipienten mit einer Gesundheitsbotschaft zu erreichen, sie auf die für sie relevanten Aspekte aufmerksam zu machen, die Auseinandersetzung damit zu fördern und, im günstigsten Fall, eine Verhaltensänderung zu bewerkstelligen?

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die beiden prominenten Kommunikationsstrategien Fallbeispiel und Furchtappell möglichst effektiv zu kombinieren. Schon in der Antike war die Kombination der beiden Strategien in der persuasiven Kommunikation bekannt, auch wenn sie nicht explizit so bezeichnet wurden. So propagierte Aristoteles folgendes:

„Daher muß (sic!) der Redner, immer wenn es vorteilhafter ist, daß (sic!) die Zuhörer sich fürchten, sie in einen solchen Zustand versetzen, indem er sagt, daß (sic!) gerade sie Leute

1. Einleitung

sind, denen Leid bevorsteht (...); (...) ferner soll der Redner die Zuhörer darauf hinweisen, daß (sic!) Menschen, die ihnen ganz ähnlich sind, zur Zeit (sic!) leiden oder schon gelitten haben (...).“ (Aristoteles 1999: 92; zweites Buch, Kapitel 5, 15)

Damit beschreibt er zunächst die Verwendung eines Furchtappells und anschließend diejenige von Fallbeispielen, also die Kombination von emotionalisierenden und personalisierenden Aspekten.

Obwohl die Wirkung von Fallbeispielen gut belegt ist und großes Potential verspricht, wurden sie bislang kaum im Gesundheitskontext erforscht. Furchtappelle hingegen kamen häufig in der Gesundheitskommunikation zum Einsatz. Hier zeigten sich in unzähligen Studien zwar tendenzielle Wirkungen, dennoch liegen viele widersprüchliche Ergebnisse vor. Die vorliegende Arbeit soll deshalb weitere Erkenntnisse zu den beiden Strategien und ihrer Kombination im Gesundheitskontext liefern.

Den Einstieg liefert die Darstellung des Forschungsfelds der Gesundheitskommunikation (Kapitel 2). Relevanz und Hintergründe des Forschungsfelds werden demonstriert und dabei verschiedene Definitionen aber auch Kanäle, Anbieter und Einfluss der Gesundheitskommunikation beschrieben. Ergänzt wird dies durch einen Abriss verschiedener Theorien und Ansätze des Forschungsfeldes, in deren Zentrum Gesundheitsförderung und gesundheitsprotektives Verhalten stehen. Diese können durch zielgruppengerechte und verständliche Gestaltung von Gesundheitsbotschaften gefördert werden. Zum Einsatz kommen diese Botschaften deshalb vor allem im Rahmen von Prävention und Gesundheitskampagnen. Warum diese mehr oder weniger erfolgreich sind und welche Schlussfolgerungen sich daraus für die vorliegende Arbeit ergeben, damit beschäftigt sich Abschnitt 2.5.

Anschließend steht das Fallbeispiel als potentiell erfolgreiche Kommunikationsstrategie im Gesundheitskontext im Mittelpunkt, jedoch noch aus der klassischen Perspektive (Kapitel 3). Nach der Darstellung eben dieser Fallbeispiele und ihres Gegenparts, der summarischen Realitätsbeschreibung, wird die Verwendung von Fallbeispielen in den Medien allgemein und im Rahmen von Gesundheitskommunikation im Besonderen betrachtet, um anschließend einen Einblick in die Auswahlstrategien von Journalisten zu geben. Um die Bedeutsamkeit von Fallbeispielen zu demonstrieren, werden zunächst die sozialpsychologische „Base-rate fallacy“ und anschließend der kommunikationswissenschaftliche Fallbeispieleffekt beschrieben. Letzterer führt zu einer Reihe von kognitiven und persuasiven Wirkungen, lässt sich unter bestimmten Bedingungen verstärken und ist ein weitgehend unabhängiger Effekt. Dennoch wird auf mögliche Einschränkungen des Effekts eingegangen und etwas ausführlicher auf denkbare Erklärungen des Effekts.

Daraufhin werden als zweite, zentrale Kommunikationsstrategie dieser Arbeit Furchtappelle vorgestellt (Kapitel 4). Dabei geht es zunächst um Furchtappelle allgemein und

1. Einleitung

die Frage was Furcht ist, wie sie geweckt und wie gemessen wird. Dies führt zur Beschreibung, was genau Furchtappelle sind und wie sie in Gesundheitskampagnen verwendet werden. Anschließend geht es allgemein um Furchtappelle in den Medien, speziell in der Gesundheitskommunikation. Darauf aufbauend werden einige zentrale Theorien der Furchtappellforschung vorgestellt. Den Ausgangspunkt bilden die Wert-Erwartungs-Theorien (Expectancy-Value Theories, EVT), die im Grunde keine eigentliche Furchtappelltheorie darstellen, jedoch als Basis für die weiteren Ausführungen dienen. Darauf aufbauend werden die klassischen Triebmodelle (Drive Models, DMs) mit ihren unterschiedlichen Wirksamkeitsvermutungen und das Modell paralleler Reaktion (Parallel Process Model, PPM) vorgestellt. Zentrale Erkenntnis dabei ist, dass ein Furchtappell immer zwei Botschaftskomponenten (Bedrohungs- und Bewältigungsaspekt) enthält. Es folgt die Protection Motivation Theorie (PMT), die die kognitive Verarbeitung des Furchtappells in den Mittelpunkt rückt und das Zusammenspiel von wahrgenommener Ernsthaftigkeit, wahrgenommener Anfälligkeit und wahrgenommener Reaktionswirksamkeit erklärt sowie die revidierte PMT, die unter anderem neben der Reaktions- auch der Selbstwirksamkeit eine bedeutende Rolle zuspricht. Danach wird das Extended Parallel Process Model (EPPM), das auf der vorhergehenden Furchtappellforschung aufbaut, drei zentrale Schlüsselkonstrukte (Bedrohung, Wirksamkeit und Furcht) verknüpft und neben dem Gefahren- auch den Furchtkontrollprozess erklärt, dargestellt. Ergänzend und zur Erweiterung der Perspektive werden das Elaboration Likelihood Model (ELM) erwähnt und abschließend zentrale Meta-Analysen zur Furchtappellwirkung vorgestellt.

Das zentrale fünfte Kapitel der Arbeit widmet sich der Kombination der beiden Kommunikationsstrategien. Hierfür werden zunächst Studien vorgestellt, die Fallbeispiele oder Furchtappelle im Gesundheitskontext untersuchen. Fallbeispiele und Furchtappelle werden in der Forschung nicht trennscharf unterschieden, darum liegen auch Fallbeispielstudien vor, die Furchtappelle integrieren, Furchtappellstudien, die Fallbeispiele beinhalten – jeweils bewusst oder unbewusst – und Studien, die bewusst beide Kommunikationsstrategien miteinander verbinden. Darauf aufbauend folgen die Fallbeispiel- und Furchtappelldefinitionen für die vorliegende Arbeit. Fallbeispiele werden nun weiter und Furchtappelle enger gefasst, als dies gemeinhin üblich ist. Komprimiert wird diese Sichtweise in einem Modell zum Zusammenspiel von Fallbeispiel(en) und Furchtappell(en). Anschließend geht es um das Potential von Fallbeispielen und Furchtappellen im Gesundheitskontext, gefolgt von Kritikpunkten am Einsatz der beiden Strategien.

Das anschließende sechste Kapitel zieht Schlussfolgerungen aus den theoretischen Erkenntnissen, verweist auf die empirische Umsetzung und führt die Vor- aber auch Nachteile der in den Experimenten verwendeten Medien (Flyer und Broschüren) auf.

2. Gesundheitskommunikation

Die Kapitel 7 bis 9 präsentieren die drei durchgeführten Studien. Dabei werden jeweils zunächst die Hypothesen und Forschungsfragen hergeleitet und dargestellt. Darauf folgt das methodische Vorgehen, das Forschungsdesign, Stimulusmaterial (inklusive der Zusammensetzung von Fallbeispiel(en) und Furchtappell), Auswahl des Themas, Fragebogen, Konstrukte, Pretest, Durchführung und Stichprobe beschreibt. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt, beginnend mit der Bewertung des Stimulus über die Kontrolle der Vergleichbarkeit der Gruppen (Experiment II und III) und schließlich die Beantwortung von Hypothesen und Forschungsfragen. Am Ende steht jeweils ein Fazit, das die zentralen Ergebnisse zusammenfasst, Vergleiche mit vorausgehenden Studien zieht und auf Limitationen hinweist.

Im abschließenden zehnten Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchungen in einen weiteren Kontext der Gesundheitskommunikation gestellt.

„Es gibt nur wenige Aufgaben, die eine größere Herausforderung darstellen als der Versuch, menschliches Verhalten mithilfe von Massenmedien zu beeinflussen.“ (Slater 2007: 328)

2. Gesundheitskommunikation

Lange Zeit wurde unter Gesundheitskommunikation vor allem Individualkommunikation verstanden. Erst seit wenigen Jahrzehnten wird die Bedeutung von massenmedialer Vermittlung in diesem Bereich wahrgenommen. Was die Forschungsbemühungen im Bereich der Gesundheitskommunikation betrifft, liegt Deutschland hinter den USA zurück. Doch auch hierzulande etabliert sich das Forschungsfeld allmählich. In diesem Kapitel wird zunächst auf die Relevanz der Gesundheitskommunikation eingegangen. Danach stehen Gesundheitsförderung und Verhaltensänderung im Zentrum und am Ende der Einsatz massenmedialer Botschaften.

2.1 Gesundheitskommunikation: Relevanz und Hintergrund

Zu Beginn dieses Abschnitts wird die Gesundheitskommunikation als junges Forschungsfeld beschrieben. Anschließend geht es um Versuche, den Begriff Gesundheitskommunikation zu definieren. Nach der Schilderung gängiger Kanäle, Anbieter und dem Einfluss von Gesundheitskommunikation werden einschlägige Theorien und Modelle vorgestellt.

2.1.1 Gesundheitskommunikation

Gesundheit nimmt einen wichtigen Stellenwert in unserem Leben ein. Sie gilt als „hochgeschätztes Gut“ (Dierks & Seidel 2009: 310) und „hat in den letzten Jahren als Wert, Lebensqualität oder erstrebenswertes Ziel an Bedeutung gewonnen.“ (Cialdini 2001: 347). Dem trägt die Gesundheitskommunikation, als relativ junges, interdisziplinäres Forschungsfeld, Rechnung (vgl. Zielmann 2009: 200, Bleicher & Lampert 2003: 348-349, Kreps 2003: 353, Jazbinsek 2000: 12). Sie vereint neben der Kommunikationswissenschaft Fächer wie öffentliche Gesundheit (Public Health), Gesundheitsausbildung (Gesundheitswissenschaften), Soziologie, Psychologie, Anthropologie und viele andere Gesundheitsfelder (wie Medizin, Pharmazie etc., vgl. Kreps 2003: 353-354). Im Bereich der deutschen Kommunikationswissenschaft fand sie bislang vergleichsweise wenig Beachtung. In den USA hingegen ist „health communication“ schon seit etwa 35 Jahren eine etablierte Disziplin (vgl. Jazbinsek 2000: 12, Bleicher & Lampert 2003: 348, Siegert 2003: 13, Zielmann 2009: 200):

“The marriage of health and communication in a self-conscious interdisciplinary relationship is generally regarded to have occurred in the mid-1970s, although it was certainly a common-law relationship long before (...)” (Finnegan & Viswanath 1990: 9).

Die Übersetzung der englischen Bezeichnung mit „Gesundheitskommunikation“ wird als problematisch angesehen (vgl. Signitzer 2001: 22), da dies ein relativ weit gefasster Oberbegriff ist. Er umfasst neben der Vermittlung und dem Austausch von Informationen zu Gesundheit, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung auch Krankheit und diagnostische und therapeutische Verfahren (vgl. Loss & Nagel 2009: 502).¹ Lange Zeit verstand man unter Gesundheitskommunikation vor allem Individualkommunikation (vgl. Bleicher & Lampert 2003: 348) und versteht bis heute das Gespräch zwischen Arzt und Patient als „klassische Gesundheitskommunikation“ (Loss & Nagel 2009: 502).² Erst Ende der 1980er Jahre wurden – intendierte und nicht intendierte – Auswirkungen des Medienkonsums auf das Gesundheitsverhalten bedeutsamer (vgl. Jazbinsek 2000: 13). Zur selben Zeit zeichnete sich auch eine stärkere Politisierung und Professionalisierung des Forschungsfeldes ab: Neben dem Einfluss der medialen Gesundheitskommunikation auf die Bevölkerung gewann die Bedeutung für die Gesundheitspolitik an Beachtung, und es wurden eigene Institute und spezielle Fachzeitschriften gegründet (vgl. ebd.).³ Heute prägen interdisziplinäre Studien und Veröf-

¹ Dabei ist der Gegenstandsbereich der „health communication“ noch weiter gefasst als der Gegenstandsbereich der Gesundheitskommunikation (vgl. Signitzer 2001: 22).

² Eine Analyse von vier großen Datenbanken zeigte, dass von den fünf am häufigsten genannten Themen die ersten vier der Kategorie interpersonale Kommunikation zuzuschreiben waren (vgl. Finnegan & Viswanath 1990: 12-13).

³ Institute wie das „Center for Health Communication“ an der Harvard School of Public Health, Fachzeitschriften wie „Health Communication“ (seit 1989) und „Journal of Health Communication“ (seit 1996, vgl. ebd., Signitzer 2001: 23). In Deutschland dagegen kann man noch nicht von einer Institutionalisierung

fentlichungen das Forschungsfeld (vgl. Bleicher & Lampert 2003: 348-350, Hurrelmann & Leppin 2001: 9-11). Man unterscheidet verschiedene Analyseebenen bzw. Forschungsbereiche (vgl. Kreps 2003: 355-356), die sich entsprechend des Vier-Ebenen Modells der Kommunikation anordnen lassen (vgl. Signitzer 2001: 28-31, Hautzinger 2003: 11): Bei der intrapersonalen Gesundheitskommunikation werden interne mentale und psychologische Prozesse untersucht, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen. Die bereits angesprochene interpersonale Gesundheitskommunikation widmet sich Beziehungen und Informationsaustausch zwischen Akteuren des Gesundheitswesens wie Arzt und Patient, Arzt und Arzt, Arzt und Pflegepersonal oder Patient und Patient,⁴ während sich Organisationskommunikation auf Gesundheitskommunikation von korporativen Akteuren in komplexen Systemen wie Krankenhäusern, Pharmaunternehmen oder Versicherungsorganisationen bezieht. Schließlich spielen auch die Medien eine bedeutende Rolle, die auf Ebene der Massenkommunikation analysiert wird. Dabei geht es um die mediale Vermittlung von Gesundheitsthemen, die Diffusion von computergestützten medizinischen Informationssystemen oder Gesundheitskampagnen, wobei man zwischen Inhalts-, Kommunikator- und Rezipientenebene unterscheidet.⁵

2.1.2 Definition des Begriffs Gesundheitskommunikation

Aufgrund der Breite des Forschungsfelds sind auch die Definitionen des Begriffs Gesundheitskommunikation relativ weit und lassen enormen Interpretationsspielraum zu (vgl. Hurrelmann & Leppin 2001: 9). Eine solch weitgefaste, aber vielzitierte Definition stammt von Kreps & Thornton (1992): „Health communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process and share health information.“ (ebd.: 2, zit. n. Hautzinger 2003: 15) Enger ist die Definition von Boes (1997):

„'Gesundheitskommunikation' meint praktisch *jeden* medizinbezogenen Informationsaustausch von Fachmedien über Populärmedien bis hin zur inter- und intrapersonellen Kommunikation. Der Kommunikationsumfang dieses Begriffsverständnisses zeichnet sich lediglich durch das Merkmal aus, dass *über Medizin* kommuniziert wird.“ (ebd.: 8, kursiv im Original)

Zwar sind hier im Grunde die vier oben dargestellten Analyseebenen integriert, doch die Eingrenzung auf den Bereich „Medizin“ engt die Definition ein. Hierdurch fehlen

sprechen, auch wenn mittlerweile einige grundlegende Publikation vorliegen (vgl. Fromm, Bauman & Lampert 2011: 23-24).

⁴ Kreps unterscheidet hier zwischen interpersonaler Gesundheitskommunikation (z.B. zwischen Arzt und Patient) und Gesundheitskommunikation von Gruppen (z.B. zwischen Pflegeteams aber auch innerhalb von Familien u.a., vgl. Kreps 2003: 355).

⁵ Kreps führt zudem noch gesellschaftliche Gesundheitskommunikation an, die kulturelle Einflüsse auf Generierung, Verteilung und Nutzung von Gesundheitskommunikation untersucht (Kreps 2003: 356).

2. Gesundheitskommunikation

wichtige Aspekte, die bei der deutlich umfangreicheren und konkreteren Definition von Hurrelmann & Leppin (2001) berücksichtigt werden:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Prozess der Kommunikation kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen, das heißt eher den Charakter einer Information von Sender zu Empfänger haben, wie zum Beispiel (noch) beim Medium Fernsehen oder bei Plakatkampagnen, oder genuinen Austausch und gemeinsame Sinnkonstruktion repräsentieren, wie dies idealerweise in einem anamnestischen oder therapeutischen Arzt-Patient-Gespräch der Fall ist.“ (ebd.: 11)

Hier sind die Bereiche Gesundheit und Krankheit unabhängig von ihrem medizinischen Kontext integriert und ebenfalls auf den vier Ebenen verortet („direkt-personal“, „Interaktion zwischen Experten“ und „durch Medien vermittelt“). Neben der Bedeutung von Wissen und Meinungen werden auch emotionale Aspekte im Kommunikationsprozess betont. Außerdem sind verschiedene Kommunikationsformen dargestellt. Eine weitere Definition aus Sicht der Gesundheitswissenschaften/Public health legt Schnabel (2009) vor. Danach ist Gesundheitskommunikation

„die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die Botschaft der Gesundheit

- auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften),
- durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und
- unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch
- die Einstellungen und Verhaltensweise der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichteten Lebensführung befähigt,
- was bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen Widerstand durchzusetzen.“ (ebd.: 39, kursiv im Original)

Diese letzte, originär gesundheitswissenschaftliche Definition macht noch einmal deutlich, dass Gesundheitskommunikation über Massenmedien zwar eine zentrale aber von anderen Aspekten begleitete Bedeutung hat. Allerdings wird ein „all-inclusive“-

Begriff“ (Hurrelmann & Leppin 2001: 11) kritisiert, da die terminologische Trennschärfe verloren geht (vgl. ebd.). Andererseits weist die Definition neben dem Ziel von Einstellungs- und Verhaltensänderung auf selbst bestimmte Rezipienten hin. Hier wird der Wandel der Patientenrolle beschrieben, der zu „einer höheren Eigenverantwortung und Partizipation an medizinischen Entscheidungen“ (Fromm, Baumann & Lampert 2011: 11) und damit zu Ansätzen der Gesundheitsförderung führt, die das Individuum in den Mittelpunkt rücken (s. Kapitel 2.3.1).

2.1.3 Kanäle, Anbieter und Einfluss von Gesundheitskommunikation

Bei Massenkommunikation im Kontext von Gesundheitskommunikation „geht es um die Vermittlung von Wissen und gesundheitsbezogenen Informationen an breite Bevölkerungsgruppen“ (Hurrelmann & Leppin 2001: 14) über die klassischen Massenmedien wie Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Radio oder Fernsehen (vgl. ebd.) aber auch das Internet, Außenwerbung (Anzeigen, Spots und Plakate an öffentlichen Anschlagstellen und Verkehrsmitteln), Kino und Informationsbroschüren (vgl. Donovan 2007: 220, Bonfadelli 2006: 39, Loss & Nagel 2009: 504). Dabei wird zwischen „paid media“, Massenmedien als reine Werbeträger, und „free media“, redaktionelle Teile der Medien, unterschieden (vgl. Bonfadelli 2006: 38). Meist werden mehrere Kanäle genutzt, um möglichst viele Individuen zu erreichen (vgl. Brown & Einsiedel 1990: 159). Zu den Anbietern massenmedialer Gesundheitsinformationen zählen staatliche und halbstaatliche Institutionen (in Deutschland: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Robert Koch-Institut (RKI), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Gesundheitsämter, Krankenkassen, Stiftungen und Vereine), private Stiftungen, Vereine und die pharmazeutische Industrie. Auch journalistische Formate wie Fernsehen, Hörfunk, Printmedien (vgl. ebd., Loss & Nagel 2009: 502-504) und das Internet können neben ihrer Funktion als Medienkanal auch Urheber von Gesundheitsinformationen sein. Öffentliche Gesundheitskommunikation wird also von unterschiedlichen Institutionen mit diversen Interessen und Zielen (vgl. Stuyck 1990: 71, Bleicher & Lampert 2003: 348) über verschiedene Kanäle verfolgt. Letztlich geht es vor allem darum, zu informieren und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie Präventionsverhalten (z.B. Suchtprävention, Motivation zu körperlicher Aktivität) oder die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, HIV-Test) anzuregen (vgl. Zielmann 2009: 200, Loss & Nagel 2009: 502-504). Heutzutage spielt dabei das Internet eine bedeutsame Rolle, gerade dann, wenn Patienten mehr zu bestimmten Gesundheits- oder Krankheitsaspekten wissen möchten (vgl. Sirigatti 2006: xviii). In der Folge sind Patienten häufig schon vor ihrem Arztbesuch informiert (vgl. Kaltenborn 2001: 49). Diese Entwicklung deutete sich in den 1970er Jahren an, als sich in den USA die Medien als wichtigste Informationsquelle für medi-

zinische Fragen der Bevölkerung neben dem Hausarzt etablierten (vgl. Signitzer 2001: 31). Bis heute hält dieser Trend an (vgl. Baumann 2006: 123)⁶, wobei in den Medien – abgesehen von Gesundheitskampagnen – Gesundheitskommunikation in der Regel nach einem einheitlichen Schema funktioniert: „neue Erkenntnisse aus der Medizin und der Präventionsforschung, Therapieempfehlungen, Aufklärung über sinnvolle und sinnlose Behandlungsmethoden.“ (Göpfert 2001: 136) Unabhängig davon, um welche Form der Gesundheitskommunikation es sich handelt, hat sie enormen Einfluss darauf, wie Krankheiten, Krankheitsrisiken, Präventionsmaßnahmen und Therapien wahrgenommen werden (vgl. Loss & Nagel 2009: 504). Hierin spiegelt sich die „zwiespältige Rolle der Massenmedien“ (Kocher 1993: 73). Sie beeinflussen, ob eine Therapie durchgeführt wird oder nicht, können negative Gefühle wie Angst, Schuld oder Verweigerung hervorrufen (vgl. Roski 2009a: 21, Loss & Nagel 2009: 504), aber auch zu Stigmatisierung und Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen führen (vgl. Kocher 1993: 74, Loss & Nagel 2009: 504). Außerdem können Gesundheitsthemen in den Medien zu „Skandalisierung, Personalisierung oder Boulevardisierung“ (Siegert 2003: 13) beitragen. Wer also „über Gesundheit informiert und kommuniziert (...) bedient damit ein machtvolles Instrument“ (Loss & Nagel 2009: 504), was eine sensible Ansprache nahelegt (vgl. Roski 2009a: 25).

2.1.4 Theorien und Ansätze der Gesundheitskommunikation

Wie oben dargestellt, vereint das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation eine Reihe verschiedener Fächer. Dies führt dazu, dass sich „die theoretische Ausrichtung sehr uneinheitlich gestaltet“ (Fromm et al. 2011: 24), was auch die empirische Forschung beeinflusst. So wird immer wieder die Theorieschwäche des Forschungsfelds beschrieben. Stephenson (2002) untersuchte beispielsweise, wie viele Anti-Drogen-„Public Service Announcements“ (PSAs)⁷ auf einer theoretischen Grundlage beruhten und fand heraus, dass dies bei weniger als der Hälfte der Fall war (vgl. ebd.: zit. n. Cohen, Shumate & Gold 2007: 92). Und in ihrer Meta-Analyse zu sämtlichen Artikeln des Journal of Health Communication der Jahre 1996 bis 2005, stellten Freimuth, Massett & Meltzer (2006) fest, dass 62 Prozent der Artikel auf theoretische Grundlagen verzichteten (vgl. ebd.: 16). Als zentral gelten jedoch die Disziplinen Psychologie und Soziologie (vgl. Fromm et al. 2011: 24), auf denen auch die Theorien basieren, die im Bereich des Gesundheitsverhaltens am häufigsten angewendet werden. Hier sind neben dem ältesten und über viele Jahre am meisten genutzten „Health Belief Model“ (HBM, Ro-

⁶ Baumann stellte fest, dass Gesundheitsinformationen vor Gesprächen mit dem Arzt vor allem im Fernsehen, in Tageszeitungen, verschiedenen Zeitschriften, Broschüren und Zeitschriften von Krankenkassen und dem Internet gesucht werden (vgl. ebd.).

⁷ Public service announcements sind Werbebotschaften, die meist im Fernsehen, aber auch im Radio, in Print- oder weiteren Medien verbreitet werden. Ihr Anliegen ist jedoch nicht, ein Produkt zu verkaufen, sondern die Öffentlichkeit auf ein Problem aufmerksam zu machen. Urheber sind in der Regel staatliche oder Non-Profit-Organisationen (vgl. Dessart 2011). Sie ähneln Anzeigen (vgl. Siu 2010: 580).

senstock 1960, Rosenstock 1974, Janz & Becker 1984) vor allem die „Theory of Reasoned Action“ (TRA, Ajzen & Fishbein 1980) und die darauf aufbauende „Theory of Planned Behavior“ (TPB, Ajzen 1991) zu nennen. Aber auch die „Protection Motivation Theory“ (PMT, Rogers 1975, Rogers 1983), die „Social Cognitive Theory“ (SCT, Bandura 1986), das „Stages-of-Change Model“⁸ (SOC, Prochaska et al. 1994, Prochaska, Redding & Evers 2008), das „Precaution Adoption Process Model“ (Weinstein 1988, Weinstein & Sandman 1992) und der „Health Action Process Approach“ (Schwarzer 2001; s. für einen Überblick McMillan & Conner 2007: 238-239) zählen dazu. Da neben dem Verhalten der Rezipienten, das erst am Ende verschiedener Prozesse steht (s. nächstes Unterkapitel), auch andere Aspekte wie Informationssucht, Selbstwirksamkeit, Einstellungen etc. eine Rolle spielen, kommen Theorien wie „Information-Seeking“ (z.B. Renckstorff 1996), das „Self-Efficacy Konzept“ (Bandura 1977, Bandura 1992), Einstellungstheorien zu Konsistenz, Dissonanz und Reaktanz oder das „Elaboration-Likelihood-Modell“ (Petty & Cacioppo 1986) zum Einsatz. Von kommunikationswissenschaftlicher Seite gesellen sich beispielsweise der „Agenda-Setting-Ansatz“ (McCombs & Shaw 1972), die „Wissenskluff Hypothese“ (Tichenor, Donohue & Olien 1970), der „Uses-and-Gratifications-Ansatz“ (Blumler & Katz Hrsg). (1974), die „Kultivierungshypothese“ (Gerbner & Gross 1976), die „Theorie der Schweigespirale“ (2001), die „Framing-Perspektive“ (Scheufele 2003, s. für einen Überblick auch Bonfadelli 2006) und in jüngerer Zeit Ansätze wie „Entertainment-Education“ (Singhal & Rogers 1999) oder „Social Marketing“ (Wiebe 1951, Lazer & Kelley 1973) hinzu.

Letztlich liegt also ein Konglomerat an verschiedenen Theorien und Modellen vor. Eine umfassende Systematisierung relevanter Theorien und Modelle für das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation steht jedoch noch aus. Ansätze hierzu tauchen zwar immer wieder auf, sie erfassen jedoch nicht sämtliche Aspekte. So legte McGuire (1989) eine Strukturierung im Kontext von Gesundheitskampagnen vor, während Vögele vier Modelltypen unterteilt: 1) allgemeine psychologische Modelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens (wie TRA, TPB, SCT etc.) 2) spezifische Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens (wie HBM, PMT, SOC etc.) 3) eklektische Modelle (wie das PRECEDE-Modell) und 4) ergebnisorientierte Modelle (wie das Communication persuasion Model). Auch das jüngste Werk zu „Gesundheitskommunikation und Medien“ (Fromm et al. 2011) systematisiert den Forschungsbereich lediglich auf der Basis der oben beschriebenen Analyseebenen nach Signitzer (2001).

2.3 Gesundheitsförderung und Verhaltensänderung

In diesem Kapitel geht es um die Relevanz von Gesundheitskommunikation im Kontext von Gesundheitsförderung und damit um gesundheitskommunikative Maßnahmen und

⁸ Das auch als „Transtheoretical Model“ bezeichnet wird.

Möglichkeiten im Verhaltensänderungsprozess, die Bedeutung von zielgruppengerechter Gesundheitskommunikation und verständlicher Gesundheitsbotschaften.

2.3.1 Verhaltensänderung

Gesundheitskommunikation mit dem Ziel, gesundheitsprotektives Verhalten zu fördern und gesundheitsschädliches Verhalten zu verhindern (vgl. Donovan 2007: 233, Vögele 2007: 294-296), kann als Aspekt der Gesundheitsförderung betrachtet werden. Eine bessere Gesundheit nutzt sowohl dem Individuum als auch der Gesellschaft. So hat effektive Gesundheitskommunikation das Potential, dem Einzelnen ein längeres und gesünderes Leben und damit eine höhere Lebensqualität zu verschaffen. Damit ist ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen verbunden, der sich unter anderem in der Verhinderung von Epidemien oder der Eindämmung der wachsenden und deshalb politisch viel diskutierten medizinischen Kosten zeigt (vgl. Crosby et al. 2007: 2-5, DiClemente et al. 2007: 211-213, Bundeszentrale für politische Bildung 2011). Das Ziel vieler gesundheitskommunikativer Maßnahmen ist es, Wissen zu vermitteln, denn ohne Wissen, werden sich Menschen nicht auf einen Prozess einlassen, der am Ende zur Verhaltensänderung führt (vgl. Maibach & Cotton 1995: 45). Problematisch daran ist die Perspektive, Menschen seien vernünftige Wesen, die sich um Gesundheitsrisiken zu vermeiden, entsprechend informieren (vgl. Vögele 2007: 293) und folglich ihr Verhalten ändern. Hierauf beruht das Verständnis, vor allem durch kognitive Einflussnahme Verhaltensänderungen herbeizuführen (vgl. Schnabel 2008: 505, Dutta-Bergman 2005: 113). Das entspricht dem Verständnis einiger Theorien der Verhaltensänderung⁹, Entscheidungen auf das Individuum verlagern (vgl. Dutta-Bergman 2005: 113) und unterstellen, der Mensch sei ein rational gesteuertes Wesen, das von allen verfügbaren Informationen Gebrauch mache (vgl. McMillan & Conner 2007: 244). Diese vereinfachte Sichtweise demonstriert Abbildung 1.

⁹ Wie der TRA (Ajzen & Fishbein 1980) und der TPB (Ajzen 1991), die ihre Wurzeln in der Sozialpsychologie haben.

Abbildung 1: Vereinfachte Sichtweise der Verhaltensänderung

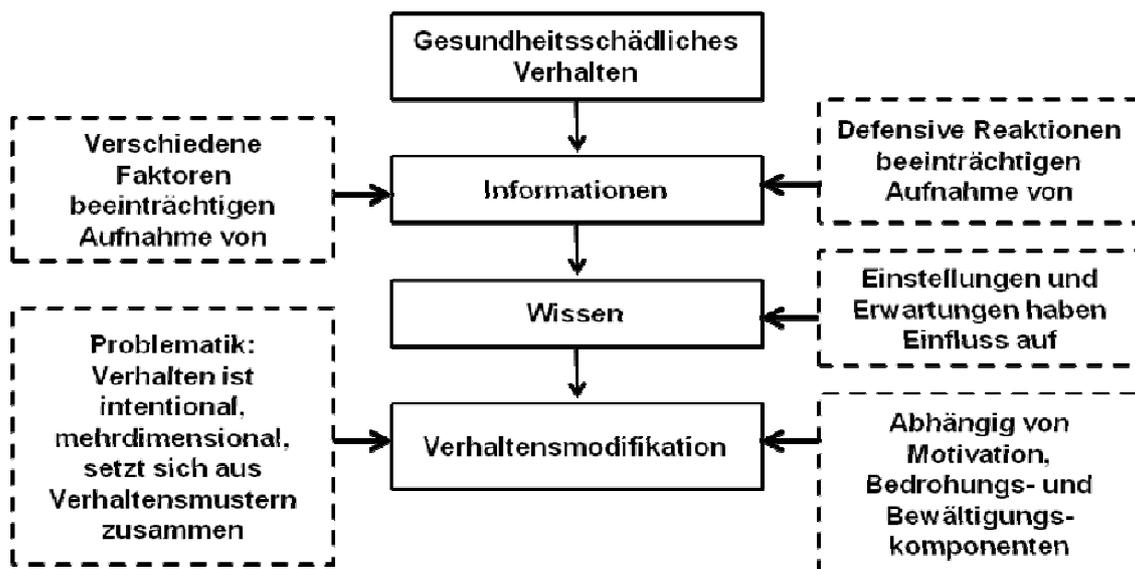


Eigene Darstellung

Entsprechend dieser Vorstellung gehen Verantwortliche im Gesundheitsbereich häufig nach der sogenannten „Tintenfischstrategie“ vor, dem Reflex, bei einem auftauchenden Gesundheitsproblem blindlings Tinte zu versprühen (vgl. Slater 2007: 329). Man möchte gesundes Verhalten fördern, indem man die Menschen informiert, die in der Folge mehr wissen und allein aufgrund dieses verbesserten Wissens ihr Verhalten ändern. Dies ist jedoch ein sehr vereinfachter und geradezu naiver Ansatz, der mit den frühen Modellen der Kommunikationswissenschaft, wie dem Stimulus-Response-Model korrespondiert.¹⁰ Auch Informationen zu Risiken führen nicht unweigerlich zu einer höheren Risikowahrnehmung und folglich präventivem Verhalten (vgl. Smerecnik et al. 2009: 742). Denn Informieren allein heißt nicht, dass die Menschen diese Information auch wahrnehmen und sich mit ihr beschäftigen. Setzen sie sich der Information tatsächlich aus, muss das nicht bedeuten, dass sie am Ende mehr wissen. Manche Autoren gehen davon aus, dass Gesundheitsinformationen nur dann relevant werden, wenn der Bedarf an zusätzlichem Wissen und weiterer Unterstützung aufgrund eigener Betroffenheit vorliegt (vgl. Dierks & Seidel 2009: 317). Und selbst mit neu gewonnenem Wissen verändern Individuen nicht unbedingt und direkt ihr Verhalten. Man kann also konstatieren, dass das (Gesundheits-)Verhalten eines Menschen von weiteren Aspekten beeinflusst wird (s. Abbildung 2):

¹⁰ Beim Stimulus-Response-Model geht man davon aus, dass jeder gewissenhaft gestaltete Stimulus jedes Individuum einer Gesellschaft durch die Massenmedien auf dieselbe Art erreicht, folglich jede Person den Stimulus identisch wahrnimmt und am Ende bei allen Individuen die gleiche Reaktion hervorruft (vgl. z.B. Schenk 2007: 24-25).

Abbildung 2: Einflussfaktoren auf den vereinfachten Verhaltensmodifikationsprozess



Eigene Darstellung

Allzu „simple Ansätze zur Verhaltensänderungen [müssen] zwangsläufig scheitern“ (Weitkunat & Moretti 2007: 25), denn erstens ist jede „Verhaltensänderung ein langsamer und gradueller Prozess“ (Crosby et al. 2007: 10) und zweitens lässt sich Gesundheitsverhalten nicht allein mit Appellen an die Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit beeinflussen (vgl. Mielck 2008: 167-168), da es sich dabei um komplexe Zusammenhänge handelt. Die Informationsaufnahme wird neben der individuellen Voraussetzung für ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Handeln – was man unter dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ zusammenfassen kann (vgl. Dierks & Seidel 2009: 313) – durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt. Hierzu zählt beispielsweise, dass es aufgrund der allgegenwärtigen Informationsflut, die auch vor Gesundheitsthemen nicht halt macht, immer schwieriger wird, die Aufmerksamkeit des Publikums zu erreichen (vgl. Röttger 2009: 10). Darum missachten viele Menschen gesundheitsrelevante Botschaften, obwohl sie im Grunde dazu neigen, „sich sehr stark und tiefgehend mit gesundheitsrelevanten Kommunikationsinhalten zu befassen.“ (Cialdini et al. 2007: 267) Hinzu kommt, dass Menschen nie die Gesamtheit der ihnen zur Verfügung stehenden Informationen nutzen (Brosius 1995) und auch emotionale Aspekte die Verarbeitung einer Botschaft beeinflussen (Donovan 2007: 221). Außerdem läuft (gesundheitsförderliches) Verhalten sowohl mehrdimensional (Lang 1978) als auch intentional ab, beruht auf Gewohnheiten und ist häufig Teil eines umfangreicheren Verhaltensmusters (vgl. Weitkunat & Moretti 2007: 22). Und genau diese Verhaltensmuster und Gewohnheiten beeinflussen, ob ein neues Verhalten überhaupt in Erwägung gezogen wird (vgl. Roski 2009a: 26). Hinzu kommt, dass „Verhalten affektiv motiviert, bedürfnis-

orientiert und sozial verankert ist.“ (Bonfadelli 2006: 37) Das bedeutet, dass emotionale ebenso wie soziale Aspekte – beispielsweise der Vergleich mit anderen, Orientierung an Vorbildern oder Gruppendruck – das Verhalten beeinflussen können. Gesundheitsförderliches Verhalten ist also folglich nicht eindimensional zu beeinflussen wie zusätzliches Wissen. Es hängt von weiteren Variablen ab. So benötigt man Motivation, zum einen, um Aufmerksamkeit auf die relevante Information zu lenken (vgl. McMillan & Conner 2007: 237) und zum anderen, um das Verhalten durchzuführen, selbst dann, wenn es aufgrund der dargestellten Bedrohung und der relevanten Wirksamkeit (s. Kapitel 4.3) als dringlich und möglich wahrgenommen wird. Motivation, wahrgenommene Bedrohung und Wirksamkeit hängen wiederum von Einstellungen und Erwartungen bezüglich der Verhaltensmodifikation ab (vgl. Luszczynska & Sutton 2007: 76). Am Ende ist ein neues bzw. anderes Verhalten immer mit einer gewissen Anstrengung verbunden (vgl. DiClemente et al. 2007: 207), die je nach Verhalten stark variieren¹¹ und möglicherweise defensive Reaktionen wie Widerstand, Verleugnung und Dissonanz (vgl. z.B. Festinger 1957, s. Kapitel 5.7.2) hervorrufen kann, die wiederum die Aufnahme des erforderlichen gesundheitsförderlichen Wissens erschwert oder verhindert.

Dazu gesellt sich das Problem, dass massenmediale Botschaften in der Regel dazu entwickelt wurden, breite Bevölkerungsgruppen anzusprechen (vgl. Slater 2007: 328) und somit nicht auf sämtliche, relevante Aspekte der Einzelperson eingehen können. Andererseits wird immer wieder darauf verwiesen, dass ein „one-size-fits-all“-Ansatz nicht funktionieren kann (vgl. Weitkunat & Moretti 2007: 25-26), da Gesundheitsbotschaften nur dann erfolgreich sein können, wenn sie auf die Zielgruppen zugeschnitten sind.

2.3.2 Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation

Immer wieder wird betont, dass beispielsweise Präventionsmaßnahmen nur dann erfolgreich sein können, wenn sie maßgeschneidert sind (Weitkunat & Moretti 2007: 26), es sich nicht um „Schema-F“-Produkte handelt, die unterschiedliche Voraussetzungen außer Acht lassen (vgl. Schnabel 2009: 38) bzw., wenn sie auf Wissen, Motivation, Erwartungen und Verhaltensweisen der Rezipienten zugeschnitten sind (vgl. Gottwald 2006: 171, Scholl 2009: 165). Zielgruppensegmentierung wird demnach als zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung verstanden (vgl. Crosby et al. 2007: 6) und so sollten sich beispielsweise Kampagnen nicht „unspezifisch ‚an Alle‘ oder ‚die Bevölkerung‘ richten“ (Bonfadelli & Friemel 2006: 34). Im Kontext von Medienkampagnen konnte nachgewiesen werden, dass sie das Verhalten nur dann beeinflussen konnten, wenn

¹¹ So ist beispielsweise das Durchführen einer Gripeschutzimpfung am Arbeitsplatz mit deutlich weniger Mühsal verbunden als eine Ernährungsumstellung, die sich auf weitere Gewohnheiten wie Einkaufen, soziales Miteinander etc. auswirkt (vgl. DiClemente et al. 2007: 207).

sie auf eine konkrete Zielgruppe zugeschnitten waren, die dem Gesundheitsverhalten gegenüber vorab schon positiv eingestellt war (vgl. Brown & Einsiedel 1990: 153, Hurlmann & Leppin 2001: 16). Aber massenmediale Botschaften und Kampagnen sprechen – wie erwähnt – meist breite Zielgruppen an, hier sollte man umso mehr Wert auf „eine gelungene *persönliche Ansprache und die Identifikationsmöglichkeit der Zielgruppe*“ (Femers 2009: 345, kursiv im Original) achten, da diese ebenfalls Voraussetzungen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Botschaftsinhalt sind.

Wie bedeutsam das Zuschneiden von Botschaften auf die jeweiligen Zielgruppen ist, beschreibt umfangreich ein jüngeres Buch zur „Zielgruppengerechten Gesundheitskommunikation“ (Roski 2009b). So interessieren sich Frauen, Ältere und Menschen, die ihren Gesundheitszustand als subjektiv schlechter wahrnehmen, stärker für Gesundheitsinformationen (vgl. Borch 2009: 83), während beispielsweise bei Jüngeren emotionale Aspekte von besonderer Bedeutung sind (vgl. Zielmann 2009: 201). Auch hängt das Gesundheitsverhalten der Personen unter anderem davon ab, welcher Schicht die Personen angehören. So steigt der Anteil der Raucher, je niedriger die soziale Schicht ist (Weyers 2008: 257) und Arbeitslose vermeiden vermutlich professionelle Hilfe, um ihr Selbstwertgefühl nicht noch weiter zu gefährden (vgl. Elkeles 2008: 94). Sozioökonomischer Status und Bildungsstand beeinflussen zudem das Verständnis von Gesundheitsbotschaften (s. Kapitel 2.3.3).

2.3.3 Verständlichkeit von Gesundheitsbotschaften

Im Rahmen von Gesundheitskommunikation müssen häufig komplexe Inhalte vermittelt werden. Dies kollidiert mit dem Marketing-Grundsatz „keep it short and simple“, der darauf hinausläuft, dass Bilder und Texte sowohl prägnant als auch leicht verständlich sein sollten, um die Aufmerksamkeit der Rezipienten zu wecken (vgl. Loss & Nagel 2009: 506). Darum sind auch Gesundheitsinformationen nicht immer nüchtern und neutral gestaltet und verwenden stattdessen emotionalisierende Komponenten wie Humor oder Sexualität (vgl. ebd.: 506-507). Sie sollen dazu beitragen, die Menschen sowohl auf der sprachlichen als auch auf der emotionalen Ebene zu erreichen (vgl. ebd.: 508). Das ist vor allem für bildungsferne Rezipienten, Migranten oder Personen mit geringem sozioökonomischem Status von Bedeutung. Ihnen sind die Inhalte von Gesundheitsbotschaften oft zu wissenschaftlich und werden als schwer verständlich wahrgenommen (vgl. Dierks & Schwartz 2001: 293). So konnte eine Studie zum 2005 in Deutschland eingeführten Mammografie-Screening-Programm aufzeigen, dass von der Zielgruppe der 50 bis 69 Jahre alten Frauen, viele mit dem Begriff „Screening“, der Reihenuntersuchung oder Vorsorgeprogramm bedeutet, nichts anzufangen wussten, bzw. es mit „Science-Fiction“ oder einer neuen Untersuchungsmethode in Verbindung brachten (vgl. Fromm & Bente 2008: A2454). Von 170 Gesundheitsbroschüren zum

Thema Asthma erwiesen sich bei einer Untersuchung in England nur drei Prozent auch für Personen mit geringer Bildung als verständlich (vgl. Dierks & Schwartz 2001: 156). Denn Wissen und Information zu Gesundheitsaspekten sind nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verbreitet. Da Menschen mit höherem Bildungsstand auch besser über Gesundheitsthemen Bescheid wissen, können sie mehr Informationen aufnehmen und sie besser nutzen und umsetzen (vgl. Hurrelmann & Leppin 2001: 15-16) als Menschen mit geringerer Bildung. Dazu kommt, dass Menschen die gesundheitsbewusst sind, sich stärker für Gesundheitsthemen interessieren und sich leichter überzeugen lassen als Personen, die sich nicht für Gesundheit interessieren oder gesellschaftlich schlechter gestellt sind (vgl. Schnabel 2009: 51, Loss & Nagel 2009: 507). Folglich kann auch Gesundheitskommunikation die Wissensunterschiede zwischen Gebildeten und weniger Gebildeten vergrößern (vgl. auch Loss & Nagel 2009: 507) statt sie zu verringern. Je nachdem, ob eine Krankheit als Folge des eigenen gesundheits-schädlichen Verhaltens bzw. Gesundheit als Konsequenz eigener gesundheitsfördernder Aktivitäten wahrgenommen wird, oder ob sowohl Krankheit als auch Gesundheit als nicht beeinflussbar eingeschätzt werden, hat einen Einfluss auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Bauer, Bittlingmayer & Richter 2008: 17).

2.4 Einsatz massenmedialer Gesundheitsbotschaften

Massenmediale Gesundheitsbotschaften werden über verschiedene Kanäle und von unterschiedlichen Anbietern vermittelt (s. Kapitel 2.1.3). Welche Bedeutung diese Botschaften im Kontext von Prävention und Gesundheitskampagnen haben, wird nun beschrieben. Dabei wird auch auf erfolgreiche und weniger erfolgreiche Kampagnen eingegangen.

2.4.1 Prävention

Obwohl die Begriffe präventive Maßnahmen und Prävention häufig verwendet werden, findet sich keine allgemein gültige Definition (vgl. Barth 2000: 35). Generell versteht man unter Prävention Vorbeugung (vgl. Schnabel 2008: 480). Barth (2000) beschreibt vier Kriterien zur näheren Bestimmung des Begriffs Prävention: (1) Prävention soll den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen und Personen erhalten oder verbessern. (2) Sie arbeitet interdisziplinär. Neben Medizin sind auch Psychologie, Soziologie und Pädagogik beteiligt. (3) Prävention soll beim Rezipienten verschiedene Ebenen, wie Wissen, Einstellungen, Überzeugungen oder Intentionen, ansprechen. (4) Sie ist langfristig angelegt bzw. zielt auf langfristige Veränderungen des Verhaltens (vgl. ebd.: 35). Man unterscheidet primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (vgl. Caplan 1964, s. auch Barth 2000: 36). Primäre Prävention geht davon aus, dass noch kein Gesundheitsproblem vorhanden ist. Sie soll dazu beitragen,

den Ausbruch von psychischen und körperlichen Krankheiten und Infektionen zu vermeiden sowie Risikofaktoren zu reduzieren. Durch sekundäre Prävention soll die Verfestigung oder Verschlimmerung von Erkrankungen verhindert werden, indem diese früh erkannt und psychosozial nachteilige Folgeerkrankungen verhindert werden. Tertiäre Prävention entspricht im Grunde der Rehabilitation und damit der Verhinderung und Verbesserung von Folgeschäden sowie beruflicher Wiedereingliederung (vgl. Barth 2000: 36, Crosby et al. 2007: 2, Slater 2006: 150-151). Die Zielgruppe primärer Prävention sind Gesunde, die keine Krankheitssymptome aufweisen. Sekundäre Prävention konzentriert sich hingegen auf Kranke, deren Erkrankung möglichst frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden soll. Generell wird die Bedeutung von Massenmedien auf dem Gebiet der Primärprävention gesehen (vgl. Göpfert 2001: 131). Barth (2000) betont jedoch, dass viele präventive Maßnahmen nicht kategorisierbar sind und nennt als Beispiel Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung. Diese sind primärpräventiv, durch eine Verringerung des Herzinfarkttrisikos, und zugleich sekundärpräventiv, indem sie Übergewicht entgegenwirken. Massenmediale Prävention in Form von Gesundheitskommunikation kann demnach in verschiedenen Krankheitsphasen sinnvoll sein, um einer (weiteren) Verschlechterung vorzubeugen. Da Präventionserfolge jedoch kaum in konkreten Zahlen auszudrücken sind (vgl. Crosby et al. 2007: 10), wird sie im deutschen Gesundheitswesen noch stark vernachlässigt (vgl. Schnabel 2008: 480).

2.4.2 Gesundheitskampagnen

Da Gesundheitsbotschaften – wie erwähnt – häufig im Kontext von Gesundheitskampagnen auftauchen bzw. im Rahmen von Gesundheitskampagnen verbreitet werden, sollen diese kurz betrachtet werden. Anfang der 1990er Jahre definierte man Gesundheitskampagnen wie folgt:

„Applied to public health, communication campaigns can be defined as an *integrated series of communication activities, using multiple operations and channels, aimed at populations or large target audiences, usually of long duration, with a clear purpose.*“
(Flay & Burton 1990: 130, kursiv im Original)

Die Autoren legten Wert auf die vorausgehende Planung und Organisation der Kampagne (*integrated series*), die durch mehrere (massenmediale) Kanäle verbreitet wird (*multiple channels*) und sich an große Zielgruppen wie Jugendliche, schwangere Frauen oder bestimmte Ethnien richten (*large target audiences*). Dabei sollte die Kampagne längerfristig angelegt sein (*long duration*) und einem strategischen Plan (*purpose*) folgen. Eine weitere, weit verbreitete Definition stammt von Rogers & Storey (1987). Sie beschreibt Kommunikationskampagnen als

2. Gesundheitskommunikation

„purposive attempts to inform, persuade, or motivate behavior changes in a relatively well-defined and large audience, generally for noncommercial benefits to the individuals and/or society at large, typically within a given time period, by means of organized communication activities involving mass media and often complemented by interpersonal support“ (Rice & Atkin 1989: 7)

Die strategische Planung steht nun an erster statt an letzter Stelle (purposive attempts) und die große aber definierte Zielgruppe (well-defined and large audience) sowie ein längerfristiger Zeitraum (a given time period) bleiben erhalten. Außerdem werden nun explizit die Ziele zu informieren, überzeugen und Verhaltensänderungen zu motivieren (to inform, persuade, or motivate behavior changes) formuliert und das fehlende kommerzielle Interesse (noncommercial benefits), sowohl für den Einzelnen als für die Gesellschaft als Ganzes (individuals and/or society at large) betont. Auch wird nun explizit zwischen massenmedialen (involving mass media) und interpersonalen Kanälen (interpersonal support) unterschieden. Nach Bonfadelli und Friemel (2006) umfasst eine Kommunikationskampagne in der Regel

„1) die Konzeption, Durchführung und Kontrolle 2) von systematischen und zielgerichteten 3) Kommunikationsaktivitäten zur 4) Beeinflussung von Problembewusstsein, Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser 5) Zielgruppen in Bezug auf 6) soziale Ideen, Aufgaben, Praktiken, und zwar im 6) positiven, d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn.“ (vgl. ebd.:15)

Auch in dieser Definition steht die strategische Planung an erster Stelle (1) und Systematik und Zielrichtung (2) werden betont. Medienkanäle und Zielgruppen werden nicht detailliert aufgeführt, sondern allgemein als Kommunikationsaktivitäten (4) und gewisse Zielgruppen (5) bezeichnet. Dafür werden die Ziele Problembewusstsein, Einstellungen und Verhaltensweisen (4) bezüglich sozialer Ideen, Aufgaben und Praktiken (5) hervorgehoben, mit der Betonung auf den positiven bzw. gesellschaftlich erwünschten Sinn (6). Gerade im Gesundheitsbereich muss man Kommunikationskampagnen von anderen kommunikativen Maßnahmen wie Werbung, Public Relations (PR) und Massenkommunikation abgrenzen (vgl. ebd.: 17). Zwar sind Kommunikationskampagnen, Werbung und PR jeweils intendiert, im Gegensatz zu Werbung präsentieren Kommunikationskampagnen aber weder einen konkreten Hersteller noch eine speziellen Marke. Und anders als PR liegt ihre Hauptintention nicht darin, Vertrauen für Firmen, Organisationen, Verbände oder staatliche Instanzen zu schaffen (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu Massenmedien wiederum sind Gesundheitskampagnen periodisch beschränkt, problemzentriert orientiert und an eine homogene Zielgruppe gerichtet. Hierzu benutzen sie jedoch Massenmedien und unterliegen deren Gesetzen und Paradigmen (vgl. Leonarz 2009: 215).

Die drei Definitionen verdeutlichen, dass sich die Ziele von Gesundheitskampagnen auf verschiedenen Ebenen lokalisieren lassen. Neben Zielen auf kognitiver Ebene (problematisieren, informieren, orientieren), sind Ziele auf affektiver Ebene (sensibilisieren, motivieren) und auf der Verhaltensebene (kanalisieren, mobilisieren) vorstellbar (vgl. Bonfadelli 2006: 35). Dabei ist das Minimalziel das Wecken von Aufmerksamkeit, denn ohne Aufmerksamkeit können weder Zustimmung noch Verhaltensänderungen erreicht werden (vgl. Röttger 2009: 9-10). Alleine auf der Verhaltensebene lassen sich verschiedene Ziele unterscheiden, wie das Bestätigen und Verstärken bestehender Verhaltensmuster, das Lernen und Durchführen neuer Verhaltensweisen oder das Unterlassen eines bestehenden Verhaltens (vgl. ebd.). Hier stellt sich jedoch die Frage, welche Botschaften in welcher Form entwickelt werden müssen und wie sie formuliert und präsentiert werden sollten, damit sie die Rezipienten tatsächlich akzeptieren und Überzeugungs-, Einstellungs-, Intentions- oder Verhaltensänderungen möglich werden (vgl. Donovan 2007: 222, Leonarz 2009: 216).

2.4.3 Erfolgreiche versus weniger erfolgreiche Kampagnen

Im Jahr 1990 kommt Donohew (1990) zu einem ernüchternden Schluss: „The history of public health campaigns in particular has been a story of expensive failures.“ (vgl. ebd.: 136). Erfolgreiche Kampagnen seien dagegen relativ selten. Als Ursache hierfür sieht er zum einen, dass die Erwartungen in direkte Medieneffekte zu hoch gegriffen waren und zum anderen, dass die Botschaften die Zielgruppen nicht erreichen konnten (vgl. ebd.). Dass dies kein junges Problem ist, zeigt schon die frühe Veröffentlichung von Hyman & Sheatsley (1947) mit dem Titel „Some reasons why information campaigns fail“, in dem sie Ursachen für die Misserfolge bisheriger Informationskampagnen auflisten. Als Beispiel für eine erfolgreiche Kampagne werden in der Literatur immer wieder die sogenannten „Stanford Community Studies“ genannt (vgl. Maccoby 1980, Flora, Maccoby & Farquhar 1989). Im Zuge dieser Studie wurden drei Gemeinden in den Jahren von 1972 bis 1975 unterschiedlichen Bedingungen ausgesetzt. In Gilroy erfuhren die Menschen durch eine massenmediale Kampagne von den Ursachen für und den Möglichkeiten gegen Herz-Kreislaufkrankungen. In Watsonville wurde diese mediale Kampagne durch interpersonelle Kommunikation und Gruppentrainings verstärkt. Die Menschen in Tracy schließlich fungierten als Kontrollgruppe und erhielten weder über die Medien noch über andere Maßnahmen Informationen zum Thema. Am Ende zeigten die beiden Interventionsgemeinden im Vergleich zur Kontrollgemeinde insgesamt eine Verbesserung ihres Lebenswandels. Zwar erzielte die Kombination aus Massenmedien in interpersonellen Maßnahmen die besten Ergebnisse, doch es konnten auch Belege für die alleinige Wirkung der Medien, beispielsweise durch vermehrtes Wissen und Verhaltensänderungen bezüglich der Ernährungsgewohnheiten, nachgewiesen

werden (vgl. ebd.). MacCoby (1980) schloss daraus, dass auch alleiniger Medieneinsatz deutliche Effekte zeigen kann (vgl. ebd.: 215).

Auch zwei Meta-Analysen jüngerer Datums zur Effektivität von Gesundheitskampagnen in den USA (Snyder & Hamilton 2002, Derzon & Lipsey 2002) kommen zu dem Ergebnis, dass Gesundheitskampagnen wirksam sind und sogar Verhaltensänderungen hervorrufen können (vgl. ebd.: 378). Dennoch sind Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich in letzter Zeit in die Kritik geraten. So seien die Kampagnen zwar erfolgreich und erreichten die vorab definierten Ziele (vgl. Bonfadelli 2006: 65), jedoch nicht im erwarteten Maß (vgl. ebd.: 75-80).¹² Häufig verharren sie beim oben genannten Minimalziel und wecken zwar die Aufmerksamkeit der Rezipienten, können auf weitere Verarbeitungsprozesse jedoch keinen Einfluss nehmen. Das könnte beispielsweise damit zusammenhängen, dass die Bedürfnisse der Rezipienten zu wenig berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 65, s. Kapitel 2.3.2) und Verhaltensänderungen meist nicht einfach „technisch herstellbar“ (Kocher 1993: 18) sind, sondern Einsicht, Risikoabschätzung und Willen der Rezipienten voraussetzen. Immer wieder wird jedoch bemängelt, dass mediale Kampagnen lediglich diejenigen erreichen, die der angesprochenen Thematik gegenüber sowieso schon über eine positive Einstellung verfügen oder sich die Rezipienten nicht ausreichend informiert fühlen und sich breitere bzw. vertiefende Informationen wünschen (vgl. Gold, Schulz & Koch 2001: 36-37). Oder aber die Medien konnten nicht vermitteln, wie genau das gewünschte Verhalten umzusetzen sei (vgl. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2006: 90-91). Gründe hierfür seien unter anderem die „mangelnde Klarheit und Eindeutigkeit der Botschaften“ (Pott 2009: 210) oder Strategien, die ausschließlich auf Wissensvermittlung zielen und die emotionale Ansprache der Rezipienten außer Acht lassen (vgl. ebd., s. Kapitel 2.3.1). Bonfadelli & Friemel (2006) raten deshalb zur Verwendung möglichst klarer Botschaften, die zwar zum Nachdenken anregen, aber nicht zu einfach sein sollten (vgl. ebd.: 88). Untersuchungen zeigten, dass sich maßgeschneiderte Botschaften effektiver als allgemein gehaltene Botschaften auswirkten (vgl. Kreuter, Strecher & Glassman 1999: 281) und persönlich involvierende und relevante Botschaften Verhaltensänderungen fördern konnten (vgl. Atkin 2001 zit. n. Botta et al. 2008: 375). Hinzu kommt das unter dem Begriff „Präventionsdilemma“ (Ullrich-Kleinmanns et al. 2008: 19) geführte Problem, dass die intendierte Zielgruppe häufig nicht erreicht wird (s. Kapitel 2.3.2). Außerdem besteht gerade für Gesundheitskampagnen die Gefahr, dass sie als Erziehungsmaßnahme angesehen werden. Darum könnten sie und ihre Botschaften „als Eingriffe und Störfaktoren in unsere Privatsphäre, als lästige oder unnötige Ratschläge wahrgenommen werden.“ (Leonarz 2009: 215) Deshalb ist es gerade zu Beginn und am Ende einer Kampagne bedeutsam, leicht zugängliche und vor allem

¹² Neben mangelnder Effektivität wird auch die Wirtschaftlichkeit der Kampagnen kritisiert (vgl. ebd.: 64).

leicht verständliche Information(squellen) zu präsentieren (vgl. auch Bonfadelli 2006: 74).

2.5 Fazit

Obwohl das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation in der deutschen Kommunikationswissenschaft erst langsam an Bedeutung gewinnt und eine allgemeingültige Begriffsbestimmung noch nicht vorliegt, haben sich vier Analyseebenen etabliert, unter denen auch die massenmediale Gesundheitskommunikation vertreten ist. Massenmediale Gesundheitskommunikation hat enormen Einfluss darauf, wie Krankheiten und Krankheitsrisiken, aber auch Präventionsmaßnahmen und Therapien wahrgenommen werden. Neben positiven Effekten, wie erhöhtem Bewusstsein und Wissen zu krankheits- und gesundheitsrelevanten Aspekten, Einstellungs-, Intentionen- und Verhaltensänderungen im positiven, sprich gesundheitsförderlichen Sinne, kann sie jedoch auch negative Folgen haben. Dazu zählen beispielsweise Angst- und Schuldgefühle, defensive Reaktionen aber auch Stigmatisierung, Diskriminierung, Skandalisierung oder Boulevardisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Darum ist es besonders bedeutsam, das Instrument massenmediale Gesundheitskommunikation wachsam und sensibel zu bedienen. Aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung des Forschungsfeldes liegt ein Konglomerat unterschiedlicher Theorien vor, deren Systematisierung noch aussteht. Eines haben sie jedoch gemeinsam: Sie möchten zur Gesundheitsförderung der Rezipienten beitragen. Viele Theorien und Ansätze gehen davon aus, man könne menschliches Verhalten allein durch die Vermittlung von Wissen in die gewünschte bzw. eine gesundheitsförderliche Richtung verändern. Das ist jedoch zu kurz gegriffen, denn der Mensch ist kein rein rational gesteuertes Wesen, das seine Gesundheitskompetenz – die Verbindung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten für ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes (Gesundheits-)Verhalten – zur größtmöglichen Aufnahme von Wissen nutzt. Vielmehr spielen auch emotionale Aspekte, vorliegende Einstellungen und Erwartungen sowie die Komplexität von Verhalten(smustern) eine gewichtige Rolle. Erschwert wird dies durch die Flut an Gesundheitsinformationen, aus der der Einzelne sich die für ihn relevanten Bereiche herauspicken muss. Hier kann eine verständliche und zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation förderlich sein, die Botschaften auf die Voraussetzungen der Rezipienten zuschneidet und Wissensstand, Motivation sowie bestehende Verhaltensweisen und Erwartungen berücksichtigt. Dies steht jedoch im Widerspruch zu massenmedialen Botschaften, deren Ziel es ist, möglichst viele Menschen zu erreichen. Um auch bildungsferne Bevölkerungsschichten, Personen mit geringem sozioökonomischen Status oder geringem Interesse an Gesundheitsthemen zu erreichen, scheinen emotionalisierende und personalisierende Strategien vielversprechend. Es wird vermutet, massenmediale Gesundheits-

2. Gesundheitskommunikation

kommunikation eigne sich vor allem zur primären Prävention, also der Ansprache von (noch) gesunden Personen. Da sich aber viele präventive Maßnahmen nicht strikt in primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention unterteilen lassen, scheint massenmediale Gesundheitskommunikation in verschiedenen Krankheitsstadien sinnvoll. Massenmediale Gesundheitsbotschaften sind häufig Bestandteil von Gesundheitskampagnen, die basierend auf strategischer Planung große aber definierte Zielgruppen erreichen möchten und sich deutlich von Werbung, PR und reiner Massenkommunikation unterscheiden. Zwar nutzen sie die Massenmedien und intendieren gleichfalls Veränderungen auf kognitiver, affektiver und Verhaltensebene, konzentrieren sich dabei aber auf Ziele wie der Schaffung von Problem- bzw. Gesundheitsbewusstsein oder das Wecken von Aufmerksamkeit auf gesundheitlich relevante und gesellschaftlich erwünschte Gesundheitsaspekte. Oft werden Gesundheitskampagnen, die zwar noch lange nicht immer, aber doch häufig evaluiert werden, kritisiert, da sie mit ihren Botschaften die anvisierten Zielgruppen nicht erreichen konnten. Auch wenn gleichzeitig betont wird, massenmediale Gesundheitsbotschaften hätten durchaus das Potential, Zielgruppen zu erreichen, deren Aufmerksamkeit zu erlangen und schließlich zu Wissens-, Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen beizutragen. Allerdings lassen sich Verhaltensänderungen nicht einfach technisch herstellen. Die Bedürfnisse der Rezipienten werden häufig nicht ausreichend berücksichtigt, und es mangelt den Botschaften an Klarheit, Eindeutigkeit und der Anregung zum Nachdenken.

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend stellt sich die Frage: Wie kann man Gesundheitsbotschaften so gestalten, dass sie von den betreffenden Personen auch in einer Fülle von Gesundheitsinformationen wahrgenommen und rezipiert werden? Ohne negative Gefühle, defensive Reaktionen oder andere negative Effekte zu provozieren und stattdessen die Gesundheit der Menschen fördern, indem sie zum Nachdenken anregen und folglich zu gesteigertem Wissen, Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen beitragen? Hier scheinen zwei Kommunikationsstrategien vielversprechend: Fallbeispiele und Furchtappelle. Fallbeispiele, da die Verarbeitung von Botschaften von der Art ihrer Übermittlung, ihrer Gestaltung und unter anderem von Präsentatoren wie Prominenten aber auch sogenannten Peers abhängt (vgl. Donovan 2007: 221). Fallbeispiele und Furchtappelle bzw. die Kombination aus beiden Strategien könnten möglicherweise dazu beitragen, die Komplexität von Gesundheitsinformationen zu reduzieren und angemessen zu vermitteln, indem sie Gesundheitsbotschaften emotional und personalisierend und damit verständlich und zielgruppengerecht kommunizieren. So können sie die Rezipienten über die affektive Ebene ansprechen und auf kognitiver und Verhaltensebene Einfluss nehmen. Und folglich die Gefahr, dass Botschaften als Erziehungsmaßnahme wahrgenommen werden, ebenfalls vermindern.

„Exemplars (...) must share attributes with others to a degree that makes them classifiable as members of the same population (...)” (Zillmann 2002: 23)

3. Fallbeispiele

Fallbeispiele sind bislang eine relativ selten eingesetzte und kaum untersuchte Strategie im Kontext von Gesundheitskommunikation. Dies ist umso erstaunlicher, da sie in den Medien häufig verwendet werden und aus mehreren Gründen auch für die Gesundheitskommunikation relevant erscheinen. Fallbeispiele (englisch: exemplars) sind Einzelfälle, die Kommunikatoren als veranschaulichende Beispiele verwenden, um Botschaften verständlich und interessant aufzubauen (Keller 2008: 71, Daschmann 2001: 68). Ursprünglich stammen sie aus der zwischenmenschlichen Kommunikation: Wir lernen aus den Erfahrungen von Freunden und Angehörigen. Heutzutage werden Fallbeispiele jedoch vor allem durch professionelle Organisationen („die Medien“) übermittelt (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 12-13). Durch die Medien sehen sich die Menschen einer immer größer werdenden Flut von Informationen gegenüber, während sie nur über begrenzte kognitive Kapazitäten verfügen. Hierin scheint die Bedeutsamkeit von Fallbeispielen begründet: Um die Informationsflut zu bewältigen, entwickeln Menschen Verarbeitungsstrategien. Diese führen dazu, dass viele Entscheidungsprozesse nach sogenannten „rationellen Routinen“ ablaufen, die eine Verarbeitung mit möglichst geringem kognitivem Aufwand ermöglichen (Chaiken 1987, Fiske & Taylor 1991). Brosius bezeichnet diese Art der Informationsverarbeitung als „Alltagsrationalität“ (1995). Der unangemessene Urteileinfluss von Einzelfällen, auch „Base-rate-Fallacy“ genannt (Bar-Hillel 1980, Daschmann 2001), ist eine solche alltagsrationale Verarbeitungsstrategie. Demnach orientieren sich Menschen bei der Beurteilung von Häufigkeiten oder Wahrscheinlichkeiten nicht an validen statistischen Angaben, den sogenannten „Base-rate-Informationen“ oder „summarischen Realitätsbeschreibungen“ in Form von Statistiken, Gesamtüberblicken oder amtlichen Informationen (Brosius 1996). Sie ziehen stattdessen wenige, im Grunde irrelevante Einzelfälle, heran (Daschmann 2001).

In diesem Kapitel werden zunächst die Begrifflichkeiten (Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung) geklärt, darauf folgt die Darstellung der Verwendung von Fallbeispielen in den Medien. Hier geht es darum, wie Fallbeispiele bislang verwendet werden und unter welchen Kriterien sie die Journalisten auswählen. Anschließend stehen zwei unterschiedliche Sichtweisen auf ein vermeidlich identisches Phänomen im Zentrum: die sozialwissenschaftliche „Base-rate Fallacy“ und der kommunikationswis-

senschaftliche „Fallbeispieleffekt“. Darauf aufbauend folgen verschiedene Ansätze, die die Wirksamkeit von Fallbeispielen erklären.

3.1 Fallbeispiele und summarische Realitätsbeschreibungen

Bevor es um den Einsatz von Fallbeispielen in den Medien und ihre Wirkungspotentiale geht, muss zunächst dargestellt werden, was genau unter einem Fallbeispiel zu verstehen ist. Handelt es sich dabei lediglich um eine Kombination aus einem (Einzel-)Fall und einem Beispiel? Und was verbirgt sich hinter dem Begriff summarische Realitätsbeschreibung?

3.1.1 Fallbeispiele

Um sich dem Begriff des Fallbeispiels anzunähern, ist es nötig, die Begriffe „Einzelfall“ und „Beispiel“ zu klären. Der Einzelfall¹³ ist ein dem Fallbeispiel übergeordnetes Konstrukt (vgl. Peter 2009: 13) und die kleinste Beobachtungs- bzw. Erfahrungseinheit, mit der wir uns täglich auseinandersetzen. Denn Menschen gewinnen viele Erkenntnisse induktiv, indem sie Einzelfälle einordnen und daraus Schlussfolgerungen ziehen (vgl. Daschmann 2001: 21, vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 2-3, s. Kapitel 3.8.9). Ein Einzelfall kann ein „*konkreter, einzelner Fall (der jeweils individuell zu beurteilen od. zu behandeln ist)*“ sein, oder etwas „*was die Ausnahme darstellt, was nicht die Regel ist*“ (DUDEN Deutsches Universalwörterbuch 1989: 417, kursiv im Original). Einzelfälle können physische Objekte (z.B. eine Frau) oder Ereignisse (z.B. die Erkrankung an Krebs) sein.¹⁴ Auch Handlungen (z.B. die erkrankte Frau unterzieht sich einer Chemotherapie) und Schicksale von Personen sind Ereignisse. Ferner können ideelle Objekte wie Aussagen, Einstellungen, Meinungen etc. Einzelfälle sein (z.B. die Einstellung der erkrankten Frau gegenüber Chemotherapie). Aufgrund raumzeitlicher, physischer und ideeller Eigenschaften ist kein Einzelfall mit dem anderen identisch (vgl. Zillmann & Brosius 2000: Kapitel 1; vgl. auch Daschmann 2001: 54).

Ein Fallbeispiel ist zu einem bestimmten Anteil immer auch ein Beispiel. Jeder kennt Beispiele und verwendet sie, um Erzähltes auszumalen oder komplizierte Vorgänge zu veranschaulichen (vgl. Zillmann & Brosius 2000: viii). Schon die antike Rhetorik sah das Beispiel als einen der Rede hinzugefügten veranschaulichenden Beleg (vgl. Ueding 1976: 218), der einen „nützlichen, wirklichen oder angeblich wirklichen Vorgang“ (Quintilianus, 5, 11, 6; zit. nach Ueding 1976: 218) schildert, um „irgendetwas zu beweisen“ (Aristoteles 1995: erstes Buch, Kapitel 2, 8). Der Duden beschreibt dementsprechend ein Beispiel als „*beliebig herausgegriffener, typischer Einzelfall (als Erklä-*

¹³ Einzelfälle werden im Englischen als „single case information“ oder „individuating information“ bezeichnet (vgl. z.B. Bar-Hillel 1980: 211).

¹⁴ Laut Daschmann zählen zu den physischen Objekten „alle Formen von Materie sowie alle Arten von Lebewesen“ und ein Ereignis ist „ein Geschehen oder eine Geschehensfolge innerhalb festgelegter raumzeitlicher Grenzen“ (Daschmann 2001: 51-52).

3. Fallbeispiele

„*... für eine bestimmte Erscheinung od. einen bestimmten Vorgang*“). Dies trifft auch auf das „Exempel“, als „*treffendes, lehrreiches, anschauliches Beispiel*“ zu.¹⁵ Ein Beispiel kann aber auch ein „*Vorbild*“ und „*(einmaliges) Muster*“ sein (DUDEN Deutsches Universalwörterbuch 1989: 229, kursiv im Original). Gerade die letztgenannten Aspekte scheinen für die Gesundheitskommunikation besonders bedeutsam.

Ein Fallbeispiel (englisch: exemplars oder case-type illustrations)¹⁶ schließlich ist das „*einen bestimmten Fall charakterisierende[s], illustrierende[s] Beispiel*“ (DUDEN Deutsches Universalwörterbuch 1989: 482, Kursiv im Original). Es geht über den Einzelfall hinaus, steht exemplarisch und stellvertretend für viele andere Fälle und „unterstellt, dass der präsentierte Einzelfall nicht einzigartig, sondern typisch sei“ (Daschmann 2001: 56). Fallbeispiele implizieren also im Gegensatz zu Einzelfällen, „daß (sic!) es mehr als einen Einzelfall gibt, der die in Frage stehenden Eigenschaften aufweist“ (Daschmann 2001: 48). Das Fallbeispiel ist demnach zum einen Information zu einem konkreten Einzelfall, zum anderen charakteristisch für weitere Einzelfälle. Daschmann (2001) sieht Fallbeispiele als Einzelfälle,

„die nicht unserer direkten Umweltwahrnehmung entspringen, sondern von einem Kommunikator vermittelt werden. Folglich sind Fallbeispiele nur im Rahmen von Kommunikation und nur in Verbindung mit einer über den Einzelfall hinausgehenden Aussage denkbar und möglich.“ (ebd.: 57)

Zillmann & Brosius (2000) sind hier anderer Meinung: Ein Einzelfall wird „nicht durch die Intention des Kommunikators, sondern durch den Induktionsschluß (sic!) des Beobachters zum Fallbeispiel“ (Übersetzung zit. nach Daschmann 2001: 57).¹⁷ Folgt man der Argumentation Daschmanns, dann sind Fallbeispiele immer ein rhetorisches Konstrukt, das von subjektiven Kommunikationszielen abhängt. Sie dienen „dem Kommunikator als Beweis, Beleg, Illustration oder Veranschaulichung“ (2001: 57-58, vgl. auch Daschmann 2004: 95), werden zu diesem Zweck instrumentalisiert und untermauern so eine bestimmte Sichtweise oder Argumentation. Die Intention des Kommunikators legt fest, ob und welche Fallbeispiele verwendet werden (s. Kapitel 3.2).

¹⁵ Hier ist Daschmann anderer Ansicht, der im Exempel die Bedeutung des Einzelstücks sieht (Daschmann 2001: 56). Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist jedoch der Meinung, dass auch ein Exempel, wie oben beschrieben, als Beispiel anzusehen ist.

¹⁶ Die Bezeichnungen „case-type illustrations“, „illustrative individual cases“ und „narrative information“ werden synonym für „Fallbeispiele“ und „exemplars“ verwendet (vgl. z.B. Brosius 2003: 179, Brosius & Bathelt 1994: 48, Betsch et al. 2011: 1). Ebenso die Bezeichnungen „anecdotal evidence“, „individuating information“ und „story“ (z.B. Hornikx 2007: 151, (Baesler & Burgoon 1994: 282). Auch der Begriff „case reports“ taucht gelegentlich auf, wird aber bei Zillmann (2002: 21) nicht direkt im Sinne von Fallbeispiel verwendet.

¹⁷ Daschmann (2001) bezieht sich vor allem auf folgendes Zitat: „(...) the recipients' nonconscious inference of an extended distribution of events defines the events on which the inference is based as exemplars“ (Zillmann & Brosius 2000: 11). „Induktion (...) ist der Aufstieg vom Besonderen zum Allgemeinen“ (Aristoteles 1995: 234).

3. Fallbeispiele

Daschmann (2001) stellte fest, dass es keine verbindliche, allgemein akzeptierte Definition für Fallbeispiele gibt, aber sämtliche Definitionen Fallbeispiele als Einzelfälle, cases oder Singularitäten verstehen (vgl. ebd.: 81-85).¹⁸ Auf den Differenzen verschiedener Definitionen aufbauend,¹⁹ präsentiert Daschmann seine Fallbeispieldefinition:

*„Fallbeispiele in Medienberichten sind Zitate oder Schilderungen von Einzelfällen, deren Präsentation dazu dient, eine über die Einzelfälle hinausgehende quantitative oder probabilistische Aussage über einen realen Sachverhalt zu formen oder zu veranschaulichen.“*²⁰ (2001: 85, Kursiv im Original)

In den Medien werden Fallbeispiele üblicherweise in zwei Formen präsentiert: Einmal als Schilderungen von Einzelschicksalen, die besonders typisch für das übergeordnete Thema sind. Zum anderen als aus mehreren Einzelstatements zusammengesetzte (Straßen-)Umfragen, die als Bevölkerungsmeinung präsentiert werden und mehrere Fallbeispiele einander gegenüber stellen (vgl. Daschmann & Brosius 1997: 486; vgl. auch Daschmann 2004: 95).

3.1.2 Summarische Realitätsbeschreibungen

Fallbeispiele sind nur eine von vielen Darstellungsformen die Medien nutzen, um den Zustand, die Bedeutsamkeit oder die Dringlichkeit sozialer Probleme zu illustrieren (vgl. Brosius 2003: 179). Außerdem stehen Fallbeispiele in der Regel nicht für sich allein, sondern sind in einen Kontext eingebettet (vgl. Peter 2009: 14), der meist durch sogenannte generalisierende Darstellungen veranschaulicht wird. Diese generalisierenden Darstellungen weisen darauf hin, dass Relevanz und Problematik des dargestellten Sachverhalts über diesen hinausgehen. Beispiele für generalisierende Darstellungen sind Aussagen wie „dieses Problem ist kein Einzelfall“ oder „Schicksale wie diese gibt es häufig“. Innerhalb einer generalisierenden Darstellung wird oft eine statistische Aussage gemacht, die beschreibt, wie viele Menschen von dem Problem betroffen sind. Sie kann externe Statistiken, konkrete, quantitative bzw. absolute Zahlenangaben, wie „Jede neunte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs.“ oder „Jährlich gibt

¹⁸ Für einen Überblick sämtlicher Definitionen s. Daschmann (2001: 80-86).

¹⁹ Dabei sind drei Merkmalsdimensionen von Fallbeispielen zentral: 1) „(...) das Verhältnis von Fallbeispielen zur allgemeinen Aussage des Berichts“. Dieses setzt voraus, dass eine solche allgemeine Aussage überhaupt vorliegt. 2) Die „Funktion von Fallbeispielen“, die sich in erkenntnistheoretische und rhetorische Funktion unterteilen lässt. Wobei jedoch nur die rhetorische Funktion relevant ist. Sie dient dazu, generalisierende Darstellungen in Form von quantitativen Aussagen oder probabilistischen Beziehungen zu transportieren. 3) Die „Typologie von Fallbeispieldarstellungen“, die den Begriff der Fallbeispiele anschaulicher und fassbarer machen soll. Allerdings konfundieren die beiden Variablen „Form der Darstellung“ (z.B. Interviews und O-Töne versus andere Darstellungsformen) und „dargestellte Objekte“ (z.B. Ereignisse und Schicksale versus Aussagen) miteinander.

²⁰ Daschmanns Definition impliziert außerdem (1) eine Beschränkung auf nicht-fiktionale Medieninhalte, (2) das Vorliegen von Einzelfällen, (3) die Intention einer generalisierenden Darstellung im Präsentationsumfeld, (4) die generalisierende Darstellungen müssen quantitative Aussagen oder Aussagen über probabilistische Beziehungen sein, (5) die Möglichkeit, dass die generalisierende Darstellung entweder durch die Fallbeispiele nur illustriert oder durch sie erst gebildet wird, (6) die Fallbeispiele zitiert oder referiert sein können (vgl. 2001: 86).

es 120.000 Neuerkrankungen.“ aber auch vage bzw. quasi-statistische Aussagen²¹, wie „Immer mehr Frauen erkranken an Brustkrebs.“ enthalten. Brosius (1995) prägte hierfür den Begriff „summarische Realitätsbeschreibungen“²² (ebd.: 238). Summarische Realitätsbeschreibungen beziehen sich vorwiegend auf eine größere Anzahl von Fällen, „sind repräsentativ, systematisch und quantifizieren ein Problem. Sie werden meist von zuverlässigen Quellen (Ämtern, Regierungsstellen, Wissenschaft) bereitgestellt.“ (Brosius 1996: 51, vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 11, Brosius, Schweiger & Rossmann 2000: 153) Darum sind sie reliabler und valider als dargestellte Einzelfälle oder Fallbeispiele und sollten „rational betrachtet (...) eine stärkere *Überzeugungskraft* besitzen als die singuläre Illustration eines Sachverhaltes“ (Brosius et al. 2000: 154, kursiv im Original). Allerdings bleiben summarische Realitätsbeschreibungen oft „unanschaulich und wenig lebhaft“ (Brosius 1996: 51), was das ohnehin schon weitverbreitete Unverständnis für diese (Zahlen-) Angaben fördert (vgl. Gigerenzer et al. 2008: 60).

3.1.3 Fazit

Das Fallbeispiel geht auf die beiden Begriffe Einzelfall und Beispiel zurück. Während ersteres als kleinste Beobachtungseinheit entweder einen konkreten Einzelfall oder einen Ausnahmefall darstellt, malt der Beispielaspekt das Erzählte aus und kann als Vorbild oder Muster dienen. Ein Fallbeispiel schließlich steht für viele andere Einzelfälle, für das es typisch ist. Fallbeispiele sind darum nur im Kontext von Kommunikation und als über den Einzelfall hinausgehende Aussage möglich. Sie dienen als Beweis, Beleg, Illustration und Veranschaulichung und werden in den Medien entweder als Einzelschicksal, das besonders typisch ist, oder als Einzelstatement im Rahmen einer Umfrage präsentiert. Das folgende Beispiel soll die dargestellten Aspekte noch einmal verdeutlichen: Ein Zeitungsartikel thematisiert Chemotherapie als Behandlungsmethode einer Krebserkrankung. Am Anfang des Artikels wird das Schicksal einer krebserkrankten Frau geschildert, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen hat. Dabei geht es

²¹ Der Begriff „quasi-statistisch“ geht auf Noelle-Neumann zurück, die im Kontext der Theorie der Schweigespirale das „quasi-statistische Organ“ von Menschen beschreibt. Dieses quasi-statistische Organ bezieht sich auf „die Fähigkeit des Individuums, in bezug (sic!) auf Personen oder Verhaltensweisen oder Ideen die Relation von Zustimmung und Ablehnung in der Umwelt wahrzunehmen und die Veränderung, Zunahme oder Abnahme, und dementsprechend zu reagieren (...)“ (Noelle-Neumann 2001: 165-166)

²² In der vorliegenden Arbeit wird in Anlehnung an Brosius der Begriff „summarische Realitätsbeschreibung“ verwendet. Auch wenn man kritisch einwenden kann, ob es sich im Zusammenhang mit Gesundheitsinformation tatsächlich immer um „summarische Realitätsbeschreibungen“ und nicht häufiger lediglich um „summarische Informationen“ handele. Aus Konsistenzgründen, im Hinblick auf vorausgehende Arbeiten, wird jedoch dem Begriff der „summarischen Realitätsbeschreibung“ der Vorzug gegeben. In der Literatur werden weitere Begriffe synonym zur summarischen Realitätsbeschreibung verwendet: Daschmann zieht den Begriff „summarische Aussage“ vor, da es für die Urteilsrelevanz der zugehörigen Fallbeispiele ohne Belang bleibe, ob und wie eine Aussage die Realität beschreibt (vgl. 2001: 83). In der englischsprachigen Literatur fallen der kommunikationswissenschaftlich geprägte Begriff „summary-type descriptions of reality“ (Brosius 2008: 179) oder die sozialpsychologischen Begriffe „background information“ bzw. „Base-rate information“ (vgl. Zillmann & Brosius 2000: viii; Zillmann 2002: 22; Bar-Hillel 1980; Bar-Hillel & Fischhoff 1981: 671). Außerdem finden sich die eher übergeordneten Bezeichnungen „statistical evidence“ und „statistical information“ (z.B. bei Hornikx 2007: 151, Betsch et al. 2011: 1). All diese Begriffe werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

3. Fallbeispiele

nicht um das Einzelschicksal der Frau sondern um die allgemeine Beschreibung der Wirksamkeit der Therapie. Die Frau und damit das Fallbeispiel ist also nur eine rhetorische Figur, die für eine von vielen Patientinnen steht, die sich dieser oder einer ähnlichen Therapie unterziehen (sollten).²³

Summarische Realitätsbeschreibungen dagegen sind spezielle generalisierende Aussagen, die häufig in Form von Statistiken beschreiben, wie oft bestimmte Gruppen von einem Problem betroffen sind. Da sie sich auf viele Fälle beziehen, sind sie repräsentativ und systematisch und damit reliabler und valider als Fallbeispiele. Allerdings sind sie unanschaulich und schwer verständlich. Dennoch werden sie – auch im Gesundheitskontext – häufig verwendet, „weil große Zahlen bessere Überschriften abgeben und mehr Aufmerksamkeit erzeugen“ (Gigerenzer et al. 2008: 55). Zur Verdeutlichung ein Beispiel im Kontext von Gesundheitskommunikation: Bei einem Bericht über die steigende Zahl an Krebserkrankungen entspricht die zunehmende Anzahl an Krebserkrankungen der generalisierenden Darstellung, die wissenschaftlich erhobenen Inzidenzfälle der summarischen Realitätsbeschreibung und die Interviews mit Betroffenen bzw. die Darstellung von erkrankten oder betroffenen Personen sind Fallbeispiele.

3.2 Fallbeispiele in den Medien

Fallbeispiele werden von Journalisten häufig als Stilmittel verwendet, „um einzelne inhaltliche Aussagen über den Zustand oder die Dringlichkeit von sozialen Problemen zu illustrieren“ (Brosius 1996: 51). Doch wann und in welcher Form sind Fallbeispiele das Stilmittel der Wahl und wie sorgfältig werden sie von Journalisten ausgewählt?

3.2.1 Fallbeispiele in den Medien

Laut Daschmann & Brosius (1997) gehören Fallbeispiele zum „journalistischen Standardrepertoire“ (vgl. ebd.: 486). Zu ihrer Verwendung in den Medien gibt es bislang jedoch nur wenige Untersuchungen. In einer unveröffentlichten Inhaltsanalyse untersuchten Gibson, Gan, Hill, Hoffman & Seigler (Gibson et al. 1994 zit. nach Zillmann & Brosius 2000: 19-23) den Einsatz von Fallbeispielen in amerikanischen Nachrichtenmagazinen.²⁴ Neben Berichten von direkt Betroffenen, Zeugen und Außenstehenden erfassten sie auch konkrete Objekte als Fallbeispiele. Sie stellten fest, dass in 93 Prozent aller gedruckten Nachrichtenartikel Fallbeispiele vorkamen. Meist handelte es sich um drei bis vier, durchschnittlich waren es sogar knapp über neun Fallbeispiele. Insgesamt lag das Verhältnis von Fallbeispielen, die den Beitrag unterstützten, zu Fallbeispielen, die dies nicht taten bzw. der entgegengesetzten Richtung entsprachen, bei 70

²³ An dieser Stelle wird bewusst auf die Definition des Fallbeispiels im Kontext von Gesundheitskommunikation verzichtet. Sie erfolgt, nachdem die Potentiale von Fallbeispielen im Kontext von Gesundheitskommunikation vorgestellt wurden (s. Kapitel 5.3.1).

²⁴ Dafür wählten sie je vier Hefte der Nachrichtenmagazine „Newsweek“, „Time“ und „U.S. News & World Report“ aus dem Jahr 1994 zufällig aus.

3. Fallbeispiele

zu 30 Prozent.²⁵ Auch Gibson et al.²⁶ untersuchten Fernsehnachrichten und fanden vor allem in längeren Beiträgen (53 Prozent) durchschnittlich vier Fallbeispiele, die den Beitrag im Verhältnis von 89 zu elf Prozent unterstützten bzw. widerlegten.

Daschmann & Brosius (1997) widmeten sich der Verwendung von Fallbeispielen in deutschen Fernsehmagazinen und fanden bei 58,8 Prozent der Beiträge den Anspruch „ein über die Darstellung hinausgehendes allgemeines Problem zu thematisieren“ (ebd.: 493).²⁷ Diese Beiträge bildeten die Basis für die weitere Analyse, die erfasste, ob für die generalisierenden Darstellungen auch „summarische Realitätsbeschreibungen“ gemacht wurden. Dabei zeigte sich, dass nur 44,5 Prozent der Beiträge konkrete Zahlenangaben verwendeten und in nur zehn Prozent der Beiträge eine Quelle genannt wurde. In 87,3 Prozent der Beiträge kamen generalisierende Darstellungen im Beitrag selbst und nicht in An- oder Abmoderation vor, während 86,7 Prozent der Beiträge im Text die summarische Realitätsbeschreibung enthielten. Außerdem stellten die beiden Forscher fest, dass generalisierende Darstellungen vor allem durch Fallbeispiele²⁸ ergänzt wurden, und zwar entweder als „Personen- oder ereignisorientierte Geschichten und Zitate“ (91,8 Prozent) oder „Interviews mit Zeugen, Betroffenen oder Unbeteiligten“ (75 Prozent). Dabei wurden die Fallbeispiele meist zur Bestätigung der Darstellung verwendet (96,1 Prozent der verwendeten Fallbeispiele) und nur selten als ein- bzw. zweideutiger oder umformulierter Widerspruch (3,9 Prozent). Was wiederum den Ergebnissen von Gibson et al. (1994) für Fernsehnachrichten entspricht (s.o.).

Auch die Unter- bzw. Überrepräsentierung von bestimmten Bevölkerungsgruppen in fiktiven Formaten kann durch die Darstellung von Personen verzerrt werden.²⁹ Schon früh konnten beispielsweise Berelson & Salter (1946) eine Unterrepräsentation schwarzer und eine Überrepräsentation weißer Amerikaner in Zeitschriftenromanen³⁰ feststellen. Später wurden im Medium Fernsehen die Unter- bzw. Überrepräsentation von jüngeren oder älteren Personen, von Frauen, Kindern, Arbeitern und Geistlichen oder die Überrepräsentation von Gewalttaten belegt (vgl. z.B. Dominick 1973, Greenberg et al. 1980, Gerbner et al. 1986, s. für einen Überblick Zillmann & Brosius 2000). In Deutschland stellte man in den 1970er Jahren beispielsweise in der sogenannten „Küchenhoff-Studie“ eine deutliche Unterrepräsentation von Frauen im deutschen Fernsehen fest (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.)

²⁵ Die verschiedenen Fallbeispielformen traten in der folgenden Häufigkeit auf: direkt Betroffene (49 Prozent), Zeugen (zwei Prozent), Außenstehende (35 Prozent) und konkrete Objekte (14 Prozent).

²⁶ Im Mai und Juni 1994 wurden an fünf Tagen (Montag bis Freitag) die nationalen Nachrichten der Sender ABC, CBS, CNN und NBC analysiert.

²⁷ Beispiele für generalisierende Darstellungen sind „dieses Problem ist kein Einzelfall“, „dieser Fall ist keine Ausnahme“ oder „Schicksale wie diese gibt es häufig“.

²⁸ Im Gegensatz zu Gibson et al. (1994) grenzten die Autoren Fallbeispiele deutlich enger ein: Fallbeispiele lagen nur dann vor, „wenn Einzelereignisse oder Einzelpersonen dargestellt bzw. zitiert werden, um die Richtigkeit der Berichtsaussage exemplarisch zu unterstreichen“ (Daschmann & Brosius 1997: 497).

²⁹ Aber in einem fiktivem Kontext ist ein Fallbeispiel anders zu definieren als die oben dargestellten Fallbeispiele, da jede vorkommende Person als Fallbeispiel angesehen wird (s. nachfolgendes Kapitel).

³⁰ Im Text als „magazine fiction“ (Berelson & Salter 1946: 168) bezeichnet.

3. Fallbeispiele

1975: 241-242). Die genannten Studien erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen lediglich aufzeigen, dass die Darstellung von Personen und deren Schicksalen auch in fiktiven Formaten häufig nicht der Realität entspricht. Gemäß der Kultivierungsforschung (vgl. z.B. Gerbner & Gross 1976, Gerbner et al. 1986) können solche Unter- bzw. Überrepräsentierungen Auswirkungen auf die Realitätswahrnehmungen der Rezipienten haben (s. Kapitel 3.4).

Selbst in der Werbung trifft man auf Fallbeispiele (vgl. Zillmann & Brosius 2000)³¹ bedeutsamer für die vorliegende Arbeit ist jedoch ihre Verwendung im Kontext von Gesundheitskommunikation. Eine Inhaltsanalyse von „public service announcements“ in den USA zum Thema AIDS zeigte, dass in einem Viertel der analysierten Spots „testimonials“ auftraten. Diese schilderten ihre eigenen Erfahrungen mit dem empfohlenen Verhalten. Die Fallbeispiele waren entweder typisch für die Zielgruppe³² (elf Prozent der Fallbeispiele) oder schilderten berichteten ihre persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung (13 Prozent, vgl. Freimuth et al. 1990: 782). Eine jüngere Untersuchung von Baek & Yu (2009) verglich Webseiten zur Gewichtsabnahme aus Südkorea und den USA. In der Kategorie „Appelle“ wurden unter anderen auch „testimonial appeals“, menschliche Modelle, vergleichbar mit dem Nutzer der Webseiten, erfasst.³³ Es zeigte sich, dass sowohl in den USA als auch in Südkorea Fallbeispiele die am häufigsten genutzten Appelle im Kontext von Webseiten zur Gewichtsabnahme waren (29 Prozent aller Appelle in den USA und 26 Prozent in Südkorea).

3.2.2 Die Auswahl von Fallbeispielen durch Journalisten

Handbücher für Journalisten empfehlen die Verwendung von Fallbeispielen, da sie das Potential haben, beispielsweise einen Bericht lebhafter und authentischer erscheinen zu lassen und so ein abstraktes und/oder komplexes Thema besser nachvollziehbar machen (vgl. u.a. Daschmann 2001: 68-69). Darum bezeichnet man sie auch als journalistisches Qualitätsmerkmal (vgl. Haller 2006, vgl. auch Brosius et al. 2000) oder als „lifeblood of journalism“ (Zillmann & Brosius 2000: viii). Doch weder für die Auswahl noch die Zusammensetzung von Fallbeispielen gibt es, bis auf den Hinweis „echte“ Beispielfälle zu verwenden oder sie als Fiktion zu kennzeichnen, Richtlinien für deren Einsatz (vgl. Daschmann 2007: 235). Darum untersuchte Daschmann (2007), wie sorgfältig und mit welchen Strategien Journalisten Fallbeispiele auswählen.³⁴ Lediglich 39 Prozent der befragten Journalisten waren der Ansicht, man müsse darauf achten, dass

³¹ Sie unterschieden „Presentation exemplars“, die den Nutzen von bestimmten Produkten oder Dienstleistungen demonstrieren, „Endorsement exemplars“ (z.B.: Bekannte Sportler schreiben ihren Erfolg bestimmten Schlägern zu.) und „Demonstration exemplars“ (z.B.: Ein Waschmittel wird von Verkaufspersonal vorgeführt), die sowohl in deutschen Fernsehspots als auch Werbeanzeigen zu finden waren (vgl. Zillmann & Brosius 2000:28-30).

³² Beispielsweise ein Mädchen, das sich Gedanken über das erste Mal macht.

³³ Experten wurden separat als „demonstration appeals“ erfasst (Baek & Yu 2009: 28).

³⁴ Eingebettet in ein anderes Projekt befragte Daschmann schriftlich insgesamt 195 Journalisten.

3. Fallbeispiele

die ausgewählten Fallbeispiele repräsentativ sind. Und nur 43 Prozent fanden es unangemessen, „absichtlich Stimmen auszuwählen, die am besten zum Berichtstenor passen“ (Daschmann 2007: 237). Allerdings sah die relative Mehrheit „in der Auswahl besonders dramatischer Fälle kein Problem“ (ebd.) und 39 Prozent waren der Meinung, „extreme Ausnahmefälle (seien) wichtiger als undramatische Normalfälle“ (ebd.). Außerdem meinten 49 Prozent „man solle ein Beispiel umso eher bringen, je dramatischer es sei“ (ebd.).

Fallbeispiele können also als „Konstruktionsmuster von Medienwirklichkeit“ (Daschmann 2007: 234) bezeichnet werden, da Journalisten sowohl untypische als auch dramatische Fallbeispiele sorglos auswählen. Und obwohl die meisten Journalisten von der Wirkung der Fallbeispiele überzeugt sind,³⁵ verwenden sie nicht repräsentative Fallbeispiele. Zillmann, Gibson, Sundar & Perkins 1996 fassen dies wie folgt zusammen:

“(...) case descriptions are frequently chosen for their dramatic, entertaining, or sensational qualities rather than their accurate reflection of the topic of the news report. Atypical exemplars are often selected in preference to more drab, typical ones (...) forming series of highly entertaining but nonrepresentative case descriptions.” (ebd.: 428).

Aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht scheint die journalistische Selektion von Fallbeispielen durchaus erklärbar. Fallbeispiele sind in der Regel eindeutig, erreichen eine große räumliche, zeitliche und/oder emotionale Nähe und haben die Möglichkeit der Personifikation.³⁶ Gemäß der Nachrichtenwerttheorie (Galtung & Ruge 1965, Galtung & Ruge 1974) haben Fallbeispiele – und hier wiederum die extremen, außergewöhnlichen bzw. nicht repräsentativen – einen vergleichsweise hohen Nachrichtenwert und somit eine größere Chance publiziert zu werden (vgl. auch Daschmann 2001: 69, Brosius 2003: 186). Laut Daschmann greift die Nachrichtenwerttheorie jedoch zu kurz, weil sie journalistische Intentionen bei der Auswahl der Fallbeispiele außer Acht lässt (vgl. Daschmann 2001: 70). Da Journalisten in der Regel aktiv und gezielt nach Fallbeispielen suchen, könnte die Theorie der Instrumentellen Aktualisierung (Kepplinger 1984) die journalistische Auswahl von Fallbeispielen erklären. Nach dieser Theorie werden Journalisten durch ihre subjektiven Sichtweisen beeinflusst und handeln folglich interessengetrieben. Neben Nachrichtenwerten und Intentionen der Journalisten können auch pragmatische Zwänge, wie die raum-zeitliche Begrenzung der Präsentation von Nachrichten, die Verwendung von Fallbeispielen fördern (vgl. Perry & Gonzenbach 1997).

³⁵ Bei Daschmann (2007) immerhin 56 Prozent (vgl. 237).

³⁶ Das bedeutet, die Handlungen eines im Fallbeispiel dargestellten Menschen kann der Rezipient ohne weiteres wahrnehmen.

3.2.3 Fazit

Fallbeispiele sind – zumindest in den USA und Deutschland – ein in den Medien häufig verwendetes Stilmittel.³⁷ Sie kommen sowohl in Printmedien als auch im Fernsehen, in Nachrichten sowie Werbung (und in fiktiven Formaten) vor. Auch im Kontext von Gesundheitskommunikation sind sie vertreten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sorgfältig Journalisten mit Fallbeispielen umgehen. Die Auswahl von Fallbeispielen durch Journalisten kann man wie folgt zusammenfassen: (1) Können positive Folgen wie die „Verbesserung des sozialen Engagements“ erreicht werden, befürworten Journalisten untypische Beispiele. (2) Journalisten vertreten die Ansicht, ein Beispiel sei umso berichtenswerter, je dramatischer es ist.³⁸ (3) Trotz der sorglosen Auswahl von Fallbeispielen, meinen die meisten Journalisten, Beispiele beeinflussen das Publikum. Dennoch sind sie häufig bereit, auch nicht repräsentative oder extreme Beispiele zu präsentieren. (4) Andererseits sprechen sie Umfragedaten eine wesentlich stärkere Wirkung zu als Fallbeispielen. Die sozialpsychologische wie die kommunikationswissenschaftliche Forschung belegen hingegen das Gegenteil (s. Kapitel 3.3, vgl. auch Daschmann 2007: 239). (5) Die Auswahl von Fallbeispielen kann kommunikationswissenschaftlich vor allem durch die Theorie der Instrumentellen Aktualisierung erklärt werden, und nur begrenzt durch die Nachrichtenwerttheorie.

3.3 Base-rate Fallacy und Fallbeispieleffekt

Im Grunde genommen beschreiben die sozialpsychologische „Base-rate fallacy“ und der kommunikationswissenschaftliche Fallbeispieleffekt dasselbe Phänomen. Ziel beider Fachgebiete ist es herauszufinden, welchen Einfluss Einzelfälle bzw. Fallbeispiele auf die Urteilsbildung von Menschen haben. In den sozialpsychologischen Studien geht es vor allem um die Wirkung des Informationsgehalts von Einzelfällen gegenüber anderen Informationsquellen. In welcher Form die Einzelfälle dargestellt werden, spielt dabei keine Rolle³⁹ (vgl. Daschmann 2001: 90). Die Kommunikationswissenschaft interessiert sich hingegen dafür, wie sich unterschiedliche Darstellungsformen von Fallbeispielen und deren Präsentationsqualität auf die Rezipienten verschiedener Medien auswirken. Außerdem geht im kommunikationswissenschaftlichen Kontext der Begriff

³⁷ Bis dato liegen keine weiteren Fallbeispielanalysen aus anderen Ländern vor. Seit November 2009 bis voraussichtlich November 2012 wird unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Bernd Brosius an einem DFG-Projekt zum Thema „Furchtappelle und Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation“ am Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienwirkungsforschung (IfKW) der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München eine Inhaltsanalyse zur Verwendung von Furchtappellen und Fallbeispielen in Gesundheitsflyern und -broschüren, Zeitschriftenartikeln und Gesundheitsportalen durchgeführt.

³⁸ Daschmann meint, dies sei nur auf den ersten Blick durch die Nachrichtenwertlogik (Galtung & Ruge 1974) erklärbar. Das Sammeln von (Fall-)Beispielen sei in der Regel ein Recherchevorgang und Beispiele werden zum Zweck der Berichterstattung erst gesucht. Es sei aber durchaus denkbar, dass der Journalist von vornherein nach besonders dramatischen Beispielen Ausschau hält (vgl. 2007: 239).

³⁹ Kommunikative Stimuli werden in der Sozialpsychologie oft als „Äquivalent für personale Kommunikation“ (Daschmann 2001: 90) betrachtet. Außerdem spielen in den Untersuchungen die Aspekte Glaubwürdigkeit oder Realitätsnähe häufig keine Rolle (vgl. Daschmann 2001: 90).

3. Fallbeispiele

des Fallbeispiels über den des Einzelfalls hinaus. Er steht nicht für den dargestellten Sachverhalt allein, sondern zugleich stellvertretend für weitere Fälle und „unterstellt, daß (sic!) der präsentierte Einzelfall nicht einzigartig, sondern typisch sei“ (Daschmann 2001: 56). „Base-rate fallacy“ und „Fallbeispieleffekt“ werden nun nacheinander beleuchtet.

3.3.1 Die „Base-rate fallacy“

Haben Menschen sowohl summarische Realitätsbeschreibungen als auch Einzelfälle als Informationsquelle zur Verfügung, tendieren sie dazu, die Informationen der summarischen Realitätsbeschreibungen zu ignorieren. Stattdessen orientieren sie sich bei ihren Urteilen an den weniger validen Einzelfällen und betrachten beispielsweise statistische Informationen „as if they were uninformative“ (Borgida & Nisbett 1977: 258). Dieses Phänomen wurde in der Sozialwissenschaft schon seit den 1950er Jahren beschrieben (vgl. z.B. Meehl & Rosen 1955). Kahneman & Tversky (1973) waren die ersten, die es unter kontrollierten Bedingungen untersuchten⁴⁰ und Bar-Hillel die erste, die es als „base-rate fallacy“ (1980: 211) bezeichnete. Bar-Hillel führte eine Reihe von Experimenten durch und stellte starke Effekte der – meist als unzuverlässig dargestellten – Einzelfallinformationen fest. Exemplarisch wird hier das sogenannte „Cap Problem“ beschrieben,⁴¹ bei dem es um einen simulierten Gerichtsfall zur Fahrerflucht eines Taxis ging. In der experimentellen Untersuchungsanlage variierte Bar-Hillel die Verteilung blauer und grüner Taxis in einer bestimmten Stadt („Base-rate information“). Die Probanden erfuhren entweder, dass es mehr grüne als blaue Taxis in der Stadt gibt oder umgekehrt und erhielten die Aussage eines unzuverlässigen, nicht vertrauenswürdigen Zeugen („individuating information“⁴²), die entweder richtig war oder falsch war. Die Versuchspersonen orientierten sich nicht an der Verteilung der blauen und grünen Taxis, sondern nahmen ihre Einschätzungen gemäß der Zeugenaussage vor (vgl. Bar-Hillel 1980: 220-221; s. auch Brosius 1995: 240). Die eher fragwürdigen Einzelinformationen hatten also einen stärkeren Effekt auf die Urteile der Versuchspersonen. Später wurde die Base-rate fallacy in weiteren Studien bestätigt (vgl. z.B. (Hamill, Wilson &

⁴⁰ Bei dem Experiment, das mittlerweile als Klassiker gilt („classic study“ bei Hornikx 2007: 156) und das später unter dem Titel „lawyer-engineer problem“ (z.B. Hornikx 2007: 158) firmierte, erhielten die Versuchspersonen fünf Personenbeschreibungen, die sie jeweils daraufhin einschätzen sollten, ob es sich bei der dargestellten Person um einen Ingenieur oder um einen Rechtsanwalt handelt. Zuvor waren sie darüber informiert worden, dass man fünf Personenbeschreibungen aus einem Pool von insgesamt 100 Personen zufällig gezogen hatte. In dem Pool befanden sich die Beschreibungen von 30 Ingenieuren und 70 Rechtsanwälten. Auf die Frage, ob die Versuchspersonen die beschriebene Person für einen Rechtsanwalt hielten, vermuteten jeweils circa 50 Prozent einen Rechtsanwalt hinter der beschriebenen Person. Und das, obwohl die Wahrscheinlichkeiten explizit genannt worden waren. Das Experiment wurde auch in einer zweiten, umgekehrten Version durchgeführt. Aber auch bei 70 Ingenieuren und 30 Rechtsanwälten im Pool schätzten die Versuchspersonen die Wahrscheinlichkeit, es mit einem Rechtsanwalt zu tun zu haben auf 50 Prozent. Und das, obwohl die Wahrscheinlichkeiten zuvor explizit genannt worden waren (Kahneman & Tversky 1973: 241-242).

⁴¹ Neben dem „Cap Problem“ beschreibt Bar-Hillel vier weitere Experimente, die sie als „Suicide Problem“, „Dream Problem“, „Urn and Beads Problem“ und „revised Cap Problem“ bezeichnete (Bar-Hillel 1980).

⁴² Bar-Hillel verwendet synonym „indicant information“ oder „diagnostic information“ (1980: 212).

Nisbett 1980, Wilson, Northcraft & Neale 1989, Baesler & Burgoon 1994⁴³). Sie beschreibt in erster Linie ein psychologisches Phänomen, das das Forschungsinteresse in der Sozialpsychologie,⁴⁴ aber auch im Bereich von sozial-kognitiven Ansätzen und Ansätzen der Informationsverarbeitung gefördert hat (vgl. Chang 2003: 9). Nicht zuletzt gab sie den Anstoß, ihr aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht auf den Grund zu gehen.

3.3.2 Der Fallbeispieleffekt

Die Kommunikationswissenschaft griff die Impulse der intensiven sozialpsychologischen Forschungstätigkeit der 1970er und 1980er Jahre auf und setzte seit Anfang der 1990er Jahre neue Schwerpunkte.⁴⁵ In den USA und Deutschland wurden nun vermehrt Studien durchgeführt, die sich mit der Wirkung von Fallbeispielen (im Gegensatz zu Einzelfällen bei den sozialwissenschaftlichen Studien) in der Medienberichterstattung auseinandersetzten. Und obwohl es sich beim Fallbeispiel-Effekt um ein relativ junges Phänomen handelt, liegen einige Studien vor, die ihn belegen.

Erstmals untersuchten Iyengar & Kinder (1987) die Wirkung des Fallbeispieleffekts in der Medienberichterstattung.⁴⁶ Und schon 2001 konnte Daschmann in einer Meta-Analyse, bei der er 17 Studien mit 37 Einzelexperimenten analysierte, bei nahezu allen Studien einen Fallbeispiel-Effekt nachweisen (2001).⁴⁷ Anhand einer Studie von Brosius (1996) wird nun das typische Design einer Fallbeispielstudie vorgestellt: Analog zu vorausgehenden Experimenten (vgl. Brosius & Bathelt 1994 und Brosius 1995) verfasste Brosius zu vier Themen⁴⁸ Zeitungs- und Hörfunkbeiträge⁴⁹. Alle Zeitungsbeiträge enthielten im Lead jeweils eine summarische Realitätsbeschreibung, die eine deutliche Mehrheitsposition ausdrückte.⁵⁰ Um reine Gedächtniseffekte zu vermeiden, wurde die summarische Realitätsangabe im Text zwar wiederholt, jedoch ohne konkrete Prozentangabe. Jeder Artikel enthielt außerdem fünf Fallbeispiele, die jeweils eine „deutlich identifizierbare Meinung zum Thema“ äußerten. Zu jedem Thema gab es einen Artikel

⁴³ Den Autoren dieser Studie kann man methodische Mängel vorwerfen (vgl. u.a. Daschmann 2001: 97), da sowohl die Bewertung des Inhalts und die Bewertung der rhetorischen Qualität als auch die Werte zu verschiedenen Messzeitpunkten zusammengefasst wurden.

⁴⁴ Das Forschungsinteresse galt hier neben der Wirkung von Einzelfällen vor allem der Erforschung von Heuristiken (s. Kapitel 3.8.4).

⁴⁵ Zu dem weiteren Forschungsschwerpunkt „Heuristiken“ (s. Kapitel 3.8.4).

⁴⁶ Wenn auch eher am Rande, da sie sich vor allem auf Agenda Setting Effekte konzentrierten.

⁴⁷ Vor allem auf die Wahrnehmung von Meinungsklimata (s. Kapitel 3.4). Alle Studien untersuchten die Wirkung von Fallbeispielen im Kontext der Medienberichterstattung, mit einer Ausnahme: Die Studie von Baesler & Burgoon präsentierte den Versuchspersonen lediglich Botschaften („messages“), die keinem bestimmten Medientyp zuzuordnen waren (Baesler & Burgoon 1994: 588)

⁴⁸ Es handelte sich um die Themen „Abschaffung traditioneller Münztelefone“, „verkehrsfree Innenstadt“, „Tele-Shopping“ und „Qualität des Frankfurter Apfelweins“. Das erste und vierte Thema wurden schon in vorhergehenden Experimenten Brosius' (vgl. Brosius & Bathelt 1994, Brosius 1995) verwendet.

⁴⁹ Die weiteren Ausführungen beziehen sich nur auf die Zeitungsbeiträge.

⁵⁰ Erster Beitrag: „Die überwältigende Mehrheit der Friedberger Bürger (spricht sich) gegen eine völlige Abschaffung der Münztelefone“ aus. Zweiter Beitrag: „Ein Großteil der Bürger“ spricht sich gegen eine verkehrsfreie Innenstadt aus. Dritter Beitrag: Tele-Shopping hat unter den Wilhelmshavener Bürgern großen Beifall gefunden. Vierter Beitrag: „Die große Mehrheit der Frankfurter“ empfindet die Qualität von Apfelwein schlecht (vgl. Brosius 1996: 56-57).

3. Fallbeispiele

in acht Versionen, um die drei experimentellen Faktoren angemessen zu variieren. Der erste Faktor, die Verteilung von Pro- und Kontra-Fallbeispielen, ist geradezu klassisch für die Fallbeispielforschung und wurde erstmals von Zillmann, Perkins & Sundar (1992; s. Kapitel 5.1.1) in einer kommunikationswissenschaftlichen Studie untersucht. Brosius (1995) präsentierte entweder eine „repräsentative“ (vier Fallbeispiele entsprechend und eines entgegen der summarischen Realitätsbeschreibung) oder eine „konterkarierende“ (vier Fallbeispiele entgegen und eines entsprechend der summarischen Realitätsbeschreibung) Fallbeispielversionen. Außerdem untersuchte Brosius zwei weitere Faktoren zur Wirkungsweise von Fallbeispielen. Der zweite Faktor betraf die Ähnlichkeit zwischen den dargestellten Fallbeispielen und den Versuchspersonen („Studenten“ als Fallbeispiele mit hoher Ähnlichkeit, „Rentner“ als Fallbeispiele mit geringer Ähnlichkeit zu den Versuchspersonen) durch die Nennung von Name, Alter und „Bezeichnung“ in einer Klammer direkt hinter der Aussage des Fallbeispiels (z.B. „Tanja Sievers (22), Psychologiestudentin“). Beim dritten Faktor, der Bebilderung der Fallbeispiele, wurden für die „Studenten“-Bilder von 20- bis 30 Jährigen und für die „Rentner“-Bilder von 60- bis 70 Jährigen ausgewählt. Nach dem Lesen jedes Artikels mussten die Versuchspersonen den Artikel bewerten, die Bevölkerungsmeinung beurteilen, die persönliche und allgemeine Bedeutung des Themas einschätzen und ihre eigene Meinung zum Thema abgeben. Die Ergebnisse zeigten zum wiederholten Mal einen Fallbeispieleffekt. Für alle vier Themen konnte ein signifikanter Einfluss auf die Wahrnehmung der Bevölkerungsmeinung bestätigt werden. Die Fallbeispiele beeinflussten überdies die persönliche Meinung der Versuchspersonen, wenn auch nur in einem Fall signifikant. Brosius erklärt dies damit, dass Fallbeispiele nur bei sogenannten Geschmacksthemen – im Gegensatz zu Einstellungsthemen – die Fähigkeit haben, die persönliche Meinung zu beeinflussen.⁵¹ Bei Themen, zu denen die Versuchspersonen schon bestehende Einstellungen haben, zeigten sich nur tendenzielle Effekte. Die Ähnlichkeit der Fallbeispiele zu den Versuchspersonen und die Bebilderung der Fallbeispiele hatten keinen Einfluss auf die Rezipienten.⁵²

3.3.3 Fazit

Die sozialpsychologische „Base-rate fallacy“ und der kommunikationswissenschaftliche Fallbeispieleffekt beschreiben dasselbe Phänomen: Bei gleichzeitiger Präsentation von Einzelfällen oder Fallbeispielen und „Base-rate information“ oder summarischen Realitätsbeschreibungen ignorieren Menschen die statistischen Informationen. Die kommunikationswissenschaftliche Perspektive betont jedoch die Wirkung von Fallbeispielen in

⁵¹ Als Geschmacksthema wird hier „die Qualität des Frankfurter Apfelweins“ bezeichnet.

⁵² Theoretisch wurde der Einfluss von Ähnlichkeit und Bebilderung mit der Lerntheorie (Bandura 1979) begründet. Da sich diese Vermutung nicht bestätigte, erklärte Brosius die Ergebnisse mit der Kultivierungshypothese und der Theorie der Schweigespirale (vgl. Brosius 1996: 66, s. Kapitel 3.8.5-3.8.6).

der Medienberichterstattung und dabei klassischer Weise die Effekte von Pro- und Kontraverteilungen.

3.4 Auswirkungen des Fallbeispieleffekts

Beim Fallbeispieleffekt überlagert Information in Form von Fallbeispielen die Information, die mittels summarischer Realitätsbeschreibungen vermittelt wird (vgl. Daschmann 2001: 271).⁵³ Doch was bedeutet das genau? Welche Auswirkungen hat dieser Effekt auf die Rezipienten? Diese und weitere Fragen werden nun beantwortet. Zunächst geht es jedoch um Studien und häufige Operationalisierungen.

3.4.1 Studienüberblick und häufige Operationalisierungen

Zum Fallbeispieleffekt liegen neben neueren Studien auch zwei detaillierte Forschungsüberblicke vor.⁵⁴ Zillmann & Brosius (2000) konzentrierten sich vor allem auf Fallbeispiele in der Nachrichtenberichterstattung.⁵⁵ Daschmann (2001) untersuchte, wie bereits erwähnt, 17 Studien, die er in drei Gruppen einteilte (vgl. ebd.: 114). Bei den meisten Studien der ersten Gruppe wurden Fallbeispiele und summarische Realitätsbeschreibungen parallel präsentiert. Während die Fallbeispiele in der Regel auf unterschiedliche Weise variiert waren, wurden die summarischen Realitätsbeschreibungen in konstanter Form dargestellt (s.o. die Studie von Brosius 1996). Zur zweiten Gruppe zählten Studien, die Fallbeispiele und summarische Realitätsbeschreibungen variierten (vgl. z.B. Zillmann et al. 1992). Bei der dritten Gruppe wurden ausschließlich Fallbeispiele präsentiert (vgl. z.B. Perry & Gonzenbach 1997). Da es bei den meisten empirischen Studien um den Vergleich der Wirkung von Fallbeispielen und summarischen Realitätsbeschreibungen (Daschmanns erste Gruppe) geht, ist „die wichtigste unabhängige Variable in allen Experimenten die Präsentation der Fallbeispiele“ (Daschmann 2001: 113).⁵⁶

⁵³ Es liegen auch Studien und Meta-Analysen vor, die das Gegenteil behaupten bzw. eine stärkere Wirkung von summarischen Realitätsbeschreibungen im Vergleich zu Fallbeispielen feststellten (vgl. z.B. Allen & Preiss 1997, Hornikx 2005 und Peter 2009, s. Kapitel 3.7.1).

⁵⁴ Reviews und Meta-Analysen, die sich zwar mit der Wirkung von verschiedenen Informationsarten aber nicht explizit mit dem Fallbeispieleffekt auseinandersetzen, werden nicht weiter ausgeführt. Es handelt sich dabei um die Studien von McCroskey (1969), Reinard (1988), Baesler & Burgoon (1994), Allen & Preiss (1997), Reinard (1998) und Hornikx (2005). Sie alle verwenden unterschiedliche Begrifflichkeiten und greifen die analysierten Studien nach unterschiedlichen Kriterien auf. So untersucht Hornikx lediglich Studien, die ihren Versuchspersonen entweder statistische oder anekdotische Versionen vorlegen. Allen & Preiss sind der Meinung, Studien zum Fallbeispieleffekt "evaluate the accuracy of a person to use base rate information to judge the persuasiveness of examples" (1997: 127). Mit der Begründung, sie wollten lediglich die Überzeugungskraft unterschiedlicher Aussageformen, nicht aber die Genauigkeit, mit der Versuchspersonen den Informationsgehalt auf Fallbeispiele übertragen, untersuchen, verzichteten sie in ihrer Meta-Analyse auf sämtliche Studien zum Fallbeispieleffekt (ebd.).

⁵⁵ Am Rande werden Fallbeispiele in fiktionalen und quasi-fiktionalen Formaten betrachtet, die zwar im Kapitel 3.2.1. kurz erwähnt wurden, für die vorliegende Arbeit aber nicht weiter von Belang sind.

⁵⁶ Nur wenige Studien variierten auch die Darstellung der summarischen Realitätsbeschreibung. Daschmann beschrieb insgesamt sechs Studien, die mittlerweile durch zwei Studien aus München ergänzt wurden (vgl. Huck 2005 und Peter 2009).

3.4.2 Fallbeispielwirkung

Die Wirkung von Fallbeispielen kann man in kognitive und persuasive Wirkungen unterteilen (vgl. Daschmann 2001: 103, 151-152). Unter kognitiven Wirkungen versteht man den Einfluss auf die Urteilsbildung der Rezipienten. Dieser Einfluss zeigt sich in der Wahrnehmung des geschilderten Problems und betrifft die Wahrnehmung des Meinungsklimas, der Häufigkeit(sverteilung), der Dringlichkeit und des Risikos. Daschmann fasst diese Wahrnehmungen unter dem Begriff „Realitätsvorstellungen“ (Daschmann 2001: 151) zusammen. Weil sich diese Einflüsse auf subjektive Wissensbestände beziehen und Lerneinflüssen unterliegen, werden sie als kognitiv bezeichnet. Persuasive Wirkungen umfassen dagegen Einflüsse auf die persönliche Meinung, die Wahrnehmung von Verantwortung,⁵⁷ Verhaltensintentionen und Verhalten. Diese hängen aber von persönlichen Einstellungen und anderen intervenierenden Variablen (IVn), wie Voreinstellungen, persönlicher Betroffenheit oder dem Gesundheitszustand der Individuen ab (s. Kapitel 3.7.2). Auch ob es sich um neue Informationen handelt, scheint von Bedeutung (vgl. Daschmann 2001: 152). Abbildung 3 fasst die Wirkung von Fallbeispielen noch einmal zusammen.

Abbildung 3: Die Wirkung von Fallbeispielen

Wirkung von Fallbeispielen	
Kognitive Wirkungen (Einfluss auf die Urteilsbildung)	Persuasive Wirkungen
Einfluss auf die Wahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> - des Meinungsklimas - der Häufigkeit(sverteilungen) - der Dringlichkeit des Problems - des Risikos, das von dem Problem ausgeht 	Einfluss auf <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Einstellungen und in der Folge auf die persönliche Meinung - die Wahrnehmung der Verantwortung für das Problem (Kausalattribution) - Verhaltensintentionen

Eigene Darstellung

3.4.3 Kognitive Wirkungen von Fallbeispielen

Insgesamt gilt der Fallbeispieleffekt als gut belegt (vgl. Daschmann 2001: 90, grundlegende Studien hierzu z.B. Gan et al. 1996, Brosius 1996, Brosius et al. 2000, Daschmann 2001, Daschmann 2004). Vor allem die kognitiven Wirkungen, also der Einfluss darauf, wie Rezipienten Probleme wahrnehmen und welche Urteile sie dazu fäl-

⁵⁷ Daschmann ist hier anderer Meinung und untersucht den Einfluss auf Kausalattributionen neben dem Einfluss auf kognitive und persuasive Aspekte (2001: 153). Da es bei Kausalattributionen aber um die Frage nach dem „Warum“ und damit um die Gründe für das Verhalten anderer bzw. für das eigene Verhalten geht (vgl. Aronson et al. 2004: 115), werden sie hier verortet.

3. Fallbeispiele

len, wurden häufig untersucht und nachgewiesen (vgl. Brosius et al. 2000: 156, Daschmann 2007: 234). Wie in Abbildung 3 dargestellt, kann man die kognitiven Wirkungen in vier Bereiche unterteilen, die nun dargestellt werden.

Die Wahrnehmung des Meinungsklimas wird in der Regel mit Hilfe des oben dargestellten klassischen Designs der Gegenüberstellungen verschiedener Fallbeispiele überprüft. Meist erhalten die Probanden eine „repräsentative“ oder eine „konterkarierende“ Version. In manchen Studien wird in einer dritten Version ein „ausgewogenes Verhältnis“ der „pro and con statements“ (Brosius 2003: 183) präsentiert. Diese fungiert entweder gleich als Kontrollversion (vgl. z.B. Perry & Gonzenbach 1997) oder es wird zusätzlich eine Version ohne Fallbeispiele präsentiert (vgl. z.B. Gan et al. 1996). Charakteristisch für die Operationalisierung des Meinungsklimas ist die Darstellung in Form von (Straßen-)Umfragen, bei denen die interviewten Personen ihre Meinung zum Thema wiedergeben (vgl. z.B. Brosius 1995: Experiment 1, Brosius et al. 2000). Etliche Studien konnten auf diese Weise signifikante Belege für den Fallbeispieleffekt auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas liefern und belegen, dass sich die Probanden nahezu linear an der Zahl und Tendenz (Valenz) der Fallbeispiele orientierten (vgl. Daschmann 1992, Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995: Experiment 3, Brosius 1996, Perry & Gonzenbach 1997, Brosius et al. 2000, Daschmann 2001: Experimente 1, 3, 4, 5 und 6, sowie unter Einschränkungen Experiment 7, Daschmann 2004 und Huck 2005).⁵⁸

Studien zur kognitiven Wirkung der Wahrnehmung von Häufigkeiten unterscheiden sich in ihrer Operationalisierung von den eben dargestellten Studien. Zwar werden auch hier – im Stimulusmaterial – Menschen befragt, jedoch nicht zu ihrer Meinung sondern als betroffene Personen. Die dargestellten Personen haben beispielsweise eine Diät mehr oder weniger erfolgreich durchgeführt oder schildern ihre Erfahrungen als Farmer. Auch dieser Einfluss ist gut belegt (vgl. Zillmann et al. 1992, Zillmann et al. 1996). Zillmann fasst dies wie folgt zusammen: „Irrespective of the involvement of formal quantifications, then, the presentation of exemplars in specific distributions is likely to foster corresponding beliefs about their distributions at large.“ (Zillmann 2006: S231) Vier Experimente widmeten sich der Wahrnehmung der Dringlichkeit eines Problems. Die Dringlichkeit (englisch: „to be a more serious national problem“) wurde in dem oben geschilderten Design und sowohl in Form einer Umfrage (vgl. Gibson & Zillmann 1994, Daschmann 2001: Experiment 2 und 3⁵⁹) als auch bei betroffenen Personen (vgl. Gibson & Zillmann 1998) analysiert. So operationalisierte Daschmann (2001) die Dring-

⁵⁸ In der Regel wird das Meinungsklima mit einer Frage wie „Was meinen Sie, wie viel Prozent sind für bzw. gegen ...“ (Daschmann 2001: 127) einen bestimmten Sachverhalt erhoben.

⁵⁹ Zwar sind die von Daschmann dargestellten Personen in gewisser Weise von dem Problem betroffen. Da sie aber nur hypothetisch gefragt werden, ob Verbesserungen notwendig seien, werden sie als Befragte eingestuft. Die Farmer bei Gibson & Zillmann haben hingegen schon konkret schlechte Erfahrungen gemacht und werden hier deshalb als Betroffene angesehen.

3. Fallbeispiele

lichkeit in seinem zweiten Experiment mit der Frage, ob der Kaffee in der Mensa verbessert werden müsse und ob Handlungsbedarf bestehe (vgl. ebd.: 203). Auch hier zeigten sich signifikante Fallbeispieleffekte.

Bei ihrer Untersuchung zur Wirkung von Fallbeispielen, die in Form von direkter Rede bzw. als Zitat wiedergegeben werden, kamen Gibson & Zillmann (1993) zu dem Schluss, dass die Wahrnehmung des Risikos, das von dem dargestellten Problem ausgeht, durch Fallbeispiele in direkter Rede höher ausfällt als durch Fallbeispiele in indirekter Rede oder ohne Fallbeispiele. In einer weiteren Studie fanden sie heraus, dass besonders dramatische Fallbeispiele die Einschätzung des persönlichen Risikos erhöhen können (vgl. z.B. Aust & Zillmann 1996: 799). Damit ist auch der Einfluss von Fallbeispielen auf die Risikowahrnehmung belegt.

3.4.4 Persuasive Wirkungen von Fallbeispielen

Nach den kognitiven Wirkungen geht es nun um (mögliche) persuasive Wirkungen von Fallbeispielen, wie den Einfluss auf die persönliche Meinung, auf Einstellungen, Kausalattributionen und Verhalten(sintentionen) der Rezipienten (s. Abbildung 3).

Es wird immer wieder betont, dass Fallbeispiele vor allem auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas und auf Häufigkeitsverteilungen einen enormen Einfluss haben. Der Einfluss auf die persönliche Meinung hingegen wird nur am Rande erwähnt. Sieht man sich die entsprechenden Studien jedoch einmal genauer an, dann stellt man fest, dass eine ganze Reihe von Studien Effekte von Fallbeispielen auf die persönliche Meinung von Rezipienten belegen konnten. Einige Studien bestätigen schwächere aber immerhin teilweise signifikante Effekte (vgl. Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995, Brosius 1996, Daschmann 2001: Experiment 3 und 6, Huck 2005). So wurden beispielsweise bei den oben erwähnten „Geschmacksthemen“ (Brosius 1995: 293) signifikante Effekte festgestellt. Brosius vermutet den Grund dafür darin, dass für Geschmacksthemen weniger Voreinstellungen vorhanden sind. Denn häufig treten schwache Effekte auf die persönliche Meinung in Kombination mit starken Effekten auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas und auf die Wahrnehmung von Häufigkeitsverteilungen auf. Darum scheint es, dass die Wahrnehmung des Meinungsklimas „die Wirkung auf die eigene Meinung zum großen Teil durch die Voreinstellung nivelliert“ (Brosius 1996: 54). Daschmann konnte diese Vermutung in seinen ersten beiden Experimenten nicht bestätigen. Lediglich sein drittes Experiment belegte den Einfluss von Voreinstellungen auf die persönliche Meinung, die Wahrnehmung der Dringlichkeit und Kausalattributionen. Durch das Einbeziehen von Voreinstellungen (per Pretest erhoben) verschwand der Fallbeispieleffekt (vgl. Daschmann 2001: 235). Die Wahrnehmung des Meinungsklimas hingegen war von den Voreinstellungen unabhängig (vgl. 2001: 232). Analog zu Daschmanns drittem Experiment hatten Perry & Gonzenbach (1997) Voreinstellungen

3. Fallbeispiele

im Kontext eines kontroversen, wertgeladenen Themas untersucht. Es zeigte sich aber kein Einfluss der Voreinstellungen sondern ein Fallbeispieleffekt.⁶⁰

Der Gedanke, dass Voreinstellungen die Wirkung von Fallbeispielen auf die persönliche Meinung abschwächen, wurde mit der Theorie der Schweigespirale verknüpft (s. Kapitel 3.8.5). Hier führt ein Spiralprozess zuerst zur Veränderung der Wahrnehmung des Meinungsklimas und danach zur Veränderung der persönlichen Meinung (vgl. Brosius & Bathelt 1994: 74). Entgegen dieser Annahme konnten in einigen Studien signifikante und hochsignifikante Wirkungen auf die persönliche Meinung nachgewiesen werden (vgl. Daschmann 1992, Perry & Gonzenbach 1997, Daschmann 2001: Experiment 1, 2 und 5, Daschmann 2004). Einige der Ergebnisse beziehen sich zwar auf Geschmacksthemen, andere jedoch nicht. Außerdem stellte Daschmann einen signifikanten Einfluss auf die persönliche Meinung fest, während zugleich keinerlei Einfluss auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas nachweisbar war (vgl. Daschmann 2001: Experiment 2). Er schließt daraus, dass persuasive und kognitive Wirkungen von Fallbeispielen „zwei voneinander unabhängige Wirkungsdimensionen darstellen“.

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass die Wirkung von Fallbeispielen auf die eigene Meinung weniger heterogen ist als vielfach behauptet. Denn insgesamt kann die persönliche Meinung durchaus durch Fallbeispiele beeinflusst werden, wenn auch teilweise in geringerem Maße als beispielsweise die Wahrnehmung des Meinungsklimas.

Den Einfluss von Fallbeispielen auf persönliche Einstellungen – die laut Daschmann (2001) neben dem Wissen einen direkten Einfluss auf die persönlichen Meinungen haben (vgl. ebd.: 127) – sind bislang nur von Rossmann & Pfister (2008) untersucht worden. Sie konnten allerdings keine Fallbeispieleffekte auf die Einstellungen der Versuchspersonen feststellen. Lediglich bei hoch involvierten Personen zeigte sich auf niedrigem Niveau ein Fallbeispieleffekt (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 380).

Auf Kausalattributionen hingegen hatten Fallbeispiele einen nachweisbaren Effekt. Nach der Attributionstheorie geht es um die Frage, wem die Versuchspersonen die Ursache für ein Problem zuschreiben bzw. „wie es zur Wahrnehmung von Ursachen (...) fremden Verhaltens kommt.“ (Meyer & Schmalt 1978: 98) Dementsprechend wird das Verhalten äußeren Umständen bzw. der Situation an sich oder der Person selbst zugeschrieben. Hamill et al. (1980) untersuchten dies am Beispiel einer Sozialhilfeempfängerin, die entweder als typischer Fall (die Frau hielt sich an die vorgegebenen Zeiten der Sozialhilfe) oder untypischer Fall (die Frau nahm die staatliche Hilfe länger als vorgesehen in Anspruch) präsentiert wurde. In beiden Fällen konnte ein Fallbeispieleffekt nachgewiesen werden, also auch wenn es sich um einen untypischen Fall

⁶⁰ Die Ergebnisse von Perry & Gonzenbach (1997) sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da die Interaktion von Fallbeispielverteilung und Voreinstellungen nur auf Aggregatebene erfasst wurde.

3. Fallbeispiele

handelte. Iyengar (1991) fragte konkret nach der Verantwortung für das dargestellte Problem und ob dieses eher Einzelpersonen oder der Gesellschaft an sich zuzuschreiben sei. Tatsächlich schrieben die Versuchspersonen bei der Darstellung in Form eines Fallbeispiels die Schuld eher dem dargestellten Individuum zu. Wurde das Problem jedoch anhand einer summarischen Realitätsbeschreibung veranschaulicht, verorteten sie die Schuld eher auf der Gesellschaftsebene. Auch Daschmann untersuchte Kausalattributionen und konnte ebenfalls Einflüsse nachweisen (vgl. 2001: Experiment 3, 6 und eingeschränkt Experiment 4). Hoeken & Hustinx (2007) stellten fest, dass Fallbeispiele Verantwortlichkeitsstereotype – die man auch als Kausalattributionen ansehen kann – unter anderem bei dargestellten AIDS-Kranken beeinflussten.

Zu den persuasiven Wirkungen von Fallbeispielen zählt auch der Einfluss auf das Verhalten. Da konkretes Verhalten nur durch Beobachtung oder eingeschränkt durch zeitverzögerte Messungen erfasst werden kann, konzentrierte man sich in den Studien zum Fallbeispieleffekt in der Regel auf Verhaltensintentionen, die durch eine Befragung ermittelt werden. Hoeken und Hustinx untersuchten in einem weiteren Schritt, der eben erwähnten Studie, ob die durch Fallbeispiele beeinflussten, wahrgenommenen Verantwortlichkeitsstereotype auch auf die Spendenbereitschaft, beispielsweise für AIDS-Organisationen, einen Einfluss hatte. Dies war nur unter bestimmten Umständen der Fall.⁶¹ Ebenfalls im Kontext von Spendenbereitschaft stellte Keller (2008) fest, dass Fallbeispiele Handlungs- bzw. Spendenintentionen nicht beeinflussen (vgl. ebd.: 147). Allerdings ließen sich Spender, im Gegensatz zu Nichtspendern, tendenziell durch Spendenaufrufe, die ein Fallbeispiel in Kombination mit einem positiven Foto beinhalten, durchaus zum Spenden motivieren (vgl. ebd.: 148-149). Rossmann & Pfister (2008) prüften die Wirkung von Fallbeispielen auf Verhaltensintentionen und Verhalten im Kontext von Adipositas und führten zwei Wochen nach der ersten eine zweite Messung durch. Es zeigten sich aber keine Fallbeispieleffekte (vgl. ebd.: 378-379). Das könnte damit zusammenhängen, dass die beiden Forscherinnen den Versuchspersonen entweder ein Fallbeispiel oder eine summarische Realitätsbeschreibung vorlegten bzw. in der Fallbeispielversion nur ein Fallbeispiel dargestellt war. Damit entsprach das Setting nicht demjenigen von klassischen Fallbeispielstudien (s. Kapitel 3.3.2, vgl. auch Rossmann & Pfister 2008: 383-384).

3.4.5 Fazit

Um die kognitiven Wirkungen von Fallbeispielen zu analysieren, verwendeten die Forscher unterschiedliche aber jeweils typische Operationalisierungen. So konnte nachgewiesen werden, dass Fallbeispiele sowohl auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas, der Häufigkeit(sverteilungen), der Dringlichkeit eines Problems und des Risikos,

⁶¹ Der Fallbeispieleffekt über die Verantwortlichkeitsstereotype auf die Spendenbereitschaft trat nur bei ernstesten Erkrankungen wie AIDS, Herzerkrankungen und Alkoholsucht auf (vgl. ebd.: Experiment 2 und 3).

3. Fallbeispiele

das von dem Problem ausgeht, einen Einfluss haben. Für die persuasiven Wirkungen zeigte sich ein heterogenes Bild: Während Fallbeispiele die persönliche Meinung der Versuchspersonen auf niedrigem Niveau und Kausalattributionen signifikant beeinflussen konnten, waren weder für die persönlichen Einstellungen noch für das Verhalten signifikante Effekte nachweisbar. Das könnte aber mit der Operationalisierung der Fallbeispiele zusammenhängen.

3.5 Verstärkung des Fallbeispieleffekts

Einige Studien konnten nachweisen, dass sich der Fallbeispieleffekt unter bestimmten Bedingungen verstärkt. Belegt ist dies für Fallbeispiele in Form direkter Zitate und dramatische Fallbeispiele.

3.5.1 Direkte Zitate

Unter direkten Zitaten versteht man die exakte Wiedergabe dessen, was eine Person gesagt hat, markiert durch Anführungszeichen. Dies weckt den Anschein von Authentizität: Man hat den Eindruck, die Informationen aus erster Hand zu erfahren, wodurch Fallbeispiele besonders starke Effekte verursachen (vgl. 1998: 168). Aussagen in direkter Rede stehen paraphrasierte bzw. indirekte Zitate gegenüber. Fallbeispiele werden in den meisten Studien als direkte Zitate präsentiert, da es sich um Statements von Einzelpersonen handelt, die authentisch wirken sollen (vgl. Daschmann 2001: 115). Gibson & Zillmann (1993, 1998) untersuchten, wie sich direkte Zitate im Vergleich zu indirekten Zitaten in Zeitungsartikeln auswirken. In einer ersten Studie, die sie in den Medien Print und Hörfunk zur „Sicherheit in Vergnügungsparks“ durchführten, stellten sie fest, dass Fallbeispiele in Printmedien, die in direkter Rede verfasst waren, zu einer skeptischeren Beurteilung der Parks führten. Fallbeispiele ohne direkte Rede hingegen zeigten keinen Fallbeispieleffekt.⁶² Als Ursache vermuteten die Autoren, dass Rezipienten „do pay attention to what is found between quotation marks“ (1993: 799). In einer späteren Untersuchung zeigten Gibson & Zillmann (1998) anhand der Situation von armen Farmern,⁶³ dass Versuchspersonen, denen man die Statements der armen Farmer in direkter Rede präsentierte, die Probleme der Farmer als extremer und dringender wahrnahmen als Versuchspersonen, die indirekte Fallbeispiele gelesen hatten. Es liegen aber auch Studien vor, die Fallbeispieleffekte nachwiesen, obwohl keine direkten Zitate vorlagen (vgl. z.B. Gibson & Zillmann 1994, Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995, Experiment 4 und 5).

⁶² Beispiele für die Operationalisierung: „Julia Mosehart (...). ‚I noticed other people on the ride having trouble with the safety bar ...‘.“ (direktes Zitat) versus “Mosehart said she noticed other passengers on the ferries wheel having trouble with the safety bar...” (Gibson & Zillmann 1993: 796).

⁶³ Das Stimulusmaterial der Studie entsprach demjenigen von Zillmann et al. (1996).

3.5.2 Dramatische Fallbeispiele

Auch besonders dramatische Fallbeispiele können den Fallbeispielleffekt verstärken, ihn aber nicht erklären. Nachdem Gibson und Zillmann den Verstärkereffekt für direkte Zitate belegen konnten, vermuteten sie als weitere Ursache des Fallbeispielleffekts die Dramatik der Fallbeispiele. In ihrer Studie zum Thema Raubüberfälle⁶⁴ (vgl. Gibson & Zillmann 1994) schilderten sie in Zeitungsartikeln neben konstant gehaltenen summarischen Realitätsbeschreibungen Fallbeispiele, deren Dramatik sie vierfach variierten. Entweder waren alle Personen unverletzt geblieben (Version 1), lediglich leicht verletzt (Version 2), schwer verletzt (Version 3) oder wurden getötet (Version 4). Rezipienten, die die vierte Version gesehen hatten, schätzten nicht nur die Problematik von Raubüberfällen insgesamt als ernsthafter ein, sie vermuteten auch einen höheren Anteil an schwerverletzten bzw. toten Opfern als die Rezipienten der anderen drei Versionen (vgl. Gibson & Zillmann 1994: 615-616, s. Kapitel 5.2.1). Den besonderen Einfluss der dramatischen Beispiele schrieben Gibson und Zillmann der größeren Lebhaftigkeit dieser Fallbeispiele zu, die auch im Nachhinein leichter verfügbar waren und zu stärkeren Einflüssen führten (vgl. ebd.). Aust & Zillmann (1996) analysierten für zwei Themen (Lebensmittelvergiftung und Schusswaffenmissbrauch) undramatische (in Form von entspannten und gefassten Aussagen) und dramatische (emotional aufgeladene Aussagen, die teilweise unterbrochen wurden, um starke Emotionen, wie das Unterdrücken von Tränen, Weinen oder Wegwischen von Tränen zu zeigen) Fallbeispiele im Medium Fernsehen. Die Rezipienten der dramatischen Fallbeispiele stufte anschließend das persönliche und allgemeine Risiko höher ein als die Rezipienten der undramatischen Fallbeispiele. Gan, Hill, Pschernig & Zillmann (1996) präsentierten den Versuchspersonen ebenfalls verschiedene dramatische Fallbeispiele. Hier unterschieden sich die Versionen zum „Massaker in Hebron“ jedoch darin, dass die dargestellten Fallbeispiele entweder das Massaker befürworteten und die Täter dafür lobten (Version 1), Massaker und Täter ablehnten bzw. verurteilten (Version 2), das Verhältnis von Befürwortern und Gegnern ausgewogen war (Version 3) oder gar keine Fallbeispiele im Bericht vorkamen. In der Folge schätzten die Versuchspersonen aufgrund besonders dramatisch und einseitig ausgewählter Fallbeispiele die Wahrscheinlichkeit für ein weiteres Massaker höher ein.

3.5.3 Fazit

Fallbeispiele in Form von direkten Zitaten führen zu einem stärkeren Einfluss auf die Problemwahrnehmung (vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 89). Man sollte jedoch im Auge behalten, dass der Zitatcharakter die Wirkung von Fallbeispielen zwar verstärken

⁶⁴ „Carjacking“ wurde in manchen Studien als „Raubüberfälle“ übersetzt (vgl. z.B. Daschmann 2001: 99), was hier übernommen wird.

kann, an sich jedoch noch keine „hinreichende Erklärung der Fallbeispieleffekte darstellt“ (vgl. Daschmann 2001: 115).⁶⁵ Außerdem provozieren dramatische Fallbeispiele bzw. „atypical, spectacular, and sensational cases“ (Zillmann 2000: 93) stärkere Fallbeispieleffekte. Dieser Effekt kann sich mit der Zeit verstärken. Gibson & Zillmann (1994) zeigten, dass nach einer Woche der Fallbeispieleffekt zunahm und zu einer gesteigerten Fehlinterpretation führte (vgl. ebd.: 620).

3.6 Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts

Der Fallbeispieleffekt lässt sich nicht nur verstärken, er ist auch ein relativ unabhängiger Effekt. In mehreren Studien wurde er deshalb im Kontext unterschiedlicher Medien und Themen und zu verschiedenen Messzeitpunkten untersucht. Auch diverse Variationen der summarischen Realitätsbeschreibung, die Ähnlichkeit zwischen Fallbeispiel und Versuchsperson, zusätzliche Bebilderung, die Repräsentativität des Fallbeispiels, die Stärke und Urheberschaft der dargestellten Argumente, die Anzahl der Fallbeispiele und eine Reihe von Rezipientenmerkmalen wurden analysiert.

3.6.1 Unabhängigkeit von Medium, Thema und Zeit

Fallbeispieleffekte konnten für Printmedien⁶⁶, die Medien Hörfunk⁶⁷ und Fernsehen⁶⁸ belegt werden. Ein Medien vergleichendes Experiment führte Brosius (Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995: Experiment 4) durch. Zwar bemerkte er einschränkend, dass „Zeitungs- und Radioversionen (...) nur bedingt miteinander vergleichbar sind“, stellte aber dennoch fest, dass „die Wirkung für Radio und Zeitung sowohl in der Sofort- als auch in der Späterbedingung gleich stark“ ausfielen (Brosius 1995: 279).

Obwohl Fallbeispiele meist im Kontext der Nachrichtenberichterstattung präsentiert wurden, variierten die in den Studien untersuchten Themen stark. Der Fallbeispieleffekt ließ sich bei einer Reihe sogenannter „social issues“ (Aust & Zillmann 1996: 787) nachweisen. Hierzu zählen Themen wie Kriminalität⁶⁹, Innovationen⁷⁰, Umweltverschmutzung⁷¹, Spendenbriefe⁷², aber auch die sogenannten „Geschmacksthemen“⁷³, politische Themen⁷⁴ und nicht zuletzt Gesundheitsthemen⁷⁵.

⁶⁵ Zur Erklärung des Fallbeispieleffekts s. Kapitel 3.8.

⁶⁶ Für Zeitungs- und Zeitschriftenartikel vgl. z.B. Brosius & Bathelt (1994) bzw. Brosius (1995: Experiment 4 und 5), Brosius (1996), Brosius et al. (2000), Daschmann (2001), Zillmann et al. (1992), Gibson & Zillmann (1993) oder Zillmann et al. (1996). Für Spendenbriefe vgl. Hoeken & Hustinx (2007) und Keller (2008). Das erste Experiment von Brosius (1995) entspricht der Untersuchung von Daschmann (1992). Gibson & Zillmann (1993) untersuchten Print und Hörfunkbeiträge, konnten einen Effekt der direkten im Vergleich zur indirekten Rede in Fallbeispielen aber nur für Printmedien belegen. Beim Hörfunk trat der Effekt nur tendenziell und nur teilweise auf (vgl. ebd.: 798-799).

⁶⁷ Vgl. z.B. Daschmann (1992), Brosius & Bathelt (1994) bzw. Brosius (1995: Experiment 1, 2, 3 und 4).

⁶⁸ Vgl. z.B. Gibson & Zillmann (1994), Aust & Zillmann (1996) oder Gan et al. (1996).

⁶⁹ Z.B. bei Iyengar & Kinder (1987), Baesler & Burgoon (1994), Aust & Zillmann (1996) und Gibson & Zillmann (1994).

⁷⁰ Z.B. bei Brosius & Bathelt (1994).

⁷¹ Z.B. bei Iyengar & Kinder (1987).

⁷² Z.B. bei Hoeken & Hustinx (2007) und Keller (2008).

3. Fallbeispiele

Auch über die Zeit hinweg hat sich der Fallbeispieleffekt als stabil erwiesen. Sowohl bei Messungen nach einer Woche (Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995: Experiment 4, Zillmann et al. 1996, Experiment 1) als auch nach zwei Wochen (Zillmann et al. 1992, Zillmann et al. 1996, Experiment 1, Zillmann & Gan 1996⁷⁶) konnten Fallbeispiel-effekte gemessen werden. Demnach können Fallbeispiele „dauerhaft die Wahrnehmung von Bevölkerungsmeinungen beeinflussen“ (Brosius 1996: 54), jedoch nur für „comparatively short periods of time“ (Zillmann 2002: 39). Allerdings „bedeutet die Tatsache, dass beim Fallbeispieleffekt bislang keine langfristigen Wirkungen gemessen wurden, nicht zwangsläufig, dass es sie nicht gibt“ (Rossmann 2008: 324).

3.6.2 Unabhängigkeit von der summarischen Realitätsbeschreibung

Die summarische Realitätsbeschreibung – als Gegenstück zum Fallbeispiel – dominierte immer wieder das Forschungsinteresse. Manche Autoren gingen davon aus, dass der Fallbeispieleffekt allein auf cleveren Forschungsdesigns beruhe (vgl. Hornikx 2007: 161). Brosius (1995) vermutete einen Einfluss der Form der summarischen Realitätsbeschreibung und präsentierte seinen Versuchspersonen entweder absolut formulierte (z.B. „die große Mehrheit der Einwohner“, ebd.: 263) oder relativ bzw. dynamisch formulierte summarische Realitätsbeschreibungen (z.B. „mehr und mehr Einwohner“, ebd.: 264). Der Fallbeispieleffekt trat bei beiden Versionen auf (vgl. Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995): Experiment 2: 269). Zum anderen verglichen einige Autoren eher vage (z.B. „nearly one out of (...) three“, „in 70 percent of the cases“ bei Zillmann et al. 1996: 433) mit präzise formulierten summarischen Realitätsbeschreibungen (z.B. „a lot of“, „much of the time“ bei Zillmann et al. 1996: 433). Hier konnten die summarischen Realitätsbeschreibungen den Fallbeispieleffekt ebenfalls – selbst nach einem Zeitraum von ein bis zwei Wochen – nicht abschwächen (vgl. Zillmann et al. 1996: 438, Gibson & Zillmann 1994: 616). Dabei fiel der Fallbeispieleffekt im Zusammenspiel mit einer vage formulierten summarischen Realitätsbeschreibung stärker aus als bei einer präzisen.⁷⁷ Präzise summarische Realitätsbeschreibungen führten dagegen zu einer genaueren Einschätzung von Häufigkeitsverteilungen (vgl. Zillmann et al. 1992). Immer wieder wurde vermutet, dass Fallbeispiele aufgrund ihres Umfangs summarischen Realitätsbeschreibungen überlegen sind. So konstatiert Brosius (1995):

⁷³ Im wörtlichen Sinn, als Geschmack von Lebensmitteln, z.B. bei Brosius & Bathelt (1994) und bezüglich Musikgeschmack bei Huck (2005).

⁷⁴ Z.B. bei Daschmann (2001, 2009).

⁷⁵ Im engeren Sinn z.B. bei Zillmann, Perkins & Sundar (1992), Aust & Zillmann (1996), Gibson & Zillmann (2000), Hoeken & Geurts (2005). Im weiteren Sinne von Sicherheit und Risiko z.B. bei Iyengar & Kinder (1987) und Gibson & Zillmann (1993). Hierzu mehr in Kapitel 5.1.1 und 5.2.

⁷⁶ Am zwölften, dreizehnten und vierzehnten Tag nach der ersten Messung (vgl. Zillmann & Gan 1996: 293).

⁷⁷ Mit Fallbeispieleffekt ist hier konkret die Einschätzung der Anzahl an Menschen, die nach einer Diät wieder zunehmen gemeint, die sich in der Fallbeispielverteilung widerspiegelt.

3. Fallbeispiele

„Wenn man die summarische Realitätsbeschreibung und jedes Fallbeispiel als eine Informationseinheit begreift, dann haben die Fallbeispiele deutlich ein Übergewicht, sowohl hinsichtlich der Anzahl der Informationen als auch des Umfangs der einzelnen Informationen“ (ebd.: 282).

Doch auch bei der Kombination einer summarischen Realitätsbeschreibung mit nur einem Fallbeispiel schwächte sich der Fallbeispieleffekt nicht ab. So stellten Brosius et al. (2000) keine Unterschiede bei der Verwendung von einem im Gegensatz zu fünf Fallbeispielen fest (ebd.: 167). Ferner konnte Brosius (1995: Experiment 3) bei einer Kombination von summarischer Realitätsbeschreibung und nur zwei Fallbeispielen (in der Verteilung 2:0 und 0:2) keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt feststellen. Und Daschmann (2001) konstatiert hierzu, dass ein Fallbeispieleffekt auch dann auftritt, wenn die verwendeten Fallbeispiele „kurze, protokollhafte Ereignisdarstellungen, ohne persuasiven Charakter und ohne Personalisierung“ (ebd.: 299, Experiment 7) sind.⁷⁸ Brosius (1995) untersuchte die Betonung der summarischen Realitätsbeschreibung durch Wiederholung, indem er sie zunächst im Einleitungssatz bzw. -absatz des Artikels erwähnte und sie am Ende des Artikels noch einmal wiederholte. Doch obwohl die summarische Realitätsbeschreibung die nach der Lerntheorie vielversprechendsten Positionen – Primacy- und Recency-Position (vgl. z.B. Schenk 2007: 87-91) – einnahm, konnte sie den Fallbeispieleffekt nur unwesentlich beeinflussen (vgl. Brosius & Bathelt 1994 bzw. Brosius 1995: Experiment 5, Brosius 1996⁷⁹). Die Vermutung, es handele sich beim Fallbeispiel um einen reinen Wiederholungseffekt (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 3), ist damit widerlegt. Das Gleiche gilt für die gleichzeitige Variation von summarischer Aussage und Fallbeispielen. Hier überwog erneut der Effekt der Fallbeispiele. Zwar konnte Daschmann zum Thema Wahlen einen geringen, aber signifikanten Einfluss auf das Meinungsklima feststellen. Bei der Wiederholung desselben Experiments mit einem nicht politischen Thema ließ sich dieser Einfluss allerdings nicht replizieren (Daschmann 2001: Experiment 6 und 7). Daschmann (2001) erklärt dies damit, „daß (sic!) Umfragedaten und Statistiken im Zusammenhang mit Wahlen eine für die meisten Rezipienten geläufige Informationsform darstellen und (...) ihre Relevanz am ehesten erkannt wird.“ (ebd.: 307).

3.6.3 Unabhängigkeit von Ähnlichkeit und Bebilderung

Brosius (1996) vermutete als Ursache für den Fallbeispieleffekt eine hohe Ähnlichkeit zwischen Versuchspersonen und Fallbeispielen. Die Grundlage für diese Annahme

⁷⁸ Auch eine Meta-Analyse zur Base-rate Fallacy kam zu dem Schluss, dass Versuchspersonen, denen man sowohl summarische Realitätsbeschreibungen als auch Fallbeispiele vorlegt, sich vor allem von den Einzelfällen beeinflussen lassen (vgl. Allen, Preiss & Gayle 2006: 47-48).

⁷⁹ Brosius führt hier einschränkend den im Vergleich zu vorhergehenden Studien etwas geringer ausfallenden Fallbeispieleffekt auf die Wiederholung der summarischen Realitätsbeschreibung in Überschrift und Einleitungssatz oder -absatz zurück (vgl. Brosius 1996: 60-61).

3. Fallbeispiele

lieferte ihm die Theorie des sozialen Lernens (Bandura 1979), wonach Menschen (z.B. Kinder) Modellpersonen (z.B. Erwachsene, die auf eine Gummipuppe schlagen) vor allem dann nachahmen, wenn die Modellpersonen für ihr Verhalten belohnt werden (vgl. Bandura, Ross & Ross 1963). Demnach kann man durch das Lernen am Modell stellvertretende Erfahrungen machen, die in der Folge gewünschte Verhaltensformen fördern und unerwünschte Verhaltensformen reduzieren können (vgl. Brosius 1996: 54-55). Auf diesen Vermutungen aufbauend operationalisierte Brosius Ähnlichkeit über die Darstellung der Fallbeispiele als Studenten (ähnlich) oder Rentner (unähnlich, s. Kapitel 3.3.2). Es zeigte sich jedoch kein Einfluss der Ähnlichkeit auf die Stärke des Fallbeispieleffekts. Damit scheint der Grad der Ähnlichkeit zumindest für die Wahrnehmung des Meinungsklimas und Geschmacksthemen bzw. für die persönliche Meinung ohne Konsequenz zu sein (vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 83-84, Brosius 2003: 183). Als weiteren Faktor variierte Brosius in seinem Experiment die Bebilderung (Porträtbilder versus keine Bilder). Doch auch die Bebilderung hatte keinen Einfluss auf die Effektstärke (1996: 62-63).

3.6.4 Unabhängigkeit von Repräsentativität, Stärke und Urheber der Argumente

Die Wirkung der durch die Rezipienten wahrgenommenen Repräsentativität der Fallbeispiele analysierte Daschmann (2001: Experimente 1, 2, 3, 4 und 7). Dabei konnte er feststellen, dass Versuchspersonen, die die präsentierten Fallbeispiele als repräsentativ ansahen, keine stärkeren Urteilseinflüsse zeigten als Versuchspersonen, die die Fallbeispiele als nicht repräsentativ wahrnahmen.⁸⁰

Brosius (1995: Experiment 5) vermutete als Ursache des Fallbeispieleffekts die Qualität der in den Fallbeispielen verwendeten Argumente. Um dies zu überprüfen, ermittelte er in einem Pretest argumentstarke Fallbeispiele und konnte so den Versuchspersonen entweder argumentschwache (ein kaum stichhaltiges Argument, mehrfach sprachlich variiert) oder argumentstarke (vier Fallbeispiele mit jeweils unterschiedlichen, stichhaltigen Argumenten) Fallbeispielversionen vorlegen. Es zeigte sich, dass die argumentsschwachen Fallbeispiele die Wirkung der summarischen Realitätsbeschreibung stärkten, die Wirkung der Fallbeispiele aber nicht nivellieren konnten (vgl. Brosius 1995: 287-289).

Auch die Urheber der Argumente standen im Blickpunkt der Forscher. In einem Teilerperiment untersuchten Brosius et al. (2000) diesen Aspekt. Als Urheber der Argumente wurden entweder eine unbestimmte Gruppe (Version 1) oder einzelne Personen zitiert, deren Argumente ebenfalls in indirekter Rede verfasst wurden (Version 2). Beide Ver-

⁸⁰ Daschmann vermutet jedoch, dass Fallbeispiele vor allem dann als repräsentativ wahrgenommen werden, wenn sie den schon bestehenden Stereotypen der Versuchspersonen entsprechen (2001: 309).

3. Fallbeispiele

sionen waren nicht bebildert. Erneut zeigte sich kein Effekt auf die Wirkung der Fallbeispiele (vgl. Brosius et al. 2000: 166-167).

3.6.5 Unabhängigkeit von der Anzahl der eingesetzten Fallbeispiele

Brosius et al. (2000) widmeten sich in einem weiteren Telexperiment der Anzahl der Fallbeispiele und zeigten den Versuchspersonen entweder fünf verschiedene Fallbeispiele (mit Name, Alter, Beruf und Bild, in Kombination mit fünf unterschiedlichen Argumenten, Version 1) oder nur ein Fallbeispiel (ebenfalls mit Name etc., Version 2). Dieses eine Fallbeispiel berichtete sämtliche Argumente, die in Version 1 fünf Fallbeispiele aussagten. Doch auch die Anzahl der Fallbeispiele hatte keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt. Anders bei der Studie von Perkins (1999) aus dem Bereich der Risikokommunikation: Hier konnte die Anzahl der Fallbeispiele die Risikoeinschätzung beeinflussen. Je mehr Fallbeispiele präsentiert wurden, desto höher schätzten die Versuchspersonen das Risiko ein und desto eher waren sie bereit sich untersuchen zu lassen (vgl. 1999: zit. n. Zillmann 2006: 230, s. Kapitel 5.1.1). Fallbeispiele können also möglicherweise im Kontext von Gesundheitskommunikation anders wirken als bei anderen Themen.

3.6.6 Unabhängigkeit von Rezipientenmerkmalen

Rezipientenvariablen haben bislang keine systematischen, intervenierende Effekte und nur manchmal nicht-signifikante Wechselwirkungen hervorgebracht (vgl. z.B. Brosius et al. 2000: 158 und Daschmann 2001: 96). Dennoch darf man sie in der vorliegenden Arbeit, in der es vorrangig um Gesundheitskommunikation geht, nicht vernachlässigen. Bezüglich der Mediennutzung konnte Huck keinen Effekt der Fernsehnutzung auf den Fallbeispieleffekt feststellen (vgl. 2005: 117-118). Auch Peter (2009) wies nach, dass die Mediennutzung zum Thema Politik keinen Einfluss darauf hat, ob sich Versuchspersonen von Fallbeispielen oder summarischen Realitätsbeschreibungen beeinflussen lassen (vgl. ebd.: 109-111).

Bis Mitte der 2000er Jahre und darüber hinaus waren die Versuchspersonen in den Studien zum Fallbeispieleffekt vor allem Studenten. Schon Brosius et al. (2000) bemängelten dies, denn

„Möglicherweise sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale in dieser Population nicht in der gleichen Varianz vorhanden, wie dies in der Gesamtbevölkerung der Fall wäre. Insofern müßte (sic!) unser Befund noch durch eine Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung validiert werden.“ (vgl. ebd.: 170)

Daschmann (2004) griff diese Überlegung auf und überprüfte den Zusammenhang. Er betonte, dass sich Studenten nicht nur aufgrund ihres Alters, sondern auch durch ihren

3. Fallbeispiele

Bildungsstand von anderen Versuchspersonen unterscheiden (vgl. ebd.: 103). Er präsentierte den Versuchspersonen einen Artikel zum Thema „Glücksbringer“, in dem entweder alle sechs gezeigten Fallbeispiele (Version 1) oder nur eines von sechs Fallbeispielen (Version 2) einen solchen Glücksbringer hatten und an ihn glaubten. Doch auch er konnte mittels Dichotomisierung (Studenten versus keine Studenten) keine Veränderung bei der Stärke des Fallbeispieleffektes nachweisen. Der Effekt war in beiden Gruppen gleich ausgeprägt. Auf der Überlegung aufbauend, dass sich Studenten vor allem durch die beiden soziodemographische Merkmale Bildung und Alter von anderen Versuchspersonen unterscheiden, dichotomisierte Daschmann diese Merkmale (Bildung: Abitur versus kein Abitur, Alter: bis 45 Jahre versus über 45 Jahre). Erneut konnte er keine negative Veränderung des Fallbeispieleffekts für junge, gebildete im Vergleich zu älteren, weniger gebildeten Personen feststellen. Im Gegenteil: „gerade in der Gruppe der Jüngeren und höher Gebildeten ist der Effekt (...) am deutlichsten ausgeprägt“ (2004: 109). Auch Huck konnte keinen Effekt von Studienfach, Studiendauer und Alter auf den Fallbeispieleffekt nachweisen (vgl. 2005: 117-118).

Daschmann wies einen Haupteffekt des Geschlechts auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas nach⁸¹, der jedoch keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt hatte (vgl. 2004: 105). Zillmann et al. (1992) sowie Aust & Zillmann (1996) hatten zuvor schon keinen Einfluss des Geschlechts in ihren Experimenten feststellen können (vgl. ebd.: 179, 795-798).⁸² Huck (2005) bestätigte dieses Ergebnis ein weiteres Mal (vgl. Huck 2005: 117-118).

Die ersten, die den Fallbeispieleffekt mit Voreinstellungen in Verbindung brachten waren Zillmann et al. (1992: 184). Darum wiederholten sie ihre Studie statt zum Thema „Diätverhalten“, bei dem sie Voreinstellungen vermuteten, zum Thema „Armut von Farmerfamilien“, bei dem die studentischen Versuchspersonen keine Voreinstellungen haben konnten. Tatsächlich ließ sich nun der Fallbeispieleffekt auch nach zwei Wochen unverändert nachweisen (vgl. Zillmann et al. 1996: 438). Zur selben Zeit vermutete Brosius, dass Voreinstellungen für die schwächere Wirkung von Fallbeispielen auf die persönliche Meinung im Vergleich zum wahrgenommenen Meinungsklima verantwortlich sind. Während Fallbeispiele die persönliche Meinung bei „reinen Geschmacksthemen“ ändern könnten, sei „bei Themen, mit denen bereits bestehende politische, wirtschaftliche oder soziale Einstellungen berührt werden, (...) die Wirkung der Fallbeispiele schwächer und nur tendenziell vorhanden.“ (1996: 61) Perry & Gonzenbach (1997) begründeten den Einfluss von Voreinstellungen auf den Fallbeispieleffekt mit

⁸¹ Frauen schätzten den Anteil von Glücksbringerbesitzern höher ein als Männer (vgl. 2004: 105).

⁸² Sie wiesen aber einen Interaktionseffekten zwischen der Dramatik der Falleispiele und dem Geschlecht nach. So zeigten weibliche Versuchspersonen, die extrem dramatische Fallbeispiele gesehen hatten, eine höhere Risikowahrnehmung als männliche Versuchspersonen (vgl. Aust & Zillmann 1996: 794-798).

3. Fallbeispiele

dem Elaboration-Likelihood-Modell (ELM).⁸³ Gerade bei kontroversen Themen, wie der Einstellung zum Schulgebet, würden sich Personen mit einer gefestigten Meinung nicht auf der peripheren Route beeinflussen lassen. Darum müssten sie auf der argumentlastigen, zentralen Route überzeugt werden. Sie erhoben die Voreinstellungen der Versuchspersonen in einem Pretest. Die Ergebnisse zeigten, dass die Meinungsänderung zwar von der Fallbeispielverteilung beeinflusst wurde, nicht jedoch durch die Voreinstellungen der Versuchspersonen. Auch die Bildung von Kontrastgruppen, konnte für Versuchspersonen mit einer indifferenten Voreinstellung kein stärkerer Fallbeispieleffekt als bei Versuchspersonen mit extremen Voreinstellungen nachweisen (vgl. 1997: 236-238). Daschmann (2001) untersuchte ebenfalls den Einfluss der Voreinstellungen auf den Fallbeispieleffekt und kam zu dem Schluss, dass die den Fallbeispieleffekt nicht verdrängen können (vgl. ebd.: Experiment 1 und 3).

In einem weiteren Experiment analysierte Daschmann (2001) die Eigenerfahrung der Versuchspersonen und unterschied Personen mit Eigenerfahrung (trinken den Kaffee zumindest selten) und Personen ohne Eigenerfahrung (haben den Kaffee noch nie getrunken). Er kam zu dem Ergebnis, dass Eigenerfahrungen „für die gemessenen Urteile nicht irrelevant“ (ebd.: 207) seien. Fallbeispieleffekte sind zwar bei Personen mit Eigenerfahrungen schwächer ausgeprägt als bei Personen, denen diese Erfahrungen fehlen, sie sind aber „immer noch gravierend“ (ebd.: 208).

Daschmann (2001: Experiment 4) vermutete, dass ein Fallbeispieleffekt bei involvierten Personen in schwächerer Form auftritt als bei nicht oder weniger Involvierten. Darum legte er seinen studentischen Versuchspersonen ein Thema vor, das sie direkt betraf: die neu eingeführte Prüfungsordnung. Involvement operationalisierte er über den Handlungsort.⁸⁴ Die Mainzer Versuchspersonen erhielten entweder einen Artikel, der die neue Prüfungsordnung der Universität Marburg beschrieb (Version 1: geringes Involvement) oder die der Universität Mainz (Version 2: hohes Involvement). Es war jedoch kein Interaktionseinfluss auf den Fallbeispieleffekt feststellbar (Daschmann 2001: 249-250).

Außerdem konnte Huck weder einen Effekt des Selbstbewusstseins der Versuchspersonen noch des Third-Person-Effekts auf den Fallbeispieleffekt feststellen (2005: 118-120, 121-122).⁸⁵ Weder Brosius et al. (2000) noch Daschmann (2004) konnten systematische, intervenierende Effekte von „Personenmerkmalen“ (vgl. ebd.: 170, 167) bzw. soziodemographischen Merkmalen, Einkommen, Fernsehnutzung oder Glaubwürdigkeitseinschätzungen verschiedener Medien feststellen (vgl. ebd.: 104).

⁸³ Das ELM wird ausführlich in Kapitel 4.3.7 vorgestellt.

⁸⁴ Daschmann orientierte sich bei seiner Operationalisierung an vorausgegangenen sozialpsychologischen Experimenten, wie Petty & Cacioppo (1979), die unterschiedliche Involviertheit von Studenten über das Studienjahr umgesetzten.

⁸⁵ Sie fand einige unsystematische Interaktionen, die nicht bei allen Versuchsbedingungen auftraten.

3.6.7 Fazit

Der Fallbeispieleffekt ist vom Präsentationsmedium unabhängig und für eine Vielzahl verschiedener Themen belegt. Er ist zumindest über einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen stabil und tritt sowohl im Kontext von vage und relativen als auch präzisen und absolut formulierten summarischen Realitätsbeschreibungen auf. Auch die Kombination der summarischen Realitätsbeschreibung mit nur einem Fallbeispiel, die Betonung der summarischen Realitätsbeschreibung durch ihre Wiederholung oder eine gleichzeitige Variation von Fallbeispielen und summarischer Realitätsbeschreibung konnten den Effekt nicht abschwächen, während die Ähnlichkeit zwischen dargestelltem Fallbeispiel und Versuchspersonen sowie die Bebilderung der Fallbeispiele den Effekt nicht verstärken konnten. Für die Wirkung des Fallbeispieleffekts ist es außerdem unbedeutend, ob die Versuchspersonen die präsentierten Fallbeispiele als repräsentativ ansehen oder nicht: der Effekt tritt in jedem Fall auf. Dasselbe gilt für Argumentstärke, Urhebererschaft der Argumente und die Anzahl der Fallbeispiele. Der letzte Aspekt zeigte sich jedoch im Kontext von Risikokommunikation als Verstärker des Fallbeispieleffekts. Dies deutet darauf hin, dass Fallbeispiele bei Gesundheitsthemen möglicherweise anders wirken als bei politischen-, Meinungs- oder Geschmacksthemen. Laut Daschmann (2004) ist der Fallbeispieleffekt ein von Rezipientenmerkmalen unabhängiger Effekt, der sich „in allen Subgruppen geradezu musterhaft ablesen“ (ebd.: 106) lässt. Die oben dargestellten Studien zu Mediennutzung, Alter, Bildung, Geschlecht, Voreinstellungen, Eigenerfahrungen und Selbstbewusstsein der Versuchspersonen unterstreichen diese Aussage.

3.7 Einschränkung des Fallbeispieleffekts

Der Fallbeispieleffekt ist ein größtenteils unabhängiger Effekt, der sich unter bestimmten Bedingungen verstärkt. Allerdings wird seine Effektivität teilweise durch die Wirkung der summarischen Realitätsbeschreibung und einige Rezipientenmerkmale eingeschränkt.

3.7.1 Einschränkung durch summarische Realitätsbeschreibung

Unter bestimmten Bedingungen können summarische Realitätsbeschreibungen wirksamer sein als Fallbeispiele. Beispielsweise wenn man den Versuchspersonen entweder summarische Realitätsbeschreibungen oder Fallbeispiele präsentiert (vgl. Allen & Preiss 1997: 127), wie es in den oben erwähnten Studien von Iyengar & Kinder (1987), Iyengar (1991) und Baesler & Burgoon (1994) geschah. Dadurch kann man diese Studien nur eingeschränkt mit anderen Fallbeispielstudien vergleichen, die den Versuchs-

3. Fallbeispiele

personen beide Informationsarten gleichzeitig lieferten.⁸⁶ Doch alle drei Studien konnten durch die alleinige Präsentation der summarischen Realitätsbeschreibung deutliche Einflüsse derselben nachweisen. Ein dominanter Einfluss der summarischen Realitätsbeschreibung ist auch dann wahrscheinlich, wenn die summarische Realitätsbeschreibung klar artikuliert ist. Hier lieferten Callison, Gibson & Zillmann (2009) Unterstützung, die den Versuchspersonen statistische Aussagen in verschiedenen Formen, eingebettet in einen Artikel, vorlegten und feststellten, dass die Versuchspersonen am besten mit den klaren Formen, wie Prozentwerten und absolute Häufigkeiten, umgehen konnten (vgl. ebd.: 50-52), während parallel dargestellte Fallbeispiele vergleichsweise wenig informativ erschienen (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 86). Auf die Betonung bzw. Wahrnehmungssteigerung durch graphische Aufbereitung der summarischen Realitätsbeschreibung setzten mehrere Forscher. Fagerlin, Wang & Ubel (2005) präsentierten ebenso wie Betsch, Ulshöfer, Renkewitz & Betsch (2011) die summarische Realitätsbeschreibung in Textform begleitet von einem Piktogramm (vgl. z.B. ebd.: 4). In der Folge konnte die summarische Realitätsbeschreibung die Risikowahrnehmung der Versuchspersonen steigern (vgl. ebd.: 8, Fagerlin et al.: 403). Huck (2005) gestaltete in ihrer Studie zu Fernsehsendungen die summarische Realitätsbeschreibung in Form von konstruierten CRM-Kurven⁸⁷ und stellte fest, dass gleichzeitig präsentierte Fallbeispiele die Wirkung der CRM-Kurve nicht überlagern konnten. Stattdessen hatten die summarischen Realitätsbeschreibungen sowohl auf das wahrgenommene Meinungsklima als auch auf die persönliche Meinung einen signifikanten Einfluss (vgl. ebd.: 100-106). Huck schließt sich Daschmanns Erklärung an (2001: Experiment 5), dass Fallbeispiele und summarische Realitätsbeschreibung auf zwei unterschiedlichen Wegen verarbeitet werden (vgl. Huck 2005: 104, Daschmann 2001: 276). Während Huck jedoch feststellte, dass sich die Versuchspersonen bei der persönlichen Meinung und in der Wahrnehmung der Realität sowohl an der summarischen Realitätsbeschreibung als auch an Fallbeispielen orientieren, hat Peter (2009) den Fallbeispieleffekt im Rahmen ihrer Untersuchung widerlegt. Sie hatte die summarische Realitätsbeschreibung ebenfalls optisch aufbereitet, indem sie Balkendiagramme verwendete und Politikerinnen in einem Politbarometer auf unterschiedlichen Stufen mittels eingefügter Fotos darstellte (vgl. ebd.: 76-77). Peter & Brosius (2010)⁸⁸ begründen den Einfluss der summarischen Realitätsbeschreibung mit ihrer grafischen Aufbereitung (vgl. ebd.: 286). Daschmann (2001) war zuvor den umgekehrten Weg gegangen. In zwei Experimenten

⁸⁶ Bei der Studie von Baesler & Burgoon lässt sich kritisieren, dass sämtliche Skalen zu einem Messwert zusammengefasst wurden und die beiden untersuchten Faktoren Lebhaftigkeit und Informationsart miteinander konfundieren (vgl. auch Daschmann 2001: 97-98)

⁸⁷ CRM steht für Continuous Response Measurement und wird beispielsweise verwendet, um neue Sendungen zu testen. Die Versuchspersonen werden dafür gebeten, parallel zu Rezeption, mit Hilfe eines Reglers die Sendung kontinuierlich beurteilen. Die Mittelwerte aller Teilnehmer können dann in Form eines Liniendiagramms als CRM-Kurve dargestellt werden.

⁸⁸ Der Aufsatz von Peter & Brosius (2010) stellt die Arbeit von Peter (2009) auszugsweise dar.

3. Fallbeispiele

präsentierte er Fallbeispiele ohne ein einzelnes Individuum. Diese „thematischen Fallbeispiele“ konnten im Gegensatz zu den normalen, „episodischen Fallbeispielen“ (ebd.: 267) keinerlei Fallbeispieleffekte hervorrufen (vgl. ebd.: Experiment 5 und 6).⁸⁹ Daschmann ist darum der Ansicht, dass die Wirkung der Fallbeispiele mit ihrem Einzelfallcharakter einhergeht. Man muss anmerken, dass die summarische Realitätsbeschreibung in den meisten Studien nicht variiert wurde, sondern vielmehr als eine „Art Kontrollbedingung“ (Peter 2009: 26) diente. Häufig kamen dabei die oben beschriebenen vagen Informationen zum Einsatz, um mögliche Lerneffekte zu vermeiden (vgl. Daschmann 2001: 118).

Die Darstellung von Information in Form von Fallbeispielen kann man als Personalisierung ansehen, da es sich dabei um Äußerungen und Schicksale von Personen handelt (vgl. Daschmann 2001: Hypothese 8). In diesem Kontext wird immer wieder die Bedeutung des sogenannten Einzelfallcharakters des Fallbeispiels erwähnt. Demnach könnte der Fallbeispieleffekt aufgrund eines grundlegenden Mechanismus menschlicher Kognition, der episodischen Affinität (s. Kapitel 3.8.9) entstehen. Daschmann (2001) prüfte dies in zwei Experimenten und stellte fest, dass Fallbeispiele ohne Einzelfallcharakter (indirekte Formulierung, auch als thematische Version bezeichnet) im Gegensatz zu Fallbeispielen mit Einzelfallcharakter („normale“ Fallbeispiele, auch als episodische Version bezeichnet) keinen Einfluss hatten (vgl. ebd.: Experiment 5 und 6).⁹⁰

3.7.2 Einschränkung durch Rezipientenmerkmale

Ähnlich, wie bei der summarischen Realitätsbeschreibungen, wurde der Fallbeispieleffekt als von Rezipientenmerkmalen unabhängig beschrieben und belegt. Doch auch hier gibt es Studien, die Einschränkungen nahelegen. So stellten Brosius, Breinker & Esser (1991) im Rahmen einer Untersuchung fest, dass summarische Realitätsbeschreibungen in Form sogenannter „Immer mehr“-Überschriften auf die Leser umso stärker wirken, je seltener diese Zeitung lesen (vgl. ebd.: 420). Zillmann et al. (1992) hingegen fanden heraus, dass Versuchspersonen, die viel lesen, einen schwächer ausgeprägten Fallbeispieleffekt zeigten. Sie vermuteten, dies läge daran, dass Vielleser Texte besser verarbeiten und darum auch summarische Realitätsbeschreibungen besser erinnern (vgl. ebd.: 181-182).

Daschmann (2004) untersuchte das Interesse am Thema und konnte einen Effekt auf die Wahrnehmung des Meinungsklimas feststellen, der jedoch keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt hatte. So schätzen Uninteressierte den Anteil von

⁸⁹ Beispiel für ein episodisches Fallbeispiel: „Christine B., Kaiserslautern: (...) Das gibt mir als Mutter von drei Kindern wieder die Möglichkeit, halbtags zu arbeiten. (...)“ Es lautet in der thematischen Version „Thema Kindergärten (...) Das gibt Müttern kinderreicher Familien die Möglichkeit, halbtags zu arbeiten. (...)“ (Daschmann 2001: 258-259).

⁹⁰ Allerdings erwähnt Daschmann, dass die Operationalisierung des Einzelfallcharakters in seinen Untersuchungen anfechtbar ist und die gemessenen Effekte möglicherweise auf konfundierende Merkmale zurückzuführen sind (vgl. 2001: 308-309).

3. Fallbeispiele

Glücksbringerbesitzern höher ein als Interessierte (vgl. ebd.: 105). Huck (2005) deckte in ihrer Untersuchung erste Tendenzen zur Kompetenz der Versuchspersonen auf. Sie unterschied, „ob sich jemand als Experte eines Themas ansieht oder nicht“ (ebd.: 121), was wiederum mit der Beeinflussbarkeit durch statistische Information interagieren kann (vgl. ebd.).⁹¹ Brosius (1996) untersuchte Politikinteresse und wies nach, dass politisch stark Interessierte schwächere Fallbeispieleffekte zeigten als politisch weniger Interessierte (vgl. ebd.: 64). Er erklärte dies durch das ELM (s. Kapitel 4.3.7), wonach sich stark Involvierte eher an der Qualität von Argumenten orientieren und dementsprechend summarische Realitätsbeschreibungen stärker in die Urteilsfindung mit einbeziehen, während schwach Involvierte eher durch periphere Merkmale geleitet werden und so die Information der summarischen Realitätsbeschreibung schneller vergessen (vgl. ebd.: 64).⁹² Diesen Befund bestätigte Peter (2009), die herausfand, dass sich politisch kaum Interessierte tendenziell stärker durch summarische Realitätsbeschreibungen beeinflussen lassen als politisch interessierte Personen.⁹³ Peter schloss daraus, dass die Versuchspersonen die Politikerin Schavan aufgrund mangelnden Interesses weniger gut kannten und somit leichter beeinflussbar waren. Bei einer weitergehenden Prüfung konnte sie eine signifikante Wechselwirkung zwischen Bekanntheit und summarischer Realitätsbeschreibungen belegen. Versuchspersonen, die die Politikerin weniger gut kannten, wurden stärker von summarischen Realitätsbeschreibungen beeinflusst als Versuchspersonen, die sie gut kannten. Insgesamt wurden Versuchspersonen mit hohem politischem Interesse und einer hohen Bekanntheit der Politikerin Schavan vor allem durch die summarische Realitätsbeschreibung und nicht durch die Fallbeispiele beeinflusst (vgl. ebd.: 106-108).

Rossmann & Pfister (2008) konnten in ihrer Studie einen Fallbeispieleffekt erst durch das Bilden von Kontrastgruppen bezüglich des Involvements finden. Bei hoch involvierten Personen zeigten sich, wenn auch auf niedrigem Niveau, die vermuteten Fallbeispieleffekte bezüglich des Wissens und des Gewichts bewusstseins der Versuchspersonen. Auch bei den anderen untersuchten Variablen konnte dieser Effekt zumindest tendenziell beobachtet werden (vgl. 2008: 379-380).

3.7.3 Fazit

Präsentiert man den Versuchspersonen entweder ein Fallbeispiel oder eine summarische Realitätsbeschreibung, dann ist die summarische Realitätsbeschreibung einflussreicher. Auch wenn die summarische Realitätsbeschreibung klar artikuliert ist oder durch graphische Elemente betont wird, kommt es zu keinem Fallbeispieleffekt. Das

⁹¹ Die Befunde reichen jedoch nicht aus, um einen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt anzunehmen (vgl. ebd.: 122).

⁹² Hier zeigt sich die Trennschärfeproblematik zwischen Interesse und Involvement.

⁹³ Dies trifft jedoch nur für eine von zwei untersuchten Bedingungen zu (vgl. Peter 2009: 106).

Gleiche gilt für Fallbeispiele, die nicht als einzelnes Individuum oder ohne Einzelfallcharakter präsentiert werden. Das Rezipientenmerkmal Themainteresse – und speziell das Interesse an politischen Themen – konnte die Wirksamkeit von Fallbeispielen einschränken, während sich das Involvement nur tendenziell auswirkte.

3.8 Mögliche Erklärungen des Fallbeispieleffekts

Das vorhergehende Kapitel zeigte, dass der Fallbeispieleffekt ein relativ unabhängiger und gut belegter Effekt ist. Wie jedoch lässt er sich erklären? Hierzu werden die menschliche Informationsverarbeitung und die kognitiven Mechanismen, die in der Sozialpsychologie unter anderem zur Erklärung der Urteilsbildung dienen⁹⁴, wie Kategorien, Schemata und Heuristiken, vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht relevanten Ansätze Schweigespirale und Kullitievierungshypothese. Darauf aufbauend werden zwei Persuasionsmodelle der Informationsverarbeitung, das Modell der Alltagsrationalität, die Bedeutung der wahrgenommenen Lebhaftigkeit und Bedeutsamkeit von Fallbeispielen, die besondere Relevanz von Fallbeispielen für den Menschen und die spezielle Rezeption massenmedialer Inhalte beschrieben.

3.8.1 Menschliche Informationsverarbeitung

Die menschliche Informationsverarbeitung und die dabei ablaufenden kognitiven Prozesse lassen sich grob skizzieren (vgl. hierzu Fiedler & Bless 2003; Aronson et al. 2004).⁹⁵ In der Kognitionspsychologie wird unter Kognition eine Sequenz von individuellen Prozessstadien verstanden (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 34). Am Anfang der Informationsverarbeitung steht ein Reiz (beispielsweise ein Fallbeispiel in einem Gesundheitsflyer), der wahrgenommen wird. Das Wahrgenommene wiederum muss encodiert und interpretiert werden. Dabei beeinflusst das vorhandene Vorwissen der Person die Encodierung. Die aufgeschlüsselte Wahrnehmung schließlich wird im Gedächtnis gespeichert und hat eventuell Einfluss auf die Bewertung zukünftiger Ereignisse. Erst die Kombination von altem und neuem Wissen bilden dann die Grundlage für die weitere Verarbeitung, die zu Urteilen und Schlussfolgerungen führt und „manchmal, nicht immer, zeigt sich das Endergebnis dieses kognitiven Prozesses in einer offen beobachtbaren *Verhaltensreaktion*.“ (Fiedler & Bless 2003: 133, kursiv im Original) Die Informationsverarbeitung ist aber nicht allein von äußeren Reizen abhängig. Sie wird auch durch Eigenschaften des Individuums beeinflusst (s. Kapitel 3.6.6 und 3.7.2). Darum unterscheidet man bei der Informationsverarbeitung zwischen

⁹⁴ Eine umfassende Darstellung der sozialpsychologischen Grundlagen findet sich bei Daschmann (2001) und auch bei Brosius (1995).

⁹⁵ Neben grundlegenden Informationsverarbeitungsmodellen wie von Waugh & Norman (1965) existieren weitere Modelle und Theorien, auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen wird.

3. Fallbeispiele

Bottom-up- und Top-down-Verarbeitung. Erstere wird vor allem von äußeren Reizen beeinflusst, bei letzterer sind Erwartungen und Voreinstellungen der Person ausschlaggebend (vgl. Brosius 1995: 100-101). Beide Prozesse sind miteinander verbunden und laufen parallel ab (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 35). Die Wirkung von Fallbeispielen könnte darin begründet liegen, dass Menschen nur über begrenzte kognitive Kapazitäten verfügen, während sie sich einer immer größer werdenden Informationsflut gegenübersehen (vgl. Brosius 1995: 106). Um diese zu bewältigen und zu organisieren, entwickeln sie Verarbeitungsstrategien, um unbekannte Situationen schnell zu analysieren und spontan sinnvolle Schlussfolgerungen zu ziehen.

3.8.2 Kategorisierung

Mit Hilfe sogenannter kognitiver Strukturen, die für das Wahrnehmen und Einordnen von Reizen verantwortlich sind, schaltet man „auf Autopilot“ und denkt „ohne Mühe“ (Aronson et al. 2004: 62). Eine Form solcher kognitiver Strukturen sind Kategorien, die jeweils eine Gruppe von Objekten umfassen, die durch ihre Gemeinsamkeiten gekennzeichnet sind. Eine Kategorie beinhaltet neben besonders typischen immer auch relativ untypische Objekte. Gemeinsam haben sie den sogenannten Kern der Kategorie, der zwingend zugrunde liegende Aspekte der Kategorie umfasst.⁹⁶ Neben natürlichen Kategorien, wie der Einteilung in Säugetiere, Vögel und Reptilien, gibt es auch soziale Kategorien, wie Berufs- oder Religionszugehörigkeit. Bei sozialen Kategorien bezeichnet man den Prototyp als Stereotyp, auf dessen Basis wir allen Mitgliedern einer Gruppe identische Eigenschaften zuschreiben, ohne auf die jeweiligen Unterschiede zu achten (vgl. Aronson et al. 2004: 486). Der Vorteil der Kategorisierung liegt darin, dass man durch Zuordnung zu einer Kategorie mehr Information entschlüsseln kann, als faktisch präsentiert wird (vgl. Daschmann 2001: 22-24; Fiedler & Bless 2003: 134, Zillmann 2002: 20). Im Grunde können Fallbeispiele als soziale Kategorien fungieren, die bestimmte gesundheitsspezifische Informationen transportieren.

3.8.3 Schemata

Neben Kategorien gelten auch Schemata als „interne kognitive Strukturen“ (Schenk 2007: 279).⁹⁷ Die beiden Begriffe werden häufig synonym verwendet (vgl. Daschmann 2001: 24) und die Anwendung von Schemata auf Mitglieder von Gruppen wird ebenfalls Stereotypenbildung genannt (vgl. Aronson et al. 2004: 63). Schemata dienen wie Kategorien der Einteilung von verschiedenen Objekten, Handlungen, Erlebnissen und

⁹⁶ So wird beispielsweise das Schnabeltier, das einen Schnabel besitzt und Eier legt, den Säugetieren und nicht den Vögeln zugerechnet, da es die drei typischen Säugetiermerkmale – drei Gehörknöchelchen, Haare und Aufziehen der Jungtiere mit Milch – besitzt (Siewing 1985: 529).

⁹⁷ Weitere interne bzw. kognitive Strukturen, die hier jedoch nicht weiter beschrieben werden, sind beispielsweise Frames oder Scripts.

3. Fallbeispiele

Personen (vgl. Schulz 2000: 156).⁹⁸ Während eine Kategorie jedoch bestimmte Objekte versammelt, beschreibt das Schema die Kategorie abstrakt, indem es das für die Kategorie allgemein Zutreffende encodiert. Darum besteht ein Schema immer aus einem Oberbegriff (wie Krebserkrankung) und mehreren untergeordneten Teilkategorien (betroffener Körperteil, Größe, Auswirkungen auf die Gesundheit etc., vgl. auch Daschmann 2001: 24-25). Nicht alle Stimuli werden durch Schemata gefiltert, aber gerade bei der Medienrezeption, mit häufig sich wiederholenden und gleichförmig präsentierten Inhalten, bilden sich sogenannte Medienschemata (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 36).⁹⁹ Schemata sind vor allem bei Informationen bedeutsam, die unterschiedliche Interpretationen zulassen. Dann helfen sie Unklarheiten zu verringern, indem sie auf frühere Erfahrungen und schon bestehende Schemata zurückgreifen, wodurch viele Eindrücke auf wenige semantische Strukturen reduziert werden. Dies entspricht der oben angesprochenen Top-down-Verarbeitung und wird auch Generalisierungshierarchie bzw. Rationalisierung genannt. Andererseits können neue Reize dazu führen, dass Schemata entsprechend der Bottom-up-Verarbeitung in einer sogenannten Teil-Ganzes-Relation neu erworben, gebildet oder verändert werden. Generell sind Schemata unterschiedlich zugänglich (vgl. Hastie 1981; Zillmann & Brosius 2000: 35), Daschmann 2001: 25, Aronson et al. 2004: 63-67). Den Familienmitgliedern eines magersüchtigen Mädchens sind die Charaktereigenschaften einer Magersüchtigen vermutlich leichter zugänglich als Personen, die keine Magersüchtigen kennen.

Die schematische Verarbeitung massenmedialer Inhalte führt hingegen dazu, dass Rezipienten fast alle Details einer Nachricht vergessen und allein die grobe Bedeutung speichern (Brosius 1995: 103; Zillmann & Brosius 2000: 37-38). Brosius (1995) fasst zusammen, dass die Schema-Theorie zwar erklären kann, warum Menschen aus einer Flut von Informationen die für sie relevanten Informationen extrahieren, allerdings führen nicht vorhandene Schemata dazu, dass Informationen nicht wahrgenommen werden. So könnten sich auch Lücken im gesundheitlichen Wissen auftun, in deren Folge wichtige Probleme nicht erkannt werden (vgl. ebd.: 103). Fallbeispiele können dem entgegen wirken, indem sie vorhandene Lücken durch relevante Aspekte schließen. Auf diese Weise könnte ein Fallbeispiel dabei helfen, Gesundheitsinformation in ein schon vorhandenes Schema einzuordnen oder es zu ergänzen.

⁹⁸ Man unterscheidet vier Typen sozialer Schemata. Neben Ereignis-Schemata (Wissen zu typischen Folgen von Ereignissen und Handlungen im Kontext von Standardsituationen) handelt es sich dabei um Personen-Schemata (zur Kategorisierung von Personen in Bezug auf Charaktereigenschaften etc.), Selbst-Schemata (wahrgenommenes Selbstkonzept) und Rollen-Schemata (Stereotype, vgl. Fiske & Taylor 1991: 149 sowie Schenk 2007: 281).

⁹⁹ Zillmann & Brosius (2000) nennen hier z.B. Nachrichtenschemata, die sich durch die bei der Nachrichtenberichterstattung wiederholenden Inhalte bilden und zyklisch präsentiert werden (vgl. ebd.: 36).

3.8.4 Heuristiken

Neben kognitiven Strukturen, wie den eben beschriebenen Kategorien und Schemata, sind auch kognitive Prozesse bzw. Heuristiken beim Fällen von Urteilen und Treffen von Entscheidungen ausschlaggebend. Schließlich kann man nicht aus jeder Entscheidung – von denen wir täglich unzählige zu treffen haben – ein „gewichtiges Untersuchungsobjekt“ (Aronson et al. 2004: 76) machen. Selbst im Kontext der eigenen Gesundheit ist das nicht möglich. So wählen wir beispielsweise unseren Hausarzt nicht erst aus, nachdem wir sämtliche in Deutschland praktizierenden Hausärzte recherchiert und uns über jeden intensiv informiert haben. Wir vergleichen auch nicht sämtliche recherchierte Ärzte miteinander und alle behandelten Patienten und Partner des Arztes etc. Da wir ständig eine Vielzahl an Entscheidungen und Urteilen treffen müssen, können wir sie nicht von allen Seiten betrachten und vollkommen logischen Regeln folgend vorgehen. Vielmehr müssen wir „einen Kompromiss zwischen Rationalität und Ökonomie finden“ (Fiedler & Bless 2003: 147). Heuristiken in Form von vereinfachenden „Faustregeln“ oder „shortcuts“ helfen dabei, indem sie Effizienz und Zweckmäßigkeit unseres Denkens fördern (vgl. Fiske & Taylor 1991: 476, Fiedler & Bless 2003: 147, Zillmann & Brosius 2000: 39). Gerade bei komplexen Themen, wie bei gefährlichen oder risikoreichen Krankheiten, helfen Heuristiken, einen Sinn aus (massenmedialen) Informationen zu extrahieren. Das ist dann von Bedeutung, wenn Menschen keine Erfahrung im Umgang mit den dargestellten Krankheiten haben (vgl. Shih, Wijaya & Brossard 2008: 142). Im Kontext der Fallbeispielforschung sind vor allem zwei Heuristiken relevant: die Repräsentativitätsheuristik (englisch: representativeness heuristic) und die Verfügbarkeitsheuristik (availability heuristic).

Repräsentativitätsheuristik

Bei der Repräsentativitätsheuristik (englisch: representativeness heuristic) wird „etwas danach klassifiziert, wie ähnlich es einem Prototyp ist“ (Aronson et al. 2004: 76). Letztlich handelt es sich dabei um eine Wahrscheinlichkeitseinschätzung, ob ein bestimmtes Objekt, eine Person oder ein Ereignis zu einer bestimmten Klasse von Objekten, Personen oder Ereignissen gehört (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 40) und ähnelt der oben beschriebenen Kategorisierung.¹⁰⁰ Sie ist jedoch sehr fehleranfällig. Einer dieser Fehler ist die oben beschriebene „Base-rate fallacy“ (s. Kapitel 3.3.1), bei der Menschen sich eher an einem Einzelfall als an einer summarischen Realitätsbeschreibung orientieren. Neben tatsächlichen Wahrscheinlichkeiten wird auch die Größe von Stichproben oft außer Acht gelassen. Dieser Urteilsfehler wird als „Gesetz der kleinen Zahl“

¹⁰⁰ Fragen wir uns beispielsweise, ob unser Hausarzt ein guter Arzt ist, so handelt es sich eigentlich um die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit für diese Tatsache. Im Grunde wären dafür zusätzliche Informationen nötig. In der Regel vergleichen wir jedoch den Arzt und seine Attribute einfach mit unserer Vorstellung von einem typisch/repräsentativen guten bzw. typisch/repräsentativen schlechten Arzt.

3. Fallbeispiele

bezeichnet.¹⁰¹ Außerdem schätzen Menschen die Rolle des Zufalls falsch ein.¹⁰² Die Effizienz der Repräsentativitätsheuristik geht auf Kosten der Präzision (vgl. Chang 2003: 5). Die Repräsentativitätsheuristik und die damit verbundenen Fehlschlüsse sind durch eine Vielzahl von Studien belegt (vgl. für einen Überblick Zillmann & Brosius 2000: 41). Im Kontext von Gesundheitskommunikation kann die Verwendung von Fallbeispielen, die mit Hilfe der Repräsentativitätsheuristik verarbeitet werden, dazu führen, dass tatsächliche Erkrankungswahrscheinlichkeiten ignoriert, die Größe von Stichproben bzw. die Anzahl von erkrankten Personen überschätzt und zufällige Krankheitsereignisse falsch eingeschätzt werden. In diesem speziellen Fall kann dies jedoch ein Vorteil sein, da in der Folge eine Krankheit als relevanter wahrgenommen wird und die damit verbundenen empfohlenen Verhaltensweisen eher durchgeführt werden.

Verfügbarkeitsheuristik

Bei der Verfügbarkeitsheuristik (englisch: availability heuristic) beruhen Urteile (zu Häufigkeits- und Wahrscheinlichkeitseinschätzungen) darauf, wie leicht entsprechende Informationen aus dem Gedächtnis abrufbar bzw. verfügbar sind (vgl. Chang 2003: 6). Diejenige Information, die am schnellsten – aus welchem Grund auch immer – abgerufen werden kann, beeinflusst das Urteil. Dabei scheint die Verfügbarkeit von der Häufigkeit, der zeitlichen Nähe und Lebhaftigkeit der Information abhängig zu sein (vgl. Zillmann et al. 1992: 171).¹⁰³ Problematisch daran ist, dass das, an das man sich am schnellsten erinnert, nicht immer zutrifft und es so ebenfalls zu einem Fehlurteil kommen kann, das „availability bias“ bezeichnet wird. So ist es möglich, dass man bestimmte Ereignisse oder auch Krankheiten als häufiger annimmt, als sie tatsächlich vorkommen (vgl. Kahneman & Tversky 1973, Zillmann & Brosius 2000: 43; Daschmann 2001: 30). Ebenso wie die Repräsentativitätsheuristik gilt die Verfügbarkeitsheuristik inklusive ihrer Fehlurteile als wissenschaftlich gut belegt (vgl. für einen Überblick Daschmann 2001: 30). Da Fallbeispiele vermutlich besser verfügbar sind als summarische Realitätsbeschreibungen, können sie dazu beitragen, dass gesundheitsrelevante Information für die Rezipienten leichter verfügbar ist. Bei der Rezeption massenmedialer Inhalte ist die Gefahr von Urteilsfehlern in der heuristischen Verarbeitung besonders hoch. Das liegt unter anderem daran, dass im Medienkontext die Möglichkeiten, weitere Informationen zu erhalten, limitiert sind und Rezipienten sich oft ledig-

¹⁰¹ Das klassische Münzwurfszenario, das in diesem Zusammenhang häufig zitiert wird, kann in einen gesundheitlichen Kontext verlegt werden: So halten beispielsweise Urlauber, die sich in einem Hotel in einem heißen Land aufhalten, die Information, dass vier von fünf Gästen des letzten Jahres keinen Durchfall bekommen haben für zuverlässiger als das Wissen, dass 24 von 40 Gästen nicht erkrankten.

¹⁰² So werden beispielsweise die Lottozahlen 1, 2, 3, 4, 5 und 6 bei einer Ziehung als unwahrscheinlicher eingeschätzt als 8, 15, 25, 31, 39 und 42. Der Grund für diese Fehleinschätzung liegt darin, dass letztere eher einer Zufallsverteilung ähnelt als erstere (vgl. Kahneman & Tversky 1972; Kahneman & Tversky 1973, Zillmann & Brosius 2000:41-42, Daschmann 2001: 28-29).

¹⁰³ Litt das Kind einer Mutter erst vor wenigen Wochen an einer Bindehautentzündung, die mit einem roten, eitrigen Auge und geschwellenen Augenlidern einherging und schwillt das Auge des Kindes nun wieder an, wird die Mutter zunächst von einer Bindehautentzündung ausgehen.

3. Fallbeispiele

lich einen schnellen Überblick verschaffen möchten (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 39-40). Eine Sonderstellung nimmt jedoch möglicherweise die Rezeption von Gesundheitsinformationen ein, auch weil sich in diesem Bereich eine höhere Wahrnehmung bestimmter Risiken eventuell positiv auswirken kann.

Quantifizierungsheuristik

Der Vollständigkeit halber wird nun eine weitere Heuristik dargestellt: die Quantifizierungsheuristik (englisch: quantification heuristic). Mit ihrer Hilfe wird kontinuierlich die relative Verteilung bzw. Verbreitung von Fallbeispielen überwacht, die unterschiedliche Merkmale aufweisen (vgl. Zillmann 2006: S222). Da man vermutet, dass im Zusammenspiel mit früheren Erfahrungen Fallbeispielgruppen klassiert werden, um die Unterschiede bei Untergruppen zu erkennen, könnte diese Faustregel im Kontext von Gesundheitskommunikation von besonderer Bedeutung sein.¹⁰⁴ Der Klassierungsvorgang läuft meist unbewusst ab und führt mindestens zu Einschätzungen auf ordinalem Niveau.¹⁰⁵ Außerdem können vergleichende oder tendenzielle Einschätzungen stattfinden.¹⁰⁶ Zillmann vermutet, dass die Quantifizierungsheuristik Rezipienten dabei unterstützt,

„(...) to ascertain the relative frequency of health complications from particular behaviours performed in their social environment and convert their quantitative impressions to estimates of the magnitude of health threats that others and they themselves face.“
(Zillmann 2006: S222-S223)

Die Quantifizierungsheuristik kann Rezipienten bei der Beantwortung der Frage helfen, ob eine gesundheitliche Gefahr möglicherweise auch für sie Relevanz besitzt.

3.8.5 Theorie der Schweigespirale und Kultivierungshypothese

Man kann die Quantifizierungsheuristik und damit „die Fähigkeit der Rezipienten, die Verteilung der Fallbeispiele nahezu exakt in wahrgenommene Mehrheits- und Minderheitsmeinungen umzusetzen“ (Brosius 1996: 66), als Entsprechung des „quasi-statistischen Wahrnehmungsorgans“ in Noelle-Neumanns Theorie der Schweigespirale ansehen (2001), das es uns ermöglicht, eine Zunahme oder Abnahme von Meinungsverteilungen zu unterschiedlichen Themen festzustellen (vgl. ebd.: 165-166). Brosius et al. (2000: 156) betonen die Bedeutung der Meinungswahrnehmung, da sie zu einer Meinungsänderung führen kann. Durch Fallbeispiele und Gegenfallbeispiele können Mehr- und Minderheiten dargestellt werden. Aufgrund des Fallbeispieleffekts hat diese

¹⁰⁴ Ein Beispiel wäre hier die Wahrnehmung von Rauchern, die an Krebs erkrankt sind, im Vergleich zu Rauchern, die gesund geblieben sind.

¹⁰⁵ Das sind Einschätzungen wie „einige“, „viele“ oder „die Mehrheit“ der Raucher ist an Krebs erkrankt“.

¹⁰⁶ Vergleichend nimmt man etwa wahr, dass die Gruppe der Raucher, die nicht an Krebs erkranken, größer ist als die Gruppe der Raucher, die an Krebs erkranken. Eine tendenzielle Einschätzung führt gewissermaßen zu der Wahrnehmung, dass es heute mehr krebserkrankte Raucher gibt als früher.

3. Fallbeispiele

Darstellung wiederum einen Einfluss darauf, wie Mehr- und Minderheiten(meinungen) wahrgenommen werden und ob sie Risikowahrnehmungen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten beeinflussen.¹⁰⁷

Als weiterer kommunikationswissenschaftlicher Erklärungsversuch ist die Kultivierungshypothese zu nennen. Sie wurde von Gerbner und seinen Kollegen (vgl. z.B. Gerbner & Gross 1976, Gerbner et al. 1986) im Kontext von Untersuchungen zur Darstellung von Gewalt im amerikanischen Fernsehen aufgestellt. Rezipienten, die im Fernsehen häufig gewalthaltige Inhalte ansehen, überschätzen demnach die Wahrscheinlichkeit von Verbrechen in der Realität im Vergleich zu Rezipienten, die sich nur selten solchen gewalthaltigen Sendungen aussetzen. Nach Brosius (1996) können einzelne medial vermittelte Verbrechen auch als Fallbeispiele betrachtet werden. Folglich würden diejenigen Rezipienten, die häufiger Fallbeispielen – also gewalthaltigen Inhalten – ausgesetzt waren, die Häufigkeit solcher Verbrechen überschätzen (vgl. ebd.: 66).

Häufig rezipierte Fallbeispiele bzw. eine Vielzahl von präsentierten Fallbeispielen können möglicherweise dazu führen, dass die Rezipienten die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung oder deren negative Folgen überschätzen.

3.8.6 Persuasionsmodelle der Informationsverarbeitung

Einige Persuasionsmodelle setzen sich – aufbauend auf den Erkenntnissen zu kognitiven Strukturen und Prozessen – ebenfalls mit unterschiedlichen Formen der Informationsverarbeitung auseinander und können durch die Darstellung verschiedener mentaler Routen einen Beitrag für die Erklärung der Wirkung von Fallbeispielen liefern. So werden etwa im Heuristic-Systematic Model of Persuasion (HSMP, vgl. z.B. Chaiken, Liberman & Eagly 1989, Eagly & Chaiken 1993: 326-346, Taylor & Fiske 1978: 476-477)¹⁰⁸ systematische und heuristische Verarbeitung unterschieden. Im Zuge systematischer Verarbeitung orientieren sich Rezipienten folglich vor allem an stichhaltigen Argumenten, was einer rationalen Verarbeitung entspricht. Bei heuristischer Verarbeitung lassen sie sich hingegen von primitiven Entscheidungsregeln und peripheren Reizen leiten, was einer nicht rationalen Verarbeitung gleichkommt. Dieser Verarbeitungsweg wird vor allem bei geringem Involvement und wenig Motivation eingeschlagen (vgl. auch Brosius 1995: 118). Fallbeispiele würden demnach eher heuristisch, summarische Realitätsbeschreibungen eher systematisch verarbeitet. Allerdings kann ein Fallbeispiel, das dem Rezipienten ansprechend, stichhaltig und relevant erscheint, ebenfalls systematisch verarbeitet werden, während dies bei einer summarischen Realitätsbeschreibung, die nicht verstanden wird, heuristisch geschieht. Ähnlich verhält es

¹⁰⁷ Wie am Beispiel der krebskranken Raucher deutlich wurde: Fallbeispiele und Gegenfallbeispiele können die Wahrnehmung, ob es heute mehr krebskranke Raucher als früher gibt beeinflussen.

¹⁰⁸ Das Modell wird auch als „heuristic model“ erwähnt (s. z.B. Chaiken & Stangor 1987: 593).

3. Fallbeispiele

sich beim ELM (Petty & Cacioppo 1986, vgl. auch Taylor & Fiske 1978: 477-480), bei dem Einstellungsbildung und -änderung von der Wahrscheinlichkeit (englisch: likelihood) und der Intensität der Auseinandersetzung (englisch: elaboration) mit einer Botschaft abhängen. So kann die Informationsverarbeitung entweder zentral oder peripher ablaufen. Bei intensiver kognitiver Auseinandersetzung (zentrale Route) wird Information kritisch analysiert und unter erheblicher gedanklicher Anstrengung systematisch überprüft. Zur Einstellungsbildung oder -veränderung kann es erst nach intensivem Nachdenken über den Sachverhalt kommen. Auf der peripheren Route wird dagegen kaum, oberflächlich oder überhaupt nicht nachgedacht. Während es bei der zentralen Route von der Güte der Argumente abhängt, ob es zu einer Einstellungsänderung kommt, basiert Meinungsbildung über die periphere Route auf peripheren Eigenschaften einer Botschaft, wie dem Kommunikationskontext oder der Sympathie und wahrgenommenen Kompetenz, die ein Redner vermittelt (vgl. Petty & Cacioppo 1986, Petty, Cacioppo & Schumann 1983: 135-136, Petersen, Doll & Jürgensen 1997: 25-27; Schenk 2007: 259-269).

3.8.7 Modell der Alltagsrationalität

Brosius (1995) baut auf den beschriebenen kognitiven Strukturen und Modellen sein Modell der Alltagsrationalität (englisch: everyday rationality) auf. Indem er Schemata, Heuristiken, kognitive Modelle, aber auch die fehlerhafte Verarbeitung von Information integriert, erklärt er, wie Rezipienten „durch heuristische und schematische Informationsverarbeitung in einer komplexen (Nachrichten-) Welt handlungsfähig bleiben können“ (1995: 19). Die oben erwähnte mediale Informationsflut führt dazu, dass Rezipienten selbst, wenn sie es wollen, nicht mehr in der Lage sind, sich ihre Urteile allein durch rationales und kritisches Abwägen zu bilden. Vor allem dann, wenn sie kaum involviert sind, nutzen sie die oben beschriebenen Heuristiken und Schemata. Brosius (1995) betont jedoch, dass Rezipienten sich damit nicht irrational sondern in einem anderen Sinn rational verhalten, indem sie ihre Urteile rationell bilden (vgl. ebd.: 116-118; s. auch Daschmann & Brosius 1997: 488). Dementsprechend werden Fallbeispiele alltagsrational – mit Hilfe von Heuristiken – und summarische Realitätsbeschreibungen eher rational verarbeitet (vgl. Daschmann 2001: 276).

3.8.8 Wahrgenommene Lebhaftigkeit und Bedeutsamkeit von Fallbeispielen

Zwei psychologische Erklärungsansätze, die immer wieder im Kontext von Fallbeispielen erwähnt werden und der Aufmerksamkeit der Rezipienten im Verarbeitungsprozess eine zentrale Rolle zuschreiben, sind das „Vividness-Konzept“ und das „Salience-Konzept“ (vgl. Brosius & Mundorf 1990: 400). Beide Ansätze erklären warum bestimmte Stimuli relevanter eingestuft werden als andere (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 45).

3. Fallbeispiele

Sie unterscheiden sich durch die unterschiedlichen Richtungen, die sie der Aufmerksamkeit zuschreiben. Beim Vividness-Konzept wird sie als reizgesteuert, beim Saliency-Konzept als subjektgesteuert eingestuft. Reizgesteuerte Aufmerksamkeit im Sinne des Vividness-Konzepts lässt sich durch Merkmale des Inhalts einer Botschaft beeinflussen (vgl. Brosius & Mundorf 1990: 399-401). Nach Hovland & Janis (1970) sind Fallbeispiele genau solche Merkmale des Inhalts (vgl. ebd.: 225). Information ist nach dem Vividness-Konzept dann lebendig, wenn es ihr gelingt

„to attract and hold our attention and to excite the imagination to the extent that it is (a) emotionally interesting (b) concrete and imagery-provoking and (c) proximate in a sensory, temporal, or spatial way“ (Nisbett & Ross 1980: 45).

Nisbett und Ross (1980) verbinden mit Lebhaftigkeit vor allem emotionales Interesse, Greifbarkeit und zeitliche wie räumliche Nähe. Lebhafter Information wird unterstellt, schneller und besser behalten zu werden – zumindest zu Beginn der Verarbeitung. Außerdem dominiere sie das Entstehen von konkreten Vorstellungen und scheint stärkere emotionale Reaktionen und Involvement hervorzurufen (vgl. Taylor & Thompson 1982, Zillmann & Brosius 2000). Kurz: „vividly presented information is impactful and persuasive“ (Taylor & Thompson 1982: 155). Immer wieder wurde die Lebhaftigkeit von Fallbeispielen und Einzelfällen untersucht, konnte jedoch nicht belegt werden (vgl. 1982: 170, Bar-Hillel 1980, 1994: 592, Brosius 1995: Experiment 1 und 2, 255, 259, 2001: 310 und Experimente 3 und 4).¹⁰⁹ Im Gegensatz zum Vividness-Konzept geht man beim Saliency-Konzept von subjektgesteuerter Aufmerksamkeit aus und Bedeutsamkeitseffekte werden in den Orientierungen und Neigungen der Rezipienten vermutet (vgl. McArthur 1981, Zillmann & Brosius 2000: 45). Aufmerksamkeit wird demnach durch Rezipientenmerkmale, wie dem allgemeinen Interesse am Thema oder der Bedeutung, die der Rezipient dem Stimulus zuschreibt, hervorgerufen (vgl. Brosius & Mundorf 1990: 399-401). Dabei gelten vor allem außergewöhnliche, besondere und wichtige Ereignisse als bedeutsam, die nicht in bestehende Kontexte passen, dem Rezipienten irrelevant erscheinen oder seinen Erwartungen widersprechen. Von Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind die beiden Konzepte vor allem, weil summarische Realitätsbeschreibungen zwar in der Regel umfassendere und validere Informationen liefern (s. Kapitel 3.1.2), es ihnen aber an wahrgenommener Lebhaftigkeit und wahrscheinlich auch an wahrgenommener Bedeutsamkeit der Fallbeispiele fehlt (vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 45).

¹⁰⁹ Brosius führte dies später darauf zurück, dass Lebhaftigkeit im Grunde kein messbarer Aspekt im Stimulus ist. Zwar könne ein lebhafter Charakter z.B. an der Art der Sprache, dem imaginären Wert des Stimulus oder der emotionalen Komponente liegen. Doch häufig würden Lebhaftigkeitseffekte im Nachhinein herangezogen, um nicht erklärbare Unterschiede zu begründen (vgl. Brosius 2003: 189).

3.8.9 Besondere Relevanz von Fallbeispielen

Die bislang dargestellten kognitiven Strukturen und Prozesse erklären, weshalb Fallbeispielen eine besondere Relevanz für den Menschen haben. Ausgehend davon, dass sich die menschlichen kognitiven Fähigkeiten durch Anpassungsprozesse an die Umwelt entwickelt haben, lässt sich dies ebenfalls für die Verarbeitung von Fallbeispielen vermuten. Demzufolge beruht die kognitive Fertigkeit, Fallbeispiele wahrzunehmen und daraus Schlussfolgerungen abzuleiten, auf evolutionären Vorgängen und stammesgeschichtlichen Wurzeln der Informationsverarbeitung (vgl. Daschmann 2001: 147-148; Brosius 2003: 191). Schon vor Jahrtausenden berichtete eine Person der nächsten. So konnte jedoch nur eine begrenzte Anzahl an Erfahrungen übermittelt werden. Der begrenzte Erfahrungsschatz des Menschen führte folglich über induktive Schlussfolgerungen zu übergeordneten Generalisierungen (vgl. Zillmann & Brosius 2000: vii). Wodurch sich wiederum Einzelfallinformationen unangemessen in der Urteilsbildung niederschlugen. Und auch heute noch werden wir durch Fallbeispiele sozialisiert. Eltern versuchen ihrem Kind etwas durch konkrete Beispiele und nicht mit Hilfe von abstrakten Zahlen beizubringen.¹¹⁰ Damit hinkt die menschliche Informationsverarbeitung allerdings unserer modernen Lebenswelt hinterher. Das enorme Informationsangebot der Medien hat dazu beigetragen, dass Eigenerfahrungen von Menschen in bestimmten Bereichen – wenn überhaupt – nur noch eine marginale Rolle spielen und stattdessen statistische Daten und summarische Realitätsbeschreibungen einen immer größeren Raum einnehmen (vgl. Brosius et al. 2000: 171, Daschmann 2001: 17). Summarische Realitätsbeschreibungen sind jedoch ein verhältnismäßig neues Phänomen (vgl. Brosius 1996: 67). Und während sich auf der einen Seite die menschliche Wahrnehmung weiterhin vor allem auf Einzelpersonen konzentriert (Noelle-Neumann & Petersen 1996: 52), haben wir es auf der anderen Seite mit einer „weitverbreiteten Unfähigkeit die Bedeutung von Zahlen zu verstehen“ (Gigerenzer et al. 2008: 53) zu tun. Letzteres liegt unter anderem daran, dass wir nicht darin unterrichtet werden, statistisch zu denken (vgl. Gigerenzer et al. 2008: 54). Zillmann fasst die dargestellten entwicklungsgeschichtlichen Aspekte in drei Grundannahmen zusammen:

1. Konkrete, natürliche Ereignisse (Falleispiele) sind komplexen, abstrakten Ereignissen (summarische Realitätsbeschreibungen) generell überlegen, da sie besser verstanden, abgespeichert und wieder abgerufen werden können.

¹¹⁰ Ein Elternteil versucht beispielsweise sein Kind von etwas zu überzeugen und verwendet dabei intuitiv ein Fallbeispiel: „Schau mal, die Pauline wäscht sich auch vor dem Essen die Hände.“ Sätze wie „Zahlreiche Studien belegen, dass durch das Waschen der Hände 87 Prozent der Keime von den Handinnenflächen beseitigt werden“ oder „70 Prozent der Menschen waschen sich regelmäßig vor dem Essen die Hände“ werden von Eltern wohl kaum verwendet.

3. Fallbeispiele

2. Folgenreiche Ereignisse wecken im Vergleich zu irrelevanten Ereignissen mehr Aufmerksamkeit und werden besser verarbeitet. Dementsprechend werden lebenswichtige Ereignisse besser abgespeichert und wieder abgerufen als belanglose Ereignisse.
3. Ereignisse gleicher Art und deren Bedeutung werden codiert und auf Basis dieser Codierung werden grundlegende quantitative Einschätzungen vorgenommen (vgl. Zillmann 2002: 25-26).

Für die kognitive Strategie, mit minimalem kognitivem Aufwand aus Fallbeispielen einen maximalen Erkenntnisgewinn abzuleiten, haben sich in der Literatur verschiedene Bezeichnungen nebeneinander etabliert. Während Daschmann in Anlehnung an Walther & Williams von „episodischer Affinität“ (Daschmann 2001: 148, Walther & Williams 1988) spricht, bezeichnet Zillmann diese Strategie als „kognitive Ökonomie“ (englisch: cognitive economy, Zillmann 2002: 19).

3.8.10 Spezielle Rezeption massenmedialer Inhalte

Möglicherweise hängt die Wirkung von Fallbeispielen aber auch mit der speziellen Form der Rezeption von massenmedialen Inhalten zusammen. Zum einen verlassen sich die Rezipienten darauf, „dass sie durch Journalisten angemessen und realitätsgerecht informiert werden“ (Brosius et al. 2000: 172). Folglich verlassen sie sich auch auf die Beobachtung eines einzelnen Fallbeispiels, um sich ein Bild von ihrer Umwelt zu machen (s. Kapitel 3.2.2). Häufig geschieht Mediennutzung (vor allem bei Radio und Fernsehen) lediglich nebenbei (vgl. z.B. Schweiger 2007: 197), was wiederum zu einer verzerrten Wahrnehmung führen kann (s. Kapitel 3.8.4). Umgekehrt werden nur Themen, die von besonderer Bedeutung für den Rezipienten sind, mit voller Aufmerksamkeit verfolgt. Die Bedeutung eines Themas kann jedoch durch ein entsprechend formuliertes Fallbeispiel zusätzlich erhöht werden.

3.8.11 Fazit

Eine Reihe verschiedener Möglichkeiten können den Fallbeispieleffekt erklären. Den Ausgangspunkt bildet die Kognitionspsychologie, die aufzeigt, dass Urteilen und Schlussfolgern im Grunde nur durch die Kombination von altem und neuem Wissen möglich ist. Allerdings kann der Mensch aufgrund seiner begrenzten kognitiven Kapazitäten nur beschränkt neues Wissen aufnehmen. Sogenannte kognitive Strukturen – wie Kategorien und Schemata – helfen beim schnelleren Wahrnehmen, Entschlüsseln, Filtern und Einordnen (neuer) Reize und stellen zudem Lösungen bereit. Fallbeispiele können hierbei soziale Kategorien repräsentieren, die bestimmte gesundheitsspezifische Informationen transportieren. Schemata sind von Bedeutung, wenn verschiedene Interpretationsmöglichkeiten vorstellbar sind. Allerdings können nicht vorhandene Schemata dazu führen, dass Informationen nicht wahrgenommen werden. Hier können

3. Fallbeispiele

Fallbeispiele Abhilfe leisten, indem sie vorhandene Lücken durch relevante Aspekte schließen. Auch kognitive Prozesse – wie Heuristiken – dienen der Effizienz der Informationsverarbeitung. Sie können bei komplexen Themen, wie gesundheitsrelevanten Informationen, sinnvolle Bestandteile aus der (massenmedialen) Informationsfülle extrahieren, gerade dann, wenn die Rezipienten – aus welchen Gründen auch immer – noch keine Erfahrung im Umgang mit einer bestimmten Krankheit haben. Die Bedeutung von Fallbeispielen wird vor allem im Kontext der Repräsentativitätsheuristik deutlich. Sie ist besonders fehleranfällig bzw. durch Fallbeispiele beeinflussbar. So werden aufgrund von Fallbeispielen tatsächliche Wahrscheinlichkeiten ignoriert, die Größe von Stichproben und die Rolle des Zufalls falsch interpretiert. Das bedeutet, dass Fallbeispiele dazu beitragen können, dass die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit oder Krankheitsfolge überschätzt, die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Krankheit höher eingeschätzt und zufällige Krankheitsereignisse falsch bewertet werden. Die Verfügbarkeitsheuristik hingegen führt dazu, dass diejenige Information, die am schnellsten abgerufen werden kann, das Urteil beeinflusst. Da Fallbeispiele vermutlich besser verfügbar sind als summarische Realitätsbeschreibungen – vorausgesetzt sie sind für den Rezipienten relevant –, können sie dazu beitragen, dass gesundheitsrelevante Informationen leichter verfügbar sind. Die Quantifizierungsheuristik schließlich überprüft Fallbeispiele mit unterschiedlichen Merkmalen auf ihre Verteilung bzw. Verbreitung und kann den Rezipienten damit bei der Frage helfen, ob eine gesundheitliche Gefahr möglicherweise auch für sie relevant ist. Abgeleitet von diesen Erkenntnissen können aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht auch die Theorie der Schweigespirale und die Kultivierungshypothese Fallbeispieleffekte erklären. Aufbauend auf der Theorie der Schweigespirale beeinflussen Fallbeispiele und Gegenfallbeispiele die Wahrnehmung der Anteile an erkrankten Personen. In dieselbe Richtung geht die Kultivierungshypothese. Hier können häufig rezipierte Fallbeispiele bzw. eine Vielzahl von präsentierten Fallbeispielen dazu führen, dass die Rezipienten die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung überschätzen. Zur Erklärung des Fallbeispieleffekts – aufbauend auf den Erkenntnissen zu kognitiven Strukturen und Prozessen – dienen auch Modelle der Persuasionsforschung. Auf Basis des HSMP kann man davon ausgehen, dass Fallbeispiele generell eher heuristisch und nur wenn sie als von den Rezipienten ansprechend, stichhaltig und relevant wahrgenommen werden, systematisch verarbeitet werden. Dasselbe gilt für das ELM, wo für involvierte bzw. interessierte Rezipienten davon auszugehen ist, dass Fallbeispiele prinzipiell peripher und summarische Realitätsbeschreibungen zentral verarbeitet werden. Aber auch hier kann ein Fallbeispiel, das dem Rezipienten relevant erscheint, zentral und eine systematische Realitätsbeschreibung, die nicht verstanden wird, peripher verarbeitet werden. Laut dem Modell der Alltagsrationalität schließlich werden Fallbei-

4. Furchtappelle

spiele alltagsrational – mit Hilfe von Heuristiken – und summarische Realitätsbeschreibungen rational verarbeitet. Die Aufmerksamkeit der Rezipienten steht bei Vividness- und Salience-Konzept im Zentrum. Gemäß Vividness-Konzept wird die Aufmerksamkeit durch Merkmale der Botschaft wie Emotionalität, Greifbarkeit, zeitliche oder räumliche Nähe geweckt, die allesamt durch Fallbeispiele transportiert werden können. Laut dem Salience-Konzept schreiben die Rezipienten die Bedeutsamkeit aufgrund ihrer Orientierungen und Neigungen selbst zu. Fallbeispiele haben ferner aufgrund ihres episodischen Charakters eine besondere Relevanz für die menschliche Informationsverarbeitung. Gerade weil eigene Erfahrungen in bestimmten Bereichen nicht mehr oder bei gewissen gesundheitlichen Fragen prinzipiell nicht möglich sind, helfen Fallbeispiele durch induktive Schlussfolgerung von der Einzelfallinformation zur benötigten Generalisierung. Dazu kommt, dass viele Menschen abstrakte Zahlen und Statistiken nicht verstehen. Fallbeispiele dagegen können besser verstanden, abgespeichert und wieder abgerufen werden. Besonders folgenreiche oder lebenswichtige Ereignisse – wie im Kontext der eigenen Gesundheit – werden besser abgespeichert und wieder abgerufen als belanglose Ereignisse. Daneben könnte sich der Fallbeispieleffekt durch die spezielle Rezeptionsform massenmedialer Inhalte erklären. Zum einen fühlen sich Rezipienten durch Journalisten angemessen und realitätsgerecht informiert, zum anderen werden Fallbeispiele, wenn sie für den Rezipienten von besonderer Bedeutung sind, mit voller Aufmerksamkeit verfolgt.

Es wurde deutlich, dass zwischenzeitlich viele verschiedene Erklärungsansätze für die Wirksamkeit von Fallbeispielen vorliegen, die sich zum Teil ergänzen oder aufeinander aufbauen. Allerdings muss man einräumen, dass „the mechanisms underlying the various observed effects (...) remain to be identified“ (O’Keefe 2002: 229) und man nicht abschließend erklären kann, wie genau und warum Fallbeispiele wirken.

„Alles Schmerzliche ist den Sinnen zugänglich“ (Aristoteles 1999: zweites Buch, Kapitel 4, 31)

4. Furchtappelle

Furchtappelle kann man – im Gegensatz zu Fallbeispielen – als Standardstrategie der Gesundheitskommunikation bezeichnen. Sie wurden und werden in unzähligen Kampagnen zu den verschiedensten Themen eingesetzt und gelten als das am häufigsten untersuchte Botschaftsstilmittel im Kontext von Gesundheitskampagnen (vgl. Cho & Salmon 2006: 91, s. auch Freimuth, Hammond, Edgar & Monahan 1990). Da es be-

trächtliche empirische und theoretische Aufmerksamkeit erfahren hat (vgl. Beck & Frankel 1981: 204), existiert eine unübersichtlich große Menge an Literatur zum Thema (vgl. Ordonana et al. 2009: 195). Schon früh wurde beklagt, dass die Daten zu furchtbasierter Kommunikation sehr inkonsistent sind (vgl. Leventhal 1970: 170). So standen nicht nur verschiedene Stärken des Furchtappells (vgl. z.B. Janis & Feshbach 1953), verschiedene Formen der Bedrohung (vgl. z.B. LaTour & Rotfeld 1997) und Krankheitsbilder im Blick der Forschung, sondern auch unterschiedlich ausgeprägte Bewältigungskomponenten.

Dieses Kapitel will zunächst auf einige allgemeine Fragen Antworten geben: Was ist Furcht, wie wird sie gemessen, wie geweckt, was genau ist eigentlich ein Furchtappell und warum werden sie in Gesundheitskampagnen eingesetzt. Darauf folgt eine Darstellung der Verwendung von Furchtappellen in den Medien. Ausführlich werden zentrale Theorien und Modelle der Furchtappellforschung vorgestellt und Aspekte dargelegt, die die Wirksamkeit von Furchtappellen beeinflussen können. Am Ende folgt die Abgrenzung von Furchtappellen und anderen, ähnlichen Stilmitteln.

4.1 Furchtappelle

Um sich Furchtappellen zu nähern, ist es nötig, zunächst einige zentrale Fragen zu klären. Was genau ist die Emotion Furcht, wie kann man sie messen und wie wecken? Es folgt die Darstellung, was unter einem Furchtappell zu verstehen ist und wann Furchtappelle in Gesundheitskampagnen eingesetzt werden.

4.1.1 Erzeugen und Messen von Furcht

Laut Duden ist Furcht zum einen die „*Angst angesichts einer Bedrohung od. (sic!) Gefahr*“ und „*in der Allgemeinsprache wird ‚Furcht‘ meist als gehobener Ausdruck für ‚Angst‘ verwendet*“ z.B. die Furcht vor dem Tode (DUDEN Deutsches Universalwörterbuch 1989: 550, kursiv im Original). Angst hingegen wird als ein „*mit Beklemmung, Bedrückung, Erregung einhergehender Gefühlszustand [angesichts einer Gefahr]*“ beschrieben, der mit einem „*Gefühl des Bedrohtseins*“ verbunden ist. In „*der Psychologie wird öfter zwischen ‚Angst‘ als unbegründet, nicht objektbezogen und ‚Furcht‘ als objektbezogen differenziert*“ (DUDEN Deutsches Universalwörterbuch 1989: 111, kursiv im Original),¹¹¹ während in der Allgemeinsprache eine solche Differenzierung unüblich ist. Schon Aristoteles (1999) betont die Bedeutung der Furcht in der persuasiven Kommunikation und definiert sie als

„eine gewisse Art von Kummer und Beunruhigung auf Grund der Vorstellung eines bevorstehenden verderblichen oder schmerzhaften Übels. Nicht jedes Übel fürchtet man,

¹¹¹ Hastall (2011) liefert eine detaillierte Beschreibung der beiden „*Erlebenszustände*“ (ebd.: 63, kursiv im Original) Angst und Furcht (vgl. ebd.: 63-68).

4. Furchtappelle

(...), sondern nur was großes Leid oder Vernichtung bedeuten kann, und auch das nur, wenn es nicht weit entfernt, sondern in der Nähe befindlich erscheint [25] so daß (sic!) es jederzeit eintreten kann.“ (vgl. ebd.: zweites Buch, Kapitel 5, 1)

Dabei bleibt Furcht nicht auf das eigene Selbst konzentriert, sondern „furchterregend ist alles, was Mitleid erweckt, wenn es anderen zustößt oder droht.“ (vgl. ebd.: zweites Buch, Kapitel 5, 12) In der Furchtappellforschung wurde Furcht zunächst als affektiver Zustand verstanden, der unter anderem vor gesundheitlichen Gefahren schützen kann. Später tauchte Furcht nur noch als intervenierende Variable (IV) in Modellen und Theorien auf, um schließlich wieder an Bedeutung zu gewinnen (vgl. Rogers 1975: 95, Witte 1992). Witte (1992) schließlich, sieht in Furcht eine negativ gerichtete Emotion, begleitet von einer gewissen Erregung, die durch eine erhebliche und persönlich relevante Bedrohung geweckt wird (vgl. ebd.: 331). Kurz: In einigen Theorien und Modellen spielt Furcht nur eine untergeordnete Rolle und die Variable Furcht wird nicht erfasst, während sie in anderen ein zentrales Konstrukt darstellt. Dabei werden „Furcht und Angst begrifflich synonym verwandt“ (Barth 2000: 13).

Um Furcht zu wecken, beschreiben Furchtappellbotschaften meist physische Bedrohungen, um die Zielperson vor schädlichen Konsequenzen eines risikoreichen Verhaltens zu warnen: „Fear arousal is an unpleasant emotional state triggered by the perception of threatening stimuli.“ (Ruiter, Abraham & Kok 2001: 614) Es kann sich jedoch auch um psychische oder soziale Bedrohungen handeln (vgl. z.B. Shin, van de Vord & Chen 2007: 6). Bedeutsam dabei ist, dass das dargestellte Problem realistisch ist. Außerdem sollte man der Zielgruppe verdeutlichen, dass sie selbst von dem beschriebenen Problem betroffen sind bzw. betroffen sein können. Von Vorteil dabei ist es, wenn die Botschaft personalisiert ist, da dies die Wahrnehmung der unmittelbaren Betroffenheit steigert (vgl. z.B. Jakob 2004).

Furcht kann auf unterschiedliche Weise gemessen werden. Durch verbale oder schriftliche Selbstauskunft, das Registrieren offensichtlicher Handlungen (wie einen Gesichtsausdruck) oder physiologische Messungen (vgl. Lang 1984, Witte 1992: 331). Im Kontext verbaler oder schriftlicher Selbstauskunft wurde Furcht häufig auch als Angst bzw. Besorgnis und in Form verschiedener Stimmungsadjektive wie furchterregend, ängstlich oder Ekel erregend aber auch als Ausmaß an Betroffenheit und Sorge operationalisiert (vgl. Janis 1967, Leventhal 1970, Rogers 1975, Sutton 1982, Witte 1992: 331).

4.1.2 Furchtappelle

Im Kontext von Gesundheitskommunikation wird Furcht in der Regel durch einen Furchtappell geweckt. Furchtappelle sind „persuasive messages designed to scare people by describing the terrible things that will happen to them if they do not do what

the message recommends.“ (Witte 1992: 329). Barth (2000) erweitert diese Definition und versteht unter Furchtappellen

„persuasive Botschaften (...), welche dem Empfänger mitteilen, daß (sic!) für ihn relevante Werte (wie Leben, Gesundheit, Eigentum etc.) bedroht sind. Furchtappelle bestehen aus verbalem und nonverbalem Material, das beim Empfänger Furcht auslöst und hierdurch Einstellungsänderungen bewirken soll.“ (ebd.: 63)

Furchtappelle nutzen also die Emotion Furcht, um Individuen dazu zu bewegen, die Empfehlungen einer Botschaft zu akzeptieren (vgl. auch Perloff 1993: 161). Im Idealfall ändern sie in der Folge ihre bislang anders geformten oder noch nicht vorhandenen Einstellungen entsprechend des Botschaftsinhalts, passen ihre Verhaltensintentionen an und ändern ihr Verhalten in die gewünschte Richtung. Dabei kann es sich um die Änderung eines bestehenden ungesunden Verhaltens handeln, um die Durchführung eines neuen Verhaltens (wie Impfung oder Screening) oder um die Aufrechterhaltung eines schon vorliegenden, gesundheitsförderlichen Verhaltens. Es muss jedoch betont werden, dass Gesundheitsverhalten ein äußerst komplexes Phänomen ist (vgl. DiClemente et al. 2007: 206, s. Kapitel 2.3.1). Was genau unter einem Furchtappell im Kontext der vorliegenden Arbeit zu verstehen ist, wird in Abgrenzung zu bisherigen Furchtappelldefinitionen in Kapitel 5.3.2 dargestellt.

4.1.3 Gesundheitskampagnen mit Furchtappellen

Furchtappelle werden häufig im Rahmen von Gesundheitskampagnen eingesetzt, um die Effektivität von Botschaften zu erhöhen (vgl. Manstead 1999: 249). Job (1988) geht soweit zu behaupten: „Health promotion campaigns are typically designed to elicit fear.“ (ebd.: 163) Ein Beispiel sind die abschreckenden Appelle, die deutsche Zigaretenschachteln zieren und auf Gesundheitsgefahren hinweisen („Rauchen kann tödlich sein“). In anderen Ländern werden diese Warnungen noch drastischer formuliert und teilweise durch die Darstellung erkrankter Organe betont (vgl. Kröger 2002). Frühe Kampagnen zu HIV/AIDS der 1980er und 1990er Jahre nutzten Bilder von Grabsteinen (in Großbritannien) oder stellten den Sensenmann dar („grim reaper“, in Australien, vgl. Ruiter et al. 2001: 613). Doch obwohl die Macher von Gesundheitskampagnen regelmäßig zu sogenannten „Shock tactics“ zurückkehren (Sutton 1992: 517), sind sie nicht unumstritten. So werden Furchtappelle im Kontext von HIV/AIDS in den USA heute nur selten verwendet und als amateurhaft, irreführend und unethisch bezeichnet (vgl. Green & Witte 2006: 245). Stattdessen werden muskulöse Männer gezeigt, die mitten im Leben stehen. Dabei bleibt die Frage, ob dies die Botschaft sein soll: „Es wird Dir gut gehen!“ (vgl. Green & Witte 2006: 248). Die Wirksamkeit von Furchtappellen gilt als nicht bewiesen, wird kontrovers diskutiert (vgl. Ordonana et al. 2009: 195) und es scheint fraglich, ob eine fachgerechte Implementierung von Furchtappellen nicht insge-

4. Furchtappelle

samt zu schwierig sei (vgl. Tanner, Hunt & Eppright 1991: 36). Dennoch ist und bleibt das Thema von großem Interesse. Folglich existiert eine Unmenge an Literatur zum Thema und der Forschungsstand wird als äußerst komplex beschrieben (vgl. auch Perloff 1993: 161, Ordonana et al. 2009: 195). Manche Autoren attestieren der Forschung zur Wirkung von Furchtappellen (unterschiedlicher Ausprägungen) Ergebnislosigkeit (vgl. Janssens & De Pelsmacker 2007: 173). Zwar konnte immer wieder nachgewiesen werden, dass Furchtappelle unter gewissen Voraussetzungen und in einer bestimmten Intensität durchaus einen Einfluss auf Einstellungs- und Verhaltensänderung haben. Allerdings wurden die Wirkungszusammenhänge häufig in Frage gestellt und widerlegt (vgl. z.B. Hale & Dillard 1995: 70, s. Kapitel 4.3).

4.1.4 Fazit

Furcht und Angst werden häufig synonym verwendet, auch wenn aus psychologischer Sicht Angst eher unbegründet und nicht subjektbezogen und Furcht als objektbezogen anzusehen sind. Furcht ist Beunruhigung bezogen auf Leid, Schmerz oder Tod, auch von anderen Personen. Entscheidend ist jedoch der Faktor Nähe. Furcht kann sowohl durch physische, psychische als auch soziale Bedrohung geweckt werden, vor allem wenn sie der Zielgruppe realistisch, im Sinne von (möglicher) persönlicher Betroffenheit, erscheint. Sie kann sowohl verbal, schriftlich, durch Beobachtung und physiologische Messungen erfasst werden. Furchtappelle nutzen Furcht, um Individuen dazu zu bewegen, Empfehlungen einer Botschaft zu akzeptieren. Darum werden sie in Gesundheitskampagnen verwendet, obwohl sie teilweise umstritten sind und ihre Wirksamkeit immer wieder angezweifelt wird.

4.2 Furchtappelle in den Medien

Die nachfolgend dargestellten inhaltsanalytischen Studien zur Verwendung von Furchtappellen in verschiedenen Medien sollen und können keinen vollständigen Abriss der Forschung in diesem Bereich liefern. Sie geben jedoch einen Überblick und demonstrieren die Bedeutsamkeit von Furchtappellen im Kontext von Gesundheitskommunikation.

Die Studie von Freimuth, Hammond, Edgar & Monahan (1990) wird bis heute häufig zitiert (vgl. z.B. Wong & Capella 2007: 3; Muthusamy, Levine & Weber 2009: 317), um zu demonstrieren, dass Furchtappelle eine häufig eingesetzte Strategie massenmedialer Gesundheitskampagnen sind. Bei ihrer Inhaltsanalyse von 127 PSAs im U.S.-Fernsehen zum Thema HIV/AIDS fanden Freimuth et al. (1990) heraus, dass die PSAs überwiegend informativ formuliert waren (51 Prozent), aber schon an zweiter Stelle, mit 26 Prozent, Furchtappelle folgten. Deutlich seltener tauchten andere Appelle wie Humor, der nur in zwei Prozent der PSAs vorkam, auf (vgl. ebd.: 782). Außerdem enthiel-

4. Furchtappelle

ten Botschaften, die an Zielgruppen mit HIV/AIDS-Risikoverhalten adressiert waren, deutlich häufiger Furchtappelle als Botschaften für die Allgemeinheit (39 vs. 24 Prozent, ebd.: 784-785). Die Autoren liefern jedoch keine Definition oder Beschreibung, was sie genau unter einem Furchtappell verstehen und wann ein solcher erfasst wurde.

Anders Kline & Mattson (2000), die zehn Jahre später – ebenfalls in den USA – Broschüren zum Thema Brust-Selbstuntersuchung (BSU) inhaltsanalytisch untersuchten. Sie definierten Furchtappelle in diesem Kontext wie folgt:

„(...) a line of argument that, to be maximally effective, must acknowledge the severity of the threat, the audience member's susceptibility to that threat, an efficacious response to the threat, and statements to the effect that the audience member is able to engage in the suggested behavior.“ (ebd.: 5).

Die Forscherinnen orientierten sich an Wittes Extended Parallel Process Modell (EPPM, s. Kapitel 4.3.7) und analysierten 28 Broschüren bezüglich dessen Dimensionen. Nur sieben Broschüren thematisierten die Ernsthaftigkeit von Brustkrebs. Immerhin 19 Broschüren enthielten die Dimension Anfälligkeit, wovon wiederum 17 Broschüren allgemeine Zahlen zur Brustkrebsanfälligkeit von Frauen lieferten und Risikofaktoren wie Alter, Familiengeschichte etc. beschrieben. Bei den Bewältigungsbotschaften¹¹² unterschieden die Autoren nicht nur nach dem EPPM Reaktions- und Selbstwirksamkeit sondern zusätzlich nach Wirksamkeit von BSU und Mammographie. Immerhin elf Broschüren enthielten Reaktionswirksamkeitsbotschaften zur BSU und 17 zur Mammographie. Die Selbstwirksamkeit der BSU wurde in zwölf Broschüren und die der Mammographie in 13 Broschüren erwähnt (ebd.: 10-16). Damit lag der Fokus der Broschüren vor allem auf der Bedrohung durch Brustkrebs und nicht auf den Präventionsmaßnahmen. Insgesamt enthielten fast ebenso viele Broschüren Reaktionswirksamkeitsbotschaften wie Selbstwirksamkeitsbotschaften (28 vs. 25). Allerdings wurde deutlich häufiger auf die Wirksamkeit der Mammographie im Gegensatz zu BSU verwiesen (30 vs. 23 Broschüren).

Dejong, Wolf & Austin (2001) untersuchten 56 PSAs im U.S.-Fernsehen zum Thema HIV/AIDS und erfassten eine von mehreren Kommunikationsstrategien furchtbasierte Botschaften. Sie fanden heraus, dass 46 Prozent der PSAs furchtbasiert waren. Lediglich elf Prozent davon enthielten gleichzeitig Präventions- oder anderweitige Informationen, wie man am besten mit HIV/AIDS umgehen sollte (ebd.: 256). Ein Manko der Studie ist, wie schon bei Freimuth et al. (1990), dass nicht näher beschrieben wird, was genau die Autoren unter „furchtbasiert“ verstehen.

¹¹² Im Rahmen der dieser Arbeit werden die Begriffe „Bewältigungsbotschaft“ bzw. „Bewältigungskomponente“ und „Wirksamkeitsbotschaft“ bzw. „Wirksamkeitskomponente“ synonym verwendet.

4. Furchtappelle

Bei der Analyse von insgesamt 197 U.S.-Fernsehsports aus den Jahren 1991 bis 1999 zum Thema Anti-Rauchen („antismoking television advertising“) erfasste Beaudoin (2002) verschiedene Formen von Appellen. Er stellte fest, dass Furchtappelle, die in 31 Prozent der Spots vorkamen, der am häufigsten genutzte Appell war, gefolgt von Humor und Geselligkeit (29 und 26 Prozent). Differenziert nach den Zielgruppen Jugendliche, Erwachsene und Allgemeinheit, fanden sich Furchtappelle überwiegend in Spots für Erwachsene und die Allgemeinheit (in jeweils 45 Prozent der Spots) und wurden vor allem gemeinsam mit gesundheitlichen Langzeitfolgen präsentiert. Bei Jugendlichen waren Furchtappelle nur ein marginales Stilmittel (acht Prozent der Spots), während hier vor allem Appelle zu Geselligkeit und Humor verwendet wurden (47 bzw. 36 Prozent; ebd.: 129-132). Leider beschreibt auch Beaudoin nicht, wann er einen Furchtappell als Furchtappell erfasst hat.

Baek & Yu (2009) untersuchten je 100 Webseiten zur Gewichtsabnahme in Südkorea und den USA auf verschiedene Formen von „Appellen“. Neben den bereits beschriebenen „testimonial appeals“ (s. Kapitel 3.2) analysierten sie unter anderem auch „threat appeals“.¹¹³ Hierunter verstanden die Autoren Appelle, die Furcht, Sorge oder Unbehagen auslösten (vgl. ebd.: 28). Während in den USA immerhin 17 Prozent der Seiten solche „threat appeals“ verwendeten, kamen sie nur auf fünf Prozent der südkoreanischen Seiten zum Einsatz. Außerdem erfassten die Autoren, basierend auf vier Theorien der Verhaltensänderung¹¹⁴, insgesamt 20 Strategien der Gesundheitskommunikation. Zwei davon betreffen Furchtappelle: Wahrgenommene Risiken und Selbstwirksamkeit. Beide Strategien waren relativ: Das wahrgenommene Risiko tauchte bei 24 Prozent der amerikanischen und 21 Prozent der südkoreanischen Seiten, Selbstwirksamkeit bei 29 Prozent der amerikanischen und immerhin 22 Prozent der südkoreanischen Seiten auf (vgl. ebd.: 29).

Ebenfalls auf der theoretischen Basis des EPPM führte Peinado (2009) eine Inhaltsanalyse von U.S.-Zeitungsartikeln zu den Themen Herzkrankheiten und Diabetes Typ 2 durch. Dabei musste sie feststellen, dass sich bei der großen Mehrheit der Zeitungsartikel Risikoverhalten nicht auf das EPPM reduzieren ließ. Es mangelte ihnen sowohl an den notwendigen Bedrohungs- als auch Bewältigungskomponenten (vgl. ebd.: 20). Nur zehn Prozent der untersuchten Artikel enthielten alle vier Furchtappellkomponenten des EPPM, während bei mehr als der Hälfte der Artikel (55 Prozent) eine oder beide Bedrohungskomponenten (Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit oder beides, vgl. ebd.: 16)¹¹⁵

¹¹³ In den 1970er und 1980er Jahren, als eine Abwendung von der Zentralität der Emotion Furcht im Furchtappell stattfand, ersetzte die Bezeichnung „threat appeal“ zeitweise die Bezeichnung „fear appeal“. Auch heute noch wird „threat appeal“ häufig verwendet (s. Kapitel 4.3.4 und 4.3.5).

¹¹⁴ Dabei handelte es sich um das „Health Belief Model“ (HBM, vgl. z.B. Becker 1974, Janz & Becker 1984), die „Theory of Planned Behavior“ (TPB, vgl. z.B. Ajzen 1991), die Sozial Kognitive Theorie (vgl. z.B. Bandura 1986) und das Transtheoretische Modell (vgl. z.B. Prochaska et al. 1994).

¹¹⁵ 48 Prozent der Artikel erwähnten keine Ernsthaftigkeit, 15 Prozent fehlte die Anfälligkeit und sieben Prozent beinhalteten gar keine Bedrohungskomponente.

fehlten. Bei weiteren 75 Prozent taucht nur ein oder kein Bewältigungsaspekt (Reaktions-, Selbstwirksamkeit oder beides; vgl. ebd.: 17)¹¹⁶ auf. Stattdessen enthielten die Artikel eher Testimonials oder narrative Inhalte und vermittelten auf diese Weise Ernsthaftigkeit (vgl. ebd.: 18). Damit bestätigen die Peinados Ergebnisse Wittes (1992, 1994) Kritik, dass Gesundheitsbotschaften häufig die Bewältigungskomponente fehlt. Allerdings untersuchte Peinado lediglich Artikel aus drei Zeitungen der östlichen USA. Außerdem muss man anmerken, dass das EPPM normalerweise verwendet wird, um Botschaften für bestimmte Zielgruppen zu generieren, was bei Zeitungsartikeln in der Regel nicht der Fall ist, da sie sich an ein breites Publikum richten.

Cho, Hall, Kosmoski, Fox & Mastin (2010) analysierten 250 Artikel von U.S.-Frauenmagazinen aus den Jahren 1997 bis 2006, für verschiedene Zielgruppen. Im Kontext von Hautkrebs untersuchten sie nicht explizit Furchtappelle, aber doch deren Aspekte (s. Kapitel 4.3), wie Risiken übermäßigen Sonnenbadens¹¹⁷, Vorsorgemaßnahmen und Methoden zur Hautkrebsfrüherkennung. Es zeigte sich, dass insgesamt 257 Mal die Risiken übermäßigen Sonnenbadens und 46 Mal diejenigen von Solariumbesuchen thematisiert wurden. Vorsorgemaßnahmen wurden 260 Mal beschrieben, Früherkennungsmethoden nur 80 Mal. Außerdem untersuchten die Autoren die in den Artikeln vorkommenden Fotos. 80 Prozent der Artikel enthielten Fotos. Nur 13 Prozent der Artikel enthielten Fotos mit abschreckenden Inhalten und fünf Prozent Fotos mit abschreckenden Aspekten und gleichzeitiger Aufforderung zum Sonnenschutz (vgl. ebd.: 4-7).¹¹⁸

Fazit

Diese kurze – und keinesfalls umfassende – Darstellung verschiedener Inhaltsanalysen zu Furchtappellen demonstriert: Von den insgesamt sieben beschriebenen Analysen beziehen sich alle auf Medien in den USA, nur Baek & Yu (2009) vergleichen U.S.-Websites mit südkoreanischen Websites. Dies beleuchtet das relativ hohe Forschungsinteresse an Furchtappellen in den USA – die auch sonst als Vorreiter im Bereich der Gesundheitskommunikation gelten (s. Kapitel 2.1.1). Die Inhaltsanalysen decken verschiedene Themenbereiche ab, von HIV/AIDS über Brust- und Hautkrebs, Anti-Rauchen, Gewichtsabnahme bis zu Herz- und Diabetes-Erkrankungen. Drei Untersuchungen von PSAs im Fernsehen stellten fest, dass Furchtappelle der am häufigsten genutzte Appell (31 Prozent, Beaudoin 2002), der zweithäufigste Appell (26 Prozent, Freimuth et al. 1990) oder PSAs sehr häufig furchtbasiert sind (46 Prozent, Dejong et

¹¹⁶ 42 Prozent der Artikel wiesen keine Reaktionswirksamkeit auf, 66 Prozent keine Selbstwirksamkeit und 34 Prozent beinhalteten weder Reaktions- noch Selbstwirksamkeit.

¹¹⁷ Wie vorzeitige Hautalterung, Hautverfärbungen, Sonnenbrand, Hautkrebs und Todesfolge.

¹¹⁸ Bei immerhin 21 Prozent der Artikel ermunterten die Bilder dagegen weiterhin zum Sonnenbaden und 23 Prozent der Artikel präsentierten sowohl Bilder pro Sonnenbaden als auch Bilder contra Sonnenbaden. 18 Prozent der Artikel enthielten neutrale Bilder (vgl. ebd.: 4-7).

al. 2001). Allerdings definierten die Forscher in keiner der drei Studien, was genau sie unter einem Furchtappell verstehen. Im Kontext von Webseiten zur Gewichtsabnahme (Baek & Yu 2009) wurden – zumindest in den USA – Furchtappelle ebenfalls relativ häufig verwendet (17 Prozent) und auch die Furchtkomponenten Risiken und Selbstwirksamkeit kommen oft vor (24 und 29 Prozent). Bei der Untersuchung von Frauenmagazinartikeln (Cho et al. 2010) zum Thema Hautkrebs wurden die Furchtappellaspekte Risiko und Vorsorgemaßnahmen sehr häufig, Früherkennungsmethoden jedoch deutlich seltener präsentiert. Auch Fotos mit abschreckenden Inhalten – ob allein oder in Kombination mit gleichzeitiger Aufforderung zum Sonnenschutz – kamen genauso häufig vor wie neutrale Bilder. Nur zwei der dargestellten Untersuchungen bezogen sich explizit auf ein Furchtappellmodell, das EPPM. Kline & Mattson (2000) stellten hier für Broschüren zum Thema BSU fest, dass Ernsthaftigkeit vergleichsweise selten und Anfälligkeit deutlich häufiger präsentiert wurde. Obwohl auch Reaktions- und Selbstwirksamkeit dargestellt waren, lag der Fokus der Broschüren deutlich auf der Bedrohung der Erkrankung Brustkrebs. Ferner stellte Peinado (2009) fest, dass sich das in Zeitungsartikeln dargestellte Risikoverhalten nicht auf das EPPM reduzieren ließ, da nur zehn Prozent der Artikel alle vier Furchtappellkomponenten enthalten und erneut die Bedrohungscomponenten deutlich häufiger in den Artikeln erwähnt werden als die Bewältigungscomponenten.

Diese Studien, zu verschiedenen Medien und auf unterschiedlichen theoretischen Basen beruhend, zeigen auf, dass die Verantwortlichen im Bereich von Gesundheitskommunikation Furchtappelle – zumindest in den USA – in den letzten 20 Jahren vergleichsweise häufig einsetzten und sie damit wohl als effektive Strategie ansahen. Auch in Deutschland sind Furchtappelle ein gängiges Stilmittel in Gesundheitskampagnen. So trifft man sie beispielsweise am Straßenrand („Runter vom Gas“: Plakat mit Darstellung einer Todesanzeige mit Foto der Verunglückten und dem Text „Gabi, Frank, Mia und Max T. – Wollten schnell nach Hause“, Deutscher Verkehrssicherheitsrat 2008). Allerdings fehlen inhaltsanalytische Untersuchungen zur Häufigkeit von Furchtappellen in verschiedenen Medien. Nach dieser Darstellung der Verwendung von Furchtappellen in den Medien folgt nun ein theoretischer Abriss zu zentralen Theorien und Modellen der Furchtappellforschung.

4.3 Theorien und Modelle der Furchtappellforschung

Wie erwähnt, war man sich schon in der Antike der Wirkung von Furchtappellen in der persuasiven Kommunikation durchaus bewusst, denn „(...) Alles Schmerzliche ist den Sinnen zugänglich, (...)“ (Aristoteles 1999: 89, zweites Buch, Kapitel 4, 31). In der Neuzeit fußt die Forschungstradition zu Furchtappellen – wie viele andere Aspekte der per-

4. Furchtappelle

suasiven Forschung auch – in den sogenannten „Yale Studies“¹¹⁹ der 1950er Jahre. Trotz mittlerweile sechzigjähriger Forschung fehlt sowohl aus psychologischer als auch aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht ein einheitliches Modell, das die Wirkung von Furchtappellen in kommunikativen Botschaften mit allen Aspekten erklären kann (vgl. auch Barth 2000: 13). Dennoch wurde von Anfang an versucht, Furchtappelle theoretisch zu verorten. Zunächst gab es die Tendenz, Furchtappelltheorien in den Lerntheorien, die in den 50er und 60er Jahren populär waren, zu verankern (vgl. z.B. Hull 1943, Hull 1951, Doob 1947). In den 1970er Jahren gewannen dann kognitive Perspektiven Zuspruch und in jüngerer Zeit findet ein Zurück zur affektiven Komponente statt, mit einem Fokus auf den Emotionen in den Furchtappelltheorien (vgl. Witte & Allen 2000: 592-593). Damit sind grob die drei Kategorien oder Hauptgruppen für Furchtappellmodelle und Theorien umrissen (vgl. z.B. Witte 1992: 332, Hale & Dillard 1995: 66, Petersen & Lieder 2006: 246):

1. Triebtheorien („Drive Models“, „Drive Explanations“, DMs),
2. Modelle paralleler Reaktionen („Parallel Response Models“, „Parallel Response Explanations“, PRMs) und
3. Theorien des subjektiven erwarteten Nutzens („Subjective Expected Utility Models“, „Subjective Expected Utilities Explanations“, SEUs).

Dabei wird Wittes EPPM (Witte 1992, 1994) manchmal bei den PMRs eingruppiert (vgl. Hale & Dillard 1995: 66) und manchmal als eigenständige Linie präsentiert (vgl. Witte & Allen 2000: 593). Einige jüngere Aufsätze nehmen eine vierstufige Kategorisierung vor (vgl. Ruiter et al. 2003a: 466-468, Ordonana et al. 2009: 196-197): (1) Modelle, die Furcht als lernverbessernden Antrieb („Fear as a Learning-enhancing Drive“) ansehen, wie das „Reduction Model of Persuasion“ (Hovland, Janis & Kelley 1953) und die „Resistance Explanation“ (Janis & Feshbach 1953, vgl. Boster & Mongeau 1984: 332, Hale & Dillard 1995: 66). (2) Modelle der kognitiven Basis vorbeugender Motivation („Models on the Cognitive basis of Precautionary Motivation“). Sie beinhalten das „Parallel Process Model“ (PPM, Leventhal 1970, Leventhal 1971) und die Protection Motivation Theory (PMT, Rogers 1975, Rogers 1983). (3) Das EPPM (Witte 1992, Witte 1994). (4) Jüngere Ansätze (vgl. z.B. Ruiter et al. 2001). Manchmal werden auch die Wert-Erwartungs-Theorien („Expectancy Value Theories“, EVT) als Überkategorie genannt (vgl. Witte 1992: 334).

¹¹⁹ Die „Yale-Studies“ umfassen etwa 50 Experimente, die der Sozialpsychologe Carl I. Hovland und sein Forschungsteam von 1946 bis 1961 an der Yale University durchführten. Die Erkenntnisse dieser Experimente identifizierten bedeutsame Einflussfaktoren im Wirkungsprozess massenmedialer Inhalte (vgl. Kunczik & Zipfel 2005: 294).

Detailliert werden nun folgende Theorien und Modelle bzw. Modellgruppen dargestellt: EVT, DMs, PPM, PMT, EPPM und ELM.¹²⁰

4.3.1 Wert-Erwartungs-Theorien (Expectancy-Value Theories, EVT)

Die Wert-Erwartungs-Theorien („Expectancy-value theories“, vgl. z.B. Fishbein 1975: 30-32) zählen nicht direkt zu den Furchtappelltheorien und -modellen. Sie zeigen relativ kompakt auf, wie eine persuasive Aussage idealerweise aufgebaut sein sollte, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen. Außerdem kann man ihr die SEUs¹²¹ und damit auch die PMT unterordnen (vgl. Witte 1992: 334). Laut EVT ist ein Entscheidungsvorschlag vor allem dann überzeugend, wenn ein versprochener Wert besonders stark ist und mit einer hohen Eintrittswahrscheinlichkeit des Wertes zusammentrifft. Umgekehrt kann aber auch ein besonders schrecklicher Schaden oder dessen Androhung kombiniert mit einer hohen Wahrscheinlichkeit dieses Schadens überzeugend wirken. Da dies jeweils im positiven wie im negativen Sinne gilt, liefert die Theorie das Grundgerüst späterer Furchtappelltheorien (vgl. auch Rogers 1975: 95-96, Sutton 1982, Schönbach 2009: 65-66, s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Die Wert-Erwartungs-Theorie

$$\begin{array}{c} \text{Überzeugungskraft des Entscheidungsvorschlags} \\ = \\ \text{Stärke des versprochenen Wertes (oder Schadens)} \\ \times \\ \text{wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, dass der Wert (oder Schaden) auch eintritt} \end{array}$$

Eigene Darstellung in Anlehnung an Schönbach (2009: 65).

Angewendet auf ein Gesundheitsthema könnte das beispielsweise so aussehen: Um mich vor Hautkrebs (Schaden) zu schützen, durch den man 2011 aufgrund der dünnen Ozonschicht besonders gefährdet ist (Wahrscheinlichkeit, dass der Schaden eintritt), benutze ich beim Sonnenbaden Sonnenschutz (Entscheidungsvorschlag mit Überzeugungskraft).

4.3.2 Triebmodelle (Drive Models, DMs)

Die frühe Furchtappellforschung nutzte verschiedene Variationen der Triebtheorien um ihre Ergebnisse zu erklären (vgl. Witte & Allen 2000: 593). Ihren Ursprung haben sie in

¹²⁰ Es könnten noch deutlich mehr Theorien und Modelle im Kontext von Furchtappellen vorgestellt werden, wie das Health Belief Model. In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt jedoch auf den Theorien und Modellen, die die für die Ausführungen zentralen Aspekte beinhalten.

¹²¹ Als bekannteste EVT wird Edwards (1954) „Behavioral Decision Theory“ angesehen, deren zentrales Modell das Subjective Expected Utility Model ist, das ebenfalls unter dem Kürzel SEU bekannt ist (vgl. Fishbein 1975: 30).

4. Furchtappelle

psychoanalytischen und lerntheoretischen Konzeptionen der menschlichen Motivation. Die Triebmodelle stimmen alle darin überein, dass das durch den Furchtappell erzeugte Furchtniveau als Antrieb funktioniert (vgl. Mowrer 1939, Mowrer 1956, Barth 2000: 64), das Handlungen motiviert (vgl. Witte & Allen 2000: 593, Hale & Dillard 1995: 66). Die Modelle unterscheiden sich jedoch in den auf den Trieb folgenden Reaktionen (vgl. Hale & Dillard 1995: 66).

1953 propagierten Hovland, Janis & Kelly (1953) in ihrer Ausgangshypothese zum „Fear as Acquired Drive Model“, dass furchterregende Inhalte Furcht oder Angst aufgrund der in der Botschaft dargestellten negativen Folgen generieren. Die geweckte Furcht, die von anderen Faktoren unabhängig ist (vgl. Job 1988: 163), funktioniert dann als Trieb, der zur – in der Botschaft ebenfalls dargestellten – empfohlenen Handlung motiviert. Alles was die geweckte Furcht reduziert – das Durchführen der empfohlenen Maßnahme aber auch defensive Vermeidung („defensive avoidance“)¹²² – kann als Verstärker wirken. Hovland et al. schlossen daraus: „Je furchterregender eine Botschaft, desto effektiver der Furchtappell“ (Rossmann & Pfister 2008: 369, vgl. auch Hale & Dillard 1995: 66).

Ebenfalls in das Jahr 1953 fällt die allgemein als Pionierstudie bezeichnete Untersuchung von Janis & Feshbach (1953). Auch sie gingen davon aus, dass Furchtappelle persuasive Kommunikation fördern, indem sie emotionale Spannung aufbauen, die in der Folge zur erhöhten Motivation führt, die Empfehlungen der gesundheitsfördernden Botschaft anzunehmen. Sie entdeckten jedoch einen negativen Zusammenhang: Je stärker der Furchtappell (zum Thema Zahnpflege), desto weniger führten die Probanden anschließend das empfohlene Verhalten (Zähne putzen) aus. Aufgrund negativer Gefühle konnten die Versuchspersonen ihre Aufmerksamkeit nicht mehr auf die Botschaft lenken, was zu defensiver Vermeidung führte. Damit zeigten Janis und Feshbach (1953) schon früh mögliche negative bzw. nicht intendierte Wirkungen von Furchtappellen auf. Sie schlossen daraus: Je furchterregender, desto ineffektiver ist ein Furchtappell, weshalb die Studie auch als „Resistance Explanation“ (vgl. Boster & Mongeau 1984: 332, Hale & Dillard 1995: 66, s. Kapitel 5.1.2) gilt.

Kurz darauf stand der umgekehrte u-förmigen Zusammenhang zwischen ausgelöster Furcht und Akzeptanz der Botschaft im Zentrum der Forschung (vgl. Mongeau 1998: 55).¹²³ Bei einem geringen bis moderaten Furchtlevel nimmt demnach der Zusammenhang zwischen Furcht und Einstellungsänderung zu. Ab einem gewissen Ausmaß an Furcht weckt die Botschaft dagegen zuviel Furcht, und es kommt zu einem negativen Zusammenhang (vgl. Perloff 1993: 162). Hierauf bauten weitere Ansätze auf: Hierzu zählen das „Family-of-Curves Model“ (vgl. Janis 1967, Witte 1992: 332) und das

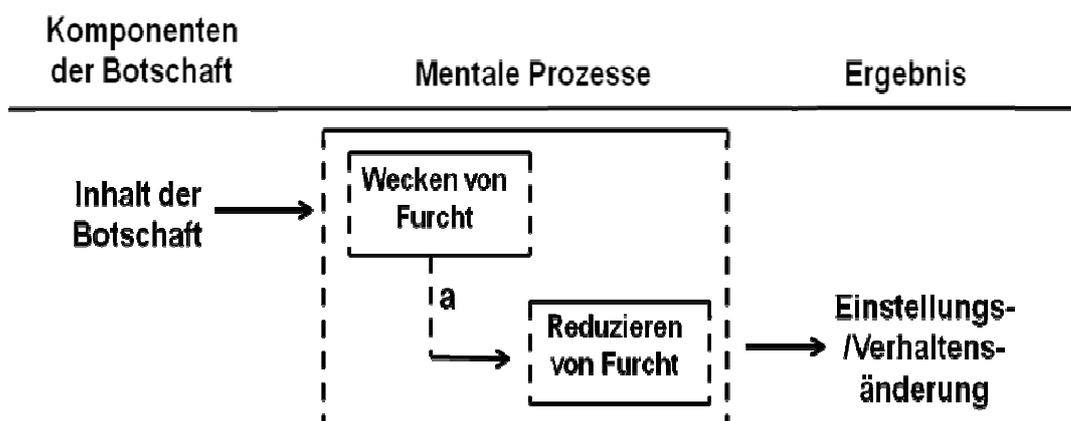
¹²² Die Tendenz negative Folgen zu ignorieren oder zu vermeiden (vgl. Witte & Allen 2000: 607).

¹²³ Er wird auch revidiertes Triebmodell bezeichnet und wurde ebenfalls in der Pionierstudie von Janis & Feshbach (1953) erstmals erwähnt.

4. Furchtappelle

„Nonmonotonic Model“ (vgl. z.B. McGuire 1968a, Miller 1963, Janis & Leventhal 1968), das zwei mögliche Wirkweisen von Furcht postuliert. Entweder motiviert sie als Trieb (drive) die Empfehlungen einer Botschaft zu akzeptieren oder sie ruft als Schlüsselreiz (cue) lediglich habituelle Reaktionen hervor, die letztlich die Akzeptanz und/oder Wahrnehmung der Botschaft stören. Zusammen führen die beiden Reaktionen zur umgekehrten U-Funktion (vgl. McGuire 1968b; Witte 1992: 333, Witte & Allen 2000: 608). Demnach verspricht ein mittlerer bzw. leichter Furchtappell die meisten Effekte, während sehr starke Furchtappelle oder Informationen, die ganz ohne Furchtappell ausgestattet sind, weniger effektiv sind, da sie entweder keine Furcht und damit keinen Trieb produzieren oder zu viel Furcht wecken, weil die emotionale Spannung zu hoch wird und nicht im gewünschten Verhalten resultiert (vgl. Vögele 2007: 300; Witte & Allen 2000: 608, Witte 1992: 332). Allerdings verläuft die Kurve nicht für alle Personen gleich, sondern hängt beispielsweise von deren Charaktereigenschaften, ihrem Alter oder anderen Faktoren ab (vgl. Barth 2000: 70, s. Kapitel 4.4).

Abbildung 5: Das Triebmodell



Eigene Darstellung in Anlehnung an Dillard (1994: 297): a) „Diese Linie soll keinen kausalen Zusammenhang darstellen sondern vielmehr eine Beschränkung: Die Reduzierung von Furcht wird durch geweckte Furcht behindert.“ (ebd.)

Empirische Belege und Kritik

Die Triebtheorien wurden schon in den frühen 1970er zurückgewiesen (vgl. Leventhal 1970, Rogers 1975, s. auch Perloff 1993: 162). Vor allem gilt die empirische Überprüfung als mangelhaft (vgl. Barth 2000: 65). Einige Studien wiesen die postulierten Effekte zwar nach,¹²⁴ die meisten Studien konnten sie aber nicht belegen (vgl. z.B. Beck & Frankel 1981, Rogers 1983, Sutton 1982, Boster & Mongeau 1984). Weder Janis' zentrale Hypothese, dass eine Botschaft bei reduzierter Furcht akzeptiert wird, noch eine umgekehrte U-Funktion konnten nachgewiesen werden (vgl. Higbee 1969: 427, Mewborn & Rogers 1979, Boster & Mongeau 1984: 365, Witte 1992: 333, Witte & Allen

¹²⁴ Krisher, Darley & Darley (1973) fanden heraus, dass ein moderater Furchtappell eher dazu führte, dass sich die Versuchspersonen einer Mumpsimpfung unterzogen, als ein starker oder schwacher Furchtappell.

2000: 598).¹²⁵ Die größte Unterstützung erhielt noch der positiv-lineare Zusammenhang zwischen Furcht und Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderung (vgl. z.B. Boster & Mongeau 1984, Sutton 1982, Mongeau 1998: 64,¹²⁶ Ruitter et al. 2001: 615, Mongeau 1998: 64).¹²⁷

Kritisiert wurde vor allem die vereinfachende, mechanische Konzeption der Furcht (vgl. Reardon 1989: 285-286). Auch sei die originale Triebformulierung mangelhaft, da zahlreiche Moderatorvariablen – die bei der Furchterregung bedeutsam sind – nicht berücksichtigt wurden (vgl. Boster & Mongeau 1984: 365,¹²⁸ Hale & Dillard 1995: 67). Kritisiert wurde außerdem, dass beispielsweise in der Studie von Janis & Feshbach (1953) die Bedrohung nicht mit der entsprechenden Lebhaftigkeit präsentiert wurde (vgl. Higbee 1969: 427) oder dass Furcht nur direkt nach der Stimuluspräsentation und so gut wie nie physiologisch¹²⁹ erfasst wurde (vgl. Barth 2000: 65-66). Generell ist jedoch die kurvilineare Beziehung zwischen Furcht und Persuasion, wie von Janis & Feshbach propgiert, nur sehr schwer zu überprüfen (vgl. Job 1988: 164). Das liegt vor allem an der ethischen Prämisse, dass Forscher bei Laborexperimenten, in denen sich die Versuchspersonen den präsentierten Inhalten nicht entziehen können, extremste Formen furchterregender Appelle nicht eingesetzt (vgl. Mongeau 1998: 66) und folglich nicht auf ihre Wirksamkeit hin geprüft werden können. Gründe für die geringen Zusammenhänge seien zudem Messfehler¹³⁰ und die Tatsache, dass nicht wirkliche, sondern wahrgenommene Furcht Einstellungen und Verhalten ändert. Die gemessene wahrgenommene Furcht kann aber nicht so hoch sein, da die tatsächliche Furcht – durch die ethisch begründeten, schwachen Furchtappelle – auf geringem Niveau bleiben (vgl. Mongeau 1998: 65).

4.3.3 Parallel Process Model (PPM)

Das „Parallel Process Model“ (PPM) hieß zunächst „Parallel Response Model“ (Leventhal, Safer & Panagis 1983: 4) und basiert auf Arbeiten von Hovland et al. (1953), Janis (1967) und Leventhal (u.a. Leventhal & Niles 1964, Leventhal, Jones & Trembly 1966).¹³¹ Leventhal (1970:124-126, 1971) separiert zwei Prozesse als Reakti-

¹²⁵ In der Meta-Analyse von Witte & Allen wurden insgesamt 98 Studien untersucht (vgl. 2000: 596). In einer jüngeren Untersuchung zur Tabakprävention bei Jugendlichen führte starke Furchtinduktion jedoch zu schlechteren Rezeptionsleistungen der Botschaft (vgl. ebd.: 202).

¹²⁶ Auch diese Meta-Analyse inkludiert je nach untersuchter abhängiger Variable unterschiedlich viele Studien in die Analyse. So wurden für „wahrgenommene Furcht“ 45 Studien, für „Einstellungen“ 29 Studien und für „Verhalten“ 19 Studien analysiert (Mongeau 1998: 59-61).

¹²⁷ Er verweist aber auf mangelnde Beweise für den Zusammenhang zwischen Furcht und defensiver Vermeidung bzw. der korrespondierenden Abnahme von Persuasion (1998: 64).

¹²⁸ Die Studie inkludierte je nach untersuchter abhängiger Variable unterschiedlich viele Studien in die Analyse. So wurden für „wahrgenommene Furcht“ 40 Studien, für „Einstellungen“ 25 Studien und für „Verhalten“ 15 Studien analysiert (vgl. Boster & Mongeau 1984: 345-359).

¹²⁹ Z.B. durch die Messung der Herzfrequenz, des Atemrhythmus oder des Hautleitwiderstandes.

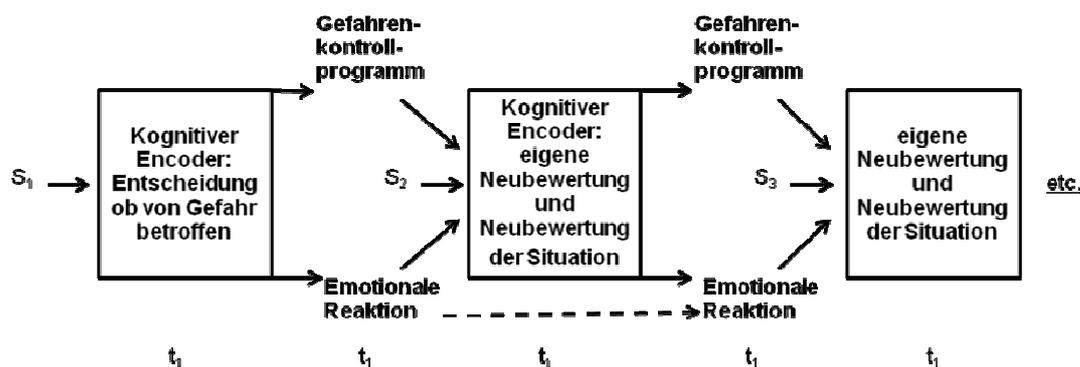
¹³⁰ Sie ergaben sich durch die hohe Anzahl der in den Untersuchungen verwendeten Einstellungs- und Verhaltensitems sowie unterschiedlicher Messniveaus (vgl. Mongeau 1998: 65).

¹³¹ Trotz hoher Furchtinduktion nahmen starke Raucher nicht an der folgenden Röntgenuntersuchung teil, schränkten aber ihren Zigarettenkonsum ein (vgl. Leventhal & Watts 1966: 165-168).

4. Furchtappelle

on auf einen Furchtappell, da ein Furchtappell sowohl Informationen, die eine Gefahr oder Bedrohung beschreiben, als auch Informationen zur Vermeidung der Gefahr enthält. Dementsprechend unterscheidet er den emotionalen Furchtkontrollprozess („emotional fear control response“) und den kognitiven Gefahrenkontrollprozess („cognitive danger control response“) und betont „the fundamentally different assumption that emotional and adaptive acts are independent of one another.“ (Leventhal 1970: 168) Beim Furchtkontrollprozess versucht das Individuum die eigene Furcht durch Leugnen, Vermeidung und Zerstreuung sowie Ablenkung zu kontrollieren und zu reduzieren (vgl. Leventhal 1970: 126, Witte 1992: 333, Hale & Dillard 1995: 68, Witte & Allen 2000: 593, Barth 2000: 75-77, Perloff 1993: 163). Der Gefahrenkontrollprozess oder „Problemlöseprozeß (sic!)“ (Barth 2000: 76) kontrolliert dagegen die wahrgenommene Bedrohung, und zwar dann, wenn das Individuum über die bedrohliche Botschaft nachdenkt und Strategien entwickelt, um die Gefahr oder Bedrohung zu verhindern, indem es die negativen Konsequenzen reduziert und die Empfehlungen befolgt („compliance“ vgl. Leventhal 1970: 126, Witte 1992: 333, Hale & Dillard 1995: 68, Witte & Allen 2000: 593, Barth 2000: 75-77, Perloff 1993: 163). Nur der kognitive „Gefahrenkontrollprozess“ und nicht der emotionale „Furchtkontrollprozess“ führt zu den (vom Kommunikator) erwünschten Effekten. Mit seinem Modell veränderte Leventhal das Denken zu Furchtappellen gravierend: Von nun an wurden emotionale und kognitive Prozesse voneinander getrennt betrachtet, mit dem Fokus auf kognitiven Prozessen (vgl. Witte & Allen 2000: 593, Petersen & Lieder 2006: 246), denn „It is not necessary, however, to stimulate fear.“ (Leventhal 1970: 171, Perloff 1993: 162-163). Später verwarf Leventhal die Vorstellung von zwei parallel ablaufenden Prozessen („Dual Process Model“, vgl. Leventhal et al. 1983) und sah Furcht- und Gefahrenkontrollprozess voneinander unabhängig ablaufen (vgl. auch Barth 2000: 76). Gemeinsam mit Hirschmann kommt er zu drei Schlussfolgerungen: (1) Furchteffekte sind kurzlebig. Sie halten maximal eine Woche an. (2) Geweckte Furcht muss immer von Handlungsanweisungen begleitet werden, damit Handlungen ermöglicht werden. (3) Die Wirkung von Furchtappellen wird durch individuelle Unterschiede im Selbstwertgefühl beeinflusst (vgl. Leventhal & Hirschmann 1982, s. auch Barth 2000: 79). Abbildung 6 zeigt das PPM.

Abbildung 6: Das Parallel Process Model



Eigene Darstellung in Anlehnung an Leventhal (1970: 176)¹³²

Das Modell demonstriert, wie eine Botschaft auf die persönliche Gefährdung hin beurteilt wird. Überwiegt die emotionale Reaktion, also Furcht, führt dies zur „Bewertung“ auf Affektbasis. Dies kann zu vom Kommunikator unerwünschten Reaktionen aber auch zu einem Umschwenken in den Gefahrenkontrollprozess führen. Ebenso kann der einmal eingeschlagene Gefahrenkontrollprozess bei weiterer Evaluation und Überwiegen von emotionalen Faktoren in den Furchtappellprozess umschlagen (Details s. Leventhal 1970: 176-177).

Kritik

Zwar hatte Leventhal versucht, sein Modell mit der vorausgegangenen Furchtappellforschung abzustimmen, dennoch war und ist es vielerlei Kritik ausgesetzt. So wird Leventhal unter anderem vorgeworfen, das Modell selbst nie explizit getestet zu haben und dass es auch gar nicht zu testen sei (vgl. Job 1988: 164, Witte 1992: 333, Witte & Allen 2000: 593). Mangelnde Genauigkeit ist ein weiterer Kritikpunkt. So gab Leventhal nicht an, wann genau und unter welchen Bedingungen der Furcht-, der Gefahrenkontrollprozess oder beide Prozesse gleichzeitig ablaufen. Allein deshalb könne das Modell die Wirkung von Furchtappellen nicht erklären (vgl. Hale & Dillard 1995: 68, Witte & Allen 2000: 593). Dieser Mangel an Präzision wird häufig als Hauptproblem des Modells genannt (vgl. Beck & Frankel 1981: 209, Rogers 1975: 108). Schließlich könne der Prozess auch genau entgegengesetzt ablaufen und Furcht zu mangelhafter Gefahrenkontrolle führen (vgl. Dillard 1994). Zudem sei das Modell praktisch nicht falsifizierbar, da jedes Datenmuster potentiell mit den Vorhersagen des Modells übereinstimmt. Es kann zwar Ergebnisse erklären, sie jedoch nicht voraussagen (Boster & Mongeau 1984: 336, 366, Mongeau 1998: 64). Insgesamt gesehen liefert das Modell

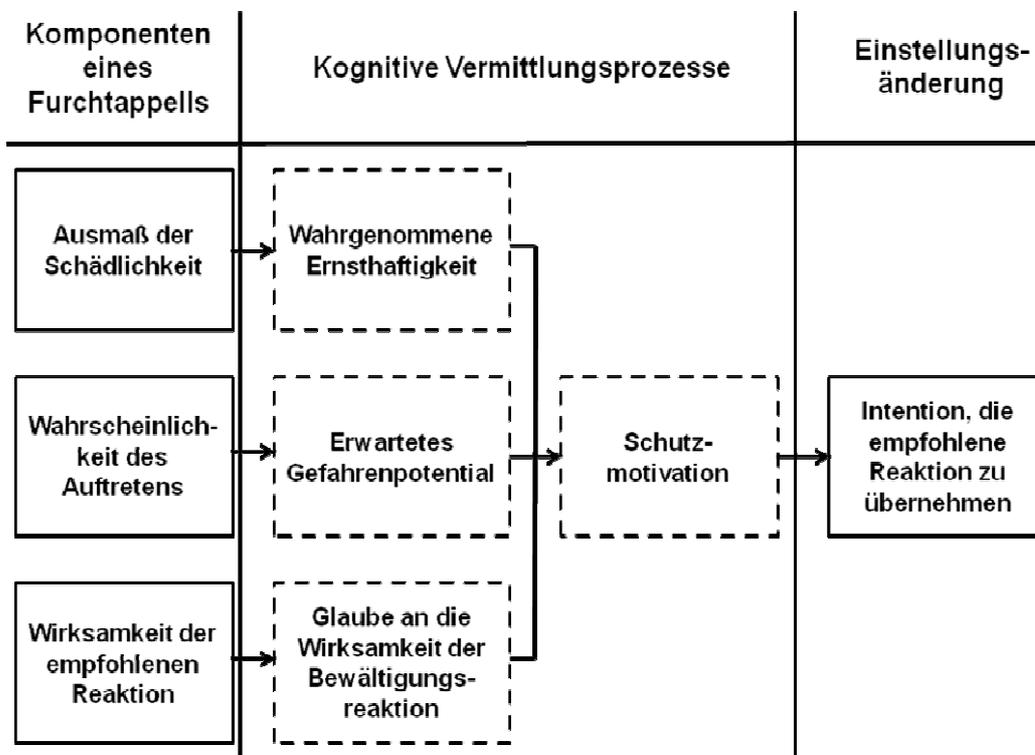
¹³² Im Original ist das Modell durch ausführliche Details zum Gefahren- und Furchtkontrollprozess („details of danger control program“ und „details of fear control program“, vgl. Leventhal 1970: 176-177) ergänzt. Dies würde an dieser Stelle zu weit führen.

aber eine nützliche Unterscheidung zwischen emotionalen und kognitiven Reaktionen auf einen Furchtappell (vgl. Witte 1992: 333, Witte & Allen 2000: 593). Außerdem gab der Aspekt des individuellen Selbstwertgefühls wichtige Anregungen für das spätere Konzept der Selbstwirksamkeit (vgl. Barth 2000: 80).

4.3.4 Protection Motivation Theory (PMT)

Rogers kritisierte, dass es in der Furchtappellforschung bis dato nicht zu einem Fortschritt bei der Identifizierung relevanter Stimulusvariablen gekommen war (vgl. Rogers 1975: 94). Er propagierte deshalb in seiner sozial-kognitiven Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory, PMT) das Zusammenspiel dreier zentraler Variablen:¹³³ Der wahrgenommenen Ernsthaftigkeit der Bedrohung („magnitude of noxiousness of a depicting event“ wie „Hautkrebs tötet Menschen“), der wahrgenommenen Anfälligkeit der Person („conditional propability of that the event will occur“ bzw. „erwartetes Gefahrenpotential“ wie „Du bist gefährdet Hautkrebs zu bekommen, da Du viel Zeit in der Sonne verbringst“) und der wahrgenommenen Reaktionswirksamkeit des empfohlenen Verhaltens („availability and effectiveness of a coping response“ wie „Sonnencreme reduziert das Risiko Hautkrebs zu bekommen“¹³⁴, Rogers 1975: 97, s. Abbildung 7).

Abbildung 7: Die Protection Motivation Theory



¹³³ Diese beruhen vor allem auf der Arbeit von Hovland et al. (1953) sowie Erkenntnissen der EVT's (vgl. z.B. Edwards 1954, Edwards 1961, Fishbein 1975). Rogers selbst ordnet die PMT in einen größeren theoretischen Rahmen den EVT's zu und verortet sie in der Tradition psychologischer Theorien (vgl. Rogers 1975: 96-97).

¹³⁴ Beispiele sind an Stephenson & Witte (Stephenson & Witte 1998: 151) angelehnt.

Eigene Darstellung nach Rogers (1975: 99)

Rogers geht von einem multiplikativen Zusammenspiel der drei Variablen aus, das zur Schutzmotivation führt, der Motivation zum Schutz vor negativen Folgen (vgl. Manstead 1999: 249).¹³⁵ Denn sobald eine der Variablen gleich Null ist, kann auch keine Schutzmotivation entstehen. Mit seinem Modell baut Rogers damit auf der PPM auf und präzisiert die nötigen Komponenten und die kognitiven Prozesse von Furchtappellen (vgl. Witte 1992: 334). Dabei ist es unbedeutend, ob die Botschaft Furcht reduziert; es kommt allein darauf an, ob sie das Individuum dazu bewegen kann, notwendige Schritte einzuleiten, um auf die Gefahr zu reagieren (vgl. Perloff 1993: 163). So erhält die Emotion Furcht eine Nebenrolle, denn eine Einstellungsänderung ist nicht das Ergebnis der Emotion Furcht sondern der Schutzmotivation (vgl. Rogers 1975: 99-100).

Kritik

Die PMT gilt als weit verbreitetes theoretisches Rahmenwerk und wurde häufig untersucht (vgl. Witte 1992: 334, Milne et al. 2000: 137). Dabei fand sie große Unterstützung, vor allem für die Beziehung zwischen Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten, sowohl durch experimentelle wie nicht-experimentelle Studien (vgl. Ruiter et al. 2001: 246). Die PMT gilt als expliziter als andere Ansätze, erklärt ihr Basiskonzept, die Schutzmotivation, jedoch nicht genauer (vgl. Job 1988: 164). Außerdem ergeben sich allein aus den drei Schlüsselvariablen sieben unterschiedliche Kombinationen zur Operationalisierung eines Furchtappells, weshalb die Interpretation und der Vergleich von Ergebnissen schwierig sind (vgl. Rogers 1975: 97). Zudem greift das Modell nur den Einstellungswandel, nicht die darauf folgenden Verhaltensintentionen oder das Verhalten selbst auf (s. Abbildung 7). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich die PMT lediglich auf Leventahls (1970) Gefahrenkontrollprozess bezieht, also die Auseinandersetzung mit der Gefahr und wie man sich am besten vor ihr schützt, während emotionale Aspekte unbeachtet bleiben (vgl. Witte 1992: 334). Laut Rogers ist eine ausreichende Bedrohung oder Schädlichkeit in Kombination mit Anfälligkeit und Reaktionswirksamkeit generell persuasiv, unabhängig davon, ob Furcht entsteht. Darum tauchen Furchtkontrollprozesse gar nicht auf und die Emotion Furcht wird ignoriert (vgl. Hale & Dillard 1995: 69).¹³⁶ Trotz der Kritik erfährt das Modell insgesamt große Unterstützung auf der Grundlage experimenteller und nicht experimenteller Studien (vgl. Ruiter et al. 2001: 246).

¹³⁵ Auch die EVT, auf die sich Rogers bezieht, postulieren eine multiplikative Beziehung.

¹³⁶ Diesen Aspekt konnten Griffeth & Rogers (1976) nicht bestätigen.

4.3.5 Revidierte PMT

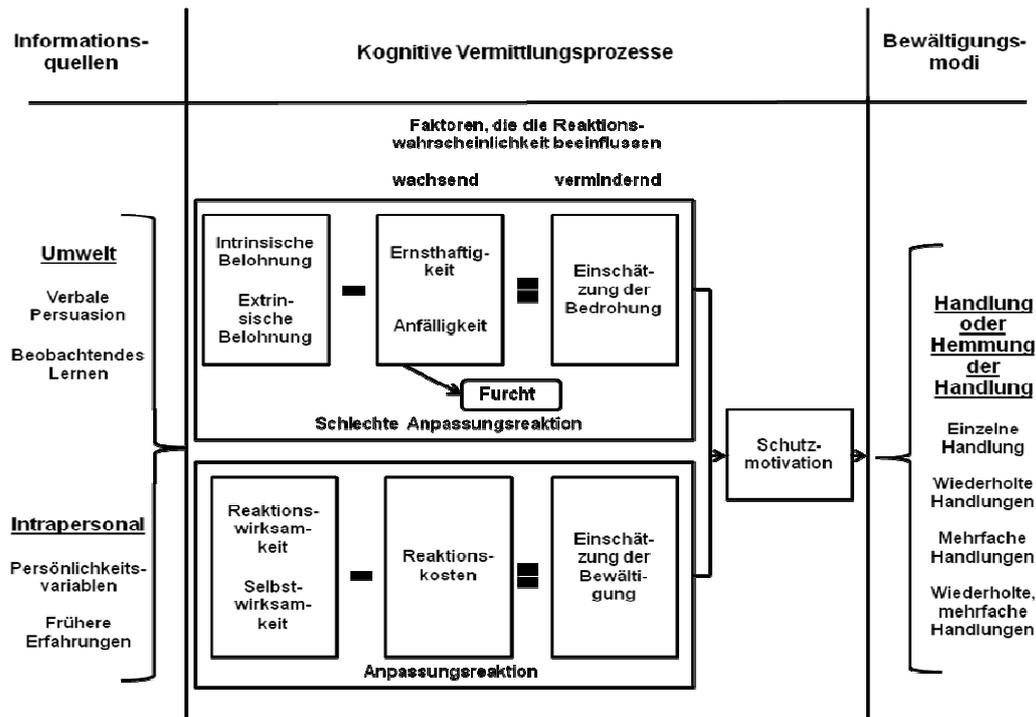
Rogers & Mewborn (1976) führten mehrere Studien zur PMT durch. Dabei zeigte sich: Je stärker der Glaube der Versuchspersonen war, dass die empfohlene Reaktion die dargestellte Gefahr abwenden könnte, desto höher waren die Intentionen, die Empfehlungen auch anzunehmen, und zwar unabhängig davon, wie bedrohlich oder wahrscheinlich das dargestellte Ereignis war (vgl. Rogers & Mewborn 1976: 59). Zudem interagierte die wahrgenommene Wirksamkeit mit anderen Variablen. So glaubten Raucher nur dann, wenn sie von der hohen Effektivität der empfohlenen Reaktion (mit dem Rauchen aufzuhören) überzeugt waren, an die hohe Wahrscheinlichkeit von durch Rauchen verursachtem Krebs (vgl. Rogers & Mewborn 1976: 59). Dies führte Rogers dazu, der Wirksamkeit und speziell der Selbstwirksamkeit¹³⁷ mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Sie erfuhr kurze Zeit zuvor Beachtung bei Verhaltensänderungsprozessen (vgl. Bandura 1977) und wurde und wird als möglicherweise einflussreicher als Reaktionswirksamkeit bezüglich einer Verhaltensänderung betrachtet (vgl. Zak-Place & Stern 2004, Peinado 2009). Nach der Selbstwirksamkeitstheorie (Self-efficacy Theory, Bandura 1977) werden alle Prozesse des psychologischen Wandels durch die Veränderung der individuellen Erwartungen an die eigenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit) gesteuert. Folglich muss man zwei Formen der Wirksamkeit unterscheiden: Ergebniserwartung („outcome expectancy“, ebd.: 198) und Selbstwirksamkeitserwartungen („expectations of self-efficacy“, ebd.: 200). Die neue Komponente der Selbstwirksamkeit und ihr Einfluss ließ sich in diversen Studien belegen (vgl. Beck & Lund 1981).¹³⁸ Diese Erkenntnisse, weitere Forschung im Bereich der Theorien des subjektiven erwarteten Nutzens (SEU, vgl. v.a. Beck & Frankel 1981,¹³⁹ 1982) und die Uneinigkeit darüber, wie die vier Variablen (Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit) zusammenhängen, führten dazu, dass Rogers (1983, vgl. auch Maddux & Rogers 1983) eine revidierte Version der PMT vorlegte (vgl. auch Hale & Dillard 1995: 69, s. Abbildung 8).

¹³⁷ Z.B. „Ich kann Sonnencreme nutzen, um mich vor den Gefahren der Sonne zu schützen.“ (vgl. Stephenson & Witte 1998: 151).

¹³⁸ Einige Forscher wiesen nach, dass Selbstwirksamkeitserwartungen und Verhaltensänderung positiv miteinander korrelieren (vgl. Bandura et al. 1980, Conditte, Mark M.; Lichtenstein & Lichtenstein 1981).

¹³⁹ Beck & Frankel (1981) bauen explizit auf der PMT (Rogers 1975) aber auch auf Kenntnissen des HBM und dem PPM (1970) auf und unterscheiden Reaktionswirksamkeit („response efficacy“) und persönlicher Wirksamkeit („personal efficacy“). Unter Reaktionswirksamkeit verstehen sie die wahrgenommene Fähigkeit durch ein empfohlenes Verhalten eine Bedrohung zu reduzieren oder zu kontrollieren. Persönliche Wirksamkeit spiegelt die Erwartungen wider, die eine Person an sich selbst hat, das empfohlene Verhalten zur Reduktion der Bedrohung erfolgreich durchzuführen (vgl. ebd.: 204).

Abbildung 8: Die revidierte Protection Motivation Theory



Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (1983: 168)

In drei Punkten wurde die Theorie ergänzt: (1) Informationsquellen im Furchtappellprozess sind aufgeführt,¹⁴⁰ obwohl Rogers betont, dass kognitive Prozesse im Fokus der PMT von der Quelle unabhängig sind (vgl. Rogers 1983: 167). (2) Anpassungsreaktion („adaptive response“), die zur Einschätzung der Bedrohung und schlechte Anpassungsreaktion („maladaptive response“), die zur Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten führen, werden unterschieden. Gemeinsam produzieren sie die Schutzmotivation (vgl. Rogers 1983: 167-169), die letztlich der Intention entspricht, die Empfehlungen anzunehmen (vgl. Rogers 1983: 158). (3) Die zentrale Komponente Selbstwirksamkeit. Wenn nun alle vier Komponenten der PMT (Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit) auf hohem Niveau sind, dann sollte daraus die maximale Schutzmotivation und anschließende Akzeptanz der Botschaft folgen (vgl. Witte 1992: 335). Das heißt zugleich, dass immer sowohl die Bedrohung (Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit) als auch die Kontrolle der Bedrohung (durch Reaktions- und Selbstwirksamkeit) in einem Furchtappell enthalten sein müssen (vgl. Witte & Allen 2000: 608). Damit konnte Rogers erstmals die Komponenten eines Furchtappells identifizieren und die kognitiven Mediatoren beschreiben, die zur Akzeptanz eines Furchtappells führen (vgl. Witte & Allen 2000: 593).

¹⁴⁰ Während Umweltquellen beispielsweise verbale Persuasion, wie Furchtappelle, und beobachtendes Lernen einschließen, umfassen intrapersonelle Quellen Persönlichkeitsvariablen und vorhergehende Erfahrungen mit ähnlichen Bedrohungen.

Kritik

Wie bei der ursprünglichen PMT spielt die Emotion Furcht auch in der revidierten Form nur eine indirekte Rolle: „Our emphasis on ‚protection motivation‘ rather than ‚fear‘ is designed to emphasize the importance of cognitive processes rather than visceral ones.” (Rogers 1983: 169), was dazu führte, dass der Begriff Furchtappell durch „threat appeal“ o.ä. ersetzt wurde (vgl. Witte 1992: 330, Ruiter et al. 2001: 617). Obwohl diese Position durchaus Unterstützung erfuhr (vgl. Rogers & Mewborn 1976, Rippetoe & Rogers 1987), wurde das Fehlen der Emotion Furcht immer wieder kritisiert (vgl. z.B. Witte 1992: 335-336, Tanner et al. 1991). Beklagt wird auch, dass die Theorie weder in der ursprünglichen noch in der revidierten Form das Scheitern des Furchtappells und das Zurückweisen der Botschaft erklären kann (vgl. Witte 1992: 336-337, Witte & Allen 2000: 594, Petersen & Lieder 2006: 247) und die Effekte von Furchtappellen auf die Schutzmotivation sehr inkonsistent seien (vgl. z.B. Smerecnik & Ruiter 2010: 555). Auch stelle die revidierte PMT die Abfolge paralleler Appraisalprozesse nur ungeordnet dar (vgl. Tanner et al. 1991: 41f.)¹⁴¹ Zudem erinnere die PMT stark an die Theory of Planned Behavior (Ajzen 1985) und die Sozialkognitive Theorie (Bandura 1986, Ruiter et al. 2001: 246).

Insgesamt jedoch wurde vor allem die Erklärungskraft, wann ein Furchtappell wirkt, gelobt (Milne et al. 2000: 139, Witte & Allen 2000: 594). So trage die PMT zum Verständnis der Argumente bei, die eine persuasive Botschaft zur Veränderung gesundheitsrelevanter Einstellungen, Intentionen und Verhalten, enthalten sollte (vgl. Milne et al. 2000: 139). Dabei betont die revidierte Form der PMT als eine der ersten Furchtappelltheorien die Bedeutung Selbstwirksamkeit. Und obwohl für alle Bedrohungs- und Bewältigungsvariablen signifikante Korrelationen mit den Intentionen der Versuchspersonen gefunden wurden, war sie bei der Selbstwirksamkeit am stärksten (vgl. Milne et al. 2000: 127), weshalb man davon ausgeht, dass sie einen größeren Einfluss auf das Verhalten hat als Reaktionswirksamkeit (vgl. Peinado 2009: 21). Außerdem konnten zwei Meta-Analysen jüngeren Datums belegen, was zuvor moniert wurde: Floyd, Prentice-Dunn & Rogers (2000) wiesen in ihrer Analyse von 65 Studien nach, dass entsprechend der Theorie jede der vier Variablen (Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit) Intentionen und Verhalten der Versuchspersonen signifikant beeinflussten.¹⁴² Wobei Bewältigungsvariablen stärkere Effekte hervorriefen als

¹⁴¹ Sie schlagen ein neu arrangiertes, geordnetes „Ordered Protection Motivation Model“ vor (vgl. ebd.).

¹⁴² Die von Rogers propagierte Vierwegeinteraktion der Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten (Ernsthaftigkeit x Anfälligkeit x Reaktionswirksamkeit x Selbstwirksamkeit, vgl. 1983: 167-169) konnte zunächst nicht empirisch belegt werden. Es ließen sich jedoch schon bald Interaktionen zwischen mindestens einer Bedrohungskomponente (Ernsthaftigkeit und/oder Anfälligkeit) und mindestens einer Bewältigungskomponente (Reaktions- und/oder Selbstwirksamkeit) nachweisen. Diese waren jedoch nicht vorhersehbar (vgl. z.B. Rogers & Mewborn 1976, Maddux & Rogers 1983, Witte 1992: 335, Mongeau 1998: 64, Witte & Allen 2000) und damit wurden die Voraussagen des Modells und die empirischen Daten als miteinander inkonsistent bezeichnet (vgl. Witte 1992: 336).

Bedrohungsvariablen (vgl. ebd.: 414). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Milne et al. (2000). Neben der oben erwähnten Selbstwirksamkeit erwiesen sich vor allem Reaktionskosten und Intentionen als starke Prädiktoren für aktuelles und zukünftiges Verhalten. Bezüglich zukünftigen Verhaltens waren eher die Bewältigungskomponenten (Reaktions- und Selbstwirksamkeit) als die Bedrohungsbestandteile (Anfälligkeit und Ernsthaftigkeit) verantwortlich. Damit bestätigten sich die Ergebnisse vorausgehender Forschung: Dargestellte Bedrohung führt ohne Reaktions- und Selbstwirksamkeit eher zu Furchtkontroll- als zu Gefahrenkontrollprozessen (vgl. auch Rippetoe & Rogers 1987,¹⁴³ Tanner et al. 1991,¹⁴⁴ Abraham et al. 1994, Witte et al. 1998a). Zu welcher der beiden Reaktionen es letztlich kommt, hängt von der wahrgenommenen Reaktions- und Selbstwirksamkeit ab: Hohe Bedrohung in Kombination mit hoher Reaktions- und Selbstwirksamkeit führt eher zum Gefahrenkontrollprozess, während niedrige Reaktions- und Selbstwirksamkeit in Kombination mit hoher Bedrohung eher zum Furchtkontrollprozess führt (vgl. auch Ruiter et al. 2001: 617).

4.3.6 Extended Parallel Process Model (EPPM)

Witte baut ihr Extended Parallel Process Modell (EPPM) auf der vorausgehenden, 40jährigen empirischen und klassischen Furchtappellforschung auf (vgl. Witte 1995: 230, Witte & Allen 2000: 594). Leventhal (1970) gab durch das PPM und die Unterscheidung von Gefahren- und Furchtkontrollprozess die Modellstruktur vor, die zugleich die Basis der Theorie bildet. Mit Hilfe von Rogers PMT (1975, 1983) spezifiziert Witte den Gefahrenkontrollprozess, also wann und warum ein Furchtappell wirkt und übernimmt die beiden Komponenten wahrgenommene Bedrohung („perceived threat“), bestehend aus Anfälligkeit und Ernsthaftigkeit, und wahrgenommene Wirksamkeit¹⁴⁵ („perceived efficacy“), die sich aus Reaktions- und Selbstwirksamkeit zusammensetzt. Mit Hilfe der DMs (Janis 1967, McGuire 1968a) erklärt sie den Furchtkontrollprozess und erweitert ihn (vgl. Witte 1992: 337, s.u.). Die Emotion Furcht, die ihre ursprünglich hohe Bedeutung verloren hatte, da sich die Forscher vor allem auf die Akzeptanz der Botschaft und den dazugehörigen Prozess konzentriert hatten, erhält im EPPM einen neuen Stellenwert. Sie wird durch wahrgenommene Bedrohung ausgelöst, kann aber umgekehrt, unter bestimmten Voraussetzungen, auch die wahrgenommene Bedrohung beeinflussen (vgl. Witte 1992: 330, Witte 1994: 113, 116, Witte 1995: 231, Witte & Allen 2000: 608). Witte grenzt Furcht und Bedrohung voneinander ab: Furcht ist emotional und Bedrohung kognitiv. Witte betont aber, dass Bedrohung und Furcht kompliziert

¹⁴³ Rippetoe & Rogers (1987) hatten herausgefunden, dass Bedrohungswahrnehmung sowohl zu adaptiver (Verhaltensintentionen zur Brustuntersuchung) als auch maladaptiver (Vermeiden, an Brustkrebs zu denken) Reaktion führen kann.

¹⁴⁴ Tanner et al. (1991) stellten in ihrer Studie zu Furchtappellen im Kontext von HIV/AIDS auf Basis der PMT fest, dass sich Bewältigungsinformation ergänzt durch hohe Bedrohung am effektivsten auf die Verhaltensintentionen auswirkte und eher die Aufmerksamkeit weckte (vgl. ebd.: 43).

¹⁴⁵ Wirksamkeit entspricht, wie schon erwähnt der Bewältigungskomponente.

4. Furchtappelle

bewertet und als ernst wahrgenommen („Ich kann an Hautkrebs sterben“)¹⁴⁶ Das Individuum sieht sich für die Bedrohung anfällig an und stuft sie als relevant ein. Erst jetzt wird auch die Wirksamkeit der Botschaft bewertet, da das Individuum die Bedrohung fürchtet und deshalb motiviert ist, aktiv zu werden, um letztlich die Furcht zu reduzieren. Die wahrgenommene Wirksamkeit – bestehend aus Reaktions- und Selbstwirksamkeit – legt fest, ob ein Gefahren- oder ein Furchtkontrollprozess ausgelöst wird. (2) Glaubt das Individuum, die empfohlene Maßnahme zur Bewältigung der Bedrohung sei sinnvoll (Reaktionswirksamkeit, „Sonnenschutz hilft gegen Hautkrebs“) und es sei fähig diese durchzuführen (Selbstwirksamkeit, „Ich kann die Bedrohung durch Sonnenschutz aktiv vermeiden“), wird es motiviert sein, die Gefahr zu kontrollieren, indem es bewusst darüber nachdenkt, wie die Gefahr zu verhindern oder zu minimieren ist. Der Gefahrenkontrollprozess, der Schutzmotivation und angemessene Veränderungen durch Akzeptanz der Botschaft hervorruft, ist eingeleitet. (3) Bezweifelt das Individuum dagegen die Wirksamkeit der empfohlenen Reaktion oder die eigenen Fähigkeiten diese durchzuführen („Ich kann nichts mehr gegen den Sonnenbrand machen“)¹⁴⁷, dann konzentriert es sich – trotz der hohen und relevanten Bedrohung – darauf, die Furcht und die damit verbundene Hilflosigkeit im Furchtkontrollprozess zu kontrollieren. Dies kann durch Leugnen (z.B. „Ich habe kein Risiko an der Krankheit zu erkranken.“), defensive Vermeidung (z.B. das Individuum denkt nicht mehr an Erkrankung und die damit zusammenhängende Bedrohung) oder Reaktanz (z.B. „Hier handelt es sich um einen Manipulationsversuch, den ich ignoriere.“) geschehen und letztlich zur Förderung des unerwünschten Verhaltens führen. Solche Furchtkontrollprozesse können bewusst aber auch unbewusst ablaufen (vgl. Witte 1992: 337-340, s. auch Witte 1995: 237, Witte 1994: 114, Witte & Allen 2000: 594, Ruiter et al. 2003a: 466).

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass wahrgenommene Bedrohung die Verarbeitung von Botschaften initiiert und motiviert (vgl. Witte 1992: 339). Dabei legt die wahrgenommene Bedrohung den Wirkungsumfang des Furchtappells fest, während die wahrgenommene Wirksamkeit die Form der Reaktion (Gefahren- oder Furchtkontrollprozess) bestimmt (vgl. Witte 1992: 339, Witte & Allen 2000: 594, Green & Witte 2006: 249). Dabei kann man durchaus im Gefahrenkontrollprozess Furcht empfinden oder im Zuge des Furchtkontrollprozesses nachdenken. Allerdings ist Furcht nicht notwendige Bedingung für den Gefahrenkontrollprozess wie es auch Wissen und Nachdenken nicht für den Furchtkontrollprozess sind (vgl. Witte 1992: 344).

Kritik

Wittes Ansatz, der als Erweiterung vorausgehender Furchtappellansätze angesehen wird (vgl. Witte 1994: 113), wurde und wird als vielversprechend eingestuft. Das liegt

¹⁴⁶ Das Beispiel ist an Stephenson & Witte (1998:152) angelehnt.

¹⁴⁷ Alle folgenden Beispiele in Anlehnung an Stephenson & Witte (1998: 151).

4. Furchtappelle

vor allem daran, dass das EPPM voraussagt, unter welchen Bedingungen ein Gefahren- und wann ein Furchtkontrollprozess eintritt (s.o.) und die beiden Prozesse nachvollziehbar macht (vgl. Ruiter et al. 2001: 618). Durch das Einbinden kognitiver und emotionaler Faktoren können Erfolg oder Misserfolg eines Furchtappells erklärt werden (vgl. Witte 1994: 114). Furcht wird dabei wieder zu einer zentralen Variable und während bei geringer Bedrohung und folglich geringer Furcht keiner der beiden Kontrollprozesse eintritt, hängt das Ausmaß des Gefahrenkontrollprozesses von Wirksamkeitsaspekten der Botschaft ab (vgl. Hale & Dillard 1995: 68, Witte & Allen 2000: 594). Im Gegensatz zu den Theorien von Leventhal (1970) und Rogers (1975, 1983) werden nun auch der Furchtkontrollprozess definiert und die Faktoren, die zur Zurückweisung einer Botschaft führen, erklärt (vgl. Witte 1992: 330). Außerdem spezifiziert das EPPM die Beziehung zwischen Bedrohung und Wirksamkeit in propositionaler bzw. multiplikativer Form (vgl. Witte 1992: 345).

Witte (1994) konnte schon bald die Basistheoreme des EPPM in einem Experiment bestätigen (s. Kapitel 5.2.2): Sie bewies, dass Furcht signifikant mit der Zurückweisung der Botschaft und nicht mit der Akzeptanz der Botschaft in Verbindung steht. Außerdem hängen Kognitionen zum empfohlenen Verhalten signifikant mit der Akzeptanz der Botschaft und nicht mit ihrer Zurückweisung zusammen. Die von den Versuchspersonen angegebene Furcht war umso größer, je größer die wahrgenommene Bedrohung war – allerdings unabhängig von der tatsächlichen oder wahrgenommenen Wirksamkeit. Woraus Witte schloss, dass Bedrohung nur mit Furcht und nicht mit Wirksamkeit in Verbindung steht (vgl. Witte 1994: 123-130). 1998 untersuchte Witte 20 zum Teil unveröffentlichte Studien zum EPPM. Die meisten dieser Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Nachrichten, die Furcht hervorrufen, überzeugender sind, wenn das empfohlene Verhalten als effektiv und durchführbar eingestuft wird (vgl. 1998, s. auch Hoeken & Geurts 2005). Im selben Jahr belegten Stephenson & Witte (1998) in einer experimentellen Studie zum Thema Hautkrebs die Grundannahmen des EPPM. Auch im Rahmen einer umfassenden Meta-Analyse (Witte & Allen 2000) – mit mehr als 100 Studien zu Furchtappellen – bestätigten sich die Annahmen: Starke Furchtappelle erhöhen die wahrgenommene Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit (vgl. ebd.: 597-603). Außerdem erhöhen sie im Vergleich zu einem schwachen Furchtappell die Aufmerksamkeit (vgl. Janssens & De Pelsmacker 2007: 185-188) und sind überzeugender als schwache Furchtappelle. Sie motivieren den Gefahrenkontrollprozess, wobei starke Furchtappelle in Kombination mit hoch wirksamen Botschaften zu den umfangreichsten Verhaltensänderungen führen, während starke Furchtappelle mit wenig wirksamen Botschaften die meisten defensiven Reaktionen hervorrufen (vgl. Witte & Allen 2000: 597-603). Die Meta-Analyse (Witte & Allen 2000) lieferte auch empirische Unterstützung dafür, dass je stärker der Furchtappell war, desto ausgeprägter fielen die beo-

4. Furchtappelle

bachteten Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen aus. Entsprechend fielen mit stärkerer Bedrohungs-komponente die Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen höher aus. Und dasselbe gilt für ausgeprägtere Wirksamkeitskomponenten (vgl. ebd.: 598). Allerdings vermuten die Forscher, dass mit der Stärke des Furchtappells auch die defensiven Reaktionen in Form psychologischer Verteidigungstaktiken¹⁴⁸ zunehmen und bei schwächeren Wirksamkeitskomponenten eher ein Furchtkontrollprozess eingeleitet wird (vgl. ebd.: 600). Insgesamt betonen die Autoren, dass Furchtappelle zwar einen relativ schwachen aber reliablen Einfluss auf Einstellungen, Intentionen und Verhaltensänderungen haben (vgl. ebd.: 602) vor allem dann, wenn sie sich auf eine signifikante und relevante Bedrohung konzentrieren (vgl. ebd.: 604, vgl. auch Green & Witte 2006: 250).

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass Furchtappelle gemäß EPPM nur wirken, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Siu 2010: 580). Ruiter, Abraham & Kok (2001) kritisieren, dass im EPPM die Beziehung zwischen wahrgenommener Bedrohung und Furcht nicht klar wird. Denn wenn Bedrohung zu Furcht führt, sei es schwer zu unterscheiden, ob die Bedrohungswahrnehmung oder Furcht für die beobachteten Effekte verantwortlich sind (vgl. ebd.: 623-624).¹⁴⁹ Cho & Salmon (2006) dagegen sind der Meinung, dass die Erklärungen des EPPM generell nützlich sind, da Verhaltensänderung aber ein fortlaufender Prozess ist. Sie verweisen auf das SOC (vgl. Prochaska et al. 1994), wonach intendierte und nicht intendierte Effekte davon abhängen, in welchem Stadium der Verhaltensänderung sich eine Person befindet (vgl. Cho & Salmon 2006: 92). Nabi, Roskos-Ewoldsen & Dillman Carpentier (2008) verweisen auf die fehlende signifikante Interaktion zwischen Bedrohungs- und Wirksamkeitskomponenten. Sie vermuten, dass Bedrohungseffekte möglicherweise gar nicht vom Grad der Wirksamkeit abhängen, wie im EPPM propagiert (vgl. ebd.: 192, s. auch Roskos-Ewoldsen, Yu & Rhodes 2004). Smerecnik & Ruiter (2010) stellten in ihrem Experiment zu HIV/AIDS fest, dass die Interaktion zwischen Bedrohung und Wirksamkeit durch die Wirksamkeitsinformation und nicht – wie im EPPM propagiert – durch die Bedrohungsinformation angetrieben wurde (vgl. ebd.: 557). Roskos-Ewoldsen et al. (2004) untersuchten auf Basis des EPPM die Wirkung von auditiven Furchtappellen zum Thema Brustkrebs und fanden, entgegen dem EPPM, heraus, dass niedrige und moderate Furchtappelle am effektivsten waren. Außerdem zeigte sich, dass eine Botschaft die die Wirksamkeitskomponente betonte, unabhängig von der Stärke der Bedrohungs-komponente, sehr effektiv war, wobei eine stärkere Wirksamkeit zu mehr Aktivitäten führte (vgl. ebd.: 59-62). Und Gore & Campanella (2005) fanden als zentrales

¹⁴⁸ Hier nennen die von Witte & Allen (2000) untersuchten Studien neben defensiver Vermeidung auch Schmälerung des Themas, Verkleinerung des Problem, Leugnen, Betonung einer wahrgenommenen Manipulation, Wunschdenken u.a. (vgl. ebd.: 600).

¹⁴⁹ Sie schlagen deshalb ein neues Modell vor, das auch komplexe und gegebenenfalls entgegengesetzte Beziehungen zwischen Furcht und Motivation aufgreift (vgl. ebd.: 623-624).

Ergebnis ihrer Studie zum Thema Meningitis auf Basis des EPPM heraus, dass ein Furchtappell bestehend aus geringer Bedrohungs- und Furchtkomponente kombiniert mit einer starken Bewältigungskomponente ausreicht, um Personen aus einem Furchtkontroll- in einen Gefahrenkontrollprozess zu überführen (vgl. ebd.: 36).

4.3.7 Elaboration Likelihood Modell (ELM)

Eine etwas andere Perspektive auf die Wirkung von Furchtappellen eröffnet das ELM (Petty & Cacioppo 1986) – ohne ein spezifisches Furchtappellmodell zu sein. Es wird als „zentrales Konzept der modernen Persuasionforschung“ (Klimmt 2011: 13) angesehen und an dieser Stelle stellvertretend für andere Modelle der Informationsverarbeitung („Message Processing Modells“, MPMs, vgl. z.B. Chaiken 1980, Chaiken 1987) angeführt. Da es in Kapitel 3.8.6 schon vorgestellt wurde, werden nun nur diejenigen Aspekte des ELM beschrieben, die im Kontext von Furchtappellen relevant sind.

Das ELM ist wie das PPM, die revidierte PMT und das EPPM ein duales Prozessmodell, bei dem zwei Routen der Informationsverarbeitung unterschieden werden: eine zentrale Route mit hoher Elaboration und eine periphere Route mit geringer Elaboration. Das ELM konstatiert, dass die Qualität der Argumente wichtiger wird, sobald die Wahrscheinlichkeit der Verarbeitung einer Botschaft steigt (vgl. Andrews 1995: 627). So könnte beispielsweise für einen Alkoholiker auch ein Furchtappell, wie die Warnung vor Alkoholgenuss, eine systematische Verarbeitung fördern (vgl. ebd.). Denn es wird immer wieder proklamiert, dass Bedrohungs- und Furchtkomponenten die Relevanz eines Furchtappells erhöhen, was zu einer systematischen Verarbeitung der bedrohungsrelevanten, persuasiven Information führt (vgl. Ruiter et al. 2001: 618). Auch Liberman & Chaiken (1992) haben herausgefunden, dass starke Furchtappelle zu zentralen Verarbeitungsprozessen führen. Erklärt wird dies wie folgt: starke Furchtappelle können defensive Prozesse fördern, die zwar zentral ablaufen, aber nicht den „normalen“ systemisch-zentralen Prozessen entsprechen (vgl. Witte & Allen 2000: 605). Gerade Rezipienten, die die Bedrohung als hoch relevant ansehen, verarbeiten diese voringenommen und selektiv (vgl. ebd.). Andererseits vermuten Gleicher & Petty (1992), dass Personen, die davon überzeugt sind, dass sie sich aufgrund der Information eines Furchtappells besser schützen können, die Botschaft genauer analysieren. Barth (2000) schließt daraus, dass Furchtappelle auf diese Weise elaborierter verarbeitet werden (vgl. ebd.: 95). Andere Studien proklamieren hingegen das Gegenteil (vgl. Hale, Lemieux & Mongeau 1995, Jepson & Chaiken 1990). In ihrer Studie zur Verarbeitung von Furchtappellen, die sich eigentlich auf Kultivierungseffekte beruft, fanden Hale et al. (1995) heraus, dass schwache Furchtappelle intensiver und systematischer verarbeitet wurden. Starke Furchtappelle dagegen eher heuristisch und peripher.

Kritik

Da das ELM kein spezifisches Furchtappellmodell ist, liegen nur wenige Untersuchungen aus diesem Bereich zu Furchtappellen vor. Barth sieht die Ursache hierfür in der schwer umzusetzenden experimentellen Variation der Argumentgüte und der Stärke der Furcht (vgl. ebd.: 95). Dennoch trägt das Modell zu einem besseren Verständnis der Informationsverarbeitung und damit auch der Verarbeitung von Furchtappellen bei. Allerdings muss man einwenden, dass der Einfluss von Emotionen auf den persuasiven Verarbeitungsprozess noch kaum geklärt ist (vgl. Jansen et al. 2008: 104-105) und auch die Rolle des Themeninvolvements nicht unterschätzt werden sollte (vgl. Slater & Rouner 2002: 174).

4.3.8 Meta-Analysen zur Wirkung von Furchtappellen

Die Furchtappellforschung brachte im Laufe der Jahre eine Vielzahl an Theorien und Modellen hervor, dennoch oder gerade deshalb blieb die empirische Forschung zu Furchtappellen und ihren Wirkungen sehr komplex, enttäuschend uneinig und konträr. Das beweisen Hunderte von Studien mit zum Teil gegensätzlichen Ergebnissen. Dennoch kommt die Literatur zur Furchtappellforschung zu dem Schluss, dass Furchtappelle zuverlässig und beständig Verhaltensänderungen produzieren. Green & Witte (2006: 249) beziehen sich in diesem Kontext auf die vier, schon erwähnten, Meta-Analysen von Boster & Mongeau (1984), Mongeau (1998), Sutton (1982) und Witte & Allen (2000), die allesamt eine lineare, positive Beziehung zwischen der Manipulation der Bedrohung und wahrgenommener Furcht feststellen: Je stärker der Furchtappell, desto größer sind Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen. Folglich steigt mit der Bedrohung die wahrgenommene Furcht und der Einfluss auf Einstellungen und Verhalten (vgl. auch Jansen et al. 2008, Nabi et al. 2008: 192), obwohl es sich dabei um moderate Korrelationen handelt (vgl. auch Witte & Allen 2000: 595). Auch wenn manche Autoren es noch behaupten (vgl. z.B. Vögele 2007: 300), konnte keine der Meta-Analysen Unterstützung für eine kurvilineare Verbindung zwischen der Stärke des Furchtappells und der Akzeptanz der Botschaft nachweisen (vgl. Witte & Allen 2000: 595).

Insgesamt beweisen die Meta-Analysen jedoch die Wirksamkeit von Furchtappellen (vgl. Jansen et al. 2008). Perloff (1993) fasst diese Erkenntnis auf Basis der Meta-Analysen von Boster & Mongeau (1984) und Sutton (1982) in drei Schlussfolgerungen zusammen: (1) In vielen Experimenten wirkten Furchtappelle nicht, da Furcht nicht angemessen und somit erfolgreich manipuliert wurde. (2) Starke Furchtappelle sind wirksamer als schwache (vorausgesetzt die Forscher manipulieren Furcht realistisch). (3) Die Wirkung von Furchtappellen wird durch Persönlichkeitsfaktoren limitiert (vgl. Perloff 1993: 161-162, s. Kapitel 4.4).

4.3.9 Fazit

In diesem Kapitel wurden einige prägende Theorien und Modelle der Furchtappellforschung vorgestellt. Den Ausgangspunkt bildeten die EVT's. Sie werden den Furchtappelltheorien und -modellen zwar nicht direkt zugerechnet, können aber prägnant darstellen, wie persuasive Botschaften idealerweise aufbereitet sein sollten. Die Basis der eigentlichen Furchtappellforschung waren die DMs, die davon ausgingen, dass durch den Furchtappell geweckte Furcht als Antrieb für die vom Kommunikator gewünschte Reaktion dient. Während dies allen DMs gemein war, unterschieden sie sich in den auf den Trieb folgenden Reaktionen. So propagierte das „Fear as Acquired Drive Model“, dass ein Furchtappell umso besser wirke, je furchterregender die Botschaft ist. Nach der „Resistance Explanation“ war ein Furchtappell umso weniger effektiv, je furchterregender er war. Laut dem „Family-of-Curves Model“ schließlich versprachen Furchtappelle leichter bis mittlerer Intensität die meisten Effekte. Schon bald wurden die DMs aufgrund mangelhafter empirischer Überprüfung und wegen der stark vereinfachenden, mechanischen Konzeption der Furcht zurückgewiesen. Am meisten Unterstützung fand sich noch für die positiv-lineare Korrelation zwischen Furcht und Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen, auch wenn hierfür letztlich – aus ethischen Gründen – Beweise fehlten. Eine gravierende Veränderung der Sichtweise auf Furchtappelle führte das PPM herbei. Davon ausgehend, dass ein Furchtappell immer zwei Botschaftskomponenten – einen Bedrohungs- und einen Bewältigungsaspekt – enthält, unterschied das Modell zwei parallele Prozesse: den emotionalen Furchtkontroll- und den kognitiven Gefahrenkontrollprozess. Wobei nur letzterer zu den vom Kommunikator gewünschten Reaktionen führt. Während das Modell kognitive Prozesse in den Mittelpunkt stellte, verlor die Emotion Furcht an Bedeutung. Es wurde kritisiert, das PPM sei nicht zu testen und auch nicht falsifizierbar, da jedes Datenmuster mit den Voraussetzungen des Modells übereinstimme. Aufgrund dieser fehlenden Genauigkeit könne es die Wirkung von Furchtappellen nicht erklären. Dennoch baute die PMT auf dem PPM und der kognitiven Verarbeitung von Furchtappellen auf. Zentral war nun das multiplikative Zusammenspiel der Variablen wahrgenommene Ernsthaftigkeit der Bedrohung, wahrgenommene Anfälligkeit der Person und wahrgenommene Reaktionswirksamkeit, die gemeinsam zur Schutzmotivation, der Motivation zum Schutz vor negativen Folgen, führen. Die Emotion Furcht behielt ihre Nebenrolle und Furchtkontrollprozesse blieben unberücksichtigt. Die Theorie ist bis heute weitverbreitet und wird und wurde häufig untersucht. Allerdings sind Interpretation und Vergleich der Ergebnisse schwierig, weil die Theorie ihr Basiskonzept, die Schutzmotivation, nicht detaillierter beschreibt. Aufbauend auf der Selbstwirksamkeitstheorie und parallelen Entwicklungen der Furchtappellforschung (SEUs) ergänzte Rogers die PMT um weitere Aspekte, wovon die neue Variable Selbstwirksamkeit hervorzuheben ist. Damit konnten erstmals die Komponen-

4. Furchtappelle

ten eines Furchtappells und deren kognitive Mediatoren beschrieben werden: Ein Furchtappell muss immer alle Bedrohungs- (bestehend aus Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit) und Bewältigungskomponenten (Reaktions- und Selbstwirksamkeit) enthalten. Doch auch in der revidierten PMT spielte Furcht keine Rolle, was in der Folge zu einer Begriffsveränderung führte, so dass heute noch häufig von Bedrohungs- statt von Furchtappellen die Rede ist. Generell wurde das Modell aufgrund seiner Erklärungskraft, wann ein Furchtappell wirkt, gelobt. Es könne jedoch nicht erklären, wann er scheitert. Außerdem zeigte sich, dass die Bewältigungskomponente stärkere Effekte hervorrief als die Bedrohungskomponente und dargestellte Bedrohung ohne gleichzeitige Bewältigungsbeschreibung eher zu einem Furcht- als zu einem Gefahrenkontrollprozess führte. Das EPPM schließlich baute auf der vorhergehenden Furchtappellforschung auf, unterschied Gefahren- und Furchtkontrollprozess nach dem PPM, spezialisierte den Gefahrenkontrollprozess in Anlehnung an das PMT und holte die Emotion Furcht zurück. Damit bestand das Modell aus drei Schlüsselkonstrukten: Bedrohung, Wirksamkeit und Furcht. Wobei die wahrgenommene Bedrohung die Verarbeitung der Botschaft initiiert und motiviert und die wahrgenommene Wirksamkeit die Reaktion (Gefahren- oder Furchtkontrollprozess) bestimmt. Das EPPM wurde gelobt, da es voraussagt, wann ein Gefahren- und wann ein Furchtkontrollprozess eintritt. Dadurch, dass es auch den Furchtkontrollprozess definiert, erklärt es die Faktoren, die zur Zurückweisung des Furchtappells führen. Es zeigte sich, dass starke Furchtappelle die wahrgenommene Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit erhöhten, die Aufmerksamkeit steigerten und überzeugender wirkten als schwache Furchtappelle. Das ELM ergänzt die originären Furchtappelltheorien, eröffnet eine neue Perspektive auf die Wirkung von Furchtappellen und fördert das Verständnis der Informationsverarbeitung. Es ist im Kontext von Furchtappellen jedoch kaum untersucht, und es liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, ob nun ein starker oder ein schwacher Furchtappell zu elaborierterer Verarbeitung führt. Vermutlich sind hier IVn einflussreich. Einige Meta-Analysen konnten bestätigen, dass Furchtappelle zuverlässig und beständig Verhaltensänderungen in einer linearen, positiven Beziehung hervorrufen: Je stärker der Furchtappell, desto größer ist der Einfluss auf Einstellungen, Intentionen und Verhalten der Rezipienten. Insgesamt bleiben diese Effekte zwar schwach, sind aber reliabel.

4.4 Wirksamkeit von Furchtappellen

Aus den oben beschriebenen Theorien und Modellen ergeben sich mehrere Komponenten, aus denen sich die Wirkung von Furchtappellen zusammensetzt (s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Die Wirkung von Furchtappellen

Wirkung von Furchtappellen		
Kognitive Wirkungen (Einfluss auf die Urteilsbildung)	Persuasive Wirkungen	Nicht intendierte Wirkungen
Einfluss auf die Wahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> - der Ernsthaftigkeit (allgemeine Risikowahrnehmung) - der Anfälligkeit (persönliche Risikowahrnehmung) - der Reaktionswirksamkeit - der Selbstwirksamkeit 	Einfluss auf <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Einstellungen und in der Folge auf die persönliche Meinung - Verhaltensintentionen - tatsächliches Verhalten 	Botschaften <ul style="list-style-type: none"> - werden ignoriert - werden geleugnet - werden defensiv vermieden - führen zu Reaktanz

Eigene Darstellung

Neben kognitiven Wirkungen, wie der Auseinandersetzung mit Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, wirken Furchtappelle auch persuasiv auf Einstellungen, Meinungen, Intentionen und Verhalten. Nicht immer wirken sie so wie vom Kommunikator gewünscht. Häufig bleiben sie ineffektiv oder es kommt zu nicht intendierten Effekten wie dem Ignorieren der Botschaft oder Reaktanz (vgl. Andrews 1995, s. Kapitel 5.7.2). Außerdem könnten, da wie in Kapitel 4.3.6 erwähnt, eine signifikante Interaktion zwischen Bedrohung und Wirksamkeit empirisch nicht nachweisbar waren, Rezipienteneigenschaften einen Einfluss auf die Effekte von Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten haben, die wiederum die Wirksamkeit des Furchtappells beeinflussen (vgl. auch Nabi et al. 2008: 192). Auch Perloff (1993) schließt aufgrund der Meta-Analysen von Boster & Mongeau (1984) und Sutton (1982) darauf, dass Persönlichkeitsfaktoren die Wirksamkeit von Furchtappellen limitieren (vgl. Perloff 1993: 162, vgl. auch Boster & Mongeau 1984: 364, Mongeau 1998: 66). Zu diesen Persönlichkeitsfaktoren zählen beispielsweise chronische Furcht und das Selbstbewusstsein der Rezipienten, die im Folgenden kurz dargestellt werden. Auch soziodemographische Merkmale wie Alter und Geschlecht sowie weitere Variable wie persönliche Relevanz, persönliche Betroffenheit und das Vorwissen wurden in diesem Kontext untersucht.

4.4.1 Chronische Furcht

Die Ängstlichkeit von Personen hat einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Furchtappellen und damit auf die durch den Furchtappell zu beeinflussenden Einstellungen und das Verhalten (vgl. Boster & Mongeau 1984). Generell muss man zwischen dem Charakterzug Ängstlichkeit („trait anxiety“) und der Ängstlichkeit gegenüber einer bestimmten Bedrohung („state anxiety“) unterscheiden. Trait anxiety beschreibt Menschen, die von Natur aus ängstlich sind, unabhängig davon, ob ein Furchtappell stark oder

4. Furchtappelle

schwach ist. Bei state anxiety handelt es sich um ein spezifisches, flüchtig auftretendes Gefühl, in dessen Folge ein starker Furchtappell besser wirkt als ein schwacher Furchtappell (vgl. Hale & Dillard 1995: 77, Perloff 1993: 162, vgl. auch Janssens & De Pelsmacker 2007: 177). Untersuchungen zeigten, dass Menschen mit dem Charakterzug Ängstlichkeit sich nicht mit der Botschaft an sich auseinandersetzen, sondern den objektiven Inhalten gegenüber eine Abwehrhaltung entwickelten (vgl. 1995), da sie über gut entwickelte defensive Vermeidungsstrategien im Umgang mit persuasiver Information verfügten (vgl. Jepson & Chaiken 1990: 79): Sie neigten auch bei Gesundheitsbotschaften eher zu defensiven Reaktionen auf Gesundheitsinformationen (vgl. Ruiter et al. 2001: 620)¹⁵⁰ und entdeckten weniger Fehler in persuasiven Botschaften als weniger ängstliche Menschen (vgl. Jepson & Chaiken 1990: 69, 75). Im Sinne der Kultivierungsforschung (Gerbner & Gross 1976) kommt es bei denjenigen Personen zu einem Kultivierungseffekt,¹⁵¹ die sowieso schon ängstlich sind, da sie sich mit Hintergründen, Wahrscheinlichkeiten und Lösungsmöglichkeiten, die in der Botschaft angesprochen werden nicht mehr auseinandersetzen (vgl. Hale et al. 1995). Demnach kann ein starker Furchtappell nur bei weniger ängstlichen Personen wirken, da ängstliche Personen aufgrund ihres geringen Selbstvertrauens und des Gefühls, extrem anfällig für Bedrohungen zu sein, kognitiv nicht in der Lage sind, die Empfehlungen eines Furchtappells zu verarbeiten und das empfohlene Verhalten umzusetzen (vgl. Witte 1992: 345, Mongeau 1998: 65, Janssens & De Pelsmacker 2007¹⁵²). Weniger ängstliche Personen dagegen tolerieren vermutlich eine höhere Bedrohung ihres Wohlbefindens. Perloff (1993) schließt daraus, dass sie deshalb eher durch starke als durch schwache Furchtappelle beeinflusst werden (vgl. ebd.: 162).

Während Boster & Mongeau (1984) in ihrer Meta-Analyse noch zu dem Schluss kommen, dass der Charakterzug Ängstlichkeit eine stark IV ist (vgl. ebd.: 363), stellen Witte & Allen (2000) in ihrer Meta-Analyse fest, dass es egal ist, ob eine Person von Natur aus eher ängstlich ist oder nicht: Die Reaktionen auf ein Furchtappell wird durch die Ängstlichkeit der Versuchspersonen nicht beeinflusst (Witte & Allen 2000: 601).

Eine Reihe von Forschern vermutet und bestätigt auch empirisch, dass chronisch ängstliche Menschen eher defensive Vermeidungsstrategien und Abwehrhaltungen gegenüber Furchtappellen entwickeln. Aus diesem Grund sind für sie schwache Furchtappelle besser geeignet, während für weniger ängstliche Personen starke Furchtappelle zu empfehlen sind. Aufgrund der Meta-Analyse von Witte & Allen (2000)

¹⁵⁰ Vor allem in Kombination mit hoher wahrgenommener persönlicher Relevanz (vgl. ebd.).

¹⁵¹ Traditionell werden zwei Formen der Kultivierung unterschieden (vgl. Potter 1991), die sich auf einen Gesundheitskontext angewendet wie folgt darstellen: Kultivierung erster Ordnung betrifft die Wahrnehmung von Fakten, z.B. wie viele Personen an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. Bei Kultivierung zweiter Ordnung werden aus den Fakten allgemeinere Explorationsen abgeleitet, wie die Vorstellung, selbst an der Krankheit zu erkranken.

¹⁵² Bei Personen mit geringer Ängstlichkeit konnte im Gegensatz zu ängstlichen Personen ein geringer Furchtappell mit negativem Kontext keine Unterschiede provozieren (vgl. ebd.: 185).

verliert diese Variable jedoch an Wirkungspotential. Schließlich konnten die Forscher keinen Einfluss der Variablen auf die Wirksamkeit von Furchtappellen feststellen.

4.4.2 Selbstbewusstsein/Selbstwertgefühl

Ein weiterer Persönlichkeitszug, für den ein Einfluss auf die Wirkung von Furchtappellen vermutet wird, ist das Selbstbewusstsein. Schon frühe Untersuchungen fanden heraus, dass Personen mit hohem Selbstwertgefühl bei starken Furchtappellen eher ihre Intention in Richtung einer Tetanusimpfung lenkten. Personen mit geringem Selbstwertgefühl ließen sich in diesem Punkt nicht beeinflussen (vgl. Dabbs & Leventhal 1966: 529). Darauf baut Witte (1992) auf und proklamiert, dass Personen, die über ein geringes Selbstbewusstsein verfügen, die Wirksamkeit einer Botschaft eher als unwirksam einstufen. Personen mit hohem Selbstbewusstsein würden dagegen dieselbe Botschaft als effektiv und leicht umzusetzen beurteilen. Aus diesem Grund würden Personen mit geringem Selbstbewusstsein bei zunehmender Bedrohung eher den Furchtkontrollprozess und Personen mit hohem Selbstbewusstsein eher den Gefahrenkontrollprozess einschlagen (vgl. ebd.: 345).

4.4.3 Alter

Auch das Alter der Zielgruppe gilt als starke IV (vgl. Boster & Mongeau 1984: 363, Ordonana et al. 2009:195). Dass Furcht und Bedrohung für persuasive Gesundheitsbotschaften wesentlich sind, scheint nur für erwachsene Zielgruppen zuzutreffen (vgl. Beaudoin 2002: 126). Studien mit älteren, nichtstudentischen Versuchspersonen zeigten stärkere Korrelationen von Furcht und Einstellungen als Studien mit jüngeren Versuchspersonen (vgl. Mongeau 1998: 61). Das könnte daran liegen, dass die in Furchtappellen dargestellten Bedrohungen für Ältere relevanter sind, und sie sich außerdem häufiger mit ihrer Gesundheit beschäftigen als Jüngere (vgl. ebd.: 66, s. auch Hale & Dillard 1995: 77). Es wird vermutet, dass Furchtappelle bei Jugendlichen nicht erfolgreich sind, weil sie Tod und Krankheit nicht als unmittelbare Folgen ihres Handelns sondern als Spätfolgen wahrnehmen, die – wenn überhaupt – erst in ferner Zukunft relevant werden (vgl. Irwin & Millstein 1986). Darum sehen sie sich weniger anfällig für die Folgen gesundheitsschädlichen Verhaltens und verdrängen unangenehme Gefühle (vgl. Gibson & Zillmann 1994: 619). Auch Ordonana et al. (2009), die in ihrer Studie zur Tetanusimpfung die Voraussagen des EPPM nur zum Teil bestätigen konnten, führten dies auf die junge Versuchsgruppe zurück (vgl. ebd.: 198, 212). Und Barth (2000) kommt zu dem Schluss, dass man bei Jugendlichen auf Furchtappelle im Rahmen von Tabakprävention verzichten sollte, um die Rezeption der eigentlichen Botschaft nicht zu erschweren (vgl. ebd.: 209). Zur Wirkung von Furchtappellen befragt, kamen die jungen Menschen jedoch zu einer anderen Einschätzung: Sie stufen Furchtappelle als

wirkungsvollstes Stilmittel ein (vgl. Chan et al. 2011: 8-9).¹⁵³ Dies entspricht Erkenntnissen, wonach das Alter bezüglich der Bedrohungsvariablen keinen Unterschied hervorruft, während Bewältigungsvariablen für Kinder weniger relevant waren als für Studenten oder Erwachsene (Floyd et al. 2000: 417). Auch bei einer Studie zum Thema Rauchen fühlten sich junge Menschen (von 16 bis 25 Jahren) keineswegs unverletzlicher als ältere (von 40 bis 50 Jahren) und starke Furchtappelle wirkten ebenso wie schwache (Henley & Donovan 2003: 10).

Zusammenfassend lässt sich dennoch konstatieren, dass Furchtappelle für Jugendliche nicht das Mittel der Wahl sind, während sie bei Schülern und Kindern anscheinend funktionieren. Hier stellt sich allerdings das schon erwähnte ethische Problem verstärkt dar (s. Kapitel 4.1.3).

4.4.4 Geschlecht

Bezüglich des Einflusses des Geschlechts auf die Wirksamkeit von Furchtappellen gehen die Meinungen auseinander. Während man Anfang der 1980er Jahre noch davon ausging, dass hohe Furchtappelle bei Frauen effektiver sind (vgl. Kohn et al. 1982: 457), konnten Witte & Allen (2000) in ihrer Meta-Analyse keine Unterschiede im Zusammenhang mit dem der Versuchspersonen aufdecken (vgl. ebd.: 605). Jüngere Untersuchungen stellten fest, dass vor allem Männer mit hohem subjektivem Wissen zum Thema auf den Furchtappell mit Reaktanz reagierten (vgl. Nabi et al. 2008: 198). Als Ursache für unterschiedliche Persuasivität von Furchtappellen bei Männern und Frauen wird der unterschiedliche Umgang mit Informationen und der Botschaftsverarbeitung der Botschaft vermutet (vgl. McQueen et al. 2008: 73-74).

4.4.5 Persönliche Relevanz

Einige Untersuchungen konnten belegen, dass die Effektivität von Furchtappellen von der persönlichen Relevanz des Themas abhängt. Beck & Davis (1978) zeigten, dass Raucher, für die Risiken des Rauchens wie Lungenkrebs hohe Relevanz hatten, ihre Einstellungen in Folge eines Furchtappells eher änderten als Nichtraucher, für die das Thema nur von geringer Relevanz war (vgl. ebd.: 91). Lieberman & Chaiken (1992) präsentierten regelmäßigen Kaffeetrinkern und Personen, die nie Kaffee tranken, bedrohliche Informationen zur Verbindung zwischen Kaffeegenuss und einer Vorstufe von Brustkrebs. Es zeigte sich, dass weibliche Kaffeetrinkerinnen, für die die Botschaft hoch relevant war, von der Verbindung zwischen Koffein und Brustkrebs weniger überzeugt waren als Frauen, die keinen Kaffee tranken. Folglich schienen sie die bedrohli-

¹⁵³ Schülern wurden fünf verschiedene Appelltypen präsentiert, darunter auch Furchtappelle. Bei dänischen Schülern waren die Furchtappelle (neben Erfolgs- und Liebesappell) am beliebtesten und führten zu den höchsten Wirksamkeitserwartungen bezüglich gesunder Ernährung. Für Schüler aus Hong Kong, die in der Studie vergleichend befragt wurden, konnten bezüglich der Beliebtheit keine Unterschiede festgestellt werden. Allerdings stuften auch sie den Furchtappell (neben dem Newsappeal) als wirkungsvollstes Stilmittel ein (vgl. Chan et al. 2011: 8-9).

chen Teile der Botschaft defensiv zu verarbeiten (vgl. ebd.: 675-676). Je nach Thema scheint also eine hohe Relevanz des Themas in Kombination mit einem starken Furchtappell entweder wirksam zu sein oder zu defensiven Reaktionen zu führen.

4.4.6 Persönliche Erfahrung (Betroffenheit) und Vorwissen

Auch direkte und indirekte persönliche Erfahrungen sowie das Vorwissen können die Wirksamkeit von Furchtappellen beeinflussen (vgl. Ruiter et al. 2001: 621, Ordonana et al. 2009: 196). Averbeck, Jones & Robertson (2011) untersuchten den Einfluss von Vorwissen auf die Wirkung von Furchtappellen auf Basis des HSMP (Chaiken, Liberman & Eagly 1989, s. Kapitel 3.8.6). Sie vermuteten, je mehr ein Individuum zu einem Thema weiß, umso eher hat es schon Einstellungen dazu gebildet. Wird es nun mit einer neuen Botschaft zu dem Thema konfrontiert, werden Einstellungen und relevante Informationen abgerufen und modifizieren die Wirkung des Furchtappells (vgl. Averbeck et al. 2011: 37-38). Die Autoren stellten jedoch fest, dass sowohl fehlendes als auch vorhandenes Vorwissen zu einer systematischeren Verarbeitung führten (ebd.: 46). Nabi, Roskow-Ewoldsen & Dillman Carpentier (2008) bezeichnen diese vorherige Auseinandersetzung mit einem Thema als subjektives Wissen („subjective knowledge“) und untersuchten dessen Einfluss auf die Wirkung von Furchtappellen. Sie stellten fest, dass Versuchspersonen mit hohem subjektivem Wissen weniger ängstlich auf den Furchtappell reagierten und die Botschaft tiefer, aber auch defensiver verarbeiteten. Vor allem Männer mit hohem subjektivem Wissen reagierten reaktant auf Furchtappelle (vgl. ebd.: 195-198). Die Forscher folgerten, dass das Vorwissen ein bedeutendes Rezipientenmerkmal im Kontext der Wirkung von Furchtappellen ist (vgl. ebd.: 192). Gore & Campanella (2005) maßen im Kontext von Meningitis, ob sich die Versuchspersonen schon vor der Rezeption des Furchtappells in einem Gefahrenkontrollprozess zu diesem Thema befanden (vgl. ebd.: 33). War dies der Fall, wirkte ein starker Furchtappell aus starker Bedrohungs- und geringer Wirksamkeitskomponente am besten, vermutlich weil die Wirksamkeit schon vorher wahrgenommen wurde (vgl. ebd.: 37). Dies entspricht den Empfehlungen von Job (1988), wonach ein Furchtappell am besten wirkt, wenn sich die Zielgruppe schon vor dessen Präsentation von dem Problem betroffen fühlt und folglich Wirksamkeitsaspekte eher wahrnimmt (vgl. ebd.: 166). Es scheint also bedeutsam, ob sich die Zielgruppe schon im Vorfeld der persuasiven Kommunikation mit der Bedrohung beschäftigt hat. Allerdings kann die wahrgenommene Ernsthaftigkeit eines Gesundheitsproblems neben faktischem Wissen auch durch sozialpsychologische Prozesse beeinflusst werden (vgl. Croyle & Hunt 1991: 386-387). Drei Aspekte scheinen hier besonders relevant: der derzeitige Gesundheitszustand, das Vorkommen der Erkrankung in der Familie und bereits bestehende Erfahrungen mit der Erkrankung (vgl. Vögele 2007: 297).

4.4.7 Weitere Variablen

In der Literatur werden weitere Rezipientenmerkmale angeführt, die sich intervenierend auf die Effekte von Furchtappellen auswirken. So könne ein niedriger sozio-ökonomischer Status dazu führen, dass starke Furchtappelle besser wirken (vgl. Kohn et al. 1982:457). Dies kann mit der Wissenskluthypothese erklärt werden: Je mehr die massenmediale Information in einem sozialen System zunimmt, umso eher eignen sich diejenigen Personen mit höheren sozio-ökonomischen Status diese Information an, und zwar wesentlich schneller als Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status. Daraus kann eine Wissenskluft entstehen (vgl. Tichenor, Donohue & Olien 1970: 160). Dies impliziert, dass Bevölkerungsschichten mit hohem sozio-ökonomischem Status von Gesundheitsinformationen eher profitieren als Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status (vgl. Ettema, Brown & Luepker 1983: 516).

Auch die Intelligenz der Rezipienten spielt angeblich eine Rolle. Mit steigender Intelligenz nimmt die Wahrscheinlichkeit der Rezeption einer Nachricht zu. Zugleich würde jedoch das Akzeptieren der Botschaft unwahrscheinlicher (vgl. Barth 2000: 71).

Daneben scheint die Charaktereigenschaft „need for cognition“, die im Rahmen des ELM immer wieder erwähnt wird, einen Einfluss auf die Wirkung von Furchtappellen zu haben, da Personen mit höherer „need for cognition“ Botschaften eher systematisch verarbeiten als Personen mit geringer „need for cognition“ (vgl. Cacioppo, Petty & Morris 1983). Ruiter, Verplanken, De Dremer & Kok (vgl. Ruiter et al. 2004) konnten dies in einer Untersuchung zu Furchtappellen im Kontext von Brustkrebs bestätigen: Personen mit hoher „need for cognition“ zeigten höhere Effekte bei Einstellungen und Intentionen und waren eher bereit, ein empfohlenes Verhalten (Selbstuntersuchung der Brust) durchzuführen als Personen mit geringer „need for cognition“ (vgl. ebd.: 17-20, s. auch Witte & Allen 2000: 602).

„High Sensation Seekers“ bevorzugen Botschaften mit hohem „Message Sensation Value“, der durch Soundeffekte, Überraschungsmomente und auch intensive Bilder erreicht wird. Darum wird vermutet, dass High Sensation Seekers positiver auf Furchtappelle reagieren (vgl. Quick & Stephenson 2008: 453). Eine Studie zu Furchtappellen im Kontext von Drogenprävention bei Jugendlichen fand heraus, dass High Sensation Seekers auf PSAs mit Furchtappellen eher mit Gegenargumenten und negativeren Einstellungen reagierten als Low Sensation Seekers, die mehr unterstützende Argumente fanden (vgl. Schoenbachler & Whittler 1996: 50). In einer anderen Studie zu Anti-Alkohol-Fernsehspots stellte man jedoch fest, dass Furchtappelle im Vergleich zu Humorappellen generell mehr Interesse und wahrgenommene Gefahr produzieren, aber unabhängig davon, ob die studentischen Versuchspersonen High Sensation Seekers oder Low Sensation Seekers waren (vgl. Lee & Shin 2010: 22).

4. Furchtappelle

Menschen mit einer generellen Haltung zur Vermeidung („avoiders“) tendieren eher dazu, Furchtappelle zurückzuweisen, bzw. akzeptieren eher schwache Furchtappelle. Sensible Personen („sensitizers“) hingegen akzeptieren eher starke Furchtappelle (vgl. Witte 1992: 345, Kohn et al. 1982: 458).

Menschen, die eher unsicherheitsorientiert sind („uncertainty-oriented persons“) zeigen bei stärkerer Bedrohung kombiniert mit stärkerer Wirksamkeit ein größeres Informationsbedürfnis sowie tatsächliches Verhalten (vgl. Brouwers & Sorrentino 1993: 106-109).

Auch die kulturelle Orientierung (vgl. Murray-Johnson et al. 2001) und die individuelle Empfindlichkeit gegenüber dem Stimulus (vgl. Dillard & Anderson 2004) sowie ob die Versuchspersonen freiwillig oder unfreiwillig an der Untersuchung teilnehmen, haben einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Furchtappellen. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass Unfreiwilligkeit zu Reaktanz führt (vgl. z.B. Kohn et al. 1982:457, Hale & Dillard 1995: 76).

4.4.8 Fazit

Schon Witte & Allen (2000) kamen zu dem Schluss, dass es eine enorm viele IVn gibt, die die Wirkung von Furchtappellen beeinflussen können. Allerdings sei die Zahl von Studien zu den einzelnen Variablen mit maximal drei bis vier eher bescheiden. Dies sei vermutlich auch der Grund dafür, dass bislang keine Schlüsselvariable entdeckt wurde (vgl. ebd.: 600). Dennoch wurden in diesem Kapitel einige dieser Variablen vorgestellt, um die Komplexität der Wirksamkeit von Furchtappellen zu demonstrieren. Daneben können weitere Aspekte, wie die Kosten, die mit einem neuen Verhalten verbunden sind, die verlorene Zeit, körperliche Unannehmlichkeiten, die Wirksamkeit von Furchtappellen und Gesundheitskommunikation zusätzlich beeinflussen (vgl. Hale & Dillard 1995: 78).

4.5 Abgrenzung zu anderen Stilmitteln

Dieses Kapitel soll Furchtappelle von anderen Stilmitteln, die in der Gesundheitskommunikation häufig angewendet werden, abgrenzen. Hierzu werden Furchtappelle reiner Bildwirkung, Graphiken, Risikobotschaften und geframten Botschaften gegenübergestellt.

4.5.1 Bild versus Furchtappell

Die Wirkung eines Furchtappells wird in der Regel von der reinen Bildwirkung unterschieden, da Furchtappelle nicht zwingend bildliche Darstellung enthalten müssen. Ein Beispiel hierfür sind die aktuellen Warnhinweise auf deutschen Zigarettenschachteln. Doch auch Bilder für sich können furchterregend wirken. Einige Studien zu Bildern mit unterschiedlicher Anmutungswalenz konnten zum Teil ähnliche Wirkungen nachweisen

4. Furchtappelle

wie Furchtappelle (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 370). So präsentierten Zillmann & Gan (1996) ihren Versuchspersonen im Kontext eines Nachrichtenbeitrags zum Thema Hautkrebs entweder relativ sterile, harmlose Bilder oder bedrohliche, furchterregende Fotos. Es zeigte sich, dass Bilder – sowohl bedrohliche als auch harmlose – dazu führen, das persönliche Erkrankungsrisiko höher einzuschätzen. Allerdings konnten furchterregende Bilder stärkere Beunruhigung hervorrufen als sterile Bilder. Auch Schutzmaßnahmen wurden aufgrund bedrohlicher Bilder bedeutsamer eingestuft. Außerdem nahm der Einfluss der bedrohlichen Bilder mit einem Abstand von zwei Wochen zu (ebd.). Zillmann, Gibson & Sargent (1999) widmeten sich ebenfalls der Bildwirkung.¹⁵⁴ Sie legten ihren Versuchspersonen unter anderem einen Artikel zur Sicherheit in Vergnügungsparks vor, dabei integrierten sie eine Kontrollversion ohne Bild. Die anderen beiden Versionen enthielten entweder ein Bild, das fröhliche Jugendliche bei einer Achterbahnfahrt zeigt und diese als angenehm und sicher präsentierte. Oder die Versuchspersonen sahen einen Krankenwagen, in den gerade eine Trage mit einer Person hineingehoben wird. Die Achterbahn ist nur im Hintergrund angedeutet. Dieses Bild sollte die Gefahren und Risiken von Achterbahnfahrten hervorheben. Sowohl direkt nach der Präsentation des Stimulusmaterials als auch zehn Tage später senkte das bedrohliche Bild die Wahrnehmung der Sicherheit von Achterbahnfahrten und erhöhte gleichzeitig die eigene Sorge zur Sicherheit bei Achterbahnfahrten. Rossmann & Pfister (2008: 371) schlossen daraus, dass Furchtappelle in Form von Bildern neben der Risikowahrnehmung auch Einstellungen und Verhaltensintentionen beeinflussen. Dramatisierende Bilder können zudem die Aufmerksamkeit des Lesers wecken, ihn länger bei einem Artikel verweilen und diesen mit größerer Aufmerksamkeit lesen lassen (vgl. Zillmann, Knobloch & Yu 2001). Leshner, Vultee, Bolls & Moore (2010) untersuchten Furchtappelle indem sie zwischen den beiden Basisemotionen geweckte Furcht und geweckter Ekel unterschieden. Als Stimulus dienten ihnen Anti-Rauchen-Spots. Diese vermittelten hohe oder geringe Furcht durch den Text und Ekel durch entsprechende Bilder (vgl. ebd.: 494). Dabei zeigte sich, dass sowohl furchterregender Inhalt als auch ekelerregende Bilder die Aufmerksamkeit und die Lerneffekte der studentischen Versuchspersonen erhöhen konnten. Allerdings ließen sich die Ergebnisse nicht durch die Kombination beider Emotionen steigern, vielmehr kam es bei der Kombination von hoher Furcht mit ekelerregenden Bildern zu gegenteiligen Effekten. Dennoch erwies sich ein geringer Furchtappell ohne ekelerregende Bilder als am wenigsten effektiv (vgl. ebd.: 496-499).

Gibson & Zillmann (2000) legten 135 studentischen Versuchspersonen zwei Nachrichtenartikel vor, wovon der zweite eine neue Krankheit beschrieb, die sich über infizierte

¹⁵⁴ Zwar enthielt der manipulierte Artikel auch einige Fallbeispiele in Form interviewter Mütter, diese wurden jedoch nicht manipuliert und somit auch nicht weiter untersucht.

Zecken verbreitet. Hier manipulierten die Forscher nur die verwendeten Bilder. Jeder Artikel zeigte die Bilder von zwei Zecken. Entweder waren nur diese Bilder zu sehen (Version 1) oder sie wurden durch die Abbildungen von Opfern in Form von einem schwarzen und zwei weißen Kindern (Version 2), von drei weißen Kindern (Version 3) oder drei schwarzen Kindern (Version 4) ergänzt. Außerdem gab es eine Kontrollversion ohne Bilder. Der Text war jeweils identisch und gab keinerlei Hinweise auf die ethnische Identität der Opfer.¹⁵⁵ Zentral war den Forschern die Frage nach der Risikoeinschätzung. Darum fragten sie, wie die Versuchspersonen das Risiko verschiedener Ethnien, Geschlechter, Altersgruppen und Regionen einschätzten. Die Ergebnisse demonstrierten, dass ein Bericht, der lediglich Bilder von Zecken beinhaltete, zu insgesamt niedrigeren Risikoeinschätzungen führte als ein Bericht mit zusätzlichen Bildern von Kindern. Ein Beitrag ohne jegliche Bilder hatte die geringsten Risikoeinschätzungen zur Folge, während ein Beitrag mit nur einer dargestellten Ethnie zur relativen Überschätzung des Risikos für diese Gruppe führte. Wurden sowohl weiße als auch schwarze Kinder als Opfer präsentiert, kam es zu einer ähnlich ausgeprägten Risikoeinschätzung für weiße und schwarze Personen. Als weiteres interessantes Ergebnis konnten Gibson & Zillmann belegen, dass allein die Darstellungen von Zecken, ob nun von Opferbildern begleitet oder nicht, eine höhere Informationsaufnahme bezüglich der Krankheit förderte (vgl. 2000: 360-362). Zillmann (2006) fasste das Ergebnis dieser Studie später wie folgt zusammen: „The incidental placement of innocuous photographs into text has also been found to affect issue assessments“ (vgl. ebd.: 230).

Die Frage, ob es sich bei den hier vorgestellten Studien im Grunde nicht doch um Furchtappellstudien handelte, kann verneint werden. Bei den Untersuchungen von Zillmann & Gan (1996) und Zillmann, Knobloch & Yu (2001) wurde tatsächlich nur die Bildwirkung analysiert. Bewältigungsbotschaften kamen im präsentierten Stimulusmaterial nicht vor und wurden folglich auch nicht untersucht. Leshner et al. (2010) separierten – wie dargestellt – die Wirkung des ekelerregenden Bildes von derjenigen des furchteinflößenden Textes. Bei Gibson & Zillmann (2000) konnten selbst harmlose Bilder Einflüsse hervorrufen. Insgesamt muss man jedoch einräumen, dass der Forschungsstand zur Bedeutung der Bildvalenz noch recht dünn ist und nur wenige quantitative Studien zur Bildwirkung vorliegen (vgl. Petersen 2006).

Häufig wird die ungleiche Wirkung von Bildern mit unterschiedlicher Valenz auf die mannigfachen Emotionen, die sie hervorrufen können, zurückgeführt (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 381, Keller 2008: 174-175). Denn Bilder können beispielsweise Furcht direkt – ohne kognitive Mediation – auslösen (vgl. Zajonc 1980, Zajonc 1984, Witte 1994: 131, s. Kapitel 4.3.7). Auch die schon beschriebene Lebhaftigkeit wird zur Erklä-

¹⁵⁵ Ein Beispiel der verbalen Darstellung des Fallbeispiels: „One youngster, 11 years old, died earlier in the year from meningitis related to BRD, doctors said.“ (2000: 359).

rung der Wirkung von (bedrohlichen) Bildern herangezogen (vgl. Nisbett & Ross 1980, s. Kapitel 3.8.8).

4.5.2 Graphiken versus Furchtappell

Graphiken tauchen in Gesundheitsbotschaften auf und illustrieren gesundheitliche Risiken. Sie sollen Sachverhalte „visualisieren und vermitteln“ (vgl. Füssler 2011: 40). Dabei können sie sinnvoll sein, werden aber ähnlich wie summarische Realitätsbeschreibungen nicht von allen Personen richtig gelesen und interpretiert (vgl. Ancker, Chan & Kukafka 2009: 462). So stellten Armstrong, Fitzgerald, Schwartz & Ubel (2001) fest, dass viele Personen nicht fähig waren, aus Graphiken, Risiken oder Unterschiede zwischen Risiken abzulesen. Aus diesem Grund eignen sich Graphiken dazu, die Aufmerksamkeit der Rezipienten zu wecken. Ein Bild bzw. Furchtappell eignet sich aber möglicherweise besser und kann eher in die gewünschte Richtung interpretiert werden als eine Graphik.

4.5.3 Risikobotschaften versus Furchtappell

Im Grunde genommen können Risikobotschaften wie Furchtappelle wirken (vgl. Witte 1995: 230). Sowohl Risikobotschaften als auch Furchtappelle demonstrieren, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Risiko auftritt und wie ernst das Risiko bei seinem Auftreten sein wird. Beide bieten spezielle Lösungen oder Ratschläge an, um das Risiko zu verringern. Allerdings ist dies bei Risikobotschaften deutlich seltener als bei Furchtappellen (vgl. ebd.: 233). Unter einem Risiko wird „eine drohende Gefahr, ein befürchteter Schaden oder Verlust verstanden“ (Leppin 2001: 107). Generell kann man den Begriff des Risikos von dem der Gefahr unterscheiden. Gefahren passieren, man hat darauf keinen direkten Einfluss. Risiken dagegen stehen immer im Zusammenhang mit Entscheidungen (vgl. Steffensen, Below & Merenyi 2009: 26). Darum hat auch Risikokommunikation das Ziel, gewisse Verhaltensänderungen zu bewirken (vgl. ebd.: 37). Laut Definition hat Risikokommunikation vier verschiedene Aufgaben: (1) Sie soll über Risiken informieren und diese erklären, um das Wissen zu den Risiken zu verbessern. (2) Sie soll Verhaltensänderungen und Vorsorgemaßnahmen initiieren. (3) Sie soll bei Notfällen und Katastrophen Informationen bereitstellen. (4) Sie soll zur Problem- und Konfliktlösung beitragen (vgl. ebd.: 60-61). Neben Aufklärung geht es im Kontext von Risikokommunikation also auch um Lösungsvorschläge. Häufig wird Risikokommunikation in die Nähe von neuen Technologien und den Akzeptanzproblemen gerückt (vgl. Peters 1991: 11). Zwar seien Furchtappelle auch im Bereich der Risikokommunikation anwendbar, sie könnten jedoch eine unangemessene Strategie sein (vgl. z.B. Covello, von Winterfeldt & Slovic 1986, Witte 1995: 249). Auf der anderen Seite liefert Risikokommunikation häufig nur Information zur Bedrohung, während Möglichkeiten zur Vermeidung des Risikos nicht dargestellt werden (vgl. Witte 1995: 250).

4.5.4 Loss-frame versus Furchtappell

Medien-Frames sind Bedeutungsrahmen, die durch die Verfasser von Medieninhalten wie Gesundheitsbotschaften vorgegeben werden. Bettet man Inhalte in einen gewissen Interpretationsrahmen ein, wird die Perspektive auf den Gegenstand festgelegt und ein Ereignis mit einer speziellen Bedeutung versehen (vgl. Baumann, Harden & Scherer 2003: 437). So können Appelle „loss-framed“ sein und Nachteile betonen, die beim Nichtbefolgen einer Empfehlung entstehen. Ein Beispiel hierfür wäre die Botschaft: „Wenn Du Dich nicht regelmäßig einer Mammographie unterziehst, reduzierst Du Deine Chancen, Brustkrebs früh und in einem behandelbaren Stadium zu erkennen.“ Ein „gain-framed“-Appell hingegen betont die Vorteile der Befolgung der Empfehlung. Eine solche Botschaft lautet wie folgt: „Wenn Du Dich regelmäßig einer Mammographie unterziehst, steigt die Chance Brustkrebs früh und in einem behandelbaren Stadium zu erkennen.“ (vgl. O’Keefe & Jensen 2009: 297) Letztlich spiegelt sich hierhin der grundlegende Ansatz der Wert-Erwartungstheorien wider (s. Kapitel 4.3.1), weshalb der Ansatz auf psychologischer Ebene auch im Kontext der „prospect theory“ (Kahneman & Tversky 1979) diskutiert wird (vgl. z.B. Scheufele 2003: 32). O’Keefe & Jensen (2009) führten eine Meta-Analyse von 53 Studien zu gain- und loss-framed Prophylaxebotschaften durch. Dabei stellten sie fest, dass „loss-framed appeals“ zu einer zwar nur leichten, aber signifikant höherer Persuasion führten als „gain-framed appeals“ (vgl. ebd.: 297). Chang (2007) ging in seiner Untersuchung einen Schritt weiter. Er untersuchte den Zusammenhang von Framing und Furchtappellen und kam zu dem Ergebnis, dass Framing einen Einfluss auf die Wirkung von Furchtappellen haben kann. Er variierte die dargestellte Bedrohung: „Mild threats“ schilderten lokale Schwellung, stechenden Schmerz und gerötete Haut, „serious threats“ Durchfall und grippearartige Symptome, die bis zum Tod führen – sowie das Framing – „positively-framed“ waren Formulierungen wie „Menschen die (...) nutzen (...)“ und „Sie können vertrauen (...)“, „negatively-framed“ wie „Menschen die (...) nicht nutzen (...)“ und „Sie können weniger vertrauen (...)“. Insgesamt war positives Framing in Kombination mit geringem wahrgenommenem Risiko erfolgreicher als negatives Framing mit hohem wahrgenommenem Risiko (vgl. ebd.: 58-59).¹⁵⁶ Kim & Sanders (2010) untersuchten Framing kombiniert mit Furchtappellen bei Anti-Rauchen PSAs unter Studenten. Sie stellten fest, dass ein Furchtappell begleitet von einem loss-frame zu einer höheren Risikowahrnehmung führte als in Verbindung mit einem gain-frame (ebd.: 15). Einige Jahre zuvor hatten Ruiters, Kok, Verplanken & Eersel (2003b) ebenfalls Furchtappelle in Kombination von gain- und loss-framed Botschaften untersucht. Die weiblichen Versuchspersonen sahen entweder eine Botschaft mit einem starken Furchtappell kombi-

¹⁵⁶ Außerdem erwies sich positives Framing bei positiv gestimmten Personen erfolgreich. Bei Personen mit negativer Stimmung fielen die Framingeffekte geringer aus (vgl. ebd.).

niert mit einem gain-frame oder einen schwachen Furchtappell mit einem gain- oder loss-frame zum Thema Brustkrebs. Sie konnten jedoch keine beweiskräftigen Ergebnisse präsentieren (vgl. ebd.: 399).

4.5.5 Fazit

Dieses Kapitel sollte verdeutlichen, dass in der Forschung unter einem Furchtappell mehr verstanden wird als die Darstellungen von Gesundheitsrisiken durch abschreckende, ekelerregende Bilder. Furchtappelle unterscheiden sich zudem von Graphiken, die vielmehr als eine Form summarischer Realitätsbeschreibung angesehen werden können. Auch sind sie von Risikobotschaften zu differenzieren, da Risikobotschaften in der Regel auf Bewältigungskomponente verzichten. Loss-frames dagegen werden häufig im Kontext von Furchtappellen eingesetzt und liefern eine Art Mantel für den Furchtappell. Wobei ein loss-frame die Risikowahrnehmung erhöht, während ein gain-frame in Kombination mit geringem wahrgenommenem Risiko insgesamt erfolgreicher ist.

„If they can do it, I can do it“ (O’Keefe 2002: 118).

5. Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen

Die beiden vorhergehenden Kapitel zeigten Fallbeispiele und Furchtappelle in ihren klassischen Settings und für sich allein genommen auf. Dieses Kapitel soll die Verbindung der beiden Kommunikationsstrategien als wirkungsvolle Kombination für die Gesundheitskommunikation demonstrieren. Hierzu werden zunächst Studien vorgestellt, die Fallbeispiele oder Furchtappelle im Kontext von Gesundheitsthemen verwendet und untersucht haben. Anschließend stehen Studien im Mittelpunkt, die bewusst oder unbewusst, beide Strategien integrierten. Darauf aufbauend folgen die Abgrenzung und Definitionen für Fallbeispiele und Furchtappelle im Kontext der vorliegenden Arbeit. Danach wird das positive Potential von Fallbeispielen und Furchtappellen für die Gesundheitskommunikation herausgearbeitet, gefolgt von Kritik, die sich für die beiden Strategien anführen lassen. Am Ende stehen Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit.

5.1 Bestandsaufnahme: Fallbeispiele und Furchtappelle im Gesundheitskontext

Wie die beiden vorhergehenden Kapitel demonstrierten, sind Fallbeispiele und Furchtappelle zwei relativ gut erforschte Strategien der Wirkungsforschung. Wenig erforscht ist jedoch ihr Zusammenspiel. Im Folgenden soll der Fokus auf der Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen im Kontext von Gesundheitskommunikation liegen. Hierzu werden zunächst Studien, die eine der beiden Strategien im Gesundheitskontext einsetzt, vorgestellt. Darauf folgt die Darstellung von Studien, die die jeweils andere Strategie – bewusst oder unbewusst – mit einbinden.

5.1.1 Fallbeispiele im Kontext von Gesundheitskommunikation

Wie und in welchem Umfang Fallbeispiele bislang im Kontext von Gesundheitskommunikation verwendet werden, ist noch nicht empirisch belegt.¹⁵⁷ Wie in Kapitel 3.2 dargestellt kommen Fallbeispiele in den Medien nicht allein deshalb zum Einsatz, „weil sie an sich berichtenswert sind, sondern weil sie als Beispiel dienen, um eine über den Einzelfall hinaus gehende Aussage zu illustrieren“ (Daschmann 2007: 234). Journalisten verwenden Fallbeispiele, da ihnen eine Reihe von Attributen zugeschrieben werden. Hierzu zählen unter anderem eine vergleichsweise hohe Authentizität, Lebhaftigkeit, Emotionalität, Verstehbarkeit, Anschaulichkeit und Überzeugungskraft (vgl. z.B. Brosius 1996, Daschmann & Brosius 1997, Zillmann & Brosius 2000, Daschmann 2001, Keller 2008). Allerdings sind sie im Grunde wenig valide, basieren auf Meinungen einzelner Personen, sagen nichts über tatsächliche Minderheits- und Mehrheitsmeinungen aus und können diese sogar konterkarieren. Zwar sollen sie charakteristische Fälle der Grundgesamtheit abbilden, diese ist aber häufig gar nicht bekannt, weshalb kein Rückschluss auf Repräsentativität möglich ist (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 11). Da man annehmen kann, dass zu jeder Sache mehrere Beispiele existieren (vgl. Zillmann & Brosius 2000: viii), wirken vermutlich mehrere Beispiele besser als eines. Darin zeigt sich aber auch, von welcher enormen Bedeutung es ist, die richtigen bzw. passenden Fallbeispiele auszuwählen.

An dieser Stelle ist ein Überblick zu Fallbeispielstudien angebracht, die ihren Versuchspersonen Themen zu gesundheitlichen Aspekten vorlegten. Von den fünf Studien aus den Jahren 1992 bis 2011 stammen die beiden älteren aus den USA und untersuchten die Themen „Diäten“ (Zillmann et al. 1992) und „Risiko von Radon“ (Perkins 1999)¹⁵⁸. Die jüngeren, europäischen Studien aus den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland behandeln die Themen „AIDS, Herzerkrankungen, Alkoholismus, Adiposi-

¹⁵⁷ Im Moment wird jedoch – wie erwähnt – eine Studie am IfKW der LMU durchgeführt.

¹⁵⁸ Bei der Studie zu Radongas handelt es sich im Grunde genommen nicht explizit um ein Gesundheits- sondern eher um ein Risikothema. Da diese Risiken jedoch unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit haben, wird die Studie in diesem Kontext vorgestellt.

tas und Asthma“ (Hoeken & Hustinx 2007)¹⁵⁹ sowie „Alkohol- und Medikamentenmissbrauch“ (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) 2004a, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) 2004b) und Impfrisiken (Betsch et al. 2011). Wie bei Fallbeispielstudien generell, wurden die Themen aller hier vorgestellten Studien konstruiert, auch wenn es sich dabei um realitätsnahe Sachverhalte handelte.

Die erste Studie, die sich mit Fallbeispielen im Zusammenhang mit gesundheitskommunikativen Inhalten beschäftigt, stammt von Zillmann, Perkins & Sundar (1992). Sie legten 213 Studenten drei verschiedene Zeitungsartikel vor, wovon der mittlere experimentell verändert war und als Thema den Erfolg von Diätprogrammen behandelte. In einem 3x2x2-Design wurde der Einfluss von Fallbeispielen (selektiv, gemischt oder repräsentativ), summarischen Realitätsbeschreibungen (geringe oder hohe Präzision)¹⁶⁰ und der Zeitpunkt der Messung (sofort oder zwei Wochen nach der Präsentation des Stimulusmaterials) untersucht. Von zentraler Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind die Ergebnisse zum ersten Faktor, dem Einfluss der Fallbeispielverteilung. Während die summarische Realitätsbeschreibung die Tatsache beschrieb, dass innerhalb eines Jahres nach einer erfolgreich durchgeführten Diät ein Drittel der Diätteilnehmer (präzise summarische Realitätsbeschreibung) bzw. einige Diätteilnehmer (vage summarische Realitätsbeschreibung) wieder zunahmen, unterschied sich die Verteilung der Fallbeispiele folgendermaßen: Entweder hatten alle neun dargestellten Personen innerhalb des Jahres wieder zugenommen (selektive Version), drei der neun Personen hatten wieder zugenommen (repräsentative Version entsprechend der präzisen summarischen Realitätsbeschreibung) oder sechs der neun Personen hatten wieder zugenommen (gemischte Version)¹⁶¹. Die Fallbeispiele waren wie folgt gestaltet:

„A year has passed for Jann Fabrizio of Milwaukee, Wis., and she only dreams of size six dresses and morning jogs around a lake near her home. She lost 110 pounds on a diet program and after a year, she has gained back all the weight. 'I just couldn't continue keeping those detailed food records and exercising,' she explains. 'I can't keep doing that for the rest of my life.'“ (Zillmann et al. 1992: 176)

Zillmann et al. präsentieren Name und Wohnort der Person. In diesem Fall handelt es sich um negatives Fallbeispiel, also eines, das nach einem Jahr wieder zugenommen hat. Wie es zur Gewichtsabnahme und anschließend zur erneuten Zunahme kam, wird knapp beschrieben und teilweise in direkter Rede zitiert. Zillmann et al. hatten vermu-

¹⁵⁹ Auch die Studie von Hoeken & Hustinx (2007) behandelt erst auf den zweiten Blick Gesundheitsthemen, was auf den nächsten Seiten genauer dargestellt wird.

¹⁶⁰ Bezüglich des zweiten Faktors konnten sie zeigen, dass präzise summarische Realitätsbeschreibungen (im Artikel beispielsweise operationalisiert durch „65 Millionen Amerikaner“, „32,4 Prozent“) zu einer weniger verzerrten Wahrnehmung führten als unpräzise summarische Realitätsbeschreibungen (wie „Millionen von Amerikanern“, „einige“) und dieser Effekt über einen Zeitraum von zwei Wochen stabil bleibt.

¹⁶¹ Brosius bezeichnet eine solche Version konterkarierend (vgl. Kapitel 3.3.2).

tet, dass selektive Fallbeispiele zu einer stärker verzerrten Wahrnehmung als gemischte Fallbeispiele führen würden und diese wiederum stärker verzerrten als repräsentative Fallbeispiele. Es zeigte sich, dass unabhängig davon, ob den Versuchspersonen die Fallbeispiele in Kombination mit einer präzisen oder eher vagen summarischen Realitätsbeschreibung präsentiert worden waren, Fallbeispiele im Vergleich zu den summarischen Realitätsbeschreibungen einen stärkeren Einfluss in der erwarteten Form hatten. Über alle Fallbeispielversionen hinweg betrug der Mittelwert der Einschätzung der Wiederzunahme 65 Prozent¹⁶² (obwohl laut summarischer Realitätsbeschreibung nur ein Drittel wieder zugenommen hatte). Einzelnen zeigten sich die folgenden Einschätzungen: Selektive Fallbeispiele führen zu einer Einschätzung von 75 Prozent, gemischte Fallbeispiele zu 62 Prozent und repräsentative Fallbeispiele zu 59 Prozent (vgl. 1992: 179-181). Die Vermutung, dass sich die Unterschiede der verschiedenen Fallbeispielversionen mit der Zeit noch verstärken würden, konnten die Forscher nicht bestätigen. Betrachtet man jedoch die Fallbeispielversionen insgesamt, zeigte sich, dass Personen, die nach der Diät wieder zunahmen, überschätzt wurden (71 Prozent).¹⁶³ Positiv anzumerken ist bei der Studie die Ablenkung durch andere Beiträge, negativ hingegen die fehlenden Vorhermessung.

Die Studie zur Wahrnehmung des Risikos von Radon ist nicht primär eine Studie im Gesundheitskontext. Da Radon jedoch die Gesundheit von Menschen unmittelbar beeinflusst, wird die Studie von Perkins (1999) hier vorgestellt. Er zeigte den Versuchspersonen einen Fernsehbeitrag. In den verschiedenen Versionen des Beitrags kamen unterschiedlich viele Hauseigentümer zu Wort, die ihre Sorgen bezüglich der Gefahren von Radon teilten. Doch unabhängig davon, ob die Versuchspersonen zwei, vier oder acht Hausbesitzer sahen, der Text, den sie durch die Fallbeispiele hörten, war immer identisch. Es zeigte sich, dass eine größere Anzahl von Fallbeispielen zu höheren Risikoeinschätzungen und einer größeren Bereitschaft führte, Radonmessungen durchführen zu lassen als eine kleinere Anzahl von Fallbeispielen (vgl. Perkins 1999, zit. n. Zillmann 2006: 230). Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zum ersten Telexperiment von Brosius et al. (vgl. 2000, s. Kapitel 3.6.5), wo die Anzahl der Fallbeispiele keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt hatte. Die widersprüchlichen Ergebnisse könnten an der unterschiedlichen Themenstruktur der beiden Experimente liegen. Während Brosius et al. ihren Versuchspersonen neue Biergläser und Tele-Shopping präsentierten, wurden sie bei Perkins mit dem radioaktiven Gas Radon konfrontiert. Man kann davon ausgehen, dass letzteres die Rezipienten emotional eher aufwühlt als das Fassvermögen von Biergläsern, da es sich um ein gefährliches, gesundheitsschädliches Gas handelt. Zillmann (2006) meint hierzu: „(...) emotion-conveying and affect-eliciting ex-

¹⁶² Alle Prozentangaben sind gerundet.

¹⁶³ Selektive Fallbeispiele führten zwei Wochen später zu einer Einschätzung von 70,2 Prozent, gemischte Fallbeispiele zu 69,2 Prozent und repräsentative Fallbeispiele zu 73,8 Prozent.

emplars do exert disproportional influence on the assessment of safety and health risks to others and self (2006: S230).”

Zwei Jahre später untersuchten Hoeken & Hustinx (2007) erneut die Wirkung von Fallbeispielen. Dabei ging es ihnen um die Frage, ob Verantwortlichkeitsstereotype transportiert durch Fallbeispiele die wahrgenommene Verantwortlichkeit der Versuchspersonen beeinflussen können. Zwar ging es bei der Studie zu Spendenbriefen und nicht um Gesundheitskommunikation im engeren Sinne, dennoch soll sie kurz beschrieben werden. Die Studie setzte sich aus drei Experimenten zusammen. Beim ersten Experiment erhielten 103 studentischen Versuchspersonen einen Spendenbrief, der sich aus vier Abschnitten zusammensetzte. Lediglich der zweite Abschnitt, der das Fallbeispiel schilderte, wurde variiert. Ein Mann war entweder durch seine Frau mit AIDS infiziert worden, die sich bei einer Affäre mit einem Kollegen die Krankheit zugezogen hatte (Version 1, nicht verantwortlich). Oder der Mann hatte sich bei einer seiner vielen sexuellen Bekanntschaften durch ungeschützten Geschlechtsverkehr angesteckt (Version 2, verantwortlich). Neben der Einstellung zum Spendenverhalten der Versuchspersonen interessierte die Forscher vor allem, welchen Einfluss die Fallbeispielversionen auf die Kausalattribution¹⁶⁴ bzw. die Wahrnehmung der Verantwortlichkeitsstereotype hat. Es zeigte sich, dass die Wahrnehmung der Versuchspersonen durch die unterschiedlichen Fallbeispiele tatsächlich beeinflusst wurde. So hielten diejenigen, die Version 1 gelesen hatten, AIDS-Patienten generell als weniger verantwortlich für ihre Infektion als diejenigen, die Version 2 gelesen hatten. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Spendenintention der Versuchspersonen, was die Autoren mit möglichen Deckeneffekten erklärten. Um diese Deckeneffekte zu vermeiden, führten sie ein zweites Experiment durch. Nun sollten die Versuchspersonen angeben, ob sie aufgrund des Spendenbriefes Geld spenden würden und wenn ja, wie viel. Außerdem kamen nun neben AIDS die Themen Herzerkrankung, obdachlose Alkoholiker und Adipositas hinzu. Neben Studenten wurden diesmal auch andere Teilnehmer als Versuchspersonen rekrutiert und so setzten sich die 288 Versuchspersonen aus Personen unterschiedlicher Bildung im Alter zwischen 16 und 76 Jahren zusammen. Das Stimulusmaterial entsprach beim Thema AIDS dem des ersten Experiments. Beim Thema Herzerkrankung wurden als Ursachen der Erkrankung Vererbung (Version 1) oder schlechte Ernährung in Kombination mit Rauchen (Version 2) genannt. Beim Thema obdachloser Alkoholiker hatte das Fallbeispiel seine Familie und den Arbeitsplatz entweder durch einen Autounfall (Version 1) oder durch ungezügelttes Trink- bzw. Suchtverhalten (Version 2) verloren. Beim Thema Übergewicht lag die Ursache entweder an einer Drüsenkrankung (Version 1) oder an der Unfähigkeit eine Diät einzuhalten (Version 2, vgl. 2007: 605). Insgesamt zeigte sich dasselbe Bild wie schon im ersten Experiment: Die

¹⁶⁴ Gemessen durch das Item „People suffering from AIDS usually have to blame themselves” (2007: 602).

wahrgenommene Verantwortlichkeit orientierte sich am dargestellten Fallbeispiel und wurde auf die Gruppe der erkrankten Personen als Ganzes übertragen. Die unterschiedlich wahrgenommene Verantwortlichkeit wirkte sich erneut nicht auf die Spendenintention aus (vgl. 2007: 606-608). Um schließlich herauszufinden, ob Verantwortlichkeitsstereotype in Form von Fallbeispielen nur bei unbekanntem Organisationen zum Tragen kommen, wurde ein drittes Experiment mit 288 Versuchspersonen unterschiedlicher Bildung im Alter zwischen 16 und 74 Jahren durchgeführt. Nun stammten die Spendenaufrufe zu den Themen AIDS und Asthma entweder von einer bekannten (AIDS) oder von einer frei erfundenen Organisation (Asthma). Erneut wurde die durch das Fallbeispiel vermittelte Verantwortlichkeit auf die Gruppe der Erkrankten als Ganzes übertragen. Leser der zweiten Version hielten sowohl AIDS als auch Asthmakranke eher für verantwortlich an ihrer Erkrankung als Leser der ersten Version. Erneut hatte dies keinen Effekt auf das Spendenverhalten (vgl. 2007: 611-612). Dennoch konnten die Autoren zeigen, dass Fallbeispiele auch bei persuasiven Versuchen die Wirklichkeitsvorstellungen von Menschen beeinflussen können (vgl. 2007: 615).

Die Schweizer Stiftung „Berner Gesundheit“ führte in Zusammenarbeit mit der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZüFAM) das Projekt „bella donna“ durch. Dabei sollten Frauen ab 40 Jahren mit

„geringeren wirtschaftlichen und bildungsmässigen (sic!) Ressourcen auf die Gefahren eines regelmässigen (sic!) Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmedikamente (sic!) zur Alltagsbewältigung aufmerksam (gemacht) und gleichzeitig mögliche Alternativen“ (ZüFAM 2004b: 1)

vorgestellt werden. Hierfür wurde unter anderem die 56-seitige, farbige Zeitschrift „bella donna“ entwickelt. Die im Boulevard-Stil gehaltene Zeitschrift verknüpfte Präventionsinhalte zu Medikamentengebrauch und -missbrauch mit Unterhaltung. Das „Herzstück der Zeitschrift waren Porträts von Frauen, die von ihren Erfahrungen mit ihrer Medikamentenabhängigkeit erzählen“ (ebd.). Dabei handelte es sich letztlich um Fallbeispiele, die aber nicht also analysiert wurden. Insgesamt 60.000 Zeitschriften wurden in zwei Etappen in den Kantonen Bern und Zürich verteilt. An einer integrierten Leserinnenbefragung nahmen 668 Personen, 88 Prozent Frauen und 12 Prozent Männer, teil. Die Gestaltung der Zeitschrift kam insgesamt gut an. Personen über 40 Jahre fanden die Zeitschrift interessanter und fühlten sich besser unterhalten als jüngere Personen. Von über 60-jährigen wurde sie deutlich attraktiver beurteilt als von Personen unter 20 Jahren. Auch Personen mit und ohne (Berufs-)Ausbildung gefiel die Zeitschrift besser, und sie fanden sie unterhaltsamer als Personen mit höherer Bildung. (vgl. ZüFAM 2004: 2-4). Dieses Projekt kann als Beispiel fungieren, wie Fallbeispiele in Präventi-

onskampagnen umgesetzt werden können und weist darauf hin, dass Fallbeispiele vor allem bei Älteren und weniger Gebildeten gut ankommen.

Die jüngste Studie legten Betsch, Ulshöfer, Renkewitz & Betsch (2011) vor. Anstatt von Fallbeispielen und summarischer Realitätsbeschreibung sprechen sie von „narrative information“ und „statistical information“ (ebd.: 1).¹⁶⁵ Zum Thema Impfrisiken führten sie zwei Experimente zu Internetforen durch. In ihrem ersten Laborexperiment legten sie 72 studentischen Versuchspersonen Forenbeiträge in Papierformat vor. Von den insgesamt zehn dargestellten Fallbeispielen berichteten entweder ein, zwei oder vier von Nebenwirkungen beim Impfen. Außerdem enthielt jede Version eine summarische Realitätsbeschreibung in Form der Eintrittswahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen von 20 Prozent, die als „20 von 100 Fällen“ formuliert und zudem als Piktogramm dargestellt war (vgl. ebd.: 3-4). Es zeigte sich, dass die Darstellung mehrerer Fallbeispiele mit Nebenwirkungen zu einem höheren wahrgenommenen Risiko und zu geringeren Impfintentionen führte (vgl. ebd.: 6-7). Bei ihrem zweiten Experiment mit 313 studentischen Versuchspersonen untersuchten die Forscher insgesamt vier Faktoren: Sie variierten die summarische Realitätsbeschreibung (20 versus 40 Prozent Eintrittswahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen), die Anzahl der Fallbeispiele mit Nebenwirkungen (zwei oder vier von zehn Fallbeispielen, entsprechend der Angaben der summarischen Realitätsbeschreibung), die Emotionalität der Fallbeispiele (schwach versus stark)¹⁶⁶ und die Reichhaltigkeit der Fallbeispiele (ebenfalls schwach versus stark)¹⁶⁷. Erneut führten mehr Fallbeispiele mit Nebenwirkungen zu höherem wahrgenommenem Risiko und auch zu einer höheren wahrgenommenen Ernsthaftigkeit. Auch emotionalere Fallbeispiele konnten die Risikowahrnehmung steigern, während sich für reichhaltige Fallbeispiele kein solcher Effekt zeigte (vgl. ebd.: 8-9). Allerdings steigerte auch eine höhere summarische Realitätsbeschreibung (40 Prozent Eintrittswahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen versus 20 Prozent) die Risikowahrnehmung (vgl. ebd.: 8).

Fazit

Die fünf vorgestellten Studien beweisen, dass Fallbeispiele im Kontext von Gesundheitskommunikation in vielen Ländern als relevante Kommunikationsstrategie angesehen werden. In den Studien wurden die Fallbeispiele unterschiedlich operationalisiert. Entweder dominierten sie das zentrale Forschungsinteresse und waren eng an die klassische Fallbeispielforschung angelehnt, wie bei Zillmann et al. (1992), Perkins

¹⁶⁵ Auch Kim, Bigman, Leader, Lerman & Cappella (2010) begreifen Fallbeispiele als „narratives including testimonials and personal episodes“ (ebd.: 2-3). Sie stellten in ihrer Studie fest, dass ein Fallbeispiel zur intensiveren Auseinandersetzung mit einem Zeitungsartikel zum Thema Rauchen führt, was folglich auch die Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören steigert (vgl. ebd. 22-24, 27-28).

¹⁶⁶ Emotionale Fallbeispiele beinhalteten emotionale Adjektive, Betonungen, Emoticons, Selbstoffenbarung von emotionalen Erfahrungen, eigenen Ängsten und Emotionen, Personifikation, emotionale Warnungen etc. (vgl. ebd.: 3).

¹⁶⁷ Reichhaltige Fallbeispiele beinhalteten viele Details zu Diagnose und Symptomen, akkurate Beschreibungen der erlebten Nebenwirkungen, Gebrauch von ganzen Sätzen etc. (vgl. ebd.: 3).

(1999) und Betsch et al. (2011), die den Versuchspersonen unterschiedliche Fallbeispielverteilungen vorlegten. Oder es wurde nur ein Fallbeispiel mit unterschiedlicher Konnotation präsentiert, um beispielsweise zu untersuchen, welche Auswirkungen diese Variation auf die Kausalattribution der Rezipienten hatte (vgl. Hoeken & Hustinx 2007). Die Forscher nutzten Fallbeispiele aber auch allein als Transportmittel für gesundheitsrelevante Botschaften (vgl. ZüFAM 2004a-c). Immerhin zwei der fünf Studien untersuchten auch nicht-studentische Versuchspersonen (vgl. Hoeken & Hustinx 2007, ZüFAM 2004b-c), doch die Studien verwenden allesamt unterschiedliche Medien: vom Zeitungsartikel (Zillmann et al. 1992) über den Fernsehbeitrag (Perkins 1999), einen Spendenbrief (Hoeken & Hustinx 2007), eine Zeitschrift (ZüFAM 2004a) und Internetforen (Betsch et al. 2011) ist alles vertreten.

Die Studien verweisen auf das enorme Potential von Fallbeispielen in der Gesundheitskommunikation. Da dieser Aspekt im Kapitel 5.4 weiter ausgeführt wird, soll an dieser Stelle nur ein kurzer Abriss der zentralen Ergebnisse erfolgen: Fallbeispiele haben im Kontext von Gesundheitsthemen im Vergleich zu summarischen Realitätsbeschreibungen einen stärkeren Einfluss auf die Wahrnehmung von Erkrankungshäufigkeiten als summarische Realitätsbeschreibungen, und zwar unabhängig davon ob die Fallbeispiele von präzisen oder eher vagen summarischen Realitätsbeschreibungen begleitet werden (vgl. Zillmann et al. 1992). Allerdings verstärkte sich dieser Effekt – zumindest beim Thema Diäten – im Zeitverlauf nicht (vgl. ebd.). Eine höhere Anzahl von Fallbeispielen führt zu höheren Risikoeinschätzungen und in der Folge zu höheren Handlungsintentionen als wenige Fallbeispiele (vgl. 1999) vor allem dann, wenn sie besonders emotional gehalten sind (vgl. Betsch et al. 2011). Auch die Kausalattributionen der Rezipienten können Fallbeispiele in einem Gesundheitskontext beeinflussen. Das heißt, je nachdem wie ein Fallbeispiel gestaltet ist, beeinflusst es, ob die Rezipienten die Erkrankungsursache am persönlichen Verhalten einer erkrankten Person oder an äußeren Umständen festmachen. Diese Kausalzuschreibung wird zudem für die Gruppe der erkrankten Personen als Ganzes angenommen (vgl. 2007). Außerdem können Fallbeispiele möglicherweise dazu beitragen, dass Gesundheitsinformationen interessant und unterhaltsam wahrgenommen werden (vgl. ZüFAM 2004c).

5.1.2 Furchtappelle im Kontext von Gesundheitskommunikation

Furchtappelle kann man als genuine Strategie der Gesundheitskommunikation bezeichnen (s. Kapitel 4.1). Aus diesem Grund liegen, wie schon erwähnt, unzählige Studien vor, die unterschiedlich operationalisierte Furchtappelle bei verschiedenen Gesundheitsthemen untersuchen. Anders als bei den eben vorgestellten Fallbeispielstudien lässt sich darum an dieser Stelle kein umfassender Forschungsüberblick darstellen. Stattdessen wurden einige für das vorliegende Forschungsinteresse relevante

Studien ausgewählt. Typischerweise wird in der Furchtappellforschung wie folgt vorgegangen: Die Forscher manipulieren die Stärke des Furchtappells (meistens schwach versus stark), anschließend wird die geweckte Furcht in Manipulationschecks überprüft (Items, die die geweckte Furcht messen, müssen sich signifikant voneinander unterscheiden). Am Ende folgt die Beurteilung, ob der stärkere Furchtappell auch stärkere Reaktionen hervorruft als der schwächere Furchtappell (vgl. Witte & Allen 2000: 592). Die durch die Furchtappelle erzielten Ergebnisse lassen sich darauf aufbauend in zwei Klassen differenzieren: 1) Ergebnisse, die die Akzeptanz der Botschaft widerspiegeln und 2) Ergebnisse, die eine Zurückweisung der Botschaft (wie Vermeidung, Reaktanz, Leugnung) wiedergeben (vgl. ebd.). Letztlich wird damit deutlich, ob die Versuchspersonen einen Gefahren- oder Furchtkontrollprozess eingeschlagen haben. Von den hier vorgestellten Studien aus den Jahren 1953 bis 2010 stammen die beiden älteren aus den USA und analysieren die Themen Zahnpflege (vgl. Janis & Feshbach 1953) und „Drinking and Driving“ (vgl. Kohn et al. 1982). Die beiden jüngeren, europäischen Studien aus Spanien und Deutschland behandeln die Themen Tetanusimpfung (vgl. Ordonana et al. 2009) und Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung, vgl. Betsch & Könen 2010).

Janis & Feshbach (1953) gingen in ihrer Pionierstudie der Frage nach, welchen Einfluss Furchtappelle auf die Effektivität persuasiver Kommunikation haben. Sie präsentierten drei Experimental- und einer Kontrollgruppe mit je 50 Schülern eine 15minütige Präsentation zu Zahnverfall und Zahnpflege. Die Versuchspersonen sahen dabei entweder einen starken Furchtappell, der die schmerzvollen Folgen von Zahnfäule, erkranktes Zahnfleisch und andere Folgen unsachgemäßer Zahnhygiene aufzeigte. Dieser Appell war durch Statements wie „Dies kann dir passieren“ direkt an das Publikum gerichtet und personalisiert (Version 1). In der zweiten Version sahen die Versuchspersonen einen moderaten Furchtappell, der die Gefahren in einer mildereren, eher faktischen und unpersönlichen Weise beschrieb. Oder aber die Versuchspersonen sahen einen minimalen Furchtappell, der auf die Folgen schlecht gepflegter Zähne nicht einging und relativ neutral, in Form von Fakten, Zahnfunktionen schilderte (Version 3). Die Kontrollgruppe sah zwar keinen Furchtappell, aber eine vergleichbare Präsentation zu einem anderen Thema (vgl. ebd.: 79-80). Schon eine Woche vor der Stimuluspräsentation wurden die Schüler per Fragebogen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, darunter Zahnpflege, befragt. Direkt nach der Präsentation des Stimulus erhielten sie einen kurzen Fragebogen, der die unmittelbaren Effekte der Botschaft, wie Wissen, Einstellungen und emotionale Reaktionen, erfasste. Wiederum eine Woche später war ein weiterer Fragebogen auszufüllen, der Langzeiteffekte der Botschaft dokumentieren sollte (vgl. ebd.: 80). Die Manipulation der Furcht hatte funktioniert, denn je stärker der Furchtappell, umso mehr Angst hatten die Versuchspersonen vor den negativen Fol-

gen ungenügender Zahnpflege.¹⁶⁸ Ein starker Furchtappell führte zu einer positiveren objektiven Bewertung der Präsentation und zu negativeren subjektiven Bewertungen als ein minimaler oder schwacher Furchtappell. Janis & Feshbach schlossen daraus „(...) the Strong appeal evoked a more mixed or ambivalent attitude toward the communication than did the Moderate or Minimal appeals.“ (ebd.: 83, Groß- und Kleinschreibung wie im Original) Allerdings hatte der starke Furchtappell keinerlei Auswirkungen auf das Wissen der Versuchspersonen und deren Einstellungen hinsichtlich der geeigneten Zahnbürste. Und bei den Einstellungen zur Zahnhygiene und zur Konsultation eines Zahnarztes zeigte sich eine Änderung in die empfohlene Richtung bei einem minimalen Furchtappell. Mit diesem waren die Einflüsse außerdem am stabilsten (vgl. ebd.: 82-87). Die Autoren fanden also in ihrer Studie heraus, dass starke Furchtappelle nicht wirken. Sie erklärten dies durch die intensiven Angstgefühle, die die Aufmerksamkeit von der eigentlichen Botschaft abwenden. Außerdem führe die starke Furcht zu Abwehrmechanismen und zum Zurückweisen der Argumente. Die Ergebnisse, die auch heute noch als „grundlegend“ (Barth 2000: 66) betitelten Studie, hatten schwerwiegende Konsequenzen für die Verwendung von Furchtappellen (s. auch Kapitel 4.3.2). Da die Studie als Pionierstudie immer wieder zitiert wurde, hatte sie unverhältnismäßig großen Einfluss, obwohl es in Folgestudien nicht gelang, die Ergebnisse zu replizieren. Folglich lernten zwei Generationen von (amerikanischen) Gesundheitsprofis, dass Furchtappellbotschaften fehlschlagen und mieden sie deshalb (vgl. Green & Witte 2006: 249). Die Studie lässt sich durchaus kritisieren. So sind die Ergebnisse nicht generalisierbar, da allein Schüler befragt wurden, die die Furchtappelle in einem vorgegebenen Rahmen konsumieren mussten. Die Ergebnisse gelten lediglich für das Thema Zahnhygiene und nur für das Medium „Präsentation“. Auch kann man eine Konfundierung¹⁶⁹ von Furchtappell und Personalisierung anmerken, da die unterschiedlichen Furchtappelle entweder stark personalisiert, eher faktisch und unpersönlich oder relativ neutral formuliert waren. Außerdem stellten die Autoren weder Hypothesen noch Forschungsfragen auf, sondern nahmen allein an, dass emotionale Spannung zu höherer Motivation führt, die in der Präsentation dargebotenen Empfehlungen anzunehmen und umzusetzen. Positiv sind jedoch die randomisierte Zuweisung der Versuchspersonen zu den verschiedenen Versuchs- und Kontrollgruppen anzumerken, ergänzt durch die Kontrolle der soziodemographischen Merkmale, eine einheitliche Länge des Stimulusmaterials, die verschiedenen Messzeitpunkte und die Ablenkung der Versuchspersonen bei der Vorhermessung, durch das Abfragen verschiedener Themen.

¹⁶⁸ Janis & Feshbach hatten dies durch die drei folgenden Items vor und nach der Stimuluspräsentation erfasst: „Machte mir Sorgen um den Zustand meines Mundes“, „Machte mir irgendwie Sorgen zu ungenügender Zahnpflege“ und „Dachte über den Zustand der eigenen Zähne nach“ (vgl. ebd.: 81).

¹⁶⁹ Unter Konfundierung versteht man Störvariablen, „die im Treatment selbst, also im Kontext der Variation der unabhängigen Variablen angesiedelt“ (Brosius, Koschel & Haas 2008: 213) sind.

Kohn, Goodstadt, Cook, Sheppard & Chan (1982) präsentierten 441 studentischen Versuchspersonen einen von vier variierten Filmen zum Thema „Drinking and Driving“. Variiert wurde allein die Bedrohungs-komponente. Der Film mit mittlerer Bedrohung zeigte eine Abfolge von Ereignissen, die zu einem Autounfall mit zwei angetrunkenen Autofahrern führen. Am Ende wird offensichtlich, dass ein junges Pärchen, das in einem der Fahrzeuge saß, stirbt. Allerdings werden weder die demolierten Fahrzeuge noch die verletzten bzw. getöteten Opfer gezeigt. Auf diesem Film basieren die anderen beiden Versionen. Bei leichter Bedrohung stoßen die beiden Autos nur beinahe zusammenstoßen und das junge Pärchen beschließt nach einem kurzen Stopp, in Zukunft nur noch nüchtern zu fahren. In die Version mit hoher Bedrohung wurden ergänzend zur mittleren Version visuelle und auditive Elemente integriert, die die schrecklichen Folgen des Unfalls an Opfern und Fahrzeugen zeigten. Eine Kontrollgruppe schließlich sah einen Film ohne Relevanz zum Thema (vgl. ebd.: 458-459). Die Studenten wurden eine Woche vor der Stimuluspräsentation, direkt danach und sechs Monate später befragt. Auch in dieser Studie war die Manipulation erfolgreich, denn die Version mit der hohen Bedrohung löste die stärksten emotionalen Reaktionen (Freudlosigkeit, Angst und Ekel) aus, gefolgt von der mittleren Bedrohung, die wiederum von der geringen Bedrohung gefolgt wurde. Die geringsten emotionalen Reaktionen zeigten die Versuchspersonen der Kontrollgruppe. Beim Wissen übertrafen die Experimentalgruppen die Kontrollgruppe signifikant. Auf das Verhalten der Versuchspersonen hatten die unterschiedlichen Furchtappelle jedoch keinen Einfluss (vgl. ebd.: 460-462). Und bei starker und geringer Bedrohung zeigten Versuchspersonen direkt nach dem Film signifikant positivere Einstellungen hinsichtlich pro „Drinking and Driving“. Die Autoren sehen hierin einen Bumerang-Effekt. Dieser tritt auf, wenn sich eine Person „einer deutlichen Beeinflussungsabsicht ausgesetzt sieht“ (Schmidt 2004: 103), wodurch sie sich in der freien Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt fühlt. Folglich bemüht sie sich, diese Freiheiten zurückzubekommen, indem sie genau das, zu dem sie überredet werden soll, nicht tut (vgl. ebd.). Kohn et al. begründen den Bumerang mit Reaktanz (s. Kapitel 5.7.2) und führen ihn auf den Umstand der „forced exposure“ zurück. Allerdings kann so nicht erklärt werden, weshalb die mittlere Bedrohung nicht ebenfalls zu einem Bumerang-Effekt führte. Nach sechs Monaten war der Effekt verschwunden (vgl. ebd.: 462-463). Neben der unzureichenden Erklärung für den Bumerang-Effekt lässt sich an der Studie auch kritisieren, dass die Kontrollgruppe einen völlig anderen Film sah und das tatsächliche Verhalten nur sechs Monate nach der Rezeption abgefragt wurde. Aus Sicht der zur Zeit der Studie aktuellen Furchtappellmodelle fehlt den Furchtappellen die Bewältigungskomponente, was möglicherweise zu dem beobachteten Bumerang-Effekt führte (s. Kapitel 5.7.2). Lediglich die Version mit der geringen Bedrohung und dem Schluss des Pärchens, in Zukunft nur noch

nicht-alkoholisiert zu fahren, ist eine Art Bewältigungsansatz. Damit unterscheiden sich die unterschiedlichen Bedrohungsversionen erheblich und man kann – wie schon bei Janis & Feshbach – von einer Konfundierung des Stimulusmaterials sprechen, denn bei den anderen Versionen müssen sich die Versuchspersonen ihre Bewältigungsmöglichkeiten selbst zurechtlegen.

Für ihre Studie zum Thema Tetanusimpfung wählten Ordonana, González-Javier, Espin-Lopez & Gómez-Amor (2009) 92 Teilnehmer aus einem Panel von 174 Studenten aus, die sich in den letzten acht Jahren nicht impfen ließen. Vier verschiedene Experimentalgruppen sahen vier unterschiedliche Videobotschaften, die jeweils die gleiche Länge hatten und mit einer off-screen-Stimme unterlegt waren. Sowohl vor der Rezeption, direkt im Anschluss und acht Wochen später füllten die Versuchspersonen einen Fragebogen aus.¹⁷⁰ Die Videobotschaften bestanden aus drei Blöcken: einer Einleitung, einem Bedrohungs- und Bewältigungsteil. Die Bedrohung war entweder gering oder stark (Faktor 1) und die Wirksamkeit ebenfalls entweder gering oder hoch (Faktor 2). Die Bedrohungskomponente setzte sich aus der Darstellung einer Tetanusinfektion, den Übertragungswegen, Symptomen und Folgen der Erkrankung zusammen. Dieser Teil wurde durch den Einsatz von Bildern (Landschaften oder Messer versus Bilder von Krampfanfällen), der präsentierten Information und der verwendeten Sprache manipuliert. Die Wirkungs- bzw. Bewältigungskomponente beschrieb die Wirksamkeit der Impfung entweder als eine alternative Maßnahme mit möglichen Zusatzkosten (geringe Wirksamkeit) oder als bestmögliche präventive Maßnahme, die leicht und problemlos anzuwenden ist (hohe Wirksamkeit, vgl. ebd.: 198-199). Es konnten hochsignifikante Effekte für wahrgenommene Furcht und wahrgenommene Bedrohung festgestellt werden. So gaben Versuchspersonen, die die Version mit hoher Bedrohung gesehen hatten, an, sich mehr zu fürchten. Sie stuften die Krankheit außerdem als ernster ein und fühlten sich anfälliger für die Krankheit als Versuchspersonen, denen die geringe Bedrohung präsentiert worden war (vgl. ebd.: 203). Allerdings konnten die Autoren keine Interaktionseffekte zwischen Bedrohungs- und Wirksamkeitskomponenten auf die wahrgenommene Furcht feststellen. Auch führten weder defensive Vermeidung, Minimierung oder wahrgenommene Manipulation zu nennenswerten Unterschieden zwischen den Experimentalgruppen. Was das Impfverhalten betrifft, zeigte sich jedoch, dass diejenigen Versuchspersonen, die eine Botschaft aus der Kombination starke Bedrohung und hohe Wirksamkeit sahen, sich signifikant häufiger impfen ließen. Zwar nur tendenziell, doch in dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse bei der Verhaltensintention. Die Autoren betonen, dass die Ergebnisse nicht dem EPPM entsprechen und vermuten, dass Botschaften mit hoher Bedrohung zu höherer Aufmerksamkeit für die Botschaft führen und ein Zusammenhang zwischen dem Grad

¹⁷⁰ In der Studie wurden außerdem psychophysiologische Daten erfasst, die hier nicht dargestellt werden.

an Aufmerksamkeit für die Informationen im Stimulusmaterial mit dem späteren Verhalten besteht. Es konnte auch keine Unterstützung für die These des EPPM geliefert werden, dass eine Kombination von hoher Bedrohung und niedriger Wirksamkeit Furcht weckt, was schließlich zu einem Furchtkontrollprozess bzw. zur Zurückweisung der Botschaft führt. Die Ergebnisse der Studie sind nur begrenzt generalisierbar, da allein junge Studenten untersucht wurden und zudem die Samplegröße nur sehr klein war, so dass sich am Ende nur sehr wenige Personen impfen ließen.

Betsch & Könen (2010) widmeten sich ebenfalls dem Thema Impfung und untersuchten den Einfluss von Furchtappellen im Kontext impfkritischer Internetseiten in Deutschland. Die Versuchspersonen, die über Internetforen rekrutiert wurden, sahen entweder einen Präventions- oder einen Furchtappell (Faktor 1). Beide Appelle hatten das Ziel die Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung) zu fördern (vgl. ebd.: 162) und waren analog zu schon veröffentlichten Kampagnen gestaltet. Der Furchtappell unter dem Titel „Masern können zu geistiger Behinderung führen!“ schilderte in knappen Worten, dass der zehnjährige Daniel sich bei einem Freund mit Masern angesteckt hat und nach einem schweren Krankheitsverlauf geistig behindert ist. Es wird betont, dass lückenhafter Impfschutz fatale Folgen hat. Im Präventionsappell „Kommen Sie den Masern zuvor!“ (ebd.: 162) steht erneut Daniel im Mittelpunkt. Er ist jedoch geimpft und steckt sich deshalb nicht bei seinem Schulfreund an. Hier wird der Impfschutz betont. Außerdem war auf der Website entweder ein Bild integriert oder nicht (Faktor 2). Dieses Bild zeigte eine Porträtaufnahme von „Daniel (10)“ (ebd.: 162). In Kombination mit dem Furchtappell war Daniel als geistig behinderter Junge und in Verbindung mit dem Präventionsappell als gesunder Bub zu sehen (vgl. ebd.: 162). Insgesamt 641 Frauen, die durchschnittlich 31 Jahre alt waren und die zu 70 Prozent Abitur oder eine höhere Ausbildung hatten, wurden in die Untersuchung integriert.¹⁷¹ Die Versuchspersonen verfügten nur über geringes impfspezifisches Wissen, hatten größtenteils Kinder und immerhin 36 Prozent davon hatten ihre Kinder nicht geimpft. Es zeigte sich, dass der Furchtappell wie erwartet mehr Bedrohungspotential hatte als der Präventionsappell. Allerdings konnte der Furchtappell die Risikowahrnehmung nicht verstärken. Stattdessen sanken die subjektive Wahrscheinlichkeit und das wahrgenommene Risiko für Masern sogar. Betsch & Könen erklären dies mit Reaktanz und schließen daraus, dass das wahrgenommene Impfrisiko stärker durch die Impfintention beeinflusst wird als durch das wahrgenommene Erkrankungsrisiko. Ihr Fazit ist, dass für medizinische Seiten im Internet die Verwendung von Furchtappellen ungeeignet ist (vgl. ebd.: 163-164). Allerdings muss man anmerken, dass dies nur für Frauen generalisierbar ist. Außerdem haben die Autoren nicht wie in den Modellen, die seit den 1970er Jahren die

¹⁷¹ Teilnehmerinnen, die den Fragebogen nur teilweise ausgefüllt hatten, sowie sechs männliche Teilnehmer wurden nicht berücksichtigt.

Furchtappellforschung dominieren, sowohl eine Bedrohungs- als auch eine Bewältigungskomponente präsentiert, sondern entweder das eine oder das andere. Dies unterstreicht einmal mehr, dass sämtliche Furchtappellkomponenten für einen erfolgreichen Furchtappell notwendig scheinen.

Fazit

In den vier Studien wurden Furchtappelle unterschiedlich operationalisiert und ihre Wirkungen anschließend auf verschiedene Weise gemessen. Janis & Feshbach (1953) untersuchten in ihrer Pionierstudie den Einfluss von Furchtappellen auf die Effektivität persuasiver Kommunikation. Hierfür variierten sie den Furchtappell dreifach (minimaler, moderater und starker Furchtappell) und untersuchten parallel dazu eine Kontrollgruppe ohne Furchtappell. Kohn et al. (1982) orientierten sich an diesem Vorgehen und variierten ihre Furchtappelle in derselben Weise. Ordonana et al. (2009) – geprägt von neueren Furchtappellmodellen – analysierten neben der Stärke der Bedrohung (gering versus stark) auch die Bewältigungskomponente (geringe und hohe Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahme). Betsch & Könen (2010) schließlich wählten ein völlig anderes Design. Sie unterschieden zwischen Präventions- und Furchtappell (Faktor 1) und ergänzten den jeweiligen Appell entweder mit einem Bild oder nicht (Faktor 2). Während die ersten drei Studien drei Messzeitpunkte für ihre Befragung einsetzen (jeweils direkt vor, direkt nach und zwischen einer Woche und sechs Monaten nach der Stimuluspräsentation), erfassten Betsch & Könen die Reaktionen der Rezipienten nur einmal, direkt nach der Präsentation des Stimulusmaterials. Mit Ausnahme von Betsch & Könen wurden in den Studien nur Schüler bzw. studentische Versuchspersonen untersucht. Als Stimuluskanal kamen eine Präsentation (Janis & Feshbach 1953), zwei (Video-)Filme (Kohn et al. 1982, Ordonana et al. 2009) und eine Internetseite (Betsch & Könen 2010) zum Einsatz.

Alle vier Studien konnten Furcht bzw. bei den neueren Studien die Bedrohungskomponente angemessen manipulieren. Das heißt, ein starker Furchtappell oder eine starke Bedrohungskomponente führten zu ausgeprägteren emotionalen Reaktionen der Versuchspersonen. Bei Janis & Feshbach wirkten die starken Furchtappelle nicht wie erwartet und hatten weder auf das Wissen noch auf die Einstellungen der Versuchspersonen einen Einfluss. Bei Kohn et al. hatten die Furchtappelle – anders als bei Janis & Feshbach – einen Einfluss auf das Wissen der Versuchspersonen: Versuchspersonen mit Furchtappell wussten anschließend mehr als Versuchspersonen ohne Furchtappell. Auf das Verhalten konnten die Furchtappelle jedoch erneut keinen Einfluss ausüben. Und bezüglich der Einstellungen zeigte sich sogar ein nicht intendierter Effekt: Anstatt alkoholisiertes Autofahren abzulehnen, waren Versuchspersonen bei geringer und starker Bedrohung anschließend deutlich pro „Drinking and Driving“ eingestellt.

Ordonana et al. – die schon zwischen Bedrohungs- und Wirksamkeitskomponenten der Botschaft unterschieden – konnten zeigen, dass eine hohe Bedrohung dazu führt, dass Tetanus als ernstere Krankheit eingestuft wird, für die sich die Versuchspersonen zugleich auch anfälliger fühlten als bei geringer Bedrohung. Außerdem wirkte sich die Kombination aus starker Bedrohung und hoher Wirksamkeit signifikant auf das Impfverhalten aus. Bei der jüngsten der vier Studien – von Betsch & Könen – konnte der Furchtappell allerdings weder die Risikowahrnehmung noch die wahrgenommene Anfälligkeit verstärken. Im Gegenteil, beide sanken durch den Furchtappell sogar.

Dieser knappe Überblick zu Furchtappellstudien im Kontext von Gesundheitskommunikation macht deutlich, dass die Ergebnisse durchaus widersprüchlich sind. Einmal führen starke Furchtappelle zu erhöhtem Wissen, ausgeprägterem Verhalten etc., ein anderes Mal nicht und im dritten Fall kommt es sogar zu gegenteiligen und nicht intendierten Effekten. Allerdings muss man anmerken, dass man bei zwei Studien von einer Konfundierung ausgehen kann: Janis & Feshbach vermischten unterschiedlich ausgeprägte Personalisierung mit verschiedenen ausgeprägten Furchtappellen und Kohn et al. integrierten in ihre Furchtappellbotschaften unterschiedliche Bewältigungsanteile. Außerdem untersuchten die Studien unterschiedliche Themen (Zahnpflege, alkoholisiertes Autofahren und Impfverhalten) in verschiedenen Medien (Präsentation, Filme und Webseiten). Die Studien sind also keinesfalls miteinander vergleichbar. Sie zeigen jedoch auf, dass Furchtappelle durchaus Potential besitzen, das möglicherweise jedoch von Thema und Präsentationsmedium abhängig ist.

5.2 Bestandsaufnahme: Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen im Gesundheitskontext

Eine Reihe von Studien kombinieren Fallbeispiele und Furchtappelle. Allerdings handelt es sich dabei um einige wenige Fallbeispielstudien, die Furchtappelle integrieren und deutlich mehr Furchtappellstudien, die Fallbeispiele mit einbeziehen. Allein zwei Studien widmeten sich bislang explizit der Kombination beider Strategien.

5.2.1 Fallbeispielstudien, die Furchtappelle integrieren

Nur zwei US-Studien aus den Jahren 1994 und 1996, die sich originär der Wirksamkeit von Fallbeispielen widmen, weisen eine Untersuchungsanlage auf, die an die Verwendung von Furchtappellen erinnert. Sie beschäftigen sich mit den Themen „Salmonellenvergiftung“ und „Raubüberfälle“¹⁷².

¹⁷² Obwohl dies kein genuines Gesundheitsthema ist, wird die Studie integriert, da Raubüberfälle unmittelbar zu körperlichen und damit gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Die schon in Kapitel 3.5.2 dargestellte Studie von Gibson & Zillmann (1994) untersuchte die Wirkung von Fallbeispielen beim Thema Raubüberfälle.¹⁷³ Die Forscher präsentierten insgesamt 155 studentischen Versuchspersonen einen Artikel mit drei manipulierten Fallbeispielen, die im Grunde unterschiedliche Formen der Bedrohungskomponente widerspiegeln. Entweder blieben die dargestellten Personen bei dem Überfall unverletzt (Version „minimally exaggerated“), zogen sich leichte Verletzungen wie Kratzer und Blutergüsse (Version „mildly exaggerated“), schwere Verletzungen wie Knochenbrüche und große Fleischwunden zu (Version „substantially exaggerated“) oder sie wurden bei dem Raubüberfall getötet (Version „extremely exaggerated“). Diese Operationalisierung entspricht der in der Furchtappellforschung gängigen Variation von leichtem, moderatem und starkem Furchtappell, ergänzt durch eine Kontrollversion. In der Folge schätzten die Versuchspersonen sowohl die Häufigkeit an tödlichen Raubüberfällen als auch umgekehrt die Anzahl der Personen, die unverletzt blieben entsprechend der Fallbeispielverteilung ein (vgl. 1994: 615-616). Das Risiko wurde also gemäß der dargestellten Fallbeispiele als minimal, gering, ernst und tödlich eingeschätzt. Außerdem verstärkte sich dieser Effekt nach einer Woche, was die Autoren damit erklärten, dass die lebhafteren und extremeren Fallbeispiele nach einer Woche besser zugänglich waren als die relativ harmlosen Fallbeispiele. Außerdem vermuteten sie, dass

„exposure to the sensational accounts in the substantially and extremely exaggerated exemplars had an alerting, cueing eye-opening effect and that, during the week following exposure to the news reports, the effected respondents paid more attention to carjacking and similar crimes than did others. Such heightened attention may have fostered stronger reactions to crime-related information received during the week in question.“ (ebd.: 620-621)

Allerdings zeigten sich die Einschätzungen bezüglich der Verbreitung des Problems nur auf nationaler Ebene. Weder der Blick in die Zukunft, noch die lokale oder die persönliche Gefahr wurden durch die Fallbeispiele beeinflusst (vgl. 1994: 615).¹⁷⁴

Neben dem Thema „Gewalt durch Schusswaffen“ untersuchten Aust & Zillmann (1996) den Einfluss von Fallbeispielen auch am Thema „Salmonellenvergiftung“ im Medium Fernsehen. Von insgesamt fünf Beiträgen einer Nachrichtensendung waren zwei zu den erwähnten Themen manipuliert. Direkt nach jedem gesehenen Beitrag sollten die 287 studentischen Versuchspersonen diesen bewerten. Sie sahen entweder eine Kontrollversion, die das präsentierte Thema ohne Fallbeispiele darstellte (Version 1) oder eine Version, in der der Basisbeitrag durch drei Fallbeispiele in Form von Interviews

¹⁷³ „Carjacking“ wurde in manchen Studien als „Raubüberfälle“ übersetzt (vgl. z.B. Daschmann 2001: 99), was hier übernommen wird. Gibson & Zillmann beschreiben „people who had been carjacked“ wie folgt: „people whose cars has been stolen while they were in them“ (1994: 612).

¹⁷⁴ Im Original als „pessimistic outlook“, „local danger“ und „personal vulnerability“ bezeichnet.

indirekt betroffener Personen ergänzt war. Dabei handelte es sich um einen jungen Vater, dessen kleine Tochter lebensbedrohlich an der Infektion erkrankte, eine erwachsene Frau, deren Mutter aufgrund der Erkrankung zu einer Dialysepatientin wurde und eine junge Mutter, deren kleiner Sohn ebenfalls ernsthaft erkrankt war (vgl. 1996: 793). Die dargestellten Personen drückten sich entweder in einer ruhigen und distanzierenden Art aus (Version 2) oder emotional aufgeladen und aufgeregt (Version 3). Je nach Version unterschied sich die Länge des Beitrags. Am kürzesten war die Kontrollversion (2 Min. 27 Sek.), am längsten die „aufgeregte“ Version (4 Min. 10 Sek.), dazwischen lag die „ruhige“ Version (3 Min. 52 Sek.). Als zentrales Forschungsinteresse stellten die Autoren folgende Aspekte heraus: (a) die Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit des dargestellten Problems, (b) die Wahrscheinlichkeit, mit der dieses nationale ein regionales Problem wird und (c) die Wahrscheinlichkeit, dass die Versuchsperson selbst einmal von dem Problem betroffen sein könnte (1996: 792). Hier zeigt sich die Nähe zur Furchtappellforschung. So entspricht (a) dem oben dargestellten „Ausmaß der Schädlichkeit“¹⁷⁵, (b) der „Wahrscheinlichkeit des Auftretens“ im Allgemeinen¹⁷⁶ und (c) der „Wahrscheinlichkeit des Auftretens“ im persönlichen Sinne¹⁷⁷. Auch das Abfragen von emotionalen Reaktionen ähnelt Studien aus der Furchtappellforschung.¹⁷⁸ Es zeigte sich, dass sowohl die Empathiefähigkeit¹⁷⁹ als auch das Geschlecht der Versuchsperson Effekte hervorriefen, diese jedoch völlig unabhängig von der Manipulation der Beiträge war (vgl. ebd.: 799, s. Kapitel 3.6). Die Effekte der Fallbeispieldarstellung hingegen ließen sich sowohl für weibliche und männliche Zuschauer als auch für solche mit hoher oder geringer Empathiefähigkeit nachweisen (vgl. 1996: 799). Bezüglich der Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit des Problems zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt ($p < 0,001$): Personen, die die „aufgeregte“ Version gesehen hatten, schätzten die Ernsthaftigkeit einer Salmonellenvergiftung als signifikant höher ein als Versuchspersonen, denen die Versionen „ruhig“ oder keine Fallbeispiele präsentiert wurden. Ein ähnliches Bild lieferte die wahrgenommene persönliche Gefährdung. Hier schätzten erneut Personen, die die „aufgeregte“ Version sahen, die Gefahr, selbst einmal an einer Salmonellenvergiftung zu erkranken, als signifikant höher ein, als Personen die

¹⁷⁵ Frage: „Wie ernst ist Salmonellenvergiftung als nationales Problem Ihrer Meinung nach anzusehen?“/ „In your opinion, how serious a national problem is food poisoning?“

¹⁷⁶ Frage: „Mit welcher Wahrscheinlichkeit wird Salmonellenvergiftung ein Problem, dort wo Sie leben?“/ „How likely is it that food poisoning will become a problem where you live?“

¹⁷⁷ Frage: „Mit welcher Wahrscheinlichkeit werden Sie selbst einmal an Salmonellenvergiftung leiden?“/ „How likely is it that you personally might become a victim of food poisoning?“

¹⁷⁸ Die Versuchspersonen wurden gefragt, welche der folgenden Gefühle der Beitrag bei Ihnen hervorrief: „It scared me. It made me nervous. It was entertaining. It depressed me. It worried me. It made me sad. It disturbed me. It made me feel good. It was interesting. It was upsetting. It was uplifting. It was frightening.“ Auf einer Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr“ 0 bis 10.

¹⁷⁹ Zunächst wurde einige Wochen vor dem eigentlichen Experiment mit Hilfe eines Vorherfragebogens das Empathievermögen der 287 Versuchspersonen erhoben. Dies geschah mit Hilfe eines Instruments, das auf der Basis von Davis (1983) und Tamborini & Mettler (1990) entwickelt wurde und aus 32 Items bestand. Z.B. „I often have tender, concerned feelings for people less fortunate than me.“ oder „I sometimes find it difficult to see things from the other person's point of view.“

keine Fallbeispiele gesehen hatten ($p=0,13$). Lediglich tendenzielle Effekte, die aber in die gleiche Richtung wiesen, konnten die Forscher für die wahrgenommene, allgemeine Wahrscheinlichkeit einer Salmonelleninfektion feststellen. Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass sich die unterschiedlichen Versionen, wie oben erwähnt, deutlich in ihrer Länge unterschieden. Somit könnten die Effekte auch an der Dauer der Präsentation liegen, da jeweils die längste Version (Version „aufgeregt“) die stärksten und die kürzeste Version (Kontrollversion ohne Fallbeispiele) die geringsten Effekte hervorrief. Die Verbindung zur Furchtappellforschung ist jedoch nicht zu leugnen: So kann die Variation der Falleispiele durchaus als Furchtappellvariation angesehen werden.¹⁸⁰ Außerdem werden mit den emotionalen Reaktionen, der Ernsthaftigkeit des Problems, der wahrgenommener persönlicher Gefährdung und der Wahrscheinlichkeit des Auftretens typische Konstrukte der Furchtappellforschung abgefragt.

Fazit

Die beiden Studien, die nur studentische Versuchspersonen und die Medien Print (Gibson & Zillmann 1994) sowie Fernsehen (Aust & Zillmann 1996) einbeziehen, zeigen, dass Fallbeispiele das Potential haben, Furchtappellaspekte erfolgreich zu transportieren. So führten bei Gibson & Zillmann (1994) Fallbeispiele mit unterschiedlich ausgeprägten Bedrohungscomponenten (Personen blieben unverletzt, wurden leicht, schwer oder tödlich verletzt) zu Häufigkeits- und Risikoeinschätzungen entsprechend der Bedrohungscomponente: Je stärker die Bedrohungscomponente, desto höher die Einschätzung. Auch bei Aust & Zillmann (1996) führte die emotional aufgeladene Version der Fallbeispiele zu einer höheren wahrgenommenen Ernsthaftigkeit, einer ausgeprägteren wahrgenommenen persönlichen Gefährdung und – zumindest tendenziell – einer höheren wahrgenommenen allgemeinen Wahrscheinlichkeit der Erkrankung als eine ruhigere Fallbeispielversion oder gar keine Fallbeispiele.

5.2.2 Furchtappellstudien, die Fallbeispiele integrieren

Da die Furchtappellforschung insgesamt deutlich umfangreicher ist als die Forschung zu Fallbeispieleffekten, liegen auch deutlich mehr genuine Furchtappellstudien vor, die Fallbeispiele nutzen, um die furchterregende Botschaft zu transportieren. Dabei wird das Fallbeispiel entweder variiert oder bleibt in allen Experimentalversionen gleich. Gemeinsam ist den Studien, dass Fallbeispiele und Furchtappelle nicht separat analysiert werden. Prinzipiell kann man hier von einer Konfundierung der beiden Stimmiel Furchtappell und Fallbeispiel sprechen. Es ist anzumerken, dass aufgrund der umfangreichen Literatur zur Furchtappellforschung auch an dieser Stelle kein Anspruch auf

¹⁸⁰ Dies geschieht in anderen Studien ohne weitere Kommentierung, s. das folgende Unterkapitel).

eine vollständige Darstellung des Forschungsstandes erhoben wird. Die Studien sollen aber die für die vorliegende Arbeit relevanten Aspekte aufzeigen.

Von den sechs hier vorgestellten Studien aus den Jahren 1984 bis 2010 wurden vier in den USA (Sherer & Rogers 1984, Witte 1994, Cho & Salmon 2006, Passyn & Sujun 2006), eine in Namibia (Muthusamy et al. 2009) und eine in den Niederlanden (Smerecnik & Ruiter 2010) durchgeführt. Die Themen variieren von Alkoholsucht (Sherer & Rogers 1984) über Hautkrebs (Cho & Salmon 2006, Passyn & Sujun 2006) bis zu HIV/AIDS (Witte 1994, Muthusamy et al. 2009, Smerecnik & Ruiter 2010).

Die älteste hier vorgestellte Studie aus dem Jahr 1984 stammt von Sherer & Rogers (1984). Im Rahmen dieser genuinen Furchtappellstudie steht die Lebhaftigkeit der Furchtappelle im Zentrum. Dabei orientieren sich die Autoren an Nisbett und Ross (1980) und operationalisieren Lebhaftigkeit über die drei Dimensionen emotionales Interesse, Nähe und Konkretheit (vgl. Nisbett & Ross 1980: 45), wobei Konkretheit im Grunde als Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung operationalisiert wurde. Die 80 studentischen Versuchspersonen erhielten einen Essay in einem typischen Furchtappellformat, der die Gefahren von Alkoholsucht beschrieb und begrenzten Alkoholkonsum als effektive Form, der Erkrankung zu begegnen, präsentierte. Für die Dimension Konkretheit unterschieden Sherer & Rogers zwischen hoher und niedriger Konkretheit. Bei hoher Konkretheit wurde den Versuchspersonen mitgeteilt, dass die Information von den beiden Alkoholkranken „Susan T.“ und „Rick D.“ (ebd.: 326) stamme, die aus einem Sample von 2000 Alkoholikern ausgewählt wurden. Die Folgen ihres Alkoholkonsums waren detailliert dargestellt. Bei geringer Konkretheit erfuhren die Versuchspersonen hingegen, dass die Information aus einem Sample von 2000 Alkoholikern stamme und statt Fallbeispielen lasen sie Statistiken, die sich aus dem gesamten Sample berechneten. Die Aspekte Demographie, Charakter und Konsequenzen waren für beide Versionen identisch (vgl. Sherer & Rogers 1984: 326). Es konnte festgestellt werden, dass hohe Konkretheit bzw. die Darstellung von zwei Fallbeispielen einen stärkeren Einfluss auf die wahrgenommene Schädlichkeit (laut PMT) ausübte als geringe Konkretheit bzw. eine summarische Realitätsbeschreibung. Daneben konnte die hoch emotionale Variante, bei der den Versuchspersonen gesagt wurde, dass die untersuchten Alkoholiker ihnen sehr ähnlich und die Betroffenen von den Folgen ihres Alkoholkonsums sehr erschüttert seien, deutlichere Intentionen zur Einschränkung des Alkoholkonsums hervorrufen als die weniger emotionale Variante. Hier erfuhren die Versuchspersonen, sie hätten keinerlei Ähnlichkeit mit Alkoholkranken und die Alkoholiker seien von den Folgen ihres Alkoholkonsums überhaupt nicht erschüttert (vgl. Sherer & Rogers 1984: 325 und 327-330).

Zehn Jahre später führte Witte (1994, vgl. auch 1995: Studie 2)¹⁸¹ ihre Pilotstudie zum EPPM durch. Um die verschiedenen Komponenten des Modells zu überprüfen, legte Witte den 146 studentischen Versuchspersonen eine Gesundheitsbroschüre¹⁸² vor. Die Kernbotschaft zum Thema AIDS/HIV stammte aus einer schon existierenden Broschüre, ergänzt durch das Fallbeispiel („case study“) eines fiktiven AIDS-Patienten und Informationen zur Wirksamkeit von Kondomen. In die Kernbotschaft und das Fallbeispiel waren vier Bilder integriert. Witte manipulierte sowohl die Bedrohungs- als auch die Wirksamkeitskomponenten der Botschaft. Bei geringer Bedrohung wurden Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit in neutraler Sprache und durch harmlose Bilder von klinischen Labortests minimiert. Ergänzt durch die Beschreibung von AIDS als fernem, in Afrika dominanten, Problem, das vor allem eine nichtstudentische Zielgruppe betrifft. Für die mittlere Bedrohung wurde die Problematik in lebhafterer Sprache beschrieben und mit Bildern aus dem mittleren Stadium der Krankheit (z.B. das Foto eines Kaposi Sarkoms¹⁸³) dargestellt. Die Betonung lag darauf, dass heterosexuelle US-Bürger an AIDS erkranken können. Hohe Bedrohung schließlich wurde durch Fotos von AIDS-Kranken im Endstadium illustriert, begleitet von einer extrem lebhaften Sprache. Betont waren diesmal HIV-Infektionen unter Studenten, hervorgehoben durch Sätze wie „Dein persönliches Risiko“. Bei geringer Wirksamkeit wurden Studien genannt, die herausgefunden hatten, dass Kondome manchmal versagen und man sich trotz Kondomgebrauch anstecken kann (Reaktionswirksamkeit). Außerdem waren Probleme beim Kondomgebrauch hervorgehoben (Selbstwirksamkeit). Bei hoher Wirksamkeit lag die Betonung dagegen darauf, dass korrekt eingesetzte Kondome nachweislich das Risiko einer Infektion senken. Zusätzlich wurden die Vorteile und die Einfachheit des Kondomgebrauchs betont (vgl. ebd.: 120). Geweckte Furcht erfasste Witte durch fünf Adjektive (erschreckt, angespannt, nervös, ängstlich, unbehaglich und ekelerregend, vgl. ebd.: 121). Fast alle Ergebnisse entsprachen den Voraussagen des EPPM. So wurde die wahrgenommene Furcht indirekt über die wahrgenommene Bedrohung beeinflusst (vgl. ebd.: 125). Je stärker die wahrgenommene Bedrohung, umso mehr Furcht empfanden die Versuchspersonen, unabhängig von geringer oder hoher Wirksamkeit (vgl. ebd.: 125-126). Furcht hatte jedoch keinen Einfluss auf die Akzeptanz der Botschaft, beeinflusste also weder Einstellungen, Intentionen noch Verhalten der Versuchspersonen. Das Gegenteilige galt für die wahrgenommene Wirksamkeit der Botschaft: Je ausgeprägter sie war, desto häufiger traten Einstellungs-, Intensions- und Verhaltensänderungen auf. Je mehr Bedrohung von den Versuchspersonen wahrgenommen wurde,

¹⁸¹ Da es sich bei dieser Studie um die Pilotstudie zum EPPM handelt, wird sie an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt, als im Kontext dieses Kapitels nötig wäre.

¹⁸² Witte beschreibt das Stimulusmaterial als „folder“ (vgl. ebd.: 119), was ebenso „Ordner“, „Sammelmappe“ oder „Schnellhefter“ bedeutet.

¹⁸³ Das Kaposi Syndrom ist eine Hauterkrankung mit schmerzhaften, rot-violetten Knötchen, die sich zu (bösartigen) Geschwüren auswachsen können. Es tritt auch als Komplikation von AIDS auf (vgl. Roche-Lexikon Medizin 1987: 920).

desto weniger neigten sie zu Minimierung und defensiver Vermeidung und zeigten vielmehr eine hohe Akzeptanz der Botschaft, was sich signifikant auf die Intentionen und immerhin tendenziell auf die Einstellungen und das Verhalten der Versuchspersonen auswirkte. Nicht direkt durch das EPPM vorausgesagt, jedoch im Einklang mit ihm sind folgende Ergebnisse: Wahrgenommene Furcht wurde nicht nur indirekt, sondern auch direkt durch hohe Bedrohung beeinflusst (vgl. ebd.: 125). Außerdem konnte eine direkte positive Beziehung zwischen Furcht und Zurückweisung der Botschaft nur zum Teil nachgewiesen werden: Wie erwartet empfanden diejenigen Versuchspersonen mehr Furcht, die eine ausgeprägtere Manipulation der Botschaft wahrnahmen. Versuchspersonen mit defensiver Vermeidung und Botschaftsminimierung zeigten jedoch weniger Furcht (vgl. ebd.: 126).

Witte schließt daraus, dass die Ergebnisse mit den Vorhersagen bzw. Basistheoremen des EPPM übereinstimmen und Gefahrenkontrollprozesse vor allem kognitiv ablaufen: Sehen sich die Versuchspersonen anfällig für AIDS, dann entwickeln sie eher die gewünschten Einstellungen, Intentionen und Verhaltensweisen¹⁸⁴ und nutzen kognitive Strategien, um die Bedrohung zu reduzieren. Sie zeigen positivere Einstellungen zu Kondomen, intendieren eher dazu Kondome zu nutzen und demonstrieren häufiger Kondombenutzung. Die dabei auftretende hohe Minimierung der Botschaft hängt laut Witte mit dem Glauben der Versuchspersonen zusammen, sich schon adäquat zu schützen (vgl. ebd.: 129, vgl. Witte 1995: 244-248). Furchtkontrollprozesse sieht Witte ebenfalls in Übereinstimmung mit dem EPPM, wenn auch in unerwarteter Weise. Denn je höher die defensive Vermeidung und Botschaftsminimierung, desto weniger bedrohlich wirkte AIDS auf die Versuchspersonen und desto weniger Furcht empfanden sie. Witte folgert hier, dass die Versuchspersonen bei defensiver Vermeidung und Botschaftsminimierung die Furcht so gut kontrollieren, dass sie weniger Furcht empfinden, AIDS als weniger bedrohlich wahrnehmen und letztlich entgegen der Präventionsbotschaft reagieren (vgl. ebd.: 130, vgl. Witte 1995: 244-248). Positiv anzumerken ist, dass die Versuchspersonen im Voraus darüber informiert wurden, dass sie Informationsmaterial zum Thema AIDS/HIV in einer frühen Entwicklungsstufe evaluieren sollten (vgl. ebd.: 119). Kritisieren kann man, dass das Fallbeispiel, das jede Botschaft enthielt und Furchtappellaspekte transportierte, nicht separat analysiert wurde und so mit dem Furchtappell vermischt wurde.

Zwölf Jahre nach Witte präsentierten Cho & Salmon (2006) in ihrer Untersuchung 275 studentischen Versuchspersonen zwei unterschiedliche Texte zum Thema Hautkrebs: In der Version mit hoher Bedrohung lasen die Studenten einen Text, der die Gefähr-

¹⁸⁴ Wie oben schon erwähnt war jedoch nur die Korrelation mit Intentionen signifikant, während sie sich bei Einstellungen und Verhalten nur tendenziell zeigte.

derung von Studenten betonte und Farbbilder von Hautkrebspatienten enthielt.¹⁸⁵ Außerdem wurde der fiktionale Fall eines Studenten beschrieben, der an Hautkrebs leidet und daran stirbt. Die Version mit niedriger Bedrohung präsentierte dagegen generelle Fakten zu Hautkrebs und zeigte neutrale Farbbilder von Laborresultaten. Ein fiktionaler Fall stellte einen 52jährigen Farmer aus Neuseeland vor. In dieser Studie kamen also auch Fallbeispiele vor, die aber in den Bedrohungsbedingungen untergingen und nicht unabhängig untersucht wurden. Letztlich transportieren die beiden unterschiedlichen Fallbeispiele auch die Dimension Ähnlichkeit versus Unähnlichkeit zwischen dargestelltem Fallbeispiel und Rezipient (s. Kapitel 3.6.3). Am Ende zeigten sich signifikante Effekte aufgrund der Bedrohung: Versuchspersonen, die die Version mit der hohen Bedrohung gelesen hatten, zeigten am Ende höhere Intentionen, ihr Verhalten zu ändern und übten dieses Verhalten nach vier Wochen häufiger aus als Personen der Version mit geringer Bedrohung. Allerdings führte die Version mit hoher Bedrohung auch eher zum Glauben an die Macht des Schicksals (Fatalismus), Hoffnungslosigkeit und Wunschdenken als die Version mit geringerer Bedrohung (vgl. Cho & Salmon 2006: 95-97). Die Autoren folgern daraus, dass wahrgenommene Furcht neben intendierten auch zu nicht intendierten Effekten führt, wie durch das EPPM propagiert. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass in diesem Experiment das Konstrukt „Bedrohung“ möglicherweise mit dem Konstrukt „Fallbeispiel“ konfundiert.

Erneut auf Basis des EPPM untersuchten Muthusamy, Levine & Weber (2009) in Namibia, ob Furchtappelle auf Menschen, die sich bereits vor der Erkrankung HIV/AIDS ängstigen, einen positiven Effekt haben. Hierfür präsentierten sie 434 studentischen Versuchspersonen eine Gesundheitsbotschaft, die hinsichtlich der dargestellten Bedrohung variiert war. Entweder minimierten sie die Ernsthaftigkeit von AIDS und die Anfälligkeit dafür durch den Einsatz harmloser Bilder¹⁸⁶ und der Darstellung einer Risikogruppe, der Studenten nicht angehören (geringe Bedrohung). Oder sie verwendeten Fotos von AIDS-Opfern in späten Krankheitsstadien, in Kombination mit extrem lebendiger Sprache und betonten die Anfälligkeit von Studenten sowie deren persönliches Risiko (große Bedrohung). Außerdem variierten sie die Wirksamkeit der Botschaft, indem sie Reaktions- und Selbstwirksamkeit hervorhoben (hohe Wirksamkeit). Auf eine Version mit geringer Wirksamkeit wurde aus ethischen Gründen verzichtet. Die Botschaft bestand neben einer Kernbotschaft und den beigefügten Bildern auch aus dem Fallbeispiel eines fiktiven AIDS-Patienten (vgl. 2009: 324-325). Die Darstellung dieser Person wurde jedoch nicht manipuliert und damit auch nicht in die Untersuchung mit einbezogen. Die Ergebnisse können mit einem Satz zusammengefasst werden: „(...) there is little substantive yield in scaring the already scared“ (2009: 341). Es bestätigte

¹⁸⁵ Was von den betroffenen Personen genau zu sehen war, ob lediglich ihre Gesichter oder explizit die erkrankten Hautpartien, geht aus dem Aufsatz nicht hervor.

¹⁸⁶ Es wurden klinische Labortests dargestellt (vgl. Muthusamy, Levine & Weber 2009: 325).

sich, dass die meisten Teilnehmer der Studie schon hohe Angstwerte bezüglich AIDS aufwiesen und sich diese durch bedrohliche Botschaften nicht nennenswert erhöhen ließen (vgl. 2009: 330-331). Dieses Ergebnis überrascht nicht sonderlich, da es sich um ein Paradebeispiel eines Deckeneffektes handelt.

Auch Passyn & Sujan (2006) untersuchten in zwei Feldexperimenten die Wirkung von Furchtappellen und dabei vor allem die Rolle von Emotionen. Bei dem ersten der beiden Experimente zum Thema Hautkrebs und Nutzung von Sonnencreme, das mit 96 studentischen Versuchspersonen und dem Medium Broschüre durchgeführt wurde, manipulierten die Autoren verschiedene Emotionen, die im Kontext von Furchtappellen relevant sind. Hierfür enthielt die Broschüre die Beschreibung eines Fallbeispiels: Andis Kampf mit einem malignem Melanom. Der Text des Fallbeispiels demonstriert auf empathische Weise die chronologische Abfolge der Krankheitsgeschichte und endet jeweils entsprechend der zu transportierenden Emotion (Furcht, starke Furcht, Bedauern, Schuld, Herausforderung und Hoffnung, vgl. ebd.: 585). Es zeigte sich, dass Furchtappelle notwendig sind, um die Aufmerksamkeit der Rezipienten auf ein Problem zu lenken. Wird der Appell durch eine Emotion ergänzt, lenkt diese Emotion die Richtung der Lösung. Wobei Emotionen, die hohe Selbstverantwortlichkeit auslösen, die Personen am besten auf das gewünschte Verhalten vorbereiten, indem sie schon die Intentionen implementieren (vgl. ebd.: 588-589).

Smerecnik & Ruitter (2010) schließlich analysierten jüngst die Wirkung von Furchtappellkomponenten zum Thema HIV/AIDS. Dabei variierten sie für 60 studentische Versuchspersonen die Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten eines Textes jeweils in einer niedrigen und einer hohen Version. Die unterschiedlichen Versionen waren in das immer gleiche Fallbeispiel („scenario message“) eingebettet. Dabei handelte es sich um einen jungen Menschen, der ein HIV-Präventionsposter sieht und dadurch motiviert wird, mit seiner Partnerin/seinem Partner über die Problematik zu sprechen (vgl. ebd.: 553).

Fazit

Die dargestellten Furchtappellstudien, die allein studentische Versuchspersonen und schriftliche Botschaften in Form eines Essays oder Text (Sherer & Rogers 1984, Cho & Salmon 2006, Muthusamy 2009, Smerecnik & Ruitter 2010) und in Broschürenform (Witte 1994, Passyn & Sujan 2006) untersuchten, integrierten Fallbeispiele auf unterschiedliche Weise. Sherer & Rogers (1984) konnten zeigen, dass ein Furchtappell, dargestellt durch zwei Fallbeispiele einen stärkeren Einfluss auf die wahrgenommene Schädlichkeit von Alkoholsucht ausübt als ein Furchtappell ohne Fallbeispiele. Außerdem führte die Betonung der Ähnlichkeit zwischen den Versuchspersonen und den dargestellten Fallbeispielen zu einer stärkeren Intention, den eigenen Alkoholkonsum

einzuschränken. Witte (1994) präsentierte ihren Versuchspersonen eine Gesundheitsbroschüre, die neben einer Kernbotschaft und Informationen zur Wirksamkeit von Kondomen auch aus einem Fallbeispiel bestand. Allerdings konzentrierte sie sich bei der Analyse nicht auf die Fallbeispiele, die vor allem die verschiedenen Bedrohungskomponenten transportierten, sondern vielmehr auf die Untersuchung der einzelnen Komponenten des EPPM. Dennoch wird durch die Darstellung dieser Studie deutlich, dass Fallbeispiele im Kontext von Furchtappellen durchaus geeignet sind, Bedrohungselemente angemessen zu transportieren. Cho & Salmon (2006) operationalisierten in ihrer Studie hohe und niedrige Bedrohung, indem sie unter anderem das integrierte Fallbeispiel variierten. Bei hoher Bedrohung war es den studentischen Versuchspersonen sehr ähnlich bzw. nahe, da es einen Studenten schilderte, der an Hautkrebs erkrankte und daran starb. Bei geringer Bedrohung hingegen wurde ein älterer Farmer eines anderen Kontinents dargestellt. Die Personen, die den Text mit hoher Bedrohung bzw. dem ähnlichen oder nahen Fallbeispiel gelesen hatten, wiesen höhere Verhaltensintentionen auf und zeigten am Ende häufiger dieses Verhalten als Versuchspersonen mit geringer Bedrohung bzw. dem unähnlichen, entfernten Fallbeispiel. Auch in dieser Studie wurde nicht auf die Fallbeispiele eingegangen. Ähnlich bei Passyn & Sujun (2006), die über unterschiedlich endende Fallbeispiele verschiedene für einen Furchtappell relevante Emotionen transportieren. Muthusamy et al. (2009) und Smerecnik & Ruiter (2010) schließlich verwendeten in ihren Untersuchungen zwar auch Fallbeispiele von fiktiven Patienten, diese Fallbeispiele waren aber in allen Versionen identisch und dienten allein als Transportmittel für die Botschaft.

Es lässt sich festhalten, dass Fallbeispiele im Kontext von Furchtappellstudien meist als reines Transportmittel für unterschiedliche Bedrohungs- oder Bewältigungskomponenten eingesetzt werden. In manchen Studien bleiben die Fallbeispiele hierzu unverändert, in anderen werden sie entsprechend angepasst. Bemerkenswert ist die Gleichsetzung von hoher Bedrohung mit hoher Ähnlichkeit und Nähe des Fallbeispiels zu den Versuchspersonen. Eines ist den Studien jedoch gemein: Fallbeispiele werden nicht als Fallbeispiele im Sinn der Fallbeispielforschung betrachtet und auch nicht als solche untersucht.

5.2.3 Studien, die explizit beide Strategien kombinieren

Die erste Studie, die sich in Europa mit der Wirksamkeit von Fallbeispielen im Kontext Furchtappellen auseinandersetzte, stammt von Hoeken & Geurts (2005). Sie machen schon im Titel ihres Aufsatzes darauf aufmerksam, dass sie den „influence of exemplars in fear appeals“ (ebd.: 238) untersuchen. Sie integrieren also bewusst Fallbeispiele in ein Furchtappellsetting. Hierzu bedienten sich die beiden Forscher eines klassischen Mediums der Gesundheitskommunikation: ein Informationsflyer (s. Kapitel 6.4), der das

Thema Internetsucht behandelte und aus zwei Seiten bestand. Die erste Seite lieferte allgemeine Informationen zur Sucht und war in beiden Versionen identisch. Die zweite Seite enthielt ein Fallbeispiel, das die Entstehung der Sucht und ihre physischen und psychischen Folgen anhand einer fiktiven Studentin beschrieb. Diese Studentin war entweder erfolgreich, indem sie sich an die empfohlenen Verhaltenshinweise hielt und so ihre Sucht überwinden konnte (Version 1). Oder ihre Bemühungen blieben erfolglos und die Studentin konnte ihr Verhalten nicht ändern, so dass sie schließlich ihr Studium abbrechen musste (Version 2). Die zentralen Konstrukte, die die Forscher direkt nach dem Lesen der Broschüre abfragten, waren die Akzeptanz der Botschaft, die wahrgenommene Ernsthaftigkeit, die wahrgenommene Anfälligkeit (allgemein und persönlich), Selbstwirksamkeit und mit „message minimization“ das Verunglimpfen der Botschaft. Die Ergebnisse entsprachen nicht den Erwartungen der Forscher. So führten die beiden verschiedenen Fallbeispielformen bei den 149 studentischen Versuchspersonen¹⁸⁷ zu keiner unterschiedlichen Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit der Sucht. Bezüglich der wahrgenommenen Anfälligkeit zeigte sich sogar ein gegenläufiger Effekt: Wurden die negativen Aspekte von Internetsucht durch eine erfolgreiche Studentin dargestellt, dann nahmen die Versuchspersonen die Folgen der Sucht als gravierender und wahrscheinlicher wahr. Zudem konnte diese Form der Präsentation (Version 1) neben der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit der Versuchspersonen auch deren Intention steigern, das gesundheitsschädliche Verhalten zu reduzieren und rief weniger Verunglimpfung der Botschaft hervor als das Fallbeispiel, bei dem die Studentin scheitert (vgl. 2005: 244-245). Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass ein Fallbeispiel, das eine Person darstellt, die ein empfohlenes Verhalten erfolgreich umsetzt, die Versuchspersonen insgesamt besser überzeugen konnte als ein Fallbeispiel, bei dem die Person beim Ausführen des empfohlenen Verhaltens scheitert. Aufgrund dieser Studie kann nichts darüber ausgesagt werden, ob ein Fallbeispiel oder eine statistische Realitätsbeschreibung besser wirkt. Allerdings zeigt sich, dass „die im Kontext eines Fallbeispiels präsentierten Gesundheitsinformationen generell wirksam sind.“ (Rossmann & Pfister 2008: 373). An dieser Arbeit lässt sich kritisieren, dass Hoeken & Guerts durch die Fallbeispiele – erfolgreiche versus nicht erfolgreiche Studentin – im Grunde Reaktionswirksamkeit vermitteln. Reaktionswirksamkeit wird aber im Fragebogen nicht erfasst und in der Studie auch nicht weiter analysiert. Erfasst werden dagegen die Furchtappellaspekte wahrgenommene Ernsthaftigkeit, wahrgenommene Anfälligkeit (persönlich und allgemein) sowie Selbstwirksamkeit. Allerdings waren unter den insgesamt 149 Versuchspersonen nur 25 Männer. Frauen reagieren jedoch generell besorgter und empathischer als Männer (vgl. Aust & Zillmann 1996, s. Kapitel 5.2.1). Dass die

¹⁸⁷ Hoeken & Geurts betonen, dass Studenten durch ihren häufigen Gebrauch des Internets zumindest ein potentielles Risiko haben, an Internetsucht zu erkranken (2005: 242).

durch eine erfolgreiche Studentin dargestellten negativen Aspekte zu einer gravierenderen und wahrscheinlicheren Wahrnehmung der Sucht führte, könnte damit zusammenhängen, dass sich die Versuchspersonen mit dieser Studentin besser identifizieren konnten als mit der nicht erfolgreichen Studentin.

Die zweite Studie zur Wirkung von Fallbeispielen und Furchtappellen im Kontext von Gesundheitskommunikation stammt von Rossmann & Pfister (2008). Anhand von Gesundheitsflyern zum Thema Adipositas und auf Basis von Erkenntnissen aus Furchtappell- und Fallbeispielforschung gingen sie der zentralen Frage nach, ob sich die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern durch den Einsatz eines Fallbeispiels und eines Furchtappells in leicht negativer Form steigern lässt. Hierfür entwarfen sie ähnlich wie Hoeken & Geurts (2005, s.o.) einen professionell wirkenden Flyer, bei dem weite Teile der sechs Versionen identisch waren. Allein zwei Innenseiten wurden in einem 2x3-Design variiert. Hier war die Information entweder in sachlicher Form, veranschaulicht durch statistische Daten (summarische Realitätsbeschreibung) dargestellt oder es wurde der Fall einer erkrankten Person integriert (Fallbeispiel). In Anlehnung an Zillmann & Gan (1996) wurde auch ein Bild variiert, das den Bauch einer weiblichen Person zeigte. Dieser war entweder geprägt von Speckfalten und Bindegewebsschwäche (sehr negative Version), zwar dick, aber straff (leicht negative Version) oder ein, in einer weiten Hose steckender, dünner Bauch (positive Version, vgl. ebd.: 375-376). Insgesamt nahmen 185 Versuchspersonen, geschichtet nach Gewicht (normal- und übergewichtige Personen), an der Studie teil.¹⁸⁸ Die Ergebnisse zeigten nicht den erwarteten Fallbeispieleffekt bezüglich adipositaspezifischem Wissen, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten. Erst eine Einteilung in Kontrastgruppen bezüglich des Involvements konnte Effekte aufdecken. Der vermutete Fallbeispieleffekt zeigte sich bei hoch involvierten Personen, wenn auch auf niedrigem Niveau: Sie schätzten das eigene und generelle Risiko zu erkranken höher ein, zeigten ernährungsbewusstere Einstellungen, höhere Verhaltensintentionen und hatten diese Intentionen nach zwei Wochen auch häufiger umgesetzt (vgl. ebd.: 379-380). Hinsichtlich der Bildwirkung, konnten die Forscherinnen zumindest einige signifikante Unterschiede feststellen, die der vermuteten umgekehrten U-Funktion entsprachen. Versuchspersonen die das leicht negative Bild gesehen hatten, schätzten den Anteil kranker Personen deutlich höher ein (Wahrnehmung des Risikos)¹⁸⁹ und verhielten sich eher entsprechend der Ratschläge des Flyers (Verhalten) als Personen, die das positive oder sehr negative Bild erhalten hatten. Das Involvement blieb bezüglich der Bildwirkung ohne größere Effekte. Lediglich beim Wissen ließ sich ein signifikanter Unterschied beobachten, jedoch entgegen der erwarteten Richtung: So konnten hoch invol-

¹⁸⁸ 176 Versuchspersonen füllten zwei Wochen später den zweiten Fragebogen aus.

¹⁸⁹ Einschätzung des Anteils kranker Personen. Bei weiteren Items zur Risikoeinschätzung zeigten sich tendenziell Effekte derselben Richtung (Risiko zu erkranken, Sorge zu erkranken; vgl. 2008: 379-381).

vierte Versuchspersonen am meisten von einem Flyer mit positivem Bild lernen. Auch hinsichtlich des Zusammenspiels von Fallbeispiel und Bild zeigten sich nicht die erwarteten Effekte. Nur beim Wissen konnte eine Wechselwirkung aufgedeckt werden. Hier ließ sich der Einfluss des Bildes in der oben dargestellten U-Funktion am ehesten in Verbindung mit einem Fallbeispiel nachweisen, während er in Kombination mit einer summarischen Realitätsbeschreibung fast verschwindet. Die Versuchspersonen, die eine Kombination aus summarischer Realitätsbeschreibung und sehr negativem Bild gesehen hatten, wussten am meisten. Außerdem konnten Rossmann & Pfister feststellen, dass die Effekte für Wissen, Risikowahrnehmung und Einstellungen für einen Zeitraum von zwei Wochen relativ stabil blieben. An dieser Studie lässt sich kritisieren, dass nur ein Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung untersucht wurde. Positiv muss hervorgehoben werden, dass in der Studie keine Studenten sondern ein gemischtes Sample, nach Gewicht geschichtet (über- versus normal- bzw. untergewichtig) untersucht wurde.

Fazit

Beide Studien verwenden als Kommunikationskanal einen Gesundheitsflyer. Während sich Hoeken & Guerts (2005) jedoch auf studentische Versuchspersonen verlassen, untersuchten Rossmann & Pfister (2008) in ihrer Studie keine studentischen Versuchspersonen. Hoeken & Guerts (2005) konnten durch verschiedene Fallbeispielformen (erfolgreiche versus gescheiterte Studentin) keine Unterschiede in der wahrgenommenen Ernsthaftigkeit erzielen. Überraschender Weise führte die erfolgreiche Version zu einer höheren wahrgenommenen Anfälligkeit, ausgeprägteren Intentionen und geringerer Verunglimpfung der Botschaft als die gescheiterte Version des Fallbeispiels. Die Studie von Rossmann & Pfister (2008) war deutlicher an der Fallbeispielforschung orientiert. Sie präsentierten den Versuchspersonen entweder einen Flyer mit einem Fallbeispiel oder mit einer summarischen Realitätsbeschreibung. Der Furchtappell wurde allein durch ein dem Fallbeispiel oder der summarischer Realitätsbeschreibung beigelegtes Bild transportiert. Der erwartete Fallbeispieleffekt konnte weder für themenspezifisches Wissen, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen noch tatsächliches Verhalten nachgewiesen werden. Nur bei hochinvolvierten Personen zeigte sich der Effekt auf niedrigem Niveau. Der Furchtappell in Form des Bildes konnte nur bei der Wahrnehmung des Risikos und beim Verhalten Unterschiede zwischen den Versuchsgruppen hervorrufen: Das leicht negative Bild führte hier zu höheren Werten als das positive und das sehr negative Bild. Auch das Zusammenspiel von Fallbeispiel und Furchtappell (Bild) brachte nicht die erwarteten Effekte. Allein beim Wissen erreichte die leicht negative Form in Kombination mit einem Fallbeispiel höhere Werte als die anderen Konstellationen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch Untersuchungen, die die beiden Kommunikationsstrategien Fallbeispiele und Furchtappelle kombinieren, nicht zu einheitlichen und eindeutigen Ergebnissen kommen. Das liegt zum einen an differierenden Fragestellungen, unterschiedlichen Operationalisierungen von Fallbeispielen und Furchtappellen und unterschiedlich gewichteten Forschungsschwerpunkten. Außerdem werden die Strategien im Kontext verschiedener Gesundheitsthemen untersucht.

5.2.4 Fazit

Das vorhergehende Kapitel demonstrierte, dass es im Kontext von Gesundheitskommunikation nur wenige reine Fallbeispielstudien und nur zwei Fallbeispielstudien, die Furchtappelle integrieren, gibt. Dagegen konnte nur eine kleine Auswahl von Furchtappellstudien und Furchtappellstudien, die Fallbeispiele integrieren, aus diesem Bereich ausgewählt und vorgestellt werden. Allein zwei Studien untersuchten bislang explizit eine Kombination der beiden Kommunikationsstrategien. Neben der Vielzahl an unterschiedlichen Themen variieren auch Medien, die die Botschaften vermitteln. Lediglich vier Studien untersuchten auch nicht-studentische Versuchspersonen, während sich 14 Studien allein auf studentische Versuchspersonen konzentrierten. Die Studien unterscheiden sich sowohl in der Operationalisierung der Fallbeispiele und Furchtappelle als auch beim Forschungsschwerpunkt. Folglich variieren auch die Ergebnisse der Studien. Dennoch lässt sich konstatieren, dass Fallbeispiele im Kontext von Gesundheitskommunikation durchaus als angemessenes Transportmittel für gesundheitsrelevante Botschaften und im Zusammenhang mit Furchtappellen für deren Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten erscheinen. Fallbeispiele hatten einen Einfluss auf wahrgenommene Erkrankungshäufigkeiten (Zillmann et al. 1992), führten zu höheren Risikoeinschätzungen und ausgeprägteren Handlungsintentionen (Perkins 1999), konnten die Kausalattribution der Rezipienten beeinflussen (Hoeken & Hustinx 2007) und scheinen zudem von bestimmten Zielgruppen als interessant und unterhaltsam wahrgenommen zu werden (ZüFAM 2004a). Die sechs vorgestellten Furchtappellstudien aus dem Gesundheitskontext kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Furchtappelle bzw. starke Furchtappelle wirkten entweder gar nicht (Janis & Feshbach 1953, Betsch & Könen 2010) oder hatten allein einen Einfluss auf das Wissen und führten bei den Einstellungen zu nicht intendierten Effekten (Kohn et al. 1982, Betsch & Könen 2010). Oder aber starke Furchtappelle führten zu einer höheren Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit sowie die Kombination mit einer hohen Wirksamkeitskomponente zu tatsächlichem Verhalten (Ordonana et al. 2009). Gerade für die Verwendung von Furchtappellen zeigen sich also widersprüchliche Ergebnisse. Sowohl Fallbeispielstudien, die Furchtappell integrieren, als auch Furchtappellstudien, die Fallbeispiele integrieren, weisen darauf hin, dass Fallbeispiele ein geeignetes Mittel zum Transport von

Furchtappellkomponenten sind: Fallbeispiele, die eine hohe Bedrohungskomponente transportieren, können zu höheren Häufigkeits- und Risikoeinschätzungen führen (Gibson & Zillmann 1994). Auch dann, wenn Fallbeispiele nicht als solche betrachtet und auch nicht als solche untersucht werden, hat sich doch gezeigt, dass sie das Potential haben, die wahrgenommene Ernsthaftigkeit, die wahrgenommene persönliche Gefährdung und auch die wahrgenommene Auftretenswahrscheinlichkeit einer Erkrankung zu steigern (Aust & Zillmann 1996). Wird ein Furchtappell durch Fallbeispiele „ausgeschmückt“ kann die wahrgenommene Schädlichkeit erhöht werden (Sherer & Rogers 1984). Ähnliche oder nahe Fallbeispiele können zu höheren Verhaltensintentionen und ausgeprägterem tatsächlichen Verhalten führen (Cho & Salmon 2006). Etwas enttäuschend sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der beiden Studien, die sich gezielt mit der Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen auseinandergesetzt haben: Ein erfolgreich formuliertes Fallbeispiel konnte die wahrgenommene Anfälligkeit und Verhaltensintentionen erhöhen und zugleich die Verunglimpfung der Gesundheitsbotschaft reduzieren (Hoeken & Guerts 2005). Die Kombination von Fallbeispiel und Furchtappell konnte allein das Wissen beeinflussen (Rossmann & Pfister 2008). Trotz dieser widersprüchlichen Ergebnisse scheint die Kombination der beiden Strategien vielversprechend. Bevor es jedoch um das Potential von Fallbeispielen und Furchtappellen für die Gesundheitskommunikation geht, sollen im folgenden Kapitel die Abgrenzung und Definition für Fallbeispiele und Furchtappelle herausgearbeitet werden.

5.3 Abgrenzung und Definitionen von Fallbeispiel und Furchtappell in der Gesundheitskommunikation

Zunächst werden Fallbeispiele für die folgende Arbeit definiert. Aufbauend auf der allgemeinen bzw. klassischen Fallbeispieldefinition wird dargestellt, wie ein Fallbeispiel im Kontext von Gesundheitskommunikation aussieht. Vor der Präsentation der für die vorliegende Arbeit gültigen Definition erfolgt die Abgrenzung zu Testimonials und Experten. Da Furchtappelle – im Gegensatz zu Fallbeispielen – meist im Kontext von Gesundheitskommunikation eingesetzt werden, ist eine Abgrenzung zwischen klassischer Furchtappelldefinition und Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation obsolet. Hier ist es vielmehr nötig, die von den klassischen Definitionen abweichende Definition herzuleiten.

5.3.1 Abgrenzung und Definition Fallbeispiel

Es wurde schon dargelegt, was unter einem Fallbeispiel in der Kommunikationswissenschaft und Sozialpsychologie in der Regel verstanden wird (s. Kapitel 3.1.1). Im Kontext von Gesundheitskommunikation scheint es jedoch nötig, den Begriff neu ein-

zugrenzen bzw. neu zu definieren. Hierzu wird nochmals kurz auf die allgemeine Definition eingegangen, um darauf aufbauend eine Definition für den Gesundheitsbereich zu formulieren.

Allgemeine Definition von Fallbeispielen

Das Fallbeispiel setzt sich aus den Begriffen Einzelfall und Beispiel zusammen. Es steht für viele andere Einzelfälle, für das es charakteristisch ist. Aus diesem Grund ist ein Fallbeispiel nur im Kontext von Kommunikation und nur als über den Einzelfall hinausgehende Aussage vorstellbar. Fallbeispiele dienen als Beweis, Beleg, Illustration und Veranschaulichung und kommen in den Medien entweder als besonders typisches Einzelschicksal oder als Statement im Zusammenhang mit einer Umfrage vor. Zwar legt die Intention des Kommunikators fest, welche Fallbeispiele verwendet werden, doch letztlich wird es erst durch den Induktionsschluss des Rezipienten zum Fallbeispiel (s. Kapitel 3.1.1). Im Gegensatz zu summarischen Realitätsbeschreibungen sind Fallbeispiele weder repräsentativ, systematisch, noch quantifizieren sie ein Problem und werden deshalb als weniger valide und weniger reliabel angesehen. Stellvertretend sei eine Definition jüngerer Datums von Daschmann (2004) zitiert:

„Unter Fallbeispielen in den Medien (englisch: exemplars) werden Einzelpersonen, -ereignisse oder -meinungen verstanden, die nicht deshalb in der Berichterstattung der Medien auftauchen, weil sie an sich berichtenswert sind, sondern weil sie als Beispiel dienen, um eine über den Einzelfall hinausgehende Aussage zu illustrieren“ (ebd.: 94-95).

Für einen Überblick sämtlicher Fallbeispieldefinitionen siehe Daschmann (2001: 80-86).

Fallbeispiele im Kontext von Gesundheitskommunikation

Der enorme Vorteil eines Fallbeispiels ist, dass es Sachverhalte – wie ein bestimmtes Krankheitsbild mit Symptomen und Gegenmaßnahmen – durch die Darstellung von betroffenen Personen sehr gut veranschaulichen kann. Zillmann (2006) versteht unter einem Fallbeispiel im Kontext des persönlichen Wohlergehens

„a person with specifiable physical and behavioural characteristics who experiences conditions that threaten to impair, are in the process of impairing, or have impaired this person's welfare and/or who experiences conditions that promise to repair, are in the process of repairing, or have repaired such impairment.“ (ebd.: S222)

Demnach haben Fallbeispiele das Potential, Furchtappellaspekte erfolgreich zu transportieren und damit vier von fünf zentralen Faktoren, die Gesundheitsverhaltensweisen

beeinflussen (vgl. Vögele 2007: 296-297).¹⁹⁰ Das entspricht dem Fazit aus den oben dargestellten Fallbeispiel- und Furchtappellstudien, die das jeweils andere Stilmittel (bewusst oder unbewusst) integrieren. Hier zeigte sich, dass Fallbeispiele unterschiedlich ausgeprägte Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten aber auch Emotionen vermitteln und so Häufigkeits-, Risiko-, Ernsthaftigkeits- und Gefährdungseinschätzungen beeinflussen können. Im Kontext von Furchtappellstudien wurden Fallbeispiele als Dimension „Konkretheit“ über die Nähe zu den Versuchspersonen, als Transportmittel für Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten operationalisiert. Häufig werden Fallbeispiele den unterschiedlichen Furchtappellaspekten auch nur unverändert beigefügt und dienen als Rahmen für den Furchtappell (s. Kapitel 5.2.2). Die Darstellung von direkt (oder indirekt) betroffenen Personen eignet sich folglich sowohl für die Darstellung von Bedrohungs- als auch Bewältigungskomponenten.

Zillmann betont vor allem die Greifbarkeit von Fallbeispielen, bei denen es sich in seinen Augen um die Darstellung einfacher Häufigkeiten, in schlichter, proportionaler Form, meistens als beschreibende oder kausale Beziehungen handelt (2006: S224-S225).¹⁹¹ Als Beispiele fügt er „Jemand raucht“ oder „Jemand wurde durch das Rauchen krank“ an (vgl. ebd.: S255), was man durch „Jemand hörte mit dem Rauchen auf und konnte so schwerwiegende Folgeerkrankungen abwenden“ ergänzen kann. Während das zweite Beispiel die Bedrohungs- und Bewältigungskomponente repräsentiert, bildet das dritte Beispiel die Bewältigungskomponente ab. Für Zillmann können Fallbeispiele rein aus Text, nur aus einem Bild oder aus der Kombination von Beidem bestehen (vgl. ebd.). Einen anderen Blickwinkel haben Hoeken & Geurts (2005), die in einem Fallbeispiel eine relative kompakte Darstellung der Erfahrungen einer (realen oder fiktiven) Person sehen, die ein allgemeines Problem beschreibt (vgl. ebd.: 241).¹⁹² Laut Hoeken & Geurts (2005) können die beiden laut EPPM zentralen Komponenten eines Furchtappells, Bedrohungs- und Bewältigungskomponente, durch Fallbeispiele beeinflusst werden: so sollte ein Fallbeispiel, das an den negativen Folgen seines gesundheitsschädlichen Verhaltens leidet, die wahrgenommene Bedrohung erhöhen, aber zugleich die wahrgenommene Wirksamkeit reduzieren. Das Fallbeispiel einer erfolgreichen Person kann dagegen die wahrgenommene Wirksamkeit erhöhen und die wahrgenommene Bedrohung reduzieren (vgl. ebd.: 246). Als Fallbeispiel kann im Kontext von Gesundheitskommunikation auch ein sogenannter „Anekdotischer Beleg“ angesehen werden, der beispielsweise eine Frau als Zeugin für eine angeblich erfolgreiche Diät darstellt:

¹⁹⁰ Vögele bezeichnet sie als Ergebniserwartungen, wahrgenommene Selbstwirksamkeit, wahrgenommene Bedrohung und wahrgenommene Schwere des Problems. Der fünfte, hier nicht relevante Faktor, ist soziale Erwünschtheit (vgl. ebd.).

¹⁹¹ Originalzitat: „Exemplars are by definition elementary occurrences that can be expressed in simple propositional form, mostly as attributional or causal relationships“ (Zillmann 2006: S224-S225).

¹⁹² Originalzitat: „An exemplar is a relatively short story in which the experiences of a (real or fictitious) Person are described and that is used to illustrate a more general phenomenon.“ (Hoeken & Geurts 2005: 241)

Ein Vorherbild, das die Frau noch dick darstellt, wird einem Nachherbild, auf dem dieselbe Frau deutlich dünner abgebildet ist, gegenübergestellt (vgl. Schönbach 2009: 58). Fallbeispiele können also durchaus als Vorbilder fungieren. In vielen Theorien zur Gesundheitsförderung spielt der Einsatz von Vorbildern eine große Rolle (vgl. Kerr & Rossmann 2007: 198). Vorbild ist jedoch nicht gleich Vorbild. Neben Fallbeispielen werden Testimonials und Experten unterschieden.

Abgrenzung zu Testimonials und Experten

Fallbeispiele unterscheiden sich von sogenannten Testimonials. Unter einem Testimonial wird in der Werbewirkungsforschung eine Person verstanden, die Güte, Qualität, Nützlichkeit und Preiswürdigkeit eines „Meinungsgegenstandes“ (Haase 1986: 125) empfiehlt. Prinzipiell könnte also auch ein Fallbeispiel als Testimonial fungieren. Das Testimonial ist aber in der Regel ein zufriedener Kunde, der in eine Werbeaussage eingebaut ist (vgl. Schmidt 2004: 99). Testimonials berichten also durchwegs von positiven Erfahrungen. Auch Prominente werden unter diesen Begriff subsumiert. Prominente wiederum sind Personen, die sich vom Gros der Menschen durch herausragende Eigenschaften unterscheiden und darum von der Öffentlichkeit spezielle Aufmerksamkeit bekommen (vgl. Ringlstetter et al. 2007: 123), also vielbeachtete Persönlichkeiten sind (vgl. Franck 2007: 119). Auch im Bereich der Gesundheitsförderung werden Prominente gerne als Vorbilder eingesetzt (vgl. Kerr & Rossmann 2007: 198). So übernahm beispielsweise im März 2011 die Bundesfamilienministerin Kristina Schröder die Schirmherrschaft für den jährlichen Darmkrebsmonat (vgl. Felix Burda Stiftung 2011). Prominente Testimonials haben den Vorteil, dass die Rezipienten sie möglicherweise nachahmen, obwohl sie mit einem beworbenen Gegenstand oder einer bestimmten Erkrankung im Grunde genommen wenig zu tun haben (vgl. z.B. Schönbach 2009: 58). Ein prominenter Patient kann dagegen durchaus als Fallbeispiel angesehen werden. Er ist selbst erkrankt und die Medien berichten darüber. So kann mit Hilfe erkrankter Prominenter die Aufmerksamkeit auf die entsprechende Erkrankung gelenkt werden, was in der Folge möglicherweise zur häufigeren Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen führt. So stieg die Darmkrebsvorsorge direkt nach Bekanntwerden der Erkrankung des US-Präsidenten Reagan im Jahr 1985 erheblich an (vgl. Brown & Potosky 1990: 321) und in Australien nahmen die Mammographie-Screenings im Zuge der Berichterstattung zu Kylie Minogues Brustkrebserkrankung deutlich zu (vgl. Chapman et al. 2005). Allerdings sind Prominente, da sie über andere Mittel verfügen und sich mehr leisten können als der Durchschnittsbürger, nicht unbedingt als Vergleichsgruppe geeignet (Ruß-Mohl im persönlichen Interview zit. n. Gottwald 2006: 213). Bezüglich der Begrifflichkeiten herrscht große Uneinigkeit. So werden Experten teilweise als Testimonials bezeichnet (vgl. z.B. Schönbach 2009: 60). Generell sind Experten

Personen, die sich in einem bestimmten Bereich besonders gut auskennen und über ein hohes Sachwissen verfügen (vgl. Aronson et al. 2004: 278, vgl. auch Allison 1992). Sie verfügen über „ausdifferenziertes Sonderwissen“ (Gottwald 2006: 228) und können so helfen, praktische Probleme zu lösen (vgl. ebd.). Man geht davon aus, dass sie aufgrund von Heuristiken (vgl. Cialdini 2001: 8-10, s. Kapitel 3.8.4) bei weniger gefühlsbeladenen und unpersönlichen Entscheidungen überzeugend wirken können (vgl. Schönbach 2009: 53): „(...) we frequently ignore the arguments and allow ourselves to be convinced just by the expert's status as ‚expert‘.“ (Cialdini 2001: 8). Anders als bei Prominenten, durch deren Einsatz man sich vor allem erhöhte Aufmerksamkeit oder einen Imagetransfer erhofft, steht bei Experten die Glaubwürdigkeit im Mittelpunkt (vgl. Bonfadelli 2006: 82). Unklar ist dagegen, wie Experten bei gesundheitlichen Themen wirken, da diese in der Regel sehr persönlich und häufig auch gefühlsbeladen sind. So wird beispielsweise die Meinung vertreten, Experten können dazu führen, dass die Mitarbeit abnimmt (Höfling im persönlichen Interview zit. n. Gottwald 2006: 214). Und schon in der klassischen Fallbeispielliteratur fehlt ein Konsens, „ob Expertenaussagen (zitiert oder referiert) ‚Fallbeispiele‘ sind.“ (Daschmann 2001: 85) So bezeichnen beispielsweise Perry & Gonzenbach (1997) Expertenaussagen als „impersonal exemplars“ (ebd.: 230), während Daschmann & Brosius (1997) bei ihrer Inhaltsanalyse Experteninterviews in Form von Berichtsaussagen „durch Aussagen von Fachleuten“ (ebd.: 497) von vornherein aussparten. Für Daschmann (2001) handelt es sich jedoch bei einem Arzt, der über den Krankheitsfall eines konkreten Patienten berichtet, „zweifellos um einen geschilderten Einzelfall, also ein Fallbeispiel“ (ebd.: 85). Spricht der Mediziner jedoch allgemeiner über das Krankheitsbild, dann „beschreibt er (...) keine Einzelfälle oder nur Einzelfälle in großer Zahl, so handelt es sich nicht um ein Fallbeispiel“ (ebd.), sondern um eine zusammenfassende Aussage eines Experten. Nach dieser Sichtweise sind auch Menschen, die von einem bestimmten Krankheitsbild betroffen sind, durch die Erfahrungen, die sie mit dieser Erkrankung gemacht haben, gewissermaßen Experten für diese Krankheit.

Fazit

Ein Fallbeispiel im Kontext eines Gesundheitsthemas kann Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten im Sinne des EPPM vermitteln, also die Aspekte Ernsthaftigkeit des dargestellten Gesundheitsproblems, Anfälligkeit für das dargestellte Gesundheitsproblem,¹⁹³ Reaktions- und Selbstwirksamkeit. Dies ist möglich durch die kompakte Darstellung des Problems und seiner Lösung am Beispiel einer (realen oder fiktiven) Person. Dabei ist das Fallbeispiel als Vorbild von Testimonials und Experten zu differenzieren. Während es sich bei Testimonials um prominente Vorbilder handelt, sind

¹⁹³ Sie werden im weiteren Verlauf der Arbeit auch als allgemeines und persönliches Risiko bezeichnet.

Experten Personen, die sich in einem bestimmten (Gesundheits-)Bereich aufgrund ihres Fachwissens besonders gut auskennen. Allerdings können auch prominente Persönlichkeiten und Experten als Fallbeispiele fungieren, sobald sie selbst von einem Gesundheitsproblem (direkt oder indirekt) betroffen sind, wie Kylie Minogue, die an Brustkrebs erkrankt ist, oder ein Orthopäde, der selbst einen Bandscheibenvorfall erleidet. Daraus ergibt sich die folgende Definition:

Ein Fallbeispiel im Kontext von Gesundheitskommunikation ist eine (reale oder fiktive) Person in Form eines Einzelfalls, die ein generelles Phänomen (Gesundheitsproblem) in Wort und Bild beschreibt oder illustriert. Die Darstellung enthält die positiven und/oder negativen, direkten und/oder indirekten Erfahrungen der Person und kann die Furchtappellaspekte Schädlichkeit des Auftretens des Phänomens, Wahrscheinlichkeit des Auftretens, Reaktionswirksamkeit und Selbstwirksamkeit umfassen.

Diese Definition impliziert zugleich, dass besonders dramatische oder direkt zitierte Fallbeispiele den Fallbeispieleffekt verstärken (s. Kapitel 3.5), während die Darstellung mehrerer Fallbeispiele zum selben Gesundheitsaspekt die wahrgenommenen Wahrscheinlichkeiten von Bedrohungs- und Bewältigungsaspekten beeinflussen können.

5.3.2 Abgrenzung und Definition Furchtappell

Da es weder eine abschließende Furchtappelltheorie oder ein endgültiges Furchtappellmodell gibt (s. Kapitel 4.3), liegt auch keine finale Furchtappelldefinition vor. Hinzu kommt die enorme Menge an Literatur zum Thema, die unzählige Definitionen für Furchtappelle anführt. Diese sollen hier nicht erschöpfend aufgeführt werden. Allein einige für die vorliegende Arbeit und die abschließend formulierte Definition relevante Definitionen werden angesprochen.

Wie oben dargestellt, sind Furchtappelle ein sehr häufig genutztes Stilmittel. Die entsprechenden Inhaltsanalysen definieren jedoch nur selten, was genau ein Furchtappell ist (s. Kapitel 4.2). Außerdem werden die Wirkungszusammenhänge von Furchtappellen in Frage gestellt (s. Kapitel 4.1.3). Während sich die älteren Modelle und Theorien (EVTs und DMs) noch allein auf die Bedrohungselemente des Furchtappells konzentrieren, integrieren jüngere Modelle und Theorien (PPM, PMT, SEU, EPPM und ELM) zusätzlich Bewältigungskomponenten (s. Kapitel 4.3). Dies spiegelt sich auch in den Furchtappelldefinitionen wider. Furchtappelle werden traditionell als persuasive Appelle definiert, die sich auf die Übernahme eines empfohlenen Verhaltens konzentrieren (vgl. Kohn et al. 1982: 457), indem sie „dem Empfänger mitteilen, daß (sic!) für ihn relevante Werte (wie Leben, Gesundheit, Eigentum etc.) bedroht sind.“ (Barth 2000: 63) Sie sollen also die Menschen so sehr ängstigen, dass sie ihr Verhalten ändern (vgl. Witte 1994: 113). Dabei wird Furcht als negativ gerichtete Emotion gesehen, die durch eine physische oder soziale Bedrohung geweckt wird (s. Kapitel 4.1.1) und letztlich

dazu führt, die Empfehlungen der Botschaft zu akzeptieren (s. Kapitel 4.1.2). Diese Auffassung gilt für die EVT, DMs und das EPPM. Ruiter, Verplanken, Kok und Werrij (2003a) sehen einen Furchtappell in Anlehnung an Rogers (1983) als „a persuasive communication that presents threatening information to arouse fear in order to promote safer behavior“ (Ruiter et al. 2003a: 466). In dieser Definition wird lediglich die Bedrohungs-komponente erwähnt. Differenzierter ist die Definition von Shin et al. (2007), die in Furchtappellen persuasive Botschaften sehen, die „the harmful physical or social consequences of failing to comply with message recommendations“ (ebd.: 5)¹⁹⁴ transportieren. Hier ist die Bedrohungs- durch die Bewältigungskomponente ergänzt, da davon ausgegangen wird, dass Furchterregung und kognitive Prozesse in Einstellungsänderungen involviert sind (vgl. Ruiter et al. 2001: 614). Das entspricht der Auffassung von PPM, PMT, SEUs und EPPM, dass ein Furchtappell immer zwei Botschaften enthält: Einmal die Bedrohungs-komponente, die je nach Modell die Gefahr, Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit beschreibt, sowie die Bewältigungskomponente, die Reaktions- und/oder Selbstwirksamkeit beinhaltet. Fraglich ist jedoch, ob ein Furchtappell tatsächlich beide Formen der Information (Bedrohungs- und Bewältigungskomponente) transportieren kann.¹⁹⁵

So nutzen sehr viele Furchtappellstudien Fallbeispiele, um im Grunde genuine Furchtappellkomponenten zu transportieren. Das weist darauf hin, dass Furchtappelle offensichtlich nicht ohne Weiteres operationalisiert werden können (s. Kapitel 5.2.2). In den oben vorgestellten Studien wurden Furchtappelle durch Fallbeispiele variiert, indem sie entweder unterschiedliche Schädlichkeit über Ähnlichkeit transportierten (Cho & Salmon 2006) oder hohe Bedrohung durch zwei Fallbeispiele und niedrige Bedrohung ohne Fallbeispiele operationalisierten (Sherer & Rogers 1984). Schon in ihrer Pionierstudie zum Furchtappelleffekt vermischen Janis & Feshbach (1953 die verschiedenen Stärken des Furchtappells mit unterschiedlich ausgeprägter Personalisierung (s. Kapitel 5.1.2). Spätere Studien integrierten unterschiedliche Bewältigungsanteile (wie Kohn et al. 1982).¹⁹⁶ Auch Witte (1994) dienten in der ersten Studie zum EPPM Fallbeispiele dazu, die Bedrohungs- und Wirksamkeitskomponenten angemessen zu transportieren. Andere Forscher nutzten Fallbeispiele als Träger bestimmter Emotionen (Passyn & Sujan 2006), wieder andere variierten die Fallbeispiele zwar nicht, nutzten sie aber auch als Transportmittel bzw. Mantel der Furchtappellbotschaft.

Durch diese Vorgehensweise werden im Grunde zwei Faktoren vermischt, „die es zu trennen gilt: Fallbeispiele und furchterregende Bilder“ (Rossmann & Pfister 2008:

¹⁹⁴ Sie beziehen sich dabei auf Hale & Dillard (1995: 65).

¹⁹⁵ Furchtappelle können auch nach ihrem Inhalt oder durch die Reaktion, die sie beim Rezipienten hervorrufen, definiert werden (vgl. Witte 1992: 330, O'Keefe 2002: 224). Diese Unterscheidung ist hilfreich, um zu erklären, dass Botschaften mit grausamem Inhalt möglicherweise keine Furcht und Botschaften ohne grausamen Inhalt Furcht wecken können (vgl. 2002: ebd., vgl. auch Witte 1992: 331).

¹⁹⁶ Manche Experimentalversionen enthielten Bewältigungsanteile, andere nicht (vgl. Kohn et al. 1982: 458-459).

373).¹⁹⁷ Eine Reihe von Studien, die allein die Wirkung von bedrohlichen Bildern untersuchte, konnte Wirkungen wie die Wahrnehmung eines erhöhten persönlichen Erkrankungsrisikos, stärkere Beunruhigung, höhere Bedeutung von Schutzmaßnahmen, sowie Einflüsse auf Einstellungen, Verhaltensintentionen und Aufmerksamkeit feststellen (s. Kapitel 4.1.1). Letztlich haben aber die beiden Stilmittel Furchtappelle (bzw. bedrohliche Bilder) und Fallbeispiel(e) jeweils „das Potential, die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken, gesundheitsspezifische Einstellungen und Verhaltensintentionen zu beeinflussen.“ (ebd., s. Kapitel 3.4.3 bis 3.4.4, 4.4) Prinzipiell sollen Furchtappelle im Rahmen von Gesundheitskommunikation Menschen vor allem davon überzeugen, neue Verhaltensformen zu übernehmen, da ihr bisheriges Verhalten negative Folgen hat (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 238). Aber damit wird ein hoch gestecktes Ziel verfolgt.¹⁹⁸ Die Wahrnehmung der unerwünschten Folgen soll so viel Angst bei den Rezipienten auslösen, dass sie das gesundheitsschädliche Verhalten (wie Rauchen) aufgeben (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 238). Unter einem Furchtappell ist also die „Androhung negativer Konsequenzen“ (Barth 2000: 13) bzw. ein Mittel zur Verdeutlichung der Risiken gesundheitsschädlichen Verhaltens zu verstehen. Dementsprechend „taucht er entweder in Form von besonders drastischen Formulierungen im Text auf (z.B. schlimmstmögliche Krankheitsfolgen) oder in Form von besonders negativ anmutenden Bildern.“ (Rossmann & Pfister 2008: 369) Prinzipiell können Furchtappelle also aus verbalem und/oder nonverbalem Material bestehen (vgl. auch Barth 2000: 63). Sehr häufig ist ein abschreckendes Bild, das allein oder in Verbindung mit einem kurzen Ausrufesatz präsentiert wird. Beispiele hierfür sind die Warnhinweise auf amerikanischen Zigarettenpäckchen der 1980er Jahre „Warning: The Surgeon General has determined that cigarette smoking is dangerous to your health“ (Sherer & Rogers 1984: 321) und auf heutigen deutschen Zigarettenpackungen „Rauchen kann tödlich sein“ (Bundesministerium für Gesundheit 2003: 11). Letztere werden in anderen EU-Ländern durch Abbildungen erkrankter Organe ergänzt (s. Kapitel 4.1.3). Auch die Furchtappelle „Lungs: Not available in stores.“ und „Holen Sie ihr Kind aus der Sonne, bevor es jemand anderes tut.“, einmal begleitet von einer Zeichnung und einmal von einem Foto, auf dem Kinder mit dem „Sensenmann“ auf einem Schlauchboot abgebildet sind (vgl. Jakob 2004: 15-16), vermitteln im Grunde allein die Ernsthaftigkeit des jeweiligen gesundheitsschädlichen Verhaltens. Laut Witte enthalten Furchtappelle gewöhnlich grausamen Inhalt in Form von lebhafter Sprache (wie „eine dicke, eitrige Flüssigkeit quoll aus der Wunde des Luftröhrenschnitts hervor“), personalisierter Sprache (wie

¹⁹⁷ Dass diese Vermischung aber auch von der Fallbeispieleseite her vorgenommen wird, wurde in Kapitel 5.2.1 deutlich. Zillmann (2006) meint dazu, dass sich bebilderte Fallbeispiele als Ergänzung zu informativem Text als wirkungsvolles Mittel erwiesen haben, um das Risikobewusstsein zu generieren und protektive sowie korrektive Handlungen zu motivieren (vgl. ebd.: S232).

¹⁹⁸ Darum wurde sehr häufig lediglich der Zusammenhang zwischen geweckter Furcht und Ausmaß der Einstellungsänderungen gemessen (Barth 2000: 63).

„Raucher wie Du“) oder blutige Bilder (wie Fotos von Unfallopfern). Dennoch betont sie, dass ein Furchtappell aus drei Konstrukten besteht: Furcht, Bedrohung und Wirksamkeit (vgl. Witte 1992: 330-331). Wobei die Bewältigungs- immer auf die Bedrohungskomponente folgt (vgl. Witte 1995: 230, Witte 1994: 114, Janssens & De Pelsmacker 2007: 173). Möglicherweise besteht aber ein Furchtappell gar nicht aus sämtlichen Furchtappellkomponenten bzw. kann sie nicht alle transportieren. Dies würde erklären, weshalb so viele Furchtappellstudien Fallbeispiele oder auch gain- und loss-framed Botschaften nutzen, um weitere relevante Botschaftsaspekte zu transportieren (s. Kapitel 4.5.1, 4.5.4). Auf den Punkt bringt es das folgende Zitat:

„By presenting the consequences that individuals will experience unless they stop risky behavior or start preventive behavior, fear appeals constitute a fundamental element in health risk communication“ (Cho & Salmon 2006: 91).

Der Furchtappell liefert demnach allein die negativen Konsequenzen, die entstehen, wenn das Individuum das riskante Verhalten nicht beendet oder ein anderes, präventives Verhalten nicht beginnt. Zur Erklärung, wie dieses andere Verhalten dann tatsächlich aussieht oder auf welchem Wege und mit welchen Mitteln das alte Verhalten beendet werden kann, dafür eignen sich im Grunde andere Stilmittel – wie Fallbeispiele – besser. Sie sollten dann ergänzend zu einem Furchtappell eingesetzt werden. Ein Furchtappell sollte also immer durch vermittelte Handlungskompetenz ergänzt werden (vgl. Bonfadelli 2006: 83). Denn „wird nach starker Furchtinduktion eine präventive Maßnahme bzw. präventives Verhalten als sinnvoll und die Gefahr reduzierend dargestellt, so zeigt sich häufig eine Umsetzung des empfohlenen Verhaltens.“ (Barth & Bengel 1998: 122)

Auch die klassische Vorgehensweise für eine Furchtappellstudie, nach der zunächst die Stärke des Furchtappells (schwach versus stark) manipuliert wird, um anschließend die geweckte Furcht zu messen und am Ende zu überprüfen, ob der stärkere Furchtappell auch stärkere Reaktionen hervorruft (vgl. Witte & Allen 2000: 592 sowie Kapitel 5.1.2), weist in diese Richtung. Denn letztlich wird so allein die Manipulation der Ernsthaftigkeit des Problems evaluiert, da aufgezeigte Bewältigungskomponenten Furcht eher senken als steigern (s. Kapitel 4.3.4 bis 4.3.6). Laut Rogers (1975, 1983) müsste ein Furchtappell aber vier Komponenten transportieren: (1) Das Ausmaß an Schädlichkeit, also Informationen über die Folgen, wenn das problematische Verhalten nicht verändert wird. (2) Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens, was über Informationen über die Wahrscheinlichkeit, dass diese Folgen auftreten, geschieht. (3) Die Wirksamkeit der empfohlenen Reaktion, also Informationen zur Effektivität von schützenden Maßnahmen, die dabei helfen die Bedrohung abzuwenden. Und (4) die Selbstwirksamkeit,

also die Darstellung, das das empfohlene Verhalten von der Zielgruppe einfach und erfolgreich durchzuführen ist.

Nach den hier ausführlich dargestellten Gesichtspunkten, dass (1) viele Furchtappellstudien unter anderem Fallbeispiele verwenden, um Furchtappellkomponenten zu transportieren, (2) auf diese Weise die Faktoren Furchtappell mit Fallbeispielen vermischt werden, (3) Furchtappelle in der Regel in Form eines furchterregenden Bildes (allein oder) in Kombination mit einem kurzen Statement anzutreffen sind und (4) erst darauf die Bewältigungskomponente des Furchtappells folgt, lässt sich folgendes schließen: Ein Furchtappell kann – als furchterregendes Bild und/oder Statement – lediglich das Ausmaß der Schädlichkeit bzw. die Ernsthaftigkeit des Gesundheitsproblems transportieren. Um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens zu beschreiben, sind vermutlich summarische Realitätsbeschreibungen das sinnvolle Mittel. Und um schließlich die Reaktions- und Selbstwirksamkeit darzustellen, eignen sich Fallbeispiele am besten. Durch die Darstellung mehrerer Fallbeispiele ist außerdem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens darzustellen. Das bedeutet jedoch nicht, dass ein Furchtappell nicht trotzdem zu Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen, beitragen kann.

Hieraus lässt sich die folgende Definition ableiten:

Ein Furchtappell im Kontext von Gesundheitskommunikation ist die Darstellung des Ausmaßes der Schädlichkeit bzw. der Ernsthaftigkeit eines Gesundheitsproblems. Er kann allein aus einem furchterregenden Bild und/oder einem furchteinflößenden Statement bestehen.

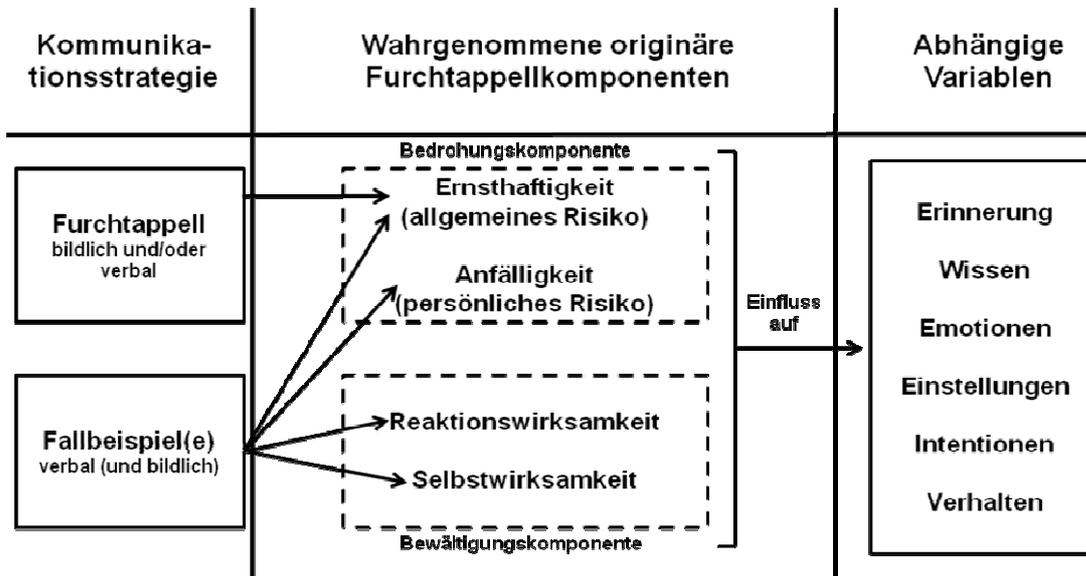
Diese Definition impliziert zugleich, dass ein Furchtappell gut geeignet ist, um die Aufmerksamkeit der Rezipienten zu wecken und so die Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit des Gesundheitsproblems zu schärfen. Ergänzt durch andere Stilmittel kann er diese Aufmerksamkeit auf die weiteren Furchtappellkomponenten, die aber durch andere Stilmittel vermittelt werden, lenken. So können Fallbeispiele vor allem Reaktions- und Selbstwirksamkeit darstellen und eingeschränkt auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens sowie unterstützend die Schädlichkeit des Gesundheitsproblems. Summarische Realitätsbeschreibungen scheinen dagegen geeignet, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens darzustellen.

5.3.3 Modell: Zusammenspiel von Fallbeispiel(en) und Furchtappell

Aufbauend auf den beiden dargestellten Definitionen von Fallbeispielen und Furchtappellen im Gesundheitskontext lassen sich die einzelnen Wirkvorstellungen in einem Modell darstellen. Das Modell zeigt ausgehend von den beiden Kommunikationsstrategien Furchtappell und Fallbeispiel(e) ihren Einfluss auf die wahrgenommene Ernsthaftigkeit (allgemeine Risikowahrnehmung), Anfälligkeit (persönliches Risiko), Reaktions- und Selbstwirksamkeit, die zusammen die originären Furchtappellkomponenten reprä-

sentieren. Zusammengenommen haben diese wiederum einen Einfluss auf Erinnerung, Wissen, Emotionen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten der Rezipienten (Details s. Kapitel 7 bis 9). Auf die Integration von IVn wird bewusst verzichtet, da hierzu bislang keine einheitlichen Befunde vorliegen (s. Kapitel 3.6, 3.7 und 4.4).

Abbildung 11: Das Zusammenspiel von Fallbeispiel(en) und Furchtappell im Gesundheitskontext



Eigene Darstellung

5.4 Fallbeispiele und ihr positives Potential für die Gesundheitskommunikation

Im Kapitel zu Fallbeispielen wurde beschrieben, dass Fallbeispiele kognitive Wirkungen, wie die Wahrnehmung des Meinungsklimas, der Häufigkeits(verteilungen), der Dringlichkeit eines Problems und des Risikos, das von dem Problem ausgeht, beeinflussen können (s. Kapitel 3.4.1). Auch persuasive Wirkungen konnten empirisch – wenn auch nicht einheitlich – belegt werden. Zwar haben Fallbeispiele einen signifikanten Einfluss auf Kausalattributionen, doch bezüglich der persönlichen Meinung konnten nur geringe Effekte nachgewiesen werden. Desweiteren konnten weder für die persönlichen Einstellungen noch für das Verhalten signifikante Effekte nachgewiesen werden (s. Kapitel 3.4). Dies könnte jedoch mit den Themen zusammenhängen, in deren Kontext Fallbeispiele bislang untersucht wurden. Denn Fallbeispiele scheinen im Bereich der Gesundheitskommunikation sowohl für kognitive als auch persuasive Wirkungen vielversprechend. Aus Sicht der klassischen Fallbeispielforschung scheinen Fallbeispiele für die Gesundheitskommunikation relevant, da sie „ein bestimmtes Problem bzw. eine bestimmte Problemsicht durch die Darstellung von Betroffenen illustrieren“ (Brosius 1996: 51) können. Als frühe Form von Fallbeispielen in der Gesundheitskommunikation könnte man die unter „Der Struwwelpeter“ berühmt gewordenen Geschich-

ten von Heinrich Hoffmann (1809-1894) bezeichnen. Im Grunde veranschaulicht Hoffmann in diesem Kinderbuch „komplexe medizinische Symptome“ (Hein, Rapp & Heinz 2007: A2997) für Laien nachvollziehbar. So ist beispielsweise der „Suppenkaspar“ ein Sinnbild für Essstörungen und der „Zappelphilipp“ Pate für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (vgl. ebd.). Ob diese Form von Fallbeispielen schon für Kinder ab drei Jahren geeignet ist, ist fraglich und sollte an anderer Stelle diskutiert werden.

Im Folgenden wird das positive Potential, das Fallbeispiele für die Gesundheitskommunikation haben können, dargestellt. Dabei stehen die Aspekte Verständnis, Nachvollziehbarkeit, soziale Bewährtheit, Glaubwürdigkeit, persönliche Relevanz, Verarbeitung, Verantwortlichkeit, Emotionalität, Reaktions- und Selbstwirksamkeit sowie die Unabhängigkeit des Effekts im Mittelpunkt der Betrachtungen.

5.4.1 Fallbeispiele fördern das Verständnis

Viele Menschen wissen nicht über grundlegende Gesundheitsinformationen Bescheid. Dazu kommt, dass sie den Informationen hinzugefügte Zahlen, Graphiken aber auch Wahrscheinlichkeitsaussagen zu Risiken nicht richtig lesen, interpretieren und verstehen können (vgl. Gigerenzer et al. 2008: 60, Ancker, Chan & Kukafka 2009: 462, vgl. Waters et al. 2009). Aus der Verständlichkeitsforschung ist bekannt, dass Botschaften die zu komplex sind, und zu viel Neues ohne ausreichende Wiederholungen präsentieren, schlecht verstanden werden (vgl. Rice, Huston & Wight 1984: 34). Weil sie schlecht verstanden werden, wenden die Rezipienten für summarische Realitätsbeschreibungen weniger Aufmerksamkeit auf (vgl. Aust & Zillmann 1996: 789). In der Folge bleiben sie in der Gesundheitskommunikation häufig ineffektiv (Zillmann 2006: S231). Fallbeispiele scheinen hingegen – auch für Menschen mit geringem statistischem Verständnis – verständlicher, vor allem weil sie eindeutig sind, lebhafter¹⁹⁹, authentischer, räumlich, zeitlich und/oder emotional näher erscheinen als summarische Realitätsbeschreibungen (s. Kapitel 3.1). Aus diesem Grund und da sie abstrakte, komplexe Themen besser nachvollziehbar machen, werden sie von Journalisten eingesetzt (s. Kapitel 3.2), die übrigens häufig ihrerseits nicht gelernt haben, Zahlen richtig zu interpretieren oder medizinische Forschung angemessen zu präsentieren (vgl. Gigerenzer et al. 2008: 65). Da Fallbeispiele außerdem ein weit verbreitetes Stilmittel in sämtlichen Medienformaten sind (s. Kapitel 3.2), sollten sie den Rezipienten geläufig und damit leicht zu entschlüsseln sein. Im Kontext von Gesundheitskommunikation hat der Aspekt der Verständlichkeit eine besondere Bedeutung. Denn auch in Gesundheitskampagnen werden häufig komplexe wissenschaftliche Zusammenhänge präsen-

¹⁹⁹ Immer wieder werden Fallbeispiele als besonders lebhaft aufgrund ihrer Konkretheit, ihrer bildhaften, nachvollziehbaren Sprache, vermittelnden Erfahrungen und ergänzenden Bilder, beschrieben. Obwohl das Vividness-Konzept als Erklärungsmodell nicht belegt werden konnte, wird häufig im Nachhinein zur Begründung von Fallbeispielen herangezogen (s. Kapitel 3.8.8).

tiert, die von den nicht wissenschaftlich gebildeten Rezipienten nicht verstanden werden können (vgl. Vögele 2007: 304). Durch ihre Form der Darstellung haben sie das Potential, wissenschaftliche Erkenntnisse, die sonst häufig durch Zahlen und Statistiken präsentiert werden, sozusagen in eine verständliche Sprache zu übersetzen. Und nur wenn die Rezipienten Symptome von Krankheiten auch verstehen, können sie sich mit den empfohlenen Verhaltensweisen und der Effektivität von Präventionsmaßnahmen auseinandersetzen, ihr Für und Wider abwägen und schließlich entsprechend handeln (vgl. McKenna & Davis 2007: 39).

5.4.2 Fallbeispiele sind besser nachvollziehbar

Der oben beschriebene episodische Charakter von Fallbeispielen, der dazu beiträgt, dass Fallbeispiele besser verstanden, abgespeichert und abgerufen werden können als Information in anderer Form (s. Kapitel 3.8.9), ist im Gesundheitskontext von besonderer Bedeutung: Hier sind eigene Erfahrungen häufig prinzipiell nicht möglich. Man denke beispielsweise an den persönlichen Umgang mit einer seltenen oder tödlichen Krankheit. Doch auch bei relativ häufigen Krankheitsbildern kann es an Eigenerfahrungen mangeln, wenn man sich bislang nicht mit ihnen beschäftigen musste, denn die Möglichkeit der Eigenerfahrung ist erst im eigenen Krankheitsfall und eingeschränkt durch die Erkrankung einer nahestehenden Person möglich.²⁰⁰ Hier können Fallbeispiele, die eine vergleichbare Situation schildern, und so bei den Rezipienten den Eindruck hinterlassen aus der „direkten Erfahrungswelt“ (Brosius 1996: 66) zu stammen, möglicherweise besser durch die Rezipienten nachvollzogen werden als abstrakte Schilderungen oder summarische Realitätsbeschreibungen. Wenn also neu auftretende Gesundheitsprobleme in einen Bereich fallen, in dem man häufig „kaum eine Möglichkeit (hat), sich primär über Sachverhalte, Probleme oder auch Personen zu informieren“ (ebd.), dann können sich Fallbeispiele bewähren.

5.4.3 Fallbeispiele scheinen sozial bewährt und sind glaubwürdig

Der Anschein der direkten Erfahrung steht in engem Zusammenhang mit „sozialer Bewährtheit“, die Cialdini (2007) als eine seiner sechs Kategorien zu kognitiven Shortcuts beschreibt. Dabei schildert er, dass wir uns, gerade wenn wir uns bezüglich unserer Gesundheit unsicher sind und die richtige Entscheidung treffen möchten, am Verhalten von uns ähnlichen Personen orientieren. Wir erhoffen uns so, Hinweise und Entscheidungshilfen zu erhalten (vgl. Cialdini et al. 2007: 270, vgl. auch Miller & Zimbardo 1966), denn „was viele tun, kann nicht (ganz) falsch sein“ (Schönbach 2009: 51). Generell verlässt man sich umso mehr auf andere, je unsicherer man sich fühlt (vgl. Aron-

²⁰⁰ Zwar kann man aus schon durchgemachten Krankheiten auf neue Erkrankungen schließen, doch verschiedene Erkrankungen können sich in ihrem Schweregrad, ihren Auswirkungen, Symptomen etc. und wie man letztlich mit der Erkrankung umgeht oder umgehen muss, deutlich voneinander unterscheiden.

son et al. 2004: 278). Cialdini beruft sich auf Festinger (1954), der betont, dass wir Ressourcen sparen, wenn wir andere Personen in ihrem Tun beobachten, um in unsicheren Situationen leichter Entscheidungen zu treffen. Mit anderen Worten: „Besonders überzeugend (...) ist, wenn die Anderen, die es auch tun, offenbar Leute sind wie wir selbst.“ (Schönbach 2009: 52) Dabei werden die eigenen Meinungen und Fähigkeiten ständig im Vergleich zu anderen Personen bewertet (vgl. Rossmann & Brosius 2005: 513). Solche Vergleichsprozesse laufen vor allem mit Personen ab, „die als relativ ähnlich zur eigenen Person wahrgenommen werden“ (ebd., vgl. auch Bandura 2001: 276). Die durch das Fallbeispiel dargestellte soziale Bewährtheit ist im Gesundheitskontext vor allem für die Übernahme von empfohlenen Verhaltensweisen bedeutsam. Denn wenn die Betroffenen sehen, dass eine andere Person „mit demselben oder einem ähnlichen Problem konfrontiert war und dieses erfolgreich (...) bewältigt hat“ (ebd.: 299), wird sie vermutlich eher bereit sein, das neue Verhalten auszuprobieren. Ein weiterer Vorteil von Fallbeispielen, der sich unter anderem aus deren sozialer Bewährtheit ableiten lässt, ist ihre Glaubwürdigkeit. In den Medien werden Augenzeugenberichte – die als Form von Fallbeispielen angesehen werden können – generell genutzt, um die Glaubwürdigkeit einer Aussage zu unterstreichen (vgl. Schönbach 2009: 58).²⁰¹ Unter der Glaubwürdigkeit der Quelle wird die positive Eigenschaft des Kommunikators verstanden, die Akzeptanz der Botschaft zu beeinflussen (vgl. Um 2008: 105). Dabei wird Glaubwürdigkeit als multidimensionales Konstrukt betrachtet, das aus mindestens zwei Grundfaktoren besteht: Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit (vgl. Hovland et al. 1953: 21, Jensen 2008: 349). Fallbeispiele scheinen diese beiden Faktoren transportieren zu können. Vor allem der Faktor Kompetenz, der von Hovland, Janis & Kelly (1953) als Ausmaß beschrieben wird, mit dem die Rezipienten eine Person als Quelle einer korrekten Information bzw. gültigen Aussage wahrnehmen (vgl. ebd.: 21, vgl. auch McCracken 1989: 311), scheint sich im Gesundheitskontext durch entsprechende Fallbeispiele beeinflussen zu lassen. Glaubwürdigkeit lässt sich unter anderem durch Plausibilität steigern. Fallbeispiele können gewissermaßen als „Instrument der Plausibilität“ (Schönbach 2009: 55) fungieren, indem sie dem Rezipienten bestätigen, dass auf die dargestellten Informationen Verlass ist. Oder aber, sie präsentieren sich so, dass man den empfohlenen Verhaltensweisen eher vertraut (vgl. ebd.: 57-58). Ideal wäre es, wenn sich die Zielgruppe im Fallbeispiel wiedererkennt, was vermutlich die Glaubwürdigkeit und damit auch die Wirkung erhöht.

²⁰¹ Allerdings wird immer wieder betont, dass Augenzeugenberichte weniger überzeugend sind als Expertenurteile, die ihrerseits weniger überzeugend seien als statistische Belege (vgl. ebd.: 60-62).

5.4.4 Fallbeispiele erhöhen die persönliche Relevanz

Damit Gesundheitskommunikation erfolgreich sein kann, ist es von besonderer Bedeutung, die persönliche Relevanz des beschriebenen Gesundheitsproblems zu erhöhen. Laut dem Modell der Alltagsrationalität (Brosius 1995, s. auch Kapitel 3.8.7) werden Fallbeispiele nicht wie summarische Realitätsbeschreibungen rational, sondern alltagsrational, mit Hilfe von Kategorien, Schemata und Heuristiken, verarbeitet. Das bedeutet, Gesundheitsinformation, die durch ein oder mehrere Fallbeispiel vermittelt wird, 1) kann schneller entschlüsselt werden, wenn sie einer bestimmten Kategorie zugeordnet wird, 2) hilft die relevanten Bestandteile der Information herauszufiltern, wobei vorhandene Schemata ergänzt und Informationslücken geschlossen werden und 3) extrahiert bei komplexen Themen, wie sie in der Gesundheitskommunikation häufig sind, durch Heuristiken allein die sinnvollen Bestandteile. Gerade für den letzten Punkt, die Heuristiken, hat sich gezeigt, dass sie besonders fehleranfällig sind (s. Kapitel 3.8.4). Diese Fehleranfälligkeit könnte sich jedoch im Kontext von Gesundheitskommunikation vorteilhaft auswirken, denn

„In the assessment of health risks (...) exemplars associated with affective reactivity will receive disproportional attention and thereby render overestimates of the incidence and magnitude of threats to health.“ (Zillmann 2006: S224)

Fallbeispiele können also dazu beitragen, die Aufmerksamkeit der Rezipienten überproportional zu steigern, was zur Überschätzung von Neuerkrankungen und Ausmaß der Bedrohung führt. Andererseits können aber tatsächliche Erkrankungs- und Heilungswahrscheinlichkeiten einer Krankheit in den Hintergrund treten, weil ein einzeln dargestelltes Fallbeispiel durch die Rezipienten als relevanter angesehen wird. Mit anderen Worten: Die Bedrohung durch eine bestimmte Krankheit bzw. Krankheitsfolge oder die Heilung durch eine bestimmte Verhaltensweise wird nicht mehr unterschätzt, sondern als persönlich relevant wahrgenommen (Repräsentativitätsheuristik, Quantifizierungsheuristik). Dann wird von den Rezipienten nicht die Aussage „Neun von 100 Frauen erkranken an Brustkrebs“ (summarische Realitätsbeschreibung), sondern als Ergebnis der Rezeption des Fallbeispiels, die Feststellung „Mir könnte es genau ergehen wie der (in dem Fallbeispiel) dargestellten Frau, die schon mit Ende 30 an Brustkrebs erkrankt ist“ als bedeutsam wahrgenommen. Fallbeispiele können also nicht nur die Aufmerksamkeit fördern, sondern auch Bilder hervorrufen (vgl. Chang 2003: 4). Zillmann (2006) fasst dies folgendermaßen zusammen:

„In summary, potentially enduring beliefs about the prevalence of focal events, health risks and protective behaviors included, are formed on the basis of their relative occurrence in exemplifying event groupings and are largely unaffected by the pronouncement of formal quantifications.“ (ebd.: S227)

Dies entspricht im Grunde dem Saliency-Konzept (s. Kapitel 3.8.8), da man davon ausgehen kann, dass Fallbeispiele vor allem dann als bedeutsam wahrgenommen werden, wenn es sich um persönlich relevante, besondere und wichtige Gesundheitsinformation handelt.

5.4.5 Fallbeispiele werden generell leichter, aber möglicherweise auch tiefer verarbeitet

Aufgrund des besseren Verständnisses von Fallbeispielen und ihrer höheren Relevanz für die Rezipienten, könnten durch Fallbeispiele vermittelte Gesundheitsinformationen besser verfügbar sein als anderweitig transportierte Information und so dazu beitragen, dass sie leichter verarbeitet werden (Verfügbarkeitsheuristik). Hinzu kommt, dass Informationen häufig, aufgrund ihrer Fülle und Präsentationsgeschwindigkeit in modernen Medien, von den Rezipienten gar nicht mehr zentral verarbeitet werden können. Sie müssen stattdessen auf periphere Reize – wie Fallbeispiele – achten (vgl. 1997: 233). Hierin liegt ein weiterer Vorteil der Präsentation von Gesundheitsinformation in Form von Fallbeispielen:

„Ease of exemplar processing (...) may be seen as another essential factor in the proposed dominance of exemplifications over abstractions in the formation of impressions and beliefs about threats to safety and health.“ (Zillmann 2006: S225)

Weil es sich bei Fallbeispielen um einen peripheren Reiz handelt, wird generell davon ausgegangen, dass Fallbeispiele vor allem heuristisch bzw. peripher verarbeitet werden (vgl. ELM, HSMP, s. Kapitel 3.8.6). Allerdings ist es durchaus vorstellbar, dass gerade für den Rezipienten bedeutsame, relevante Fallbeispiele zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den durch das Fallbeispiel transportierten Inhalten und somit zu einer zentralen Verarbeitung führen, wo Vor- und Nachteile genau gegeneinander abgewogen werden. Für die Gesundheitsinformation hätte dies den Vorteil, dass die Rezipienten sie nicht nur (mehr oder weniger unbewusst) wahrnehmen, sondern sich mit der Problematik des dargestellten Gesundheitsaspektes tatsächlich auseinandersetzen. Denn eine Verhaltensänderung, die immer das große Ziel jeder Gesundheitsbotschaft ist, wird sich nur durch eine aktive Auseinandersetzung mit Pro- und Contra-Aspekten dieses neuen Verhaltens erreichen lassen.

5.4.6 Fallbeispiele fördern die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt scheint die Wahrnehmung von Verantwortung. Hoeken & Hustinx (2007) haben festgestellt, dass Fallbeispiele die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit einer Gruppe als Ganzes beeinflussen können (vgl. ebd.: 615). Warum sollten Fallbeispiele dann nicht auch die Wahrnehmung der eigenen Verantwortlichkeit beeinflussen? Erst wenn ich mich für eine Verbesserung meines Gesundheits-

zustandes selbst verantwortlich fühle, kann ich aktiv werden und nach Lösungsmöglichkeiten suchen, die durch mein eigenes Verhalten beeinflusst werden. Desweiteren werden durch Fallbeispiele dargestellte Personen als repräsentativ für eine Gruppe von Personen wahrgenommen. Das gilt besonders dann, wenn die Rezipienten das dargestellte Fallbeispiel als eines von vielen wahrnehmen (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 241). Dies kann bei Krankheiten von besonderer Bedeutung sein, die von Ausgrenzungs- und Diskriminierungstendenzen begleitet werden, wie HIV/AIDS (vgl. z.B. Kocher 1993: 37). So könnten Fallbeispiele dazu beitragen, dass Vorurteile gegen bestimmte Krankheiten aufgehoben oder zumindest verringert werden.

5.4.7 Fallbeispiele lösen Emotionen aus

Schon Zillmann (2006) stellt in seinem Übersichtsaufsatz zur Wirkung von Fallbeispielen im Kontext von Sicherheits- und Gesundheitsthemen fest, dass diese – vor allem wenn sie Emotionen fördern und Affekte auslösen – einen enormen Einfluss auf die Einschätzungen von allgemeinen und persönlichen Sicherheits- und Gesundheitsrisiken haben können (vgl. ebd.: S230). Fallbeispiele haben aber generell das Potential Emotionen auszulösen, da Emotionen an Ereignisse gekoppelt sind, die für uns in irgendeiner Art und Weise wichtig und persönlich bedeutsam waren oder sind (vgl. Meyer, Reisenzein & Schützwohl 2001: 11). Je realer, lebendiger und greifbarer ein Fallbeispiel dargestellt wird, desto eher und intensiver wird es Emotionen wecken (vgl. Frijda 1988: 352).²⁰² Fallbeispiele können also die emotionalen Erfahrungen anderer Personen darstellen und ihrerseits emotionale Reaktionen bei den Rezipienten auslösen. Auf diese Weise können Fallbeispiele die Aufmerksamkeit auf dringende Gesundheitsrisiken lenken, Ansichten bezüglich dieser Risiken verändern sowie die Bereitschaft für protektive und korrektive Maßnahmen unterstützen (vgl. Zillmann 2006: S232). Außerdem haben emotionale Fallbeispiele das Potential, die allgemeine Problemwahrnehmung, die Einschätzung des eigenen Risikos sowie die Erinnerung besser zu fördern als nicht emotionale Fallbeispiele (vgl. Aust & Zillmann 1996: 789, 799). Aust & Zillmann (1996) folgern daraus, dass man zur Erhöhung der Ernsthaftigkeitseinschätzung eines Problems emotionale Fallbeispiele einsetzen sollte. Will man hingegen die Ernsthaftigkeitseinschätzung verringern, sollte man zu nicht emotionalen Fallbeispielen greifen (ebd.: 787).

5.4.8 Fallbeispiele fördern Reaktions- und Selbstwirksamkeit

Fallbeispiele können das empfohlene Verhalten selbst (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 241), aber auch die Konsequenzen dieses Verhaltens darstellen, indem sie entweder

²⁰² „Emotions are subject to the law of apparent reality. Emotions are elicited by events appraised as real, and their intensity corresponds to the degree to which this is the case.” (Frijda 1988: 352, kursiv im Original)

die positiven Folgen des empfohlenen Verhaltens oder die negative Auswirkungen bei der Fortführung des bisherigen, gesundheitsschädlichen Verhaltens aufzeigen. Dies geschieht im ersten Fall durch positiv konnotierte und im zweiten Fall durch negative Fallbeispiele, kann aber ebenso eine Kombination aus beidem sein. Denn immer wieder wird gefordert, dass gesundheitsfördernde Programme auch Fehlverhalten aufzeigen sollte, das dem empfohlenen Verhalten widerspricht. Zugleich sollten sie aber darauf verweisen, dass solche „Verstöße (...) oft vorkommen, verzeihlich sind, nicht zum Abbruch des Programms führen sollten und es Verhaltensalternativen gibt“ (Vögele 2007: 305-306). Fieldhouse (1996, vgl. auch Vögele 2007: 306) hat im Kontext von erfolgreichen Ernährungsprogrammen fünf Punkte aufgeführt, die alle durch Fallbeispiele präsentiert werden können: 1) Der wahrgenommene Nutzen einer Verhaltensänderung muss verdeutlicht werden. Das Fallbeispiel kann den Nutzen der Verhaltensänderung beschreiben. 2) Neue und alte Werte sowie neue und alte Bedürfnisse müssen vereinbar sein. Dies kann ein Fallbeispiel schildern, indem es sein Schicksal beschreibt und dabei auch Wertvorstellungen integriert. 3) Das neue Verhalten muss formuliert werden können und umsetzbar sein. Hierfür sind Fallbeispiele geradezu prädestiniert. 4) Das neue Verhalten muss ausprobiert werden können. Das Fallbeispiel erprobt das neue Verhalten stellvertretend für den Rezipienten. 5) Erfolge des neuen Verhaltens müssen auch für andere Personen sichtbar sein. Das Fallbeispiel berichtet über die eigenen Erfolge. Kurz: Fallbeispiele demonstrieren „if they can do it, I can do it“ (O’Keefe 2002: 118). Zugleich kann ein Fallbeispiel auch einen Rückschlag oder Schwierigkeiten bei der Umsetzung des neuen Verhaltens darstellen. So erfährt der Rezipient, dass auch anderen Personen die Umsetzung eines neuen Verhaltens nicht immer leicht fällt. Man muss jedoch betonen, dass sowohl Reaktions- als auch Selbstwirksamkeit nur dann für eine Verhaltensänderung bedeutsam sind, wenn das Individuum „sie als persönlich wichtig und relevant“ (vgl. ebd.: 297) ansieht.

5.4.9 Fallbeispiele wirken relativ unabhängig

Für den Einsatz von Fallbeispielen im Rahmen von Gesundheitskommunikation spricht auch die Unabhängigkeit des Effekts. Studien belegten, dass Fallbeispiele in verschiedenen Medien, bei unterschiedlichen Themen, über einen längeren Zeitraum und unabhängig von der Form der begleitenden summarischen Realitätsbeschreibung wirken.²⁰³ Für die Wirkung von Fallbeispielen ist es außerdem belanglos, ob die Fallbeispiele repräsentativ sind, ob die durch das Fallbeispiel transportierten Argumente stark oder schwach sind, wer der Urheber der Argumente ist und wie viele Fallbeispiele die

²⁰³ Zumindest was die Form der summarischen Realitätsbeschreibung, die Kombination von summarischer Realitätsbeschreibung mit nur einem oder zwei Fallbeispielen, die Wiederholung der summarischen Realitätsbeschreibung und die gleichzeitige Variation von summarischer Realitätsbeschreibung und Fallbeispielen betrifft (s. Kapitel 3.6.4).

Argumente vorbringen. Beim letzten Punkt jedoch hat sich im Kontext von Gesundheitskommunikation gezeigt, dass mehrere Fallbeispiele Risikowahrnehmung und tatsächliches Verhalten der Rezipienten stärker beeinflussen als wenige Fallbeispiele (s. Kapitel 3.6.3 bis 3.6.5). Außerdem ist der Fallbeispieleffekt von verschiedenen Rezipientenmerkmalen unabhängig. So hat es keine Auswirkungen, ob die Rezipienten das Präsentationsmedium der Information seltener oder häufiger nutzen. Auch Alter, Bildung, Geschlecht, Voreinstellungen, Eigenerfahrungen, Involvement und Selbstbewusstsein der Rezipienten haben keinen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt (s. Kapitel 3.6.6).

5.4.10 Fazit

Die dargestellten Punkte versprechen ein enormes Potential für den Einsatz von Fallbeispielen im Kontext von Gesundheitskommunikation, wo „gesundheitsrelevante Informationen (...) einfach, klar verständlich und konsistent sein“ (Vögele 2007: 303) sollen. So scheinen Fallbeispiele verständlicher und besser nachvollziehbar als andere Informationsarten. Außerdem vermitteln sie den Anschein sozialer Bewährtheit, wirken glaubwürdig und erhöhen die persönliche Relevanz der dargestellten Informationen. Sie erleichtern und vertiefen vermutlich die Verarbeitung der Informationen, lösen Emotionen aus und fördern Reaktions- und Selbstwirksamkeit der Rezipienten. All diese Punkte versprechen ein besseres Einbinden der Zielgruppen im Rahmen von Gesundheitskommunikation: Besseres Verständnis und Nachvollziehbarkeit können beim Verinnerlichen von Zielen helfen und Barrieren gegenüber kommunizierten Empfehlungen abbauen. Mittels dargestellter sozialer Bewährtheit und Glaubwürdigkeit werden überzeugende Vorbilder geliefert. Die höhere persönliche Relevanz kann, unterstützt durch emotionale Reaktionen, die Darstellung der originären Furchtappellkomponenten Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit fördern. So können zugleich optimistische Ergebniserwartung unterstützt und Fehlschläge relativiert werden. Durch die Darstellung von einem oder mehreren Fallbeispielen kann man Botschaften entweder exakter auf eine Zielgruppe zuschneiden oder für eine breitere Zielgruppe ansprechend gestalten. Denn durch die Verwendung von mehreren verschiedenen Fallbeispielen wird nicht nur die Wahrnehmung von Krankheitshäufigkeiten beeinflusst (Zillmann 2006: S231), es kann auch eine breite Zielgruppe via Massenkommunikation angesprochen werden, indem verschiedene Personen unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten aufzeigen, durchaus auch einmal einen Rückschlag erleiden oder auf unterschiedliche Weise erfolgreich sind. Auf diese Weise kann die individuelle Risikoneigung sowie das Potential der Verhaltensänderung für verschiedene Zielgruppen (vgl. Hurrelmann & Leppin 2001: 16) integriert und die Kampagnenreichweite ausgedehnt werden. Ist die Zielgruppe vor der gesundheitskommunikativen Maßnahme schon ge-

nau eingegrenzt, dann scheint auch die Darstellung eines besonders typischen Einzelfalls wirksam. Auch wenn nicht geklärt ist, wie und warum Fallbeispiele wirken, so können sie im Kontext der Gesundheitskommunikation dazu beitragen, Zielgruppen gezielt zu beeinflussen, und auch Zillmann (2006) spricht sich ausdrücklich für den Einsatz von Fallbeispielen zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen aus (vgl. 2006: S231-S232). Die auf die klassische Fallbeispielforschung bezogene Aussage von Brosius (1996), dass Fallbeispiele den „Zustand oder die Dringlichkeit von sozialen Problemen“ (ebd.: 51) illustrieren, könnte somit in „illustrieren der Dringlichkeit von gesundheitlichen Problemen“ umformuliert werden. Hinzu kommt, dass Fallbeispieleffekte von vielerlei Aspekten unabhängig sind. Ihr positives Potential liege unter anderem darin, bei der Kombination mit Furchtappellen, die Furcht der Rezipienten zu reduzieren (vgl. Algie & Rossiter 2010: 265, s. auch Kapitel 5.2). Dabei sollten sich die Fallbeispieleffekte durch besonders dramatische Fallbeispiele oder Fallbeispiele in Form direkter Zitate auch im Kontext von Gesundheitskommunikation verstärken lassen (s. Kapitel 3.5).

5.5 Furchtappelle und ihr positives Potential für die Gesundheitskommunikation

Nach dem positiven Potential von Fallbeispielen für die Gesundheitskommunikation geht es nun um die Leistungsfähigkeit von Furchtappellen in diesem Bereich. Furchtappelle haben eine lange Tradition im Kontext von Gesundheitskommunikation, weil vermutet wird, dass sie sich positiv auf das gesundheitliche Verhalten der Rezipienten auswirken. Aufgrund der oben herausgearbeiteten Definition von Furchtappellen, die in einem Furchtappell deutlich weniger sieht als die klassische Forschung, ist auch das positive Potential eingeschränkt. Im Folgenden werden die Aspekte Aufmerksamkeitssteigerung, Wecken von Emotionen, Steigern von Risikowahrnehmung und Erleichtern der Informationsaufnahme vorgestellt.

5.5.1 Furchtappelle wecken Aufmerksamkeit

Der entscheidendste Aspekt, der für den Einsatz von Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation spricht, ist ihr Potential, mehr Aufmerksamkeit zu wecken als andere mediale Stimuli. Durch das Überangebot von Bildern und Fotos – auch in der Gesundheitskommunikation – nehmen Rezipienten normale Bildinhalte teilweise nicht mehr wahr (vgl. Boes 1997: 27). Furchtappelle können die Rezipienten dagegen vermutlich noch erreichen, da sie in der Regel auffällig und für die Sehgewohnheiten der Rezipienten ungewohnt sind. Während summarische Realitätsbeschreibungen oder wenig emotionale Bilder oftmals als langweilig eingestuft werden, haben furchterregende Bilder einen aktivierenderen Einfluss auf die Rezipienten (vgl. Barth 2000: 124).

Emotional aufwühlende Bilder wecken die Aufmerksamkeit der Rezipienten über deren Neugierde, was zu einem weiteren Informationsbedürfnis führt: „(...) threatening images are likely to create curiosity, foster increased attention, and facilitate the processing of related information.“ (Zillmann 2006: S230). Passyn & Sujun (2006) gehen noch einen Schritt weiter und behaupten, dass Furcht notwendig ist, um Aufmerksamkeit auf ein Problem zu lenken (vgl. ebd.: 588). Das entspricht den Ergebnissen der Meta-Analyse von Witte & Allen (2000), wonach starke Furchtappelle die Aufmerksamkeit eher erhöhen als schwache Furchtappelle (s. Kapitel 4.3.8). Auch Ordonana et al. (2009) führen die Korrelation von hoher wahrgenommener Bedrohung und tatsächlich erfolgter Handlung auf die mit der hohen Bedrohung einhergehenden, erhöhten Aufmerksamkeit zurück. Außerdem vermuten sie einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Aufmerksamkeit für die Informationen und dem späteren Verhalten (vgl. ebd.: 210, s. Kapitel 5.5.4).

Die meisten Furchtappelle beinhalten – wie schon erwähnt – physische Bedrohungen, um die Zielgruppe vor schädlichen Folgen ihres risikoreichen Verhaltens zu warnen (s. Kapitel 4.1.1). Shin et al. (2007) gehen davon aus, dass ein Furchtappell nicht nur physische sondern auch soziale Bedrohungen propagieren kann. Bei ihrem Experiment zeigte sich aber, dass physische Bedrohung in PSAs zumindest tendenziell höhere Aufmerksamkeit erfährt als soziale Bedrohung (vgl. ebd.: 6).²⁰⁴

5.5.2 Furchtappelle wecken Furcht und andere Emotionen

Ein weiterer Vorteil von Furchtappellen im Gegensatz zu anderen Kommunikationsstrategien ist das Wecken von Emotionen. Die affektiven Reaktionen sind von der eben beschriebenen durch den Furchtappell ausgelösten Risikoeinschätzung abhängig, die dann ihrerseits den Anstoß zur Einschätzung der Bedrohung geben (vgl. Zillmann 2006: S226). Zentral ist dabei die Emotion Furcht. Gerade die frühen Theorien und Modelle der Furchtappellforschung sehen das Wecken von Furcht als bedeutsam an. Die größte Zustimmung erhielt hierbei der positiv-lineare Zusammenhang zwischen Furcht und Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderung (s. Kapitel 4.3). Allerdings konnte schon früh aufgezeigt werden, dass ein „zu viel“ an ausgelöster Furcht auch in das Gegenteil umschlagen kann (s. Kapitel 4.3.2). In der Regel überprüfen Furchtappellstudien, ob ein starker Furchtappell, der über eine starke Bedrohungs-komponente verfügt, mehr Furcht auslöst als ein schwacher Furchtappell. Bei den in Kapitel 5.1.2 vorgestellten Studien war dies durchwegs der Fall.²⁰⁵ Dieser Befund entspricht der Feststellung Wittes (1992): je stärker die wahrgenommene Bedrohung, um-

²⁰⁴ Physische Bedrohung weckte im Vergleich zu sozialer Bedrohung signifikant höhere physiologische Reaktionen (vgl. Shin et al. 2007: 6).

²⁰⁵ Dabei handelte es sich um die Studien von Janis & Feshbach (1953), Kohn et al. (1982), Ordonana et al. (2009), Betsch & Könen (2010).

so stärker die empfundene Furcht (vgl. ebd., s. Kapitel 5.2.2). Neben Furcht können Furchtappelle aber auch weitere Emotionen wecken. So stellten Witte & Allen (2000) im Rahmen ihrer Meta-Analyse fest, dass durch Furchtappelle zwar vor allem Furcht ausgelöst wird, die Emotionen Überraschung, Verwirrung, Wut, Traurigkeit, Irritation, Ekel, Hilflosigkeit, Anspannung, Energie, Ängstlichkeit, Verlust an Vergnügen (lost of pleasure) und Depression aber ebenfalls provoziert werden können (vgl. ebd.: 604-605). Und schon Anfang der 1980er Jahre hatten Kohn et al. (1982) angemerkt, dass Furchtappelle neben Furcht und Angst auch Traurigkeit, Ekel, Depression und Scham wecken. Welche der Emotionen wie stark (mit-)ausgelöst wird, hängt ihrer Meinung nach von der Form des Furchtappells ab (vgl. ebd.: 457). Heutzutage werden in Anlehnung an Witte (1994) meist die folgenden Adjektive erfasst: verängstigt (frightened), angespannt (tense), nervös (nervous), ängstlich (anxious), unbehaglich (uncomfortable) und ekelerregend (nauseous, vgl. ebd.: 121, s. auch Cho & Salmon 2006: 94 oder Ordonana et al. 2009: 200). Sie gelten als Maß der repräsentativen verbalen Beschreibung von Furcht (vgl. Cho & Salmon 2006: 94).

5.5.3 Furchtappelle steigern die Risikowahrnehmung

Durch die Darstellung eines furchterregenden Bildes, das die Konsequenzen des gesundheitsschädlichen Verhaltens aufzeigt (wie das Bild einer Raucherlunge oder eines Hautmelanoms), verdeutlichen Furchtappelle die Kosten des gesundheitsschädlichen Verhaltens (vgl. Betsch & Könen 2010: 160) und können so die Risikowahrnehmung der Rezipienten steigern. Außerdem haben Furchtappelle das Potential, die Wahrnehmung der eigenen Unverwundbarkeit, beispielsweise im Hinblick auf Krebserkrankungen, zu schwächen (vgl. Sweet, Willis, Ashida & Westman 2003: 376), was letztlich auch einer gesteigerten Anfälligkeit bzw. Risikowahrnehmung entspricht. In gesundheitspsychologischen Studien wird die Risikowahrnehmung als ein bedeutendes Konzept zur Prognose von präventiven Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten verstanden (vgl. Brewer, Chapman & Gibbons 2009: 136). So fanden Witte & Allen (2000) in ihrer Meta-Analyse heraus, dass starke Furchtappelle die wahrgenommene Anfälligkeit aber auch Wirksamkeit im Vergleich zu schwachen Furchtappellen deutlich erhöhen (s. Kapitel 4.3.8). Und Ordonana et al. (2009, s. Kapitel 5.1.2) stellten beispielsweise fest, dass hohe Bedrohung dazu führte, dass Tetanus als ernste Krankheit eingestuft wurde und sich die Personen selbst anfälliger fühlten. In diesem Zusammenhang beschreibt Zillmann (2006: 228) in seinem Überblicksaufsatz eine Reihe von verschiedenen Studien im Kontext von Krebserkrankungen, die nachweisen konnten, dass höhere Risikowahrnehmung auch das Verhalten der Versuchspersonen beeinflusst. Im Kontext von Brustkrebs beispielsweise führten Frauen, die sich mehr Sorgen machten anschließend mehr Mammographien durch (vgl. ebd., sowie Lerman et

al. 1991: 265, McCaul, Branstetter, Schröder & Glasgow 1996: 427, McCaul & Tulloch 1999: 56). Auch beim Thema Hautkrebs wurde infolge höherer Risikowahrnehmung häufiger Sonnenschutzcreme verwendet und der eigene Körper auf Melanome untersucht (vgl. ebd., sowie Rimal & Real 2003: 393). Ausgeprägte Sorgen führten auch bei anderen Krebsformen, wie Darm- oder Prostatakrebs, häufiger zu Screeninguntersuchungen (vgl. ebd.: 227).

5.5.4 Furchtappelle erleichtern die Informationsaufnahme

Dadurch, dass Furchtappelle die Aufmerksamkeit der Rezipienten steigern, erleichtern sie die Aufnahme neuer Informationen (vgl. Zillmann 2006: S230). So führen laut ELM (s. Kapitel 5.3.8) starke Bedrohungs- und Furchtkomponenten dazu, dass die Rezipienten eine ausgeprägtere Relevanz wahrnehmen, was schließlich zu einer systematischeren Verarbeitung der Informationen führt als bei einem schwachen Furchtappell. Folglich bleiben Furchtappelle besser in Erinnerung als andere Formen der Informationspräsentation (vgl. Aust & Zillmann 1996: 789) und verändern das Wissen der Versuchspersonen (vgl. Kohn et al. 1982, s. Kapitel 5.1.2). In der Folge können dann Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten beeinflusst werden. So zeigten Versuchspersonen, die einen Furchtappell mit hoher Bedrohung lasen, ausgeprägtere Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten als Versuchspersonen mit geringer Bedrohung (vgl. z.B. Cho & Salmon 2006, s. Kapitel 5.2.2).

5.5.5 Fazit

Wie die Ausführungen zeigen, haben auch Furchtappelle nach der eingeschränkten Definition (s. Kapitel 5.3.2) enormes Potential. So können sie, da sie auffällig und ungewohnt sind, die Aufmerksamkeit der Rezipienten im heutigen Überangebot an Bildern wecken und so die Präsenz von Gesundheitsinformationen erhöhen. Starke Furchtappelle wecken mehr Neugierde und können damit mehr Aufmerksamkeit generieren als schwache Furchtappelle. Neben Furcht, die in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Bedrohung entsteht, können Furchtappelle weitere Emotionen, wie Überraschung, auslösen. Welche Emotionen genau geweckt werden, das hängt von der Form des Furchtappells ab. Je nachdem welche Emotionen geweckt werden, kann dies ebenfalls die Verarbeitung der Botschaft verbessern. Außerdem zeigen Furchtappelle die Konsequenzen gesundheitsschädlichen Verhaltens auf, was wiederum die Risikowahrnehmung steigert und Unverwundbarkeitswahrnehmungen schwächt. So werden die Rezipienten dazu motiviert, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Letztlich können also starke Furchtappelle zu höheren Ernsthaftigkeitseinschätzungen führen als schwache Furchtappelle und so die Verarbeitung der durch andere Kommunikationsstrategien – wie Fallbeispiele – präsentierte Furchtappellkomponenten Anfälligkeit sowie Reaktions- und Selbstwirksamkeit fördern. Schließlich unterstützen erhöhte Auf-

merksamkeit und gesteigerte Relevanz eine systematischere Verarbeitung der präsentierten Gesundheitsinformationen, was wiederum zu besserer Erinnerung, höherem Wissen und ausgeprägteren Einstellungen, Intentionen und Verhalten führen kann.

5.6 Kritik am Einsatz von Fallbeispielen in der Gesundheitskommunikation

Einige Aspekte sprechen gegen den Einsatz von Fallbeispielen im Kontext von Gesundheitskommunikation. So kann man die Auswahl der präsentierten Fallbeispiele kritisieren, auf die zum Teil eingeschränkte Wirksamkeit von Fallbeispielen verweisen, den fehlenden Zusammenhang der Ähnlichkeit zwischen Fallbeispiel und Rezipient und die fragliche Eignung der Darstellung komplexer Probleme ansprechen. Dies soll nun geschehen.

5.6.1 Kritik an der Auswahl der Fallbeispiele

Die Auswahl von Fallbeispielen durch Journalisten lässt sich in vielerlei Hinsicht kritisieren. So werden Fallbeispiele häufiger dargestellt, wenn sie sehr dramatisch oder untypisch sind, weil sie einen hohen Nachrichtenwert haben. Dabei wird nicht darauf geachtet, ob es sich um repräsentative Fallbeispiele handelt oder nicht. Außerdem fehlt in der Regel der Hinweis, ob es sich bei den dargestellten Fallbeispielen um echte oder fiktive Personen handelt (s. Kapitel 3.2.2). Auch im Kontext von Gesundheitskommunikation kann man nicht davon ausgehen, dass nur repräsentative Fallbeispiele eingesetzt werden. Schließlich sollen die verwendeten Fallbeispiele ja beispielsweise die Wahrnehmung fördern oder die persönliche Relevanz erhöhen (s. Kapitel 5.4). Werden jedoch seltene, untypische und dramatische Fallbeispiele eingesetzt, können unangemessene Einflüsse auf die Urteile der Rezipienten die Folge sein (vgl. Daschmann 2007: 235) und zu verzerrter Risikoeinschätzung, Wahrnehmung von Ernsthaftigkeit und persönlicher Anfälligkeit führen: Qualitativ verzerrte Fallbeispiele werden als relativ häufig und typisch missinterpretiert (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 93) und auch quantitativ verzerrte Fallbeispiele können Fehleinschätzungen forcieren. Demnach wäre die Darstellung von Brustkrebserkrankungen anhand nur einer an Brustkrebs erkrankten Frau verzerrt, da tatsächlich „nur“ jede neunte Frau im Laufe ihres Lebens Opfer dieser Krankheit wird. In diesem Fall könnten auch mehrere Fallbeispiele die Präzision der Präsentation kaum garantieren und vielmehr falsche Realitätsvorstellungen generieren (vgl. auch Zillmann & Brosius 2000: 5). Brosius (1996) führt hierzu ebenfalls ein schlüssiges Beispiel an:

„Wenn beispielsweise mehr AIDS-Kranke in einer Nachrichtensendung gezeigt werden, kann dies dazu führen, dass das Risiko der Ansteckung bzw. die Verbreitung der Krankheit überschätzt werden.“ (ebd.: 65)

Zwar ist die einseitige Auswahl besonders dramatischer Fallbeispiele journalistisch unprofessionell (vgl. Gan et al. 1996), in Werbung und PR sind unterstützende Fallbeispiele, die weder Unzufriedenheit noch Misserfolge darstellen, aber die Regel (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 13). Hier werden verzerrte Beispiele erwartet und auch akzeptiert (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 14). Möglicherweise ist dies im Bereich der Gesundheitskommunikation genauso. Werden allerdings regelmäßig nur dramatische Fallbeispiele präsentiert, so kann das zu „einer generellen Abnutzung der Wirksamkeit von Fallbeispielen führen.“ (Daschmann & Brosius 1997: 503) Darum sollte – auch im Kontext von Gesundheitskommunikation – eine korrekte Repräsentation das Ziel sein. Wenn das nicht möglich ist, sollten summarische Realitätsbeschreibungen die Informationen ergänzen (vgl. Zillmann 2002: 25), denn fehlen diese, dann sind die dargestellten Fallbeispiele der einzige Indikator, der dem Rezipienten die Relevanz des präsentierten Gesundheitsproblems liefert (vgl. Daschmann & Brosius 1997: 503). Allerdings betonen Zillmann & Brosius (2000), dass sich eine verzerrte Problemwahrnehmung, aufgrund untypischer, spektakulärer und sensationeller Fallbeispiele häufig nicht durch begleitende summarische Realitätsbeschreibungen korrigieren lässt (vgl. ebd.: 93). Fallbeispiele sollten also auch in der Gesundheitskommunikation – wo sie in der Regel inszeniert und auch instrumentalisiert sind, da schon im Vorherein feststeht, welche Fallbeispiele präsentiert werden (vgl. Daschmann 2007: 247) – nur vorsichtig (vgl. Job 1988: 165), wohldosiert und mit dem entsprechenden (summarischen) Rahmen eingesetzt werden. So lässt sich konstatieren:

„Obwohl der selektive Einsatz emotionalisierender Fallbeispiele die Kriterien repräsentativer Fallbeispielverwendung verletzt, sollten Fallbeispiele eingesetzt werden, um auf Gesundheitsthemen aufmerksam zu machen“ (Rossmann & Pfister 2008: 373).

5.6.2 Eingeschränkte Wirksamkeit der Fallbeispiele

Fallbeispiele haben das Potential kognitive und persuasive Wirkungen herbeizuführen (s. Kapitel 3.4) und diese Wirkungen können durch bestimmte Präsentationsformen verstärkt werden (s. Kapitel 3.5). Die Wirksamkeit von Fallbeispielen kann aber auch eingeschränkt sein, z.B., wenn die summarische Realitätsbeschreibung klar formuliert, betont oder wahrnehmungssteigernd präsentiert wird. Auch Fallbeispiele, die kein einzelnes Individuum enthalten oder ohne Einzelfallcharakter präsentiert werden, schränken den Fallbeispieleffekt ein (s. Kapitel 3.7.1). Die letzten beiden Aspekte sind jedoch im Kontext von Gesundheitskommunikation nur schwer vorstellbar. Außerdem kann das Themeninteresse der Rezipienten, vor allem das Politikinteresse, die Wirksamkeit von Fallbeispielen einschränken. Dazu kommt, dass die zwar vielfältigen (in Kapitel 3.8 ausführlich dargestellten) und auch vieldiskutierten Erklärungsmöglichkeiten des Fallbeispieleffekts bis heute nicht endgültig begründen können, wie und warum Fallbei-

spiele letztlich wirken (vgl. O'Keefe 2002: 229). Auch die eingeschränkte und nicht endgültig erklärbare Wirksamkeit kann also durchaus kritisiert werden.

5.6.3 Fehlender Zusammenhang zwischen Fallbeispieleffekt und Ähnlichkeit

Neben besonders dramatischen Fallbeispielen gibt es auch typische Fallbeispiele. Für Letztere hat die Ähnlichkeit zwischen Fallbeispiel und Rezipient der Gesundheitsbotschaft eine besondere Bedeutung, da man davon ausgehen kann, dass sich Menschen vor allem mit anderen vergleichen, die ihnen ähnlich sind (s. Kapitel 3.6.3). Zillmann & Brosius (2000) merken hier jedoch an, dass man zwar einen New Yorker als New Yorker spezifizieren könne, sich die als New Yorker bezeichneten Personen aber nur in einem einzigen Punkt ähneln: Sie leben in New York. In allen anderen Bereichen variieren sie beträchtlich (vgl. ebd.: 2). Die beiden Autoren merken außerdem an, dass schon Kinder mit Erfahrung im Märchenhören, aufgrund ihres Abstraktionsvermögens eine buckelige Frau sofort als Hexe erkennen (vgl. ebd.) und ihr die entsprechenden Eigenschaften zuschreiben. Dennoch konnte bislang kein Beweis dafür erbracht werden, dass die Ähnlichkeit zwischen Rezipient und Fallbeispiel einen Einfluss auf die Wirksamkeit des Fallbeispiels hat (s. Kapitel 3.6.3). Allerdings wurde dies bislang nicht bei Gesundheitsthemen untersucht, sondern lediglich bei Geschmacksthemen hinsichtlich des Meinungsklimas und der persönlichen Meinung.

5.6.4 Schwierigkeit der Darstellung komplexer Probleme

Fraglich ist auch, ob Fallbeispiele überhaupt dazu geeignet sind, komplexe Probleme – wie sie im Kontext von Gesundheit die Regel sind – angemessen darzustellen (vgl. auch Zillmann 2006: S225). So können beispielsweise Ergebnisse von epidemiologischen Studien, aber auch von medizinischen Laboruntersuchungen nur schwer in die Alltagssprache übersetzt werden (vgl. Vögele 2007: 304). Doch genau dies ist bei der Verwendung von Fallbeispielen essentiell, denn sie sollen ja gerade komplexe, wissenschaftliche Daten in allgemein verständlicher Form präsentieren (s. auch Kapitel 3.1). Manche Autoren sind jedoch der Meinung, dass bestimmte, komplizierte Sachverhalte, im Grunde nur in Wahrscheinlichkeiten oder durch Experten ausgedrückt werden können“ (vgl. ebd., Gassmann 2003: 479).

5.6.5 Fazit

Man kann davon ausgehen, dass auch im Gesundheitskontext qualitativ und quantitativ verzerrte Fallbeispiele verwendet werden. Möglicherweise sind in diesem Bereich – ebenso wie bei Werbung und PR – verzerrte Darstellungen jedoch besser akzeptiert als in anderen Bereichen. Da die ständige Präsentation dramatischer Fallbeispiele aber zu deren Abnutzung führen kann, sollten Fallbeispiele auch im Gesundheitskontext nur

vorsichtig und in Kombination mit einer summarischen Realitätsbeschreibung präsentiert werden. Kritisieren lässt sich auch, dass Fallbeispiele teilweise nur eingeschränkt wirksam sind und sich die Wirksamkeit nicht endgültig erklären lässt. Der bislang fehlende Zusammenhang der Ähnlichkeit zwischen Fallbeispiel und Rezipient lässt sich zwar kritisieren, muss aber im Kontext von Gesundheitskommunikation erst untersucht werden, da hier bislang nur wenige Untersuchungen zu anderen Themen vorliegen. Dies gilt auch für den letzten hier aufgeführten Kritikpunkt: Es müssen noch Studien durchgeführt werden, die endgültig belegen, dass Fallbeispiele nicht dazu in der Lage sind, komplexe gesundheitliche Fragen angemessen darzustellen.

5.7 Kritik am Einsatz von Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation

Da Furchtappelle – wenn auch unter anderen Definitionen, wie der vorliegenden Arbeit – schon häufig untersucht wurden, liegen umfangreiche Daten vor, die Rückschlüsse auf Probleme am Einsatz von Furchtappellen zulassen. Im Folgenden werden hierzu diese Aspekte betrachtet: Furchtappelle scheinen nur bei eng eingegrenzten Zielgruppe zu funktionieren und vorrangig Furcht auszulösen, was vor allem zu defensiven Reaktionen führt. Dabei stellt sich die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit ihres Einsatzes. Außerdem kann man kritisieren, dass bislang kein endgültiges Furchtappellmodell vorliegt und immer wieder Zweifel an Furchtappellkampagnen laut werden. Am Ende steht die Frage, ob die durch den Furchtappell ausgelöste Furcht überhaupt angemessen manipuliert und erfasst wird.

5.7.1 Eingrenzung der Zielgruppe

Im Kontext von Gesundheitskommunikation wird immer wieder die Bedeutsamkeit einer eingegrenzten Zielgruppe betont (vgl. z.B. Bonfadelli 2006: 31-32). Im Zusammenhang mit Furchtappellen bekommt dieser Aspekt ein zusätzliches Gewicht. Wie in Kapitel 4.4 dargestellt, können verschiedene Variablen wie chronische Angst, Selbstwertgefühl, Alter, Geschlecht, persönliche Relevanz und Erfahrungen oder Vorwissen die Wirksamkeit von Furchtappellen beeinflussen. Dies macht deutlich, wie schwierig es sich gestaltet, eine Furchtappellbotschaft so auf eine Zielgruppe zuzuschneiden oder die Zielgruppe so exakt einzugrenzen, dass der Furchtappell für alle Mitglieder dieser Zielgruppe in derselben Weise wirkt. Dennoch wird empfohlen, Furchtappelle nur für kleine, segmentierte Zielgruppen einzusetzen (vgl. Ray & Wilkie 1970: 61, Kohn et al. 1982: 457). Normalerweise werden Gesundheitsbotschaften und die in ihnen integrierten Furchtappelle aber auf große Zielgruppen zugeschnitten und zwar unabhängig davon, ob dies angemessen ist oder nicht.

Dazu kommen weitere Kritikpunkte. So bemängeln Nabi et al. (2008) die Prämisse neuerer Furchtappellmodelle (wie des EPPM), dass ein Furchtappell neben einer Bedrohungs- auch eine Wirksamkeitskomponente enthalten soll. Sie sind der Meinung, dadurch werde davon ausgegangen, die Rezipienten hätten entweder die Bedrohung bislang nicht wahrgenommen, effektive Verhaltensweisen ignoriert oder beides (vgl. ebd.: 191). Auch Ordonana et al. (2009) verweisen auf diesen Aspekt, der von Witte (1992, 1994, 1998) selbst betont wird: Furchtappelle hätten nur dann einen positiven Effekt, wenn die Rezipienten vorher keine Bedrohung wahrgenommen haben und die Bedrohung dann infolge des Furchtappells als hoch wahrnehmen (vgl. Ordonana et al.: 195, s. auch Kapitel 4.3.6). Aber wenn Menschen mit einem Furchtappell konfrontiert werden, befinden sie sich häufig schon in einem Gefahren- oder Furchtkontrollprozess, wie beim Thema HIV/AIDS: Hier wissen die meisten schon viel und nehmen ein bestimmtes Maß an Bedrohung und auch Wirksamkeit wahr. Das bedeutet für Kampagnen, dass Menschen, die gerade einen Furchtkontrollprozess durchmachen, weil sie hohe Bedrohung in Kombination mit geringer Wirksamkeit wahrnehmen, vor allem auf die Wirksamkeit der Maßnahmen und eigene Möglichkeiten der Gefahr zu begegnen hingewiesen werden müssen. Menschen, die sich dagegen im Gefahrenkontrollprozess – aufgrund der Kombination von hoher Bedrohung und hoher Wirksamkeit – befinden, sollten zum Festhalten an diesem Gefahrenkontrollprozess motiviert werden (vgl. Witte 1995: 238), also sowohl auf die Bedrohung als auch auf die Bewältigung der Bedrohung hingewiesen werden. Muthusamy et al. (2009) kommen für Rezipienten, die schon Angst vor einer Gesundheitsbedrohung (konkret HIV/AIDS) haben, zu einem ernüchternden Urteil: „there is little substantive yield in scaring the already scared“ (ebd.: 341). Demnach sind für Personen, die schon Angst vor einem Gesundheitsproblem haben, Furchtappelle überhaupt nicht geeignet.

5.7.2 Furcht und defensive Reaktionen

Immer wieder wird kritisiert, dass Furchtappelle allein die Furcht der Rezipienten fördern:

“(…) in fear communication it is likely that strong emotional behavior is stimulated by scenes of blood and human destruction. (...) it is questionable that they add as much to the viewer's knowledge as they add to his fear.” (Leventhal 1970: 171)

Wenn man sich am EPPM orientiert, dann ist dies durchaus möglich. Vor allem dann, wenn sich die Person in einem Furchtkontrollprozess befindet. Denn im Gegensatz zum Gefahrenkontrollprozess reagiert sie dann auf ihre Furcht bzw. versucht sie zu unterdrücken und setzt sich nicht mit der dargestellten Gefahr auseinander (vgl. Janssens & De Pelsmacker 2007: 177, s. Kapitel 4.3.6). Das entspricht auch der Feststellung Wittes, dass Furcht signifikant mit der Zurückweisung und nicht mit der Akzeptanz

der Botschaft zusammenhängt (vgl. Witte 1994, s. Kapitel 4.3.6) Außerdem können bestimmte Rezipientenmerkmale, wie generelle Ängstlichkeit, dazu führen, dass lediglich ein Furchtkontrollprozess eingeleitet wird (s. Kapitel 4.4).

In diesem Zusammenhang wird immer wieder die „kontraproduktive Wirkungsweise von Furchtappellen“ (Rossmann & Pfister 2008: 369-370) beschrieben. Eigentlich soll der Furchtappell eine Verhaltensänderung herbeiführen, stattdessen führt er zu defensiven Reaktionen (vgl. McKenna & Davis 2007: 35). Schon Janis & Feshbach (1953) machten auf verschiedene Formen defensiver Reaktionen in Folge eines Furchtappells aufmerksam. Sie unterschieden (1) Ablenkung vom eigentlichen Botschaftsinhalt aufgrund intensiver emotionaler Anspannung, (2) aggressive Reaktionen gegenüber dem Kommunikator und (3) defensive Vermeidung durch Leugnen bzw. Ignorieren der Botschaft. Der erste Punkt entspricht dem aus der Werbewirkungsforschung bekannten „Vampireffekt“, der für einen Aufmerksamkeitsverlust durch Ablenkung vom eigentlich beworbenen Produkt steht (vgl. Schmidt 2004: 102). Der zweite Aspekt kann mit der Reaktanztheorie (Brehm 1966) erklärt werden. Menschen empfinden dann Reaktanz, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Freiheit zu denken und zu handeln wie sie möchten, bedroht oder eingeschränkt ist. In der Folge minimieren sie die Reaktanz, indem sie die gefährliche oder schädliche Handlung ausführen (vgl. Aronson et al. 2004: 252).²⁰⁶ Ein Beispiel hierfür wäre der Appell nicht mehr zu Rauchen, woraufhin die Reaktanz empfindende Person genussvoll weiterraucht. Beim dritten Punkt handelt es sich um eine Form der kognitiven Dissonanz (Festinger 1957). Nach dieser Theorie stehen sich zwei oder mehrere widersprüchliche Kognitionen gegenüber, die dazu führen, dass eine dem Selbstbild des Individuums entsprechende Handlung durchgeführt wird. Ein Beispiel wäre hier die Botschaft „Rauchen kann tödlich sein“, die mit dem persönlichen Zigarettenkonsum in Widerspruch steht. In der Folge kann es zur Annahme des Handlungsvorschlags (Ich höre mit dem Rauchen auf), einem Rechtfertigungsversuch für das bisherige Verhalten durch die Änderung der dissonanten Kognition (Ich stufe die Aussage als falsch ein) oder aber zur Rechtfertigung des bisherigen Verhaltens durch das Hinzufügen neuer Kognitionen (Ich rauche einfach weiter) kommen (vgl. Aronson et al. 2004: 188-189). Auch jüngere Theorien und Modelle der Furchtappellforschung, wie die PMT oder das EPPM, gehen explizit auf defensive Reaktionen ein (s. Kapitel 4.3).

McKenna & Davis (2007) sehen drei Formen von nicht intendierten Furchtappelleffekten: Widerstand („Ja, aber ich kann nicht mit dem Rauchen aufhören“), Reaktanz („Ich werde manipuliert, darum ignoriere ich die Botschaft“) und Verleugnung („Davon bin ich nicht betroffen“, vgl. ebd.: 36). Viele Studien konnten verschiedene defensive Reaktionen empirisch belegen. Exemplarisch dafür stehen die folgenden Studien: Ruiter,

²⁰⁶ Erklärung zum Bumerang-Effekt s. Kapitel 5.1.2.

Verplanken, Kok & Werrij (2003a) stellten bei ihrer Untersuchung zu Furchtappellen im Kontext von Brustselbstuntersuchungen fest, dass es eine generelle Tendenz gibt, auf bedrohliche Botschaften im Kontext von Brustkrebs mit Reaktanz zu reagieren (vgl. ebd.: 473, s. auch Ruiter et al. 2004: 17-20). In der oben dargestellten Studie stießen Kohn et al. (1982), beim Thema „Drinking and Driving“ auf einen sogenannten „Bumerang Effekt“, der durch starke (aber auch niedrige) Furchtappelle ausgelöst wurde: Statt sich gegen alkoholisiertes Fahren auszusprechen, waren die Versuchspersonen nach der Rezeption des Furchtappells diesem Verhalten gegenüber deutlich positiver eingestellt (vgl. ebd.: 461-463, s. Kapitel 5.1.2). In der ebenfalls schon vorgestellten Studie von Betsch & Könen (2010) führten Furchtappelle nicht zu einer stärkeren Risikowahrnehmung bezüglich Masern. Vielmehr senkten sie sowohl die subjektive Wahrscheinlichkeit als auch das wahrgenommene Risiko an Masern zu erkranken (vgl. ebd.: 163, s. Kapitel 5.1.2). Diese auf den Furchtappell folgende Ablehnung und Leugnung (vgl. Passyn & Sujan 2006: 584) wird als „Backfire Effekt“ (vgl. Witte & Allen 2000: 606) bezeichnet. Er ruft genau das Gegenteil der intendierten Wirkung hervor.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass es im Kontext von Furchtappellen zu einer Reihe unterschiedlicher, defensiver Reaktionen kommen kann. Von Ablenkung vom eigentlichen Botschaftsinhalt (Vampireffekt), aggressiven Reaktionen gegenüber dem Kommunikator (Reaktanz), defensiver Vermeidung durch Leugnen oder Ignorieren der Botschaft (kognitive Dissonanz) über Bumerang- und Backfire-Effekte bis hin zu Widerstand. So verschieden diese Reaktionen sind, eines haben sie gemeinsam: Sie laufen den intendierten Effekten des Furchtappells entgegen, machen ihn wirkungslos und führen im ungünstigsten Fall sogar dazu, dass das unerwünschte Verhalten als Trotzreaktion ausgeführt wird.

5.7.3 Ethische Vertretbarkeit von Furchtappellen?

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob die Verwendung von Furchtappellen ethisch überhaupt vertretbar ist oder ob sie möglicherweise ihr Publikum – beispielsweise durch extrem furchterregende, abstoßende oder ekelerregende Bilder – überfordern (vgl. auch Benet, Pitts & LaTour 1993). Außerdem können starke Furchtappelle das Gefühl, keine Kontrolle über das Gesundheitsrisiko zu haben, verstärken. Das führt dazu, dass die Rezipienten insgesamt ängstlicher werden (vgl. Peinado 2009: 4). Dazu kommt die Vermutung, Angst nutze sich mit der Zeit oder durch zu viele verschiedene Ängste ab (vgl. Kocher 1993: 34). Wie oben ausgeführt, führt generelle Ängstlichkeit gegenüber einem Gesundheitsrisiko zu ausgeprägteren defensiven Vermeidungsstrategien (s. Kapitel 4.4.1). Einige Autoren sprechen sich explizit gegen den Einsatz von Furchtappellen bei bestimmten Zielgruppen, wie Jugendlichen, aus (vgl. z.B. Austin 1995: 114, Ruiter et al. 2003a: 473). Für andere Zielgruppen, wie ältere Menschen,

konnte dagegen ein negativerer Effekt von Furchtappellen im Vergleich zu jüngeren Zielgruppen nicht festgestellt werden (Benet et al. 1993: 53). Manche Forscher lehnen Furchtappelle generell ab und berufen sich dabei auf ethische, aber auch pragmatische Gründe. Slavin, Batrouney & Murphy (2007) begründen dies damit, dass eine furchtbasierte Kampagne zu HIV/AIDS nicht dabei helfen könne, die Übertragung von HIV zu vermindern. Vielmehr trüge sie sogar dazu bei, sie zu erhöhen (vgl. ebd.: 136-137).

Milne et al. (2000) sehen darin, den Rezipienten zu erzählen, dass sie zu einer extrem anfälligen Gruppe gehören, kognitive Manipulationen, die im Grunde ethisch nicht vertretbar sind (vgl. Milne et al. 2000: 138). In diesem Zusammenhang ist es besonders problematisch, dass Laien Risiken manchmal geradezu irrational einschätzen (vgl. Daschmann 2001: 37). Sie stufen diejenigen Risiken als miteinander vergleichbar ein, die auf denselben oder ähnlichen Ursachen beruhen. Risiken dagegen, die ähnlich gefährlich sind, werden nicht als gleich eingestuft (Johnson & Tversky 1984: 68). So kommt es zu einer Überbewertung von relativ unbedeutenden Gefahren, während tatsächlich bedeutsame Gefahren unterschätzt werden (vgl. Daschmann 2001: 38).

Ruiter, Verplanken, Kok & Werrij (2003a) betonen, dass es aufgrund dieser ethischen Bedenken umso wichtiger ist, Furchtappelle vor ihrem Einsatz in einer Gesundheitskampagne intensiv zu testen. Außerdem sollten Furchtappelle immer von starken Wirksamkeitsbotschaften begleitet werden, die die Durchführbarkeit des empfohlenen Verhaltens hervorheben (vgl. Ruiter et al. 2003a: 473). Damit befinden sich die Forscher in der Tradition Wittes und bestätigen in ihrer Untersuchung zum Thema Brustkrebs auch zentrale Aspekte des EPPM: So hatte bedrohliche Information positiven Einfluss auf den Furchtkontrollprozess (z.B. durch das Vermeiden an Brustkrebs zu denken oder Angstgefühle zu unterdrücken), während sich der Wirksamkeitsappell (bzw. die Bewältigungskomponente) positiv auf den Gefahrenkontrollprozess (z.B. Motivation selbst eine monatliche Brustuntersuchung durchzuführen) auswirkte (vgl. ebd.: 465). So bestätigten die Forscher auch Ergebnisse früherer Studien zu Brustkrebs, die Zillmann wie folgt zusammenfasst: „particularly acute worries about breast cancer can markedly diminish and even abolish any resolve to obtaining regular breast examinations“ (2006: 229). Sicherlich ist diese Erkenntnis auch auf andere Krankheiten übertragbar. Schließlich könne „Angst irrationales Verhalten von der Verdrängung bis hin zur Panik und zur Anomie“ (Kocher 1993: 34) auslösen, wodurch die eigentliche gesundheitsrelevante Information nicht verarbeitet wird.

Furchtappelle liefern, aufgrund der genannten Aspekte, somit die „denkbar schlechtesten Voraussetzungen für die Entwicklung psychischer und damit auch physischer Widerstandskräfte gegen drohende Erkrankungen“ (vgl. ebd.: 35). Dennoch wird immer wieder diskutiert, ob Präventionskampagnen, die bedrohliche Krankheiten wie

HIV/AIDS bekämpfen möchten, überhaupt auf angstausslösende Elemente verzichten können (vgl. ebd.: 36).

5.7.4 Fehlendes „endgültiges“ Furchtappellmodell

Obwohl mittlerweile verschiedene Theorien und Modelle zur Wirkung von Furchtappellen vorliegen (s. Kapitel 4.3), wird bemängelt, dass bis heute kein Modell identifiziert werden konnte, das den Prozess von Furchteffekten auf die Entscheidungsfindung akkurat erfasst (vgl. Nabi et al. 2008: 192). Zwar konnten positive Verbindungen zwischen Botschaftsakzeptanz und Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten aufgedeckt werden, doch bis dato war es nicht möglich, eine signifikante Interaktion zwischen Bedrohung und Wirksamkeit, die darauf verweist, dass Bedrohungseffekt möglicherweise nicht vom Grad der Wirksamkeit abhängen, nachzuweisen (vgl. ebd.). Kurz: Die Wirkung von geweckter Furcht und Wahrnehmung der Bedrohung auf die Wahrscheinlichkeit einer systematischen Verarbeitung persuasiver Botschaften ist bislang nicht (völlig) erklärbar (vgl. Ruiter et al. 2001: 621).

In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass ein und derselbe Furchtappell bei unterschiedlichen Individuen zu unterschiedlichen Reaktionen führen kann (vgl. Janssens & De Pelsmacker 2007: 177). Laut O'Keefe (2002) liegt das unter anderem daran, dass man bei Furchtappellen die Inhalte der Botschaft und die Reaktionen der Rezipienten unterscheiden muss. So könnten Botschaften mit grausamem Inhalt möglicherweise keine Furcht auslösen, während andererseits Furcht auch ohne Furchtappell geweckt werden könne (vgl. ebd.: 224).

Dazu kommt, dass es zu jeder Theorie und zu jedem Modell Studien gibt, die die Wirksamkeit von Furchtappellen unterstützen, andere, die ihre Wirkungslosigkeit aufzeigen und solche, die gemischte Ergebnisse produzieren (vgl. Witte 1992: 329). So konnte beispielsweise Lemal (2009), in ihrer am EPPM ausgerichteten Untersuchung zu verschiedenen Krankheitsbildern, keinen positiven Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und gesundheitsförderlichem Verhalten der Rezipienten feststellen. Auch dann nicht, wenn die Rezipienten angaben, die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahme hoch einzuschätzen (vgl. ebd.: 15). Witte macht für die widersprüchlichen Forschungsergebnisse eine Reihe von Ursachen aus: So würden konzeptionell verschiedene Begriffe wie Furcht, Bedrohung und Wirksamkeit austauschbar gebraucht. Auch liege der Fokus zumeist auf der Akzeptanz der Botschaft, während der Prozess der Botschaftsverweigerung vernachlässigt wird. Es fehle zudem an einer konsistent repräsentierten Interaktion zwischen Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten (vgl. ebd.: 329-330). Perloff (1993) geht noch einen Schritt weiter und gibt dem Begriff Furchtappell die Bezeichnung „misnomer“ (ebd.: 165). Er begründet dies damit, dass der Begriff Furchtappell zwar impliziere, dass eine Botschaft das Verhalten ändern

kann, wenn man Furcht einsetzt. Allerdings verweise beispielsweise die PMT darauf, dass das Wecken der Furcht nur einer von vielen Aspekten der Verhaltensänderung ist (vgl. ebd.). Außerdem sei Furcht eine besonders komplizierte Variable, die nicht ohne weiteres erfolgreich manipuliert werden kann (vgl. ebd.: 66). Hinzu kommt auch die Schwierigkeit, eine der Furchtappelltheorien oder eines der Modelle vollständig mit allen Aspekten zu untersuchen.

Da es bislang – und wohl auf absehbare Zeit – kein endgültiges Modell zur Erklärung von Furchtappellen gibt, werden sich in Forschung, Politik und Praxis weiterhin zwei Lager gegenüberstehen: Die einen, die Furchtappelle bzw. die durch sie hervorgerufene Angst²⁰⁷ als das wirksamste (oder gar einzige) Mittel zur Änderung gefährlicher Gewohnheiten und Praktiken sehen, und die anderen, die eher die von der WHO ausgegebene, positiv konnotierte Formel ‚Make the healthy way the easy choice‘ befürworten (vgl. Kocher 1993: 34-36, s. auch Rosenbrock 1987).

5.7.5 Zweifel an Furchtappellkampagnen

Wie im vorausgehenden Kapitel schon deutlich wurde, gibt es offensichtlich Zweifel an der Effektivität von Furchtappellen und damit auch an der Wirksamkeit von Kampagnen, die Furchtappelle einsetzen (vgl. Ruiter et al. 2001: 613). Es liegen jedoch Anhaltspunkte vor, die aufzeigen, wie eine Kampagne mit Furchtappellen gestaltet sein sollte, um erfolgreich zu sein. So konnten auf Basis des EPPM folgende Aspekte festgemacht werden, um mit Furchtappellen ein Gesundheitsverhalten zu verändern (vgl. Botta et al. 2008: 375, Snyder 2007): (1) Die Zielgruppe muss sich von der Bedrohung betroffen bzw. für sie anfällig fühlen. (2) Die Bedrohung wird als ernst wahrgenommen. (3) Die Zielgruppe nimmt eine hohe Reaktionswirksamkeit für das empfohlene Verhalten wahr. Sie glaubt, das empfohlene Verhalten kann ihr dabei helfen, die Bedrohung zu vermeiden. (4) Die Zielgruppe verfügt über eine hohe Selbstwirksamkeit, um das empfohlene Verhalten zur Vermeidung der Bedrohung durchzuführen. Im Grunde handelt es sich bei diesen vier Punkten „lediglich“ um die Einzelaspekte der Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten, wie sie in PMT und EPPM vorkommen. Sieht man sich die vier Aspekte jedoch einmal gezielt und im Hinblick auf ein Zielpublikum an, dann wird deutlich, wie schwierig es sein dürfte, dass alle Individuen einer Zielgruppe jedem dieser vier Punkte entsprechen bzw. die entsprechenden Wahrnehmungen aufweisen. Dazu kommt, dass Furchtappellen häufig die Bewältigungskomponente fehlt (vgl. Peinado 2009: 20), wodurch – wie oben erklärt (s. Kapitel 5.7.2) – Furcht und Furchtkontrollprozesse dominieren und so den Appell letztlich wirkungslos machen. Außerdem konnten verschiedene Meta-Analysen zu Furchtappellinterventionen effektive von ineffektive Kampagnen nicht aufgrund der geweckten Furcht differenzieren (vgl.

²⁰⁷ Angst vor Strafe, Angst vor Liebesverlust, Angst vor Krankheit, Angst vor dem Tod etc. (vgl. ebd.).

Fisher & Fisher 1992: 462-463, Kirby et al. 1994: 355), s. auch Ruiter et al. 2001: 613). Eine weitere Untersuchung, die sich darauf konzentrierte, die in Deutschland derzeit verwendeten, lediglich wörtlichen Warnhinweise auf Zigarettenschachteln mit einer Kombination aus Text und abschreckendem Bild bezüglich ihrer Wirksamkeit zu vergleichen, deckte keinen Vorteil für den kombinierten Warnhinweis – zumindest bei jugendlichen Rauchern – auf (vgl. Petersen & Lieder 2006: 256). Barth (2000) folgert in diesem Zusammenhang, dass eine Kampagne mit dem Ziel gesundheitsspezifisches Wissen zu vermitteln, auf Furchtappelle verzichten sollte (vgl. ebd.: 209). Furchtappelle im Bereich von Gesundheitsaufklärung seien generell problematisch, da geweckte Furcht die Rezeption von Inhalten erschweren könne. Darum könnten Furchtappelle dazu führen, dass zwar die emotionalen Bestandteile einer Botschaft im Gedächtnis haften bleiben, die Verhaltensempfehlungen aber genau aus diesem Grund nicht korrekt rezipiert werden und folglich die Zielgruppe nicht erreichen (vgl. ebd.: 208-209).

5.7.6 Problematische Manipulation und Erfassung von Furcht

Oft wird auch die Frage aufgeworfen, ob Furcht in den Experimenten angemessen manipuliert werden konnte (vgl. Nabi et al. 2008: 199). Hinzu kommt, dass Furcht als komplexe Emotion gilt (vgl. Jakob 2004: 17), was deren Messung erschwert. So kann eine bestimmte Furchtausprägung beim Thema Zahnhygiene schon stark ausgeprägte Furcht sein, während Furcht im selben Ausmaß beim Thema Rauchen und Krebs lediglich geringe Furcht widerspiegelt (vgl. Burnett & Wilkes 1980: 21). Perloff (1993) zieht hier aus den beiden Meta-Analysen von Boster & Mongeau (1984) und Sutton (1982) folgende Schlussfolgerungen:²⁰⁸ Viele Experimente konnten Furcht nicht erfolgreich manipulieren und aus diesem Grund wirkten letztlich die untersuchten Furchtappelle nicht. So können übertriebene Darstellungen „eher lächerlich als überzeugend“ (Jakob 2004: 17) wirken. Hier wären realistische Furchtappelle vermutlich erfolgreicher. Denn manipulierten die Forscher Furcht tatsächlich realistisch, dann waren hohe Furchtappelle wirksamer als niedrige (vgl. ebd.: 161-162). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob ein Furchtappell, der keine oder sehr geringe Furchtaspekte beinhaltet, überhaupt ein Furchtappell ist. Oder ob es sich dabei nicht vielmehr um eine Wirksamkeitsbotschaft oder einen positiven Appell handelt (vgl. Nabi et al. 2008: 199). Hinzu kommt, dass sich Furchtappelle durch eine Reihe von Dimensionen unterscheiden und Furcht nur eine dieser Dimensionen darstellt (vgl. Beck & Davis 1978: 92), was die Messung der geweckten Furcht zusätzlich erschwert.

Neben der Manipulation der Furcht steht auch die Messung derselben in der Kritik: Oft dient die Selbstausskunft der Rezipienten als Datenbasis, wobei physiologische Messungen deutlich exaktere Ergebnisse liefern würden (vgl. Lang 1984, Witte 1992: 331),

²⁰⁸ Von drei Schlussfolgerungen werden hier nur die beiden relevanten aufgeführt (vgl. ebd.: 161-162).

die in der Folge möglicherweise eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Wirkungen der Furchtappelle ermöglichen könnten. Allerdings erhöhen physiologische Messungen den Forschungsaufwand enorm, da die Daten nur mit speziellen Apparaturen erhoben und mit den dazugehörigen Computerprogrammen ausgewertet werden können. Mit Rogers (1983) lässt sich hingegen die Verwendung eines verbalen Messinstruments rechtfertigen: Er ist der Ansicht, dass die Selbstauskunft möglicherweise sensibler ist als physiologische Messungen (vgl. ebd.: 164). Witte führt diesen Aspekt weiter aus, indem sie Selbstauskünfte als natürliche und adäquate Äußerungen zu emotionalen Zuständen bezeichnet. Physiologische Erregung dagegen sei – vor allem in Kontext einer Furchtappellpräsentation – sehr kurzlebig (vgl. Witte 1992: 331). Kritisieren kann man in diesem Kontext auch, dass sich die Mehrzahl der Studien auf die geweckte Furcht konzentriert und dabei Effekte der Furchtreduktion aus den Augen verliert (vgl. Algie & Rossiter 2010: 265).

5.7.7 Fazit

Furchtappelle scheinen nur zu wirken, wenn die Zielgruppe zuvor genau festgelegt bzw. eng eingegrenzt wurde. In diesem Zusammenhang lässt sich kritisieren, dass gängige Furchtappelldefinitionen den Schluss zulassen, dass Furchtappelle nur dann erfolgreich sind, wenn die Zielgruppe die Bedrohung bislang nicht wahrgenommen hat und sie infolge des Furchtappells als hoch wahrnimmt. Allerdings befinden sich die Rezipienten bei vielen Themen schon in einem Gefahren- oder Furchtkontrollprozess und müssen demnach entsprechend angesprochen werden: Personen im Gefahrenkontrollprozess mit Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten, Personen im Furchtkontrollprozess vor allem mit Bewältigungskomponenten. Kritisieren lässt sich desweiteren, dass Furchtappelle möglicherweise lediglich Furcht auslösen und die weitere Auseinandersetzung mit der Botschaft so unterdrücken. Verschiedene defensive Reaktionen sind in diesem Fall denkbar. Neben der Ablenkung vom eigentlichen Botschaftsinhalt, aggressiven Reaktionen gegenüber dem Kommunikator, defensiver Vermeidung durch Leugnen oder Ignorieren der Botschaft, Bumerang- und Backfire-Effekte oder Widerstand. All diese Reaktionen führen dazu, dass der Furchtappell wirkungslos bleibt oder das unerwünschte Verhalten eventuell sogar fördert. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Furchtappelle überhaupt ethisch vertretbar sind. Zum einen können sie ihr Publikum durch drastische Darstellungen überfordern und so beispielsweise das Gefühl der Kontrolllosigkeit fördern. Bei zu häufiger Verwendung von Furchtappellen könnte sich deren Wirkung außerdem abnutzen. Zudem schätzen Laien Risiken häufig irrational ein, wozu Furchtappelle zusätzlich beitragen können. Dem könnten im Vorfeld durchgeführte, ausführliche Tests der verwendeten Furchtappelle sowie ergänzende, starke Wirksamkeitsbotschaften entgegenwirken. Da bislang kein endgültiges Modell

zur Wirkung von Furchtappellen vorliegt, ist im Grunde auch die Wirkung von geweckter Furcht und Bedrohung auf die Wahrscheinlichkeit der systematischen Verarbeitung von Furchtappellbotschaften nicht geklärt. Dazu kommt, dass ein und derselbe Furchtappell unterschiedliche Reaktionen auslösen kann. Außerdem sei Furcht nur einer von vielen Aspekten der Verhaltensveränderungen und kompliziert zu messen. Die widersprüchlichen Forschungsergebnisse, die zu allen Theorien und Modellen vorliegen, scheinen dies zu bestätigen. So ist es nicht verwunderlich dass kaum ein Modell bislang mit all seinen Aspekten vollständig untersucht werden konnte. Dies festigt zwei Lager in Forschung, Politik und Praxis: Befürworter und Gegner von Furchtappellen. Immer wieder werden deshalb auch Zweifel an effektiven Furchtappellkampagnen laut. Auch in diesem Kontext wird betont, dass es den verwendeten Furchtappellen häufig an der Bewältigungskomponente fehlt, was den Appell letztlich wirkungslos macht. Darum werden Furchtappelle im Bereich von Gesundheitskommunikation zum Teil als generell problematisch angesehen. Hinzu kommt, dass Furcht eine komplexe Emotion ist und sich nur schwer messen lässt. Außerdem ist – nach der herkömmlichen Furchtappelldefinition – Furcht nur eine von mehreren Dimensionen des Furchtappells. Darum wurde in vielen Experimenten Furcht nicht angemessen manipuliert, was möglicherweise dazu führte, dass die Appelle nicht wirkten. Deshalb ist es wichtig, dass die Appelle realistisch manipuliert werden. Allerdings scheint die Messung der Furcht per Selbstauskunft gerechtfertigt.

„Since people rely on documents to make decisions that influence their safety, livelihood, health, and education, the highest ethical standards must be brought to bear in making textual choices – in deciding what to say and what not to say, in what to picture and what not to picture (...)“ (Karen A. Schriver 1997: 11)

6. Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit

Dieses Kapitel soll, bevor es um die empirische Überprüfung des Potentials von Fallbeispielen und Furchtappellen geht, noch einmal die zentralen theoretischen Aspekte zusammenfassen und nach einer kurzen Darstellung der empirischen Umsetzung die gewählten Stimulusmaterialien mit ihren Vor- und Nachteilen beschreiben.

6.1 Fallbeispiele

Fallbeispiele sind ein in sämtlichen Medien häufig verwendetes Stilmittel, das auch in der Gesundheitskommunikation vorkommt (s. Kapitel 3.2). Dabei steht ein Fallbeispiel für viele andere Einzelfälle, für das es typisch ist und dient so als Beweis, Beleg, Illustration und Veranschaulichung. Das ist im Kontext von Gesundheitsthemen von besonderer Bedeutung, da es sich hier häufig um komplexe Sachverhalte handelt (s. Kapitel 3.1.1). Beide Formen von Fallbeispielen sind – je nach Format- und Platzvorgaben – vorstellbar: ein besonders typisches Einzelschicksal oder mehrere Statements nebeneinander. Als Gegenstück zum Fallbeispiel wurde die summarische Realitätsbeschreibung dargestellt, bei der es sich um spezielle generalisierende Aussagen, häufig in Form von Statistiken, handelt, die repräsentativ, systematisch, reliabel und valide sind. Allerdings bleiben sie unanschaulich und schwer verständlich (s. Kapitel 3.1.2). Dennoch werden sie – auch im Gesundheitskontext – häufig verwendet. Doch gerade hier gilt es, Verständnisschwierigkeiten abzubauen und stattdessen die Compliance der Rezipienten oder Patienten zu erhöhen. Dazu können Fallbeispiele beitragen, die sowohl kognitive Wirkungen (Wahrnehmung des Meinungsklimas, der Häufigkeit(sverteilungen), der Dringlichkeit und des Risikos, das von dem Problem ausgeht) als auch persuasive Effekte (persönliche Einstellungen und Meinungen, Kausalattributionen, Intentionen und Verhalten) hervorrufen (s. Kapitel 3.4), während summarische Realitätsbeschreibungen bei gleichzeitiger Präsentation von Einzelfällen oder Fallbeispielen ignoriert werden (s. Kapitel 3.3). Der Effekt lässt sich durch die Gestaltung der Fallbeispiele – durch direkte Zitate oder besondere Dramatik – verstärken. Dass er dabei weitgehend unabhängig bleibt, ist auch im Gesundheitskontext vorteilhaft (s. Kapitel 3.5 und 3.6).²⁰⁹

Es gibt Hinweise, dass Fallbeispiele bei Gesundheitsthemen möglicherweise anders wirken als bei politischen-, Meinungs- oder Geschmacksthemen. Doch auch im Gesundheitskontext ist es entscheidend, dass die Rezipienten auf die Gesundheitsbotschaften aufmerksam werden. Hier scheinen Fallbeispiele im Sinne des Vividness-Konzepts förderlich, da sie Merkmale wie Emotionalität, Greifbarkeit, zeitliche und räumliche Nähe transportieren können. Die Zuschreibung der Bedeutsamkeit kann auch von den Rezipienten ausgehen, was durch Fallbeispiele erleichtert werden könnte (Salience-Konzept, s. Kapitel 3.8.8). Auch aufgrund ihres episodischen Charakters scheinen Fallbeispiele relevant: Weil eigene Erfahrungen in gesundheitlichen Fragen oft nicht möglich sind und viele Menschen abstrakte Zahlen und Statistiken nicht richtig interpretieren können, kann eine induktive Schlussfolgerung vom Fallbeispiel ausgehend bei Generalisierungen oder zur Steigerung der Relevanz beitragen (s. Kapitel

²⁰⁹ Der Effekt ist relativ stabil und von Präsentationsmedium, Thema, summarischer Realitätsbeschreibung, wahrgenommener Repräsentativität des Fallbeispiels, der Stärke und Urheberschaft der Argumente und von Rezipientenmerkmalen unabhängig.

3.8.9). Nach dem Modell der Alltagsrationalität werden Fallbeispiele vor allem heuristisch bzw. alltagsrational verarbeitet (s. Kapitel 3.8.7). Vereinfacht dargestellt, können Fallbeispiele soziale Kategorien repräsentieren, die bestimmte gesundheitliche Aspekte transportieren (s. Kapitel 3.8.2), sie können in Form von Schemata vorhandene Wissenslücken durch relevante Aspekte schließen (s. Kapitel 3.8.3) oder durch Heuristiken dabei helfen, sinnvolle, gesundheitsrelevante Bestandteile aus einer Flut von (Gesundheits-)Informationen herauszufiltern (s. Kapitel 3.8.4). Das ist vor allem dann von Bedeutung, wenn die Rezipienten noch keine Erfahrung mit einer bestimmten Krankheit haben. Fallbeispiele scheinen besser verfügbar als summarische Realitätsbeschreibungen (Verfügbarkeitsheuristik), können die Relevanz einer gesundheitlichen Gefahr steigern (Quantifizierungsheuristik), aber auch dazu beitragen, dass die Rolle des Zufalls falsch eingeschätzt, Wahrscheinlichkeiten ignoriert oder überschätzt werden (Repräsentativitätsheuristik, Theorie der Schweigespirale und Kultivierungshypothese, s. Kapitel 3.8.4 bis 3.8.5). Dennoch ist vorstellbar, dass Fallbeispiele auch systematisch verarbeitet werden, gerade dann, wenn sie ansprechend, stichhaltig und relevant wahrgenommen werden oder die Rezipienten besonders an dem Gesundheitsproblem interessiert oder von ihm betroffen sind (HSMP und ELM, s. Kapitel 3.8.6). Dann würde die Verarbeitung der dargestellten Gesundheitsaspekte beispielsweise über bloße Einschätzungen von Wahrscheinlichkeiten hinausgehen und zu einer tieferen Verarbeitung führen, die im Gesundheitskontext ja ausdrücklich gewünscht ist.

6.2 Furchtappelle

Furchtappelle, die nach klassischer Ansicht ein Individuum dazu bewegen sollen, die Empfehlung einer Botschaft zu akzeptieren, sind schon seit der Antike ein bekanntes Stilmittel für persuasive Botschaften und wurden vergleichsweise häufig eingesetzt (s. Kapitel 4.1 und 4.2). Theoretisch, methodisch und empirisch werden Furchtappelle seit Mitte des letzten Jahrhunderts aus unterschiedlichen Perspektiven erforscht und die verschiedenen Theorien und Modelle weiterentwickelt. In den DMs sah man Furcht als zentral und als Antrieb für die vom Kommunikator gewünschte Reaktion an. Allerdings herrschte große Uneinigkeit, ob ein leichter, mittlerer oder starker Furchtappell die meisten Effekte erzielt (s. Kapitel 4.3.2). Kurz darauf verlor Furcht an Bedeutung und kognitive Prozesse rückten in den Mittelpunkt: Das PPM unterschied hierzu Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten im Furchtappell, die entweder zu emotionalen Furchtkontroll- oder kognitiven Gefahrenkontrollprozessen führen (s. Kapitel 4.3.3). Die darauf aufbauende PMT betonte ebenfalls die kognitiven Verarbeitungsprozesse und das Zusammenspiel der Variablen Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, die gemeinsam Schutzmotivation hervorrufen (s. Kapitel 4.3.4 und 4.3.5). Das EPPM baute auf der vorausgegangen Forschung auf und unterschied Gefahren-

und Furchtkontrollprozess und spezifizierte den Gefahrenkontrollprozess. Zudem wurde Furcht wieder bedeutsam, wodurch sich drei Schlüsselkonstrukte – Bedrohung, Wirksamkeit und Furcht – ergaben. Die wahrgenommene Bedrohung initiiert und motiviert die Verarbeitung der Botschaft, während die wahrgenommene Wirksamkeit bestimmt, welche Reaktion – Gefahren- oder Furchtkontrollprozess – folgt (s. Kapitel 4.3.6). Den verschiedenen Theorien und Modellen wurde immer wieder Ungenauigkeit, mangelnde Erklärkraft sowie Probleme bei Interpretation und Vergleich von Ergebnissen vorgeworfen. Und auch neue Perspektiven, wie das ELM (s. Kapitel 4.3.7), konnten die Wirkungsweise von Furchtappellen nicht abschließend klären. Verschiedene Meta-Analysen belegten jedoch, dass Furchtappelle einen Einfluss auf Einstellungen, Intentionen und Verhalten der Rezipienten und zwar in einer linearen, positiven Weise haben. Zwar bleiben diese Effekte schwach, sie sind aber reliabel.

6.3 Fallbeispiele und Furchtappelle im Kontext von Gesundheitskommunikation

Wie in Kapitel 5.3 dargestellt, weichen die für die vorliegende Arbeit gültigen Definitionen für Fallbeispiele und Furchtappelle im Kontext von Gesundheitskommunikation von den klassischen Definitionen ab. Dabei werden Furchtappelle²¹⁰ enger eingegrenzt und in ihrer potentiellen Wirkung eingeschränkt und Fallbeispiele²¹¹ dafür weiter ausgelegt. Letztere dienen unter anderem dazu, Furchtappellaspekte darzustellen bzw. zu transportieren.

6.3.1 Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation

Fallbeispiele versprechen für die Gesundheitskommunikation ein enormes Potential. Sie scheinen im Vergleich zu anderen Informationsarten verständlicher und nachvollziehbarer, sind sozial bewährt, glaubwürdig und relevant. So erleichtern und vertiefen sie die Verarbeitung von Gesundheitsbotschaften und lösen Emotionen aus. Außerdem können sie je nachdem, ob ein besonders typischer Einzelfall oder mehrere unterschiedliche Fallbeispiele dargestellt werden, entweder kleine, exakt definierte oder breite Zielgruppen ansprechen. Sie ermöglichen die Darstellung von Rückschlägen oder zeigen unterschiedliche Wege auf, um ans Ziel (je nach Kampagne oder Botschaft: Einstellungs-, Intentions- oder Verhaltensänderung) zu kommen. Positiv wirkt

²¹⁰ Auch die Definition für Furchtappelle wurde im Kontext der vorliegenden Arbeit neu gefasst und eingeschränkt: „Ein Furchtappell im Kontext von Gesundheitskommunikation ist die Darstellung des Ausmaßes der Schädlichkeit bzw. der Ernsthaftigkeit eines Gesundheitsproblems. Er kann allein aus einem furchterregenden Bild und/oder einem furchteinflößenden Statement bestehen.“

²¹¹ Sie lautet: „Ein Fallbeispiel im Kontext von Gesundheitskommunikation ist eine (reale oder fiktive) Person in Form eines Einzelfalls, die ein generelles Phänomen (Gesundheitsproblem) in Wort und Bild beschreibt oder illustriert. Die Darstellung enthält die positiven und/oder negativen, direkten und/oder indirekten Erfahrungen der Person und kann die Furchtappellaspekte Schädlichkeit des Auftretens des Phänomens, Wahrscheinlichkeit des Auftretens, Reaktionswirksamkeit und Selbstwirksamkeit umfassen.“

sich aus, dass der Fallbeispieleffekt relativ unabhängig ist und sich möglicherweise durch besondere Dramatik oder direkte Zitate verstärken lässt (s. Kapitel 5.4).

Dabei haben Fallbeispiele durch die Darstellung von „Menschen, die ihnen ganz ähnlich sind, zur Zeit leiden oder schon gelitten haben“ (vgl. Aristoteles 1999: zweites Buch, Kapitel 5, 15) das Potential sowohl die Bedrohungs- als auch die Bewältigungskomponente – die ja originär die Determinanten von Furchtappellen sind – darzustellen (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 241). Hoeken & Geurts (2005) sind allerdings der Meinung, ein und dasselbe Fallbeispiel könne nicht beide Determinanten gleichzeitig präsentieren (vgl. ebd.: 246).²¹² Das muss aber nicht so sein, vielmehr hängt es von Form und Umfang des Falleispiels ab, ob es nur die Bedrohungs-, nur die Bewältigungs- oder beide Komponenten darstellt. So kann ein Fallbeispiel, das sich zunächst falsch verhält und dadurch an den negativen Folgen leidet, das negative Verhalten aufgrund eines bestimmten Ereignisses ändern und so die negativen Folgen überwinden oder zumindest einschränken.²¹³

Untersuchungen zeigten, dass Fallbeispiele sowohl die persönliche als auch allgemeine Risikowahrnehmung, die Wahrnehmung von Erkrankungshäufigkeiten sowie Kausalattributionen beeinflussen können (vgl. Zillmann 2006: S230, Zillmann et al. 1992, Hoeken & Hustinx 2007: 606-608, s. auch Kapitel 5.1.1). Reaktionswirksamkeit – die einen großen Einfluss auf Einstellungen hat (vgl. Cismaru, Nagpal & Krishnamurthy 2009: 138) – lässt sich gut durch ein oder mehrere Fallbeispiele darstellen.²¹⁴ Und auch Selbstwirksamkeit – die einflussreichste Variable hinsichtlich Intentionen und Verhalten (vgl. Milne et al. 2000: 137) – scheint durch Fallbeispiele gut darstellbar, indem eigene Erfahrungen präsentiert werden. So gewinnen die Rezipienten den Eindruck, dass das empfohlene Verhalten die Bedrohung erfolgreich verhindern kann und problemlos durchführbar ist. Es scheint, dass mehrere Fallbeispiele besser oder anschaulicher wirken als eines. Eine höhere Anzahl von Fallbeispielen führte im Gesundheitskontext zu höheren Risikoeinschätzungen und hatte ausgeprägtere Handlungsintentionen zur Folge als wenige Fallbeispiele (vgl. Perkins 1999, s. Kapitel 5.1.1). Durch die Darstellung eines oder mehrerer positiver Fallbeispiele könnten sich wahrgenommene Reaktions- und Selbstwirksamkeit erhöhen, aber es ist noch nicht geklärt, welche Fallbeispielverteilung am effektivsten ist. Obendrein scheinen Fallbeispiele bei

²¹² Eine Person, die das empfohlene Verhalten ausübe, könne nicht mehr als Bedrohung wahrgenommen werden, da negative Folgen ausgespart blieben. Sie propagieren deshalb die Verwendung eines negativen Fallbeispiels, das an den Folgen des gesundheitsschädlichen Verhaltens leidet, um die wahrgenommene Bedrohung zu erhöhen und die wahrgenommene Wirksamkeit zu reduzieren. Ein Fallbeispiel, das ein neu empfohlenes Verhalten erfolgreich ausführt, könne dagegen die Wirksamkeit erhöhen und die Bedrohung senken (vgl. ebd.: 246).

²¹³ So kann ein Raucher an starkem Raucherhusten und Kurzatmigkeit leiden. Bei einem Gespräch mit seinem Arzt erfährt er, dass er stark gefährdet ist, ein Lungenkarzinom zu entwickeln. Durch die Hilfe einer Selbsthilfegruppe, schafft er es mit dem Rauchen aufzuhören. Er meldet sich bei einem Lauffreizeit an, läuft nach einiger Zeit einen Marathon und muss morgens nicht mehr husten. Dieses Beispiel macht deutlich, dass ein Fallbeispiel durchaus sämtliche originäre Furchtappellkomponenten transportieren kann.

²¹⁴ Vgl. hierzu das Fallbeispielbeispiel von Zillmann et al. (1992b: 176), vorgestellt in Kapitel 5.1.1.

Älteren und weniger Gebildeten besser anzukommen als bei Jüngeren und höher Gebildeten (vgl. ZüFAM 2004c, s. Kapitel 5.1.1).

Dennoch stellt sich die Frage, ob Fallbeispiele in der Lage sind, komplexe, gesundheitliche Fragen angemessen darzustellen. Sicherlich kann ein einziges Fallbeispiel nicht sämtliche Aspekte einer Krankheit, ihre Folgen und Bewältigungskomponenten aufzeigen. Aber es kann durchaus relevante Aspekte herausstellen. Was sich durch mehrere Fallbeispiele noch verbessern lässt. Zwar sind Fallbeispiele – im Gesundheitskontext wie in anderen Bereichen – oft qualitativ und quantitativ verzerrt, was wiederum zu verzerrten Einschätzungen und Wahrnehmungen führen kann. Allerdings scheint Rezipienten im Gesundheitskontext ein gewisses Maß an Verzerrtheit – ebenso wie bei Werbung und PR – akzeptabel. Zudem sind auch im Kontext von Gesundheitskommunikation dramatische Fallbeispiele besonders ansprechend, während repräsentative und darum möglicherweise langweilige Fallbeispiele eher untergehen. Allerdings kann die ständige Präsentation dramatischer Fallbeispiele zu deren Abnutzung führen (s. Kapitel 5.6).

6.3.2 Furchtappelle in der Gesundheitskommunikation

Die negativen Folgen des gesundheitsschädlichen Verhaltens müssen jedoch deutlich schädlich präsentiert werden, um eine echte Bedrohung darzustellen. Dies kann neben Fallbeispielen auch durch einen Furchtappell geschehen, der durch eine entsprechende bildliche Darstellung und/oder ein drastisches Statement die Ernsthaftigkeit des dargestellten Gesundheitsproblems hervorhebt. Da Furchtappelle auffällig, ungewohnt und bedrohlich sind, wecken sie die Neugierde und damit die Aufmerksamkeit der Rezipienten (s. Kapitel 5.5 und 5.1.2). Furcht, als zentrale Emotion des Furchtappells, scheint bei bestimmten Themen erfolgversprechend. So gaben Ugander auf die Frage, warum sie ihr Sexualverhalten geändert haben, als häufigste Antwort: „Angst vor AIDS“²¹⁵ (vgl. Green & Witte 2006: 252). Weitere durch den Furchtappell geweckte Emotionen können ebenfalls die Aufmerksamkeit erhöhen und die Verarbeitung der Gesundheitsbotschaften verbessern. Indem Furchtappelle die Konsequenzen gesundheitsschädlichen Verhaltens aufzeigen, steigern sie Risiko- und schwächen Unverwundbarkeitswahrnehmungen (s. Kapitel 5.5). Da hohe Bedrohung zu höherer wahrgenommener Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit führt (vgl. z.B. Ordonana et al. 2009: 203, s. Kapitel 5.1.2), kann dies die Rezipienten zur Suche nach Lösungsmöglichkeiten und möglicherweise intensiverem Lesen parallel dargestellter Fallbeispiele motivieren. Außerdem tragen Furchtappelle zur Verarbeitung der originären Furchtappellkomponenten (Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit) bei, die in der Regel durch andere Kommunikationsstrategien wie Fallbeispiele präsentiert werden. Letztlich ist davon

²¹⁵ Im Original „fear of AIDS“ (Green & Witte 2006: 252).

auszugehen, dass Furchtappelle Erinnerung, Wissen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten der Rezipienten beeinflussen (s. Kapitel 5.5). Dabei scheinen, nach dem Stand der Forschung und unter der Prämisse der begleitenden Bewältigungskomponente, starke Furchtappelle wirksamer als schwache (s. Kapitel 4.3.8). Sie sind aber nur dann erfolversprechend bezüglich der gewünschten Verhaltensänderung, wenn die Rezipienten glauben, sie können das empfohlene Verhalten tatsächlich durchführen (vgl. Vögele 2007: 297, Green & Witte 2006: 245). Überdies sind im Grunde sämtliche Furchtappellkomponenten nötig, um zum gewünschten Ergebnis zu gelangen. Dies ist aber nach der Definition der vorliegenden Arbeit nur mit Hilfe weiterer Kommunikationsstrategien, wie Fallbeispielen, möglich. Außerdem ist das Potential von Furchtappellen möglicherweise von Thema, Themenpräsenz in den Medien, Präsentationsmedium und davon, wie viel die Rezipienten zu dem Thema wissen, abhängig (s. Kapitel 5.1.2).

Für Furchtappelle liegen ebenfalls Befunde vor, die sich gegen ihre Verwendung aussprechen. So scheinen sie nur zu wirken, wenn die Zielgruppe zuvor genau festgelegt wurde. Da sie in manchen Fällen vor allem Furcht auslösen, kann dies zu defensiven Reaktionen führen, in deren Folge der Furchtappell und damit die Gesundheitsbotschaft wirkungslos bleibt. Ergänzend stellt sich die Frage, ob Furchtappelle überhaupt ethisch vertretbar sind oder ob Kommunikationskampagnen nicht besser auf sie verzichten sollten. Schließlich kann ein und derselbe Furchtappell bei verschiedenen Rezipienten völlig unterschiedliche und unerwünschte Reaktionen hervorrufen. Generell sollten Furchtappelle immer mit Bedacht ausgewählt, realistisch dargestellt und vorsichtig eingesetzt werden, um weder lächerlich noch zu abstoßend zu wirken (s. Kapitel 5.7).

6.3.3 Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation

Sowohl das EPPM als auch die PMT beinhalten vier zentrale Komponenten: Ernsthaftigkeit, Anfälligkeit, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, die sich als Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten zusammenfassen lassen (s. Kapitel 4.3.5 und 4.3.6). Es wird betont, dass ein Furchtappell nur wirken kann, wenn alle vier Aspekte vorhanden sind (vgl. z.B. Mongeau 1998: 66). Die vier Komponenten lassen sich jedoch – wie schon mehrmals betont – nicht durch einen Furchtappell allein umsetzen.²¹⁶ Vielmehr ist dafür die Ergänzung durch andere Kommunikationsstrategien – wie ein oder mehrere Fallbeispiele – nötig. Wie die Analyse verschiedener Studien aus diesem Bereich zeigen konnte, scheinen Fallbeispiele im Gesundheitskontext ein angemessenes Transportmittel zu sein, um sowohl Bedrohungs- als auch Bewältigungskomponenten

²¹⁶ Das gilt, im Kontext der vorliegenden Arbeit, sowohl für die engere, hier vorgestellte Definition als auch für klassische Furchtappelldefinitionen.

zu vermitteln (s. Kapitel 5.1.1 und 5.2). Besonders hervorzuheben ist, dass Furcht oder das wahrgenommene Risiko allein – vermittelt durch einen Furchtappell oder die Kombination aus Fallbeispiel und Furchtappell – nicht zur Akzeptanz der Botschaft führt. Vielmehr ist ergänzend die Darstellung hoher Wirksamkeit nötig (vgl. Lemal 2009: 7, Witte 1992, s. Kapitel 5.2.2), um intendierte Effekte – wie Einstellungs- oder Verhaltensänderungen – zu steigern und nicht intendierte Effekte zu mindern (vgl. z.B. Cho & Salmon 2006). Wenn man nun unterstellt, dass Wirksamkeitswahrnehmungen vor allem durch (positiv konnotierte) Fallbeispiele transportiert werden, spricht dies für die Kombination von Furchtappellen mit Fallbeispielen, die durch Lebhaftigkeit und Personalisierung eines abstrakten Risikos die emotionale Reaktion fördern (vgl. Sweet et al. 2003: 375, vgl. Freimuth et al. 1990: 778). Außerdem hemmen sie defensive Reaktionen, da die Bedrohungs-komponente (Furchtappell) nicht für sich alleine steht, sondern mit Fallbeispielen kombiniert wird, die Lösungsmöglichkeiten aufzeigen und den Furchtappell gleichzeitig abschwächen. Nach dem ELM könnte durch die Kombination von Furchtappellen und Fallbeispielen sowohl eine periphere als auch zentrale Verarbeitung erreicht werden. Als periphere Reize können beide Strategien dienen: Furchtappelle, indem sie die Gesundheitsbotschaft gut verpacken oder Emotionen hervorrufen; Fallbeispiele, wenn sie beispielsweise durch ein begleitendes Bild der Person, Aufmerksamkeit wecken. Zugleich könnte das Fallbeispiel – beispielsweise durch soziale Bewährtheit – zu einer zentralen Verarbeitung beitragen, bei der die Argumente der Botschaft im Mittelpunkt stehen und beide Strategien zusammen die Verarbeitung der summarischen Realitätsbeschreibung fördern.

Witte & Allen (2000: 605) geben einige praktische Anweisungen für Furchtappelle im klassischen Sinn, die sich auch auf die Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen übertragen lassen: (1) Furchtappelle sollten nur vorsichtig eingesetzt werden, weil sie möglicherweise ins Gegenteil umschlagen können. Im vorliegenden Kontext bedeutet das, dass eine Kombination aus einem furchterregenden Bild und/oder einem furchteinflößenden Statement entsprechend behutsam verwendet werden. (2) Die Bewältigungskomponente lässt sich effektiver gestalten, indem beispielsweise persönliche Sprache eingesetzt wird. Durch Fallbeispiele lässt sich nicht nur die Sprache der Bewältigungskomponente sondern die Bewältigungskomponente insgesamt personalisieren. (3) Botschaften, die ein Gesundheitsthema ernst und wahrscheinlich erscheinen lassen, sind stark motivierend. Auch um die Ernsthaftigkeit des Gesundheitsproblems und die Anfälligkeit der Rezipienten zu betonen, bietet sich die Kombination aus furchterregendem Bild und/oder furchteinflößendem Statement mit einem oder mehreren Fallbeispielen an, die ebenfalls die Ernsthaftigkeit und Anfälligkeit aufgreifen und veranschaulichen. (4) Starke Furchtappelle wirken nur, wenn sie von ebenso starken Wirksamkeitsbotschaften begleitet werden. Witte & Allen (2000) betonen hier noch-

mals, dass die Zielgruppe in ihrem Glauben bestärkt werden müsse, sie sei fähig, das als sinnvoll und leicht auszuführende dargestellte, empfohlene Verhalten auch selbst ohne Probleme durchzuführen. Hierzu scheinen sich Fallbeispiele hervorragend zu eignen, indem sie schildern, wie ein oder mehrere Fallbeispiele auf eine oder mehrere Bewältigungsmöglichkeiten aufmerksam wurden und wie sie die Empfehlungen am Ende umgesetzt haben. (5) Es müssen Barrieren identifiziert werden, die die wahrgenommene Fähigkeit, ein empfohlenes Verhalten durchzuführen, hemmen können. Diese sollten direkt in die Botschaft eingebaut sein. Hierzu können, vor allem bei mehreren Fallbeispielen, beispielsweise Schwierigkeiten oder gar ein Scheitern beim Umsetzen der empfohlenen Handlung dargestellt werden. So wirken Fallbeispiele realistisch und belegen, dass es auch anderen Personen nicht immer leicht fällt, sinnvolle Empfehlungen umzusetzen.

Dennoch kann die Kombination von Furchtappell und Fallbeispiel(en) auch zu negativen Aspekten, wie der Überschätzung von Risiken oder unerwünschten Folgen wie Reaktanz, führen. Generell können negative Folgen, die allein durch Furchtappelle oder Fallbeispiele auftreten, auch bei der Kombination der Strategien erscheinen.

Letztlich scheinen aber die positiven Aspekte zu überwiegen. So können Furchtappelle die Aufmerksamkeit der Rezipienten auf die Gesundheitsbotschaft lenken und die Ernsthaftigkeit des Gesundheitsproblems darstellen. Fallbeispiele wirken ergänzend, indem sie sämtliche Furchtappellaspekte transportieren. Auf diese Weise kann die motivierende Komponente des Furchtappells (vgl. Nabi et al. 2008: 192), gepaart mit starker Wirksamkeitswahrnehmung und dem Wissen, selbst etwas gegen die Bedrohung unternehmen zu können, optimale Bedingungen für eine Verhaltensänderung schaffen (vgl. Green & Witte 2006: 253). Somit ergeben die beiden Kommunikationsstrategien eine wirkungsvolle Kombination zur Präsentation komplexer und abstrakter Probleme, deren Risiken aber auch Lösungsmöglichkeiten nachvollziehbar und persönlich relevant dargestellt werden. Folglich könnte auf die Frage aus dem „Vielleicht“ zum Einsatz von Furchtappellen (vgl. Burnett & Wilkes 1980: 21) ein „Ja, aber nur in Kombination mit begleitenden Fallbeispielen“ werden.

6.3.4 Empirische Umsetzung

Es wurde deutlich, welch enormes Potential die beiden Kommunikationsstrategien Fallbeispiele und Furchtappelle gerade auch in ihrer Kombination für die Gesundheitskommunikation haben. Andererseits zeigte sich, wie viele unterschiedliche Aspekte unter den verschiedenen Voraussetzungen die Komplexität steigern. In der im Folgenden dargestellten empirischen Untersuchung können darum nicht alle Aspekte der Kombination aus Fallbeispiel(en) und Furchtappell aufgegriffen werden; es geht vielmehr darum Schwerpunkte zu setzen. Dabei steht die Wirkung von Fallbeispielen,

Furchtappellen und deren Kombination auf die immer wieder erwähnten AVn Einstellungen, Intentionen und Verhalten, ergänzt um die Aspekte Erinnerung, Wissen, Emotionen der Rezipienten im Mittelpunkt. Auch mehrere IVn wie emotionale Reaktionen, soziodemographische Merkmale, Mediennutzung, Involvement, persönliche Betroffenheit und Gesundheitszustand der Rezipienten werden analysiert. Zur Vermittlung der Botschaften sollen als Standardmedien der Gesundheitskommunikation Flyer und Broschüren dienen, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

6.4 Flyer und Broschüren in der Gesundheitskommunikation

Wie erwähnt werden zur Vermittlung von Gesundheitsbotschaften neben klassischen Massenmedien (Printmedien wie Zeitungen, Zeitschriften, Bücher, Audiovisuelle Medien wie Radio, Fernsehen) auch das Internet, Außen- (Anzeigen, Spots, Plakate) und Kinowerbung sowie Informationsbroschüren und -flyer als „influence channels“ (Brown & Einsiedel 1990: 159) eingesetzt (s. Kapitel 2.1.3).²¹⁷ Letztgenannte werden nun, da sie in der vorliegenden Arbeit als Botschaftsträger fungieren, zunächst allgemein und anschließend bezüglich ihrer Vor- und Nachteile beschrieben.

6.4.1 Gesundheitsflyer und -broschüren

Welcher oder welche Medienkanäle im Gesundheitskontext ausgewählt werden, ist eine bedeutsame Entscheidung (vgl. Slater 2007: 333), denn Forschungsergebnisse im Bereich der kognitiven Psychologie haben gezeigt, dass unter anderem das Format der präsentierten Botschaft dafür verantwortlich ist, ob die Botschaftselemente verstanden und erinnert werden (vgl. Brown & Einsiedel 1990: 161). Bei der Auswahl des Kanals sind nach Slater (2007: 333-334) drei Faktoren entscheidend: (1) Die Phase der Veränderung nach dem SOC (s. Kapitel 2.1.4). (2) Die Vorlieben und Neigungen der Zielgruppe bezüglich bestimmter Medien und (3) die verfügbaren Ressourcen (wie Geld, Zeit, Kompetenz). Gesundheitsflyer und -broschüren können sehr effektiv sein, vorausgesetzt, sie sind intelligent entworfen und werden an den entsprechenden Orten verteilt, die vom Zielpublikum häufig frequentiert werden.²¹⁸ Denn für Gesundheitsflyer und -broschüren gilt, wie für andere Medien auch: „Wenn die Zielpersonen nicht ausreichend mit den Botschaften in Kontakt kommen, haben die Maßnahmen höchstwahrscheinlich auch keine Wirkung“ (Slater 2007: 334).

Flugblätter und Broschüren werden seit Beginn des 20. Jahrhunderts eingesetzt, um die Bevölkerung in gesundheitlichen Belangen aufzuklären (vgl. Naidoo & Wills 2003:

²¹⁷ Gottwald (2006) ist der Meinung, Faltblätter und Broschüren seien keine massenmediale sondern lediglich mediale Kommunikation, da ihr der Einbezug von Journalisten fehle, die die Informationen einordnen, reflektieren oder kritisieren (vgl. ebd.: 193). Nach diesem Verständnis wären aber auch andere Medien wie Außenwerbung und Anzeigen keine Massenmedien.

²¹⁸ Für eine noch gesunde, junge Zielgruppe beispielsweise in Diskotheken, der Universität o.ä., für eine schon erkrankte Zielgruppe bei Ärzten, Apotheken, über medizinisches Personal etc.

252). Mitte der 1990er Jahre wurden sie als „the media of choice“ (Kline 1995: 7), zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen in Textform, bezeichnet (vgl. ebd.). Jedes Jahr werden unendlich viele Broschüren, in vielfältigen Formen, zu den verschiedensten Gesundheitsthemen herausgegeben (vgl. Naidoo & Wills 2003: 253, Gregory 2002: 68), dennoch liegen keine genauen Daten oder Auflagenzahlen vor (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 369). Die anhaltende Bedeutung von Flyern und Broschüren demonstrieren zahlreiche Studien, die die Wirksamkeit von Gesundheitsbotschaften, vermittelt durch die beiden Medien, untersuchen (vgl. z.B. Cismaru et al. 2009, Chang 2007: 56, Hoeken & Geurts 2005, Sanner & Hedman 1995, Witte et al. 1998b, Brouwers & Sorrentino 1993: 105, Flay 1987).²¹⁹

6.4.2 Vorteile von Gesundheitsflyern und -broschüren

Ein entscheidender Vorteil von Flyern und Broschüren ist es, auf wenigen Seiten zu bestimmten Krankheitsbildern, deren Ursachen, Folgen, Präventions- und Therapiemöglichkeiten zu informieren (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 369). Dabei eignen sie sich, wie andere Printmedien auch, vor allem zur Vermittlung tiefgründiger Informationen (vgl. Salmon & Atkin 2003). Sie sind z.B. dann sinnvoll, wenn sich Patienten schon fünf Minuten nach einem Beratungsgespräch nur noch an die Hälfte der vermittelten Informationen erinnern (vgl. Naidoo & Wills 2003: 252), denn Informationen werden besser behalten, wenn sie auch schriftlich vorliegen (vgl. Hawkey & Hawkey 1989: 1641). So fördern sie die Kommunikation zwischen Arzt oder medizinischem Personal und Patient (vgl. Frederikson & Bull 1994: 55, Murphy & Smith 1995: 205), weshalb sie gegen Ende der 1980er Jahre sehr populär wurden. Patienten nehmen sie überwiegend als hilfreich wahr, da sie dabei helfen, Ängste zu verringern, Vertrauen und Motivation aufzubauen, Informationen einzufordern und Wissen zu erhöhen (vgl. Hawkey & Hawkey 1989: 1641, 1645, Kai 1994: 245-247).²²⁰ Außerdem sehen Patienten sie als die von ihnen am häufigsten genutzte Informationsquelle, noch vor Ärzten und Apothekern, an (vgl. Närhi 2007: 690, Baumann 2006: 123). Häufig sind Flyer und Broschüren aber keine isolierten Kommunikationsmittel, sondern fungieren als Bestandteil von Kommunikationskampagnen (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 368-369, Gregory 2002: 67) und geben den Planern, im Gegensatz zu Botschaften über „free media“, die Möglichkeit, die Kontrolle über die Inhalte und das Timing der Verbreitung zu behalten (vgl. Brown & Einsiedel 1990: 159).

²¹⁹ Es ist nicht immer eindeutig, ob die englischsprachigen Studien nun Flyer oder Broschüre verwendeten, da die verwendeten Begriffe „pamphlet“ und „leaflet“ im Deutschen beides heißen können.

²²⁰ Eine Befragung Ende der 1980er Jahre zum Thema Brustkrebs zeigte beispielsweise, dass Frauen v.a. durch Flyer und Broschüren lernten, eine Brustselbstuntersuchung selbst durchzuführen (vgl. Meyerowitz & Chaiken 1987: 508).

6.4.3 Nachteile von Gesundheitsflyern und -broschüren

Da Flyer und Broschüren zu den sogenannten „paid media“ – also Massenmedien als reine Werbeträger (vgl. Bonfadelli 2006: 38) – zählen, sind sie relativ teuer (vgl. Murphy & Smith 1995: 205, Brown & Einsiedel 1990: 159). Außerdem wird ihr geringes Platzangebot kritisiert, wodurch es kaum möglich sei, komplexe und kontextgebundene Gesundheitsinformationen zu vermitteln (vgl. Hurrelmann & Leppin 2001: 17). Hinzu kommt, dass die Zielgruppe den Text der Broschüre nicht unbedingt beachtet oder die Broschüre liegen lässt, da sie diese als schwer verständlich, irrelevant und unwichtig wahrnimmt (vgl. Slater 2007: 329, Gregory 2002: 68). Letztlich seien sie vor allem für gesundheitsbewusste und interessierte Zielgruppen geeignet (vgl. Dutta-Bergman 2004: 276). Zur tatsächlichen Nutzung von Flyern und Broschüren gibt es aber kaum Untersuchungen (vgl. Murphy & Smith 1995: 205). Es ist jedoch belegt, dass Broschüren, die lediglich Standardinformationen liefern, nur begrenzt wirksam sind (vgl. Hunt 1995: 405, Thomas 1994: 36, Glanz 1985: 721).

6.4.4 Fazit

Gesundheitsflyer und -broschüren sind also gedruckte Massenmedien, die kostenlos an die Zielgruppen verteilt werden. Dabei sollen sie die Aufmerksamkeit der Rezipienten auf die Gesundheitsaspekte lenken und deren Wissen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten beeinflussen (vgl. Bull et al. 2001: 265). Hierfür müssen sie die Aufmerksamkeit der Zielgruppe wecken, sie davon überzeugen, sie auch zu lesen und zugleich verständlich und motivierend verfasst sein, um die gewünschten Effekte zu erzielen (vgl. Gregory 2002: 68, Brown & Einsiedel 1990: 161). Darum sollten Broschüren und Flyer möglichst patientenorientiert gestaltet sein (vgl. Dickinson, Raynor & Duman 2001: 147), da beispielsweise chronisch Kranke andere Informationen benötigen als akut Verletzte oder deren Angehörige. Darum stellt sich die Frage, wie Flyer und Broschüren gestaltet sein sollten, um mehr als nur Standardinformationen zu liefern und auch für wenig gesundheitsbewusste und nicht interessierte Zielgruppen attraktiv wirken. Dies scheint vor allem dadurch möglich, dass sie als leicht verständlich, relevant und bedeutsam wahrgenommen werden. So können sie auch komplexe Inhalte angemessen vermitteln. Hier könnte die Kombination der beiden Kommunikationsstrategien Fallbeispiel und Furchtappell fruchtbar sein.

7. Experiment I: Gesundheitsflyer mit Kombination aus Fallbeispiel und Furchtappell

Ob die Kombination der beiden Faktoren Fallbeispiel und Furchtappell Einflüsse auf verschiedene abhängige Variable verstärken kann, wurde bislang kaum untersucht. Allein Hoeken & Geurts (2005) und Rossmann & Pfister (2008) analysierten beide Stra-

tegien explizit im Gesundheitskontext (s. Kapitel 5.2.3). In den vorausgehenden Kapiteln wurde sowohl das Potential von Fallbeispielen und Furchtappellen einzeln als auch in Kombination dargestellt. Daraus ergeben sich vielfältige Untersuchungsgegenstände. Sie in ihrer Gesamtheit zu analysieren, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aus diesem Grund war es notwendig sich zu beschränken. Einen griffigen Anhaltspunkt hierfür lieferten zwei vorausgegangene Studien: die Studie von Keller (2008) und die Studie von Rossmann & Pfister (2008). Keller (2008) hatte den Einfluss von Text- und Bildvalenz auf die Wirksamkeit von Spendenaufrufen untersucht. Rossmann und Pfister griffen die Idee von Keller auf und übertrugen sie auf das Gesundheitsthema „Adipositas“. Statt (Spenden-) Briefen verwendeten sie Gesundheitsflyer als Medium und variierten ebenfalls Text- (Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung) und Bildvalenz (positiv, leicht negativ und stark negativ). Das erste Experiment, das nun präsentiert wird, orientierte sich im Wesentlichen an der Studie von Rossmann & Pfister (2008). Die Gestaltung und der Aufbau des Stimulusmaterials, des Gesundheitsflyers, waren eng an den Flyer von Rossmann & Pfister (2008) angelehnt. Die Valenz der Bilder wurde jedoch variiert (positives, neutrales und negatives Bild). Hypothesen und Forschungsfragen wiederum sind aufgrund der besseren Vergleichbarkeit eng an jene von Rossmann & Pfister angelehnt. Wo sie inhaltlich von ihrem Vorbild abweichen, wird explizit darauf eingegangen.

Im Folgenden werden zunächst die Hypothesen und Forschungsfragen hergeleitet und dargestellt. Anschließend wird das methodische Vorgehen – inklusive Forschungsdesign, Stimulusmaterial, Fragebogen, Konstrukten, Pretest, Durchführung des Experiments und Beschreibung der Stichprobe – geschildert. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse. Dabei wird zunächst die Bewertung des Stimulusmaterials beschrieben und danach die Analysen, die die Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen ermöglichen. Am Ende steht das Fazit zur Kombination von Fallbeispiel und Furchtappell, das sich aus der Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse, dem Vergleich mit den Ergebnissen von Rossmann & Pfister (2008) und den Einschränkungen der Ergebnisse bzw. der Studie zusammensetzt.

7.1 Hypothesen und Forschungsfragen

Die Forschungsfragen des ersten Experiments orientieren sich im Wesentlichen an der Studie zum Thema Adipositas von Rossmann & Pfister (2008). Hier hatten sich die erwarteten Fallbeispieleffekte nicht und die vorausgesagten Furchtappelleffekte nur in geringem Ausmaß im Zusammenhang mit dem Thema Adipositas gezeigt (s. Kapitel 5.2.3). Dennoch werden Hypothesen und Forschungsfragen für die vorliegende Untersuchung aus dieser Studie übernommen, um zu überprüfen, ob sich bei einem anderen

Thema Effekte zeigen.²²¹ Außerdem können die beiden Studien so besser miteinander verglichen werden.

Das Ziel von Experiment I ist der empirische Beweis für den erfolgreichen Einsatz von Fallbeispielen und Furchtappellen in massenmedialen Gesundheitsbotschaften. Auf der Grundlage der Studie von Rossmann & Pfister (2008) und den oben dargestellten Ausführungen und Forschungsergebnissen zum Fallbeispieleffekt und zum Einfluss von Furchtappellen lautet die zentrale Annahme von Experiment I darum wie folgt: Gesundheitsflyer, die spezifische Krankheitsinformationen durch ein Fallbeispiel kombiniert mit einem negativen Bild präsentieren, haben einen positiven Einfluss auf Wissen, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintention und Verhalten als Gesundheitsflyer, die die Informationen in Form von summarischen Realitätsbeschreibungen begleitet von einem positiven oder neutralem Bildern darstellen (vgl. Rossmann & Pfister 2008: 374).²²²

Wie in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt, wirken Fallbeispiele lebhaft und anschaulich und vor allen Dingen scheinen sie den Rezipienten persönlich relevant. Auf diese Weise können sie die Aufmerksamkeit der Rezipienten fördern (s. Kapitel 5.4.4). Wenn nun in direkter Nähe des Fallbeispiels ein furchterregendes Bild präsentiert wird, ist davon auszugehen, dass sich die Versuchspersonen besser an diesen Furchtappell erinnern. Fallbeispiele sind außerdem im Vergleich zu anderen Informationsarten besser verständlich und nachvollziehbarer, wodurch sie die Verarbeitung von Gesundheitsbotschaften erleichtern (s. Kapitel 5.4.1, 5.4.2 und 5.4.4), was wiederum in höherem Wissen resultieren sollte. Da Emotionen vor allem an Begebenheiten gekoppelt sind, die für uns in irgendeiner Art wichtig oder bedeutsam waren oder sind (vgl. Meyer et al.: 11, s. auch Kapitel 5.4.7), ist davon auszugehen, dass Fallbeispiele Emotionen nicht nur darstellen, sondern auch auslösen (s. Kapitel 5.4.7).²²³ Dadurch dass ein Fallbeispiel persönlich relevanter erscheint (s. Kapitel 5.4.4) und weil ein Fallbeispiel im Grunde sämtliche originäre Furchtappellkomponenten transportieren kann (s. Kapitel 6.1), sollte das Fallbeispiel außerdem einen Einfluss auf die Risikowahrnehmung der Rezipienten haben. Aufgrund der vielfältigen positiven Eigenschaften von Fallbeispielen²²⁴, kann man davon ausgehen, dass ein Fallbeispiel eher als eine summarische Realitätsbeschreibung zur Akzeptanz der Gesundheitsbotschaft führt und in der Folge Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten der Versuchspersonen beeinflusst. Hypothese 1 für Experiment I lautet darum:

²²¹ S. Kapitel 7.2.2.

²²² Rossmann & Pfister (2008) hatten einen ausgeprägteren Effekt des leicht negativen Bildes im Vergleich zu einem neutralen oder stark negativen Bild erwartet (vgl. ebd.).

²²³ Darum werden emotionale Reaktionen im Gegensatz zum Experiment von Rossmann & Pfister (2008) sowohl als intervenierende als auch abhängige Variable untersucht.

²²⁴ Hierzu zählen das Fördern von Verständnis, die bessere Nachvollziehbarkeit, soziale Bewährtheit und daraus resultierende höhere Glaubwürdigkeit, eine hohe persönliche Relevanz sowie leichtere und möglicherweise tiefere Verarbeitung (s. Kapitel 5.4.1 bis 5.4.5).

H1: *Gesundheitsinformationen, die in Form eines Fallbeispiels dargestellt sind, haben einen stärkeren Einfluss auf*

- a) *Erinnerung und Wissen,*
- b) *emotionale Reaktion,*
- c) *Risikowahrnehmung,*
- d) *Einstellungen,*
- e) *Verhaltensintentionen und*
- f) *tatsächliches Verhalten*

als Gesundheitsinformationen, die in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung präsentiert werden.

Es konnte dargelegt werden, dass der Fallbeispieleffekt ein relativ unabhängiger Effekt ist, der sich weder durch soziodemographische Merkmale (vgl. z.B. Aust & Zillmann 1996, Daschmann 2004, s. Kapitel 3.6.6), Mediennutzung (vgl. z.B. Huck 2005, Peter 2009, s. Kapitel 3.6.6), Involvement (vgl. z.B. Daschmann 2001, s. Kapitel 3.6.6) oder persönliche Betroffenheit (vgl. Daschmann 2001)²²⁵ beeinflussen lässt. Dementsprechend lautet die zweite Hypothese:

H2: *Der Einfluss eines Fallbeispiels im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung ist unabhängig von*

- a) *soziodemographischen Merkmalen,*
- b) *der generellen Nutzung von Gesundheitsflyern,*
- c) *dem Involvement und der persönlichen Betroffenheit*

der Versuchspersonen.

Auf der Grundlage der bisherigen Befunde zum Fallbeispieleffekt konnten konkrete Hypothesen formuliert werden. Zwar scheint – wie dargelegt – das Potential von Furchtappellen im Kontext von Gesundheitskommunikation enorm. Zur besseren Vergleichbarkeit mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008) werden zu Furchtappellen lediglich Forschungsfragen formuliert. Rossmann & Pfister verwendeten statt des Begriffs Furchtappell die Bezeichnung Bildvalenz. Diese Bezeichnung wird im Folgenden aus zwei Gründen übernommen: Zum einen lehnt sich Experiment I eng an die Studie von Rossmann & Pfister (2008) an. Zum anderen, wird aufgrund der zum Teil unbefriedigenden Ergebnisse von Rossmann & Pfister neben dem Thema auch die Bildvalenz variiert: Während Rossmann & Pfister zum Thema Adipositas ein neutrales, ein leicht negatives oder ein stark negatives Bild präsentierten, kam im Stimulusmaterial von Experiment I zum Thema „Krebsgefahr durch Mobilfunkstrahlung“ ein positives, ein neutrales oder ein negatives Bild zum Einsatz. Um eine bessere Vergleichbarkeit mit den Fallbeispieleffekten zu erhalten, werden dieselben abhängigen Variablen unter-

²²⁵ Er verwendet statt persönlicher Betroffenheit den Begriff „Eigenerfahrung“ (vgl. Daschmann 2001: 207-208).

sucht wie zum Fallbeispielleffekt. Demnach lautet Forschungsfrage 1 zur Bildvalenz wie folgt:

F1: Welchen Einfluss hat die Valenz von Bildern auf die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern hinsichtlich

- a) Erinnerung und Wissen,*
- b) emotionaler Reaktion,*
- c) Risikowahrnehmung,*
- d) Einstellungen,*
- e) Verhaltensintentionen und*
- f) tatsächlichem Verhalten*

der Versuchspersonen?

Neben Aufmerksamkeit sind Furchtappelle vor allem dafür prädestiniert, Emotionen zu wecken. Zentral ist dabei die Emotion Furcht. Daneben können Furchtappelle aber auch andere Emotionen auslösen. Um welche genau es sich dabei handelt, herrscht Uneinigkeit (vgl. z.B. Witte & Allen 2000, Kohn et al. 1982, s. Kapitel 5.2.2). Auch zum Einfluss von soziodemographischen Merkmalen gibt es bislang keine eindeutigen Ergebnisse. Bezüglich des Geschlechts wurden unterschiedliche Ergebnisse festgestellt (s. Kapitel 4.5.4). Was das Alter betrifft, so scheinen Furchtappelle bei Jugendlichen weniger gut, bei Kindern jedoch zu wirken (s. Kapitel 4.5.3). Zu Mediennutzung, Involvement und persönlicher Betroffenheit liegen – außer der Studie von Rossmann & Pfister (2008) – keine Befunde vor. Aus diesen Gründen lautet die zweite Forschungsfrage folgendermaßen:

F2: Welchen Einfluss haben

- a) emotionale Reaktion,*
- b) soziodemographische Merkmale,*
- c) Nutzung von Gesundheitsflyern,*
- d) Involvement und persönliche Betroffenheit*

der Versuchspersonen auf die Wirkung der Bildvalenz?

Wie die Ausführungen der vorhergehenden Kapitel zeigten, werden Fallbeispiele häufig verwendet, um Furchtappellbotschaften zu transportieren (s. Kapitel 5.2.2). Dies wurde jedoch bislang kaum explizit untersucht. Zillmann (2006) postuliert in seinem Überblicksaufsatz für die Verwendung von Fallbeispielen zusammen mit illustrierenden Bildern ein größeres Wirkungspotenzial. Und auch Keller (2008) konnte Interaktionseffekte zwischen Fallbeispielen und Bildvalenz belegen, jedoch keine klare Richtung diagnostizieren. Rossmann & Pfister (2008) wiesen lediglich einen signifikanten Interaktionseffekt nach: Beim Wissen zeigte sich der Einfluss der Bildvalenz nur in der Fallbeispielversion und ließ sich in der Version mit der summarischen Realitätsbeschreibung

nicht mehr nachweisen. Bislang ist also keine eindeutige Interaktionsrichtung zu erkennen. Hieraus ergibt sich die dritte Forschungsfrage:

F3: Gibt es einen Interaktionseffekt zwischen Textversion und der Bildvalenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Gesundheitsflyern bezüglich

- a) Erinnerung und Wissen,*
- b) emotionaler Reaktion,²²⁶*
- c) Risikowahrnehmung,*
- d) Einstellungen,*
- e) Verhaltensintentionen und*
- f) tatsächlichem Verhalten?*

Auch zur Stabilität der Einflüsse liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor. Der Fallbeispieleffekt wurde sowohl nach einer Woche (Brosius 1995: Experiment 4, Zillmann et al. 1996: Experiment 1) als auch nach zwei Wochen (Zillmann et al. 1992, Zillmann et al. 1996, Experiment 1, Zillmann & Gan 1996, s. Kapitel 3.6.1) gemessen. Bezüglich furchterregender Bilder fanden Janis & Feshbach (1953) heraus, dass bei einem minimalen Furchtappell – im Vergleich zu einem mittleren und starken – die Effekte nach einer Woche am stabilsten waren. Kohn et al. (1982) dagegen beschreiben lediglich, dass der Bumerang-Effekt nach sechs Monaten verschwindet. Und Zillmann & Gan (1996) fanden, abhängig vom Stimulus, unterschiedlich stabile Effekte: Während der Einfluss der Textversion über die Zeit hinweg eher abnahm, schien der Einfluss des Bildes stabil zu bleiben (vgl. Zillmann et al. 1999, Zillmann 2006, Rossmann 2008). Daher wird erneut eine Forschungsfrage formuliert:

F4: Wie stabil sind die Einflüsse des Flyers auf

- a) Erinnerung²²⁷ und Wissen,*
- b) Risikowahrnehmung und*
- c) Einstellungen*

der Versuchspersonen?

7.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen des ersten Experiments wird etwas ausführlicher dargestellt, um grundlegende Aspekte der Operationalisierung und Messung zu erörtern, die für die folgenden beiden Experimente ebenfalls gelten. Im Folgenden geht es um die methodische Umsetzung der Forschungsfragen und Hypothesen. Zunächst wird das Forschungsdesign vorgestellt. Anschließend steht das Stimulusmaterial im Zentrum

²²⁶ Rossmann & Pfister (2008) hatten diesen Aspekt nicht analysiert. Da in Experiment I jedoch sowohl bei Fallbeispielen als auch bei Furchtappellen emotionale Reaktionen als abhängige Variable betrachtet werden, können auch Interaktionseffekte berechnet werden.

²²⁷ Auch diese Variablen hatten Rossmann & Pfister (2008) nicht analysiert. Da in Experiment I jedoch sowohl bei Fallbeispielen als auch bei Furchtappellen die Erinnerung als AV betrachtet wird, kann auch die Stabilität der Erinnerung untersucht werden.

der Betrachtungen, wobei erst die Auswahl des Themas „Krebs durch Mobilfunk“ und danach dessen Aufbereitung in Form der Kombination eines „Gesundheitsflyers“ mit den Kommunikationsstrategien „Text- und Bildversion“²²⁸ vorgestellt wird. Es folgt die Operationalisierung der theoretischen Erkenntnisse im Messinstrument und dessen Konstrukten. Daraufhin werden der Pretest, die Durchführung der Erhebung und die Stichprobe dargestellt.

7.2.1 Forschungsdesign: Mehrfaktorielles multivariates Experimentaldesign

Bei wirkungszentrierten Studien ist das Experiment die Methode der Wahl. Am Anfang stehen vermutete oder in anderen Bereichen beobachtete Zusammenhänge, die als Grundlage für Forschungsfragen und Hypothesen dienen, wie die These: Gesundheitsflyer, die spezifische Krankheitsinformationen durch ein Fallbeispiel kombiniert mit einem negativen Bild präsentieren, haben einen stärkeren Einfluss auf das Wissen als Informationen in Form summarischer Realitätsbeschreibungen begleitet von einem positiven oder neutralen Bild. Mittels experimenteller Untersuchungsanordnungen können derartige Kausalzusammenhänge in Form von Forschungsfragen und Hypothesen überprüft werden (vgl. Hornik 2002: 208, Huber 2000: 68). Ein experimentelles Forschungsdesign liegt erst vor, wenn drei Bedingungen erfüllt sind: (1) Es werden mindestens zwei experimentelle Gruppen gebildet. (2) Man ordnet die Versuchspersonen nach einem Zufallsverfahren (Randomisierung) den experimentellen Gruppen zu. (3) Die unabhängige Variable (UV) wird vom Forscher manipuliert (vgl. Diekmann 2006: 296), wodurch sie mindestens zwei Stufen aufweist (vgl. Huber 2000: 64). Anschließend untersucht man den Einfluss einer UV (Ursache) auf die zu messende abhängige Variable (AV, Wirkungen, vgl. Brosius et al. 2008: 211-212). Die „Reaktion“ der AV ist das Ereignis, das vorhergesagt wird (vgl. Huber 2000: 64). Wie der Versuchsplan (s. Tabelle 1) zeigt, ist die erste Bedingung von mindestens zwei experimentellen Gruppen bei Experiment I sowohl für beide UVn „Bild“ (Valenz der Bilder mit den Ausprägungen „positiv“, „neutral“ und „negativ“) und „Text“²²⁹ (Ausprägungen: „Fallbeispiel“ und „summarische Realitätsbeschreibung“) erfüllt. Insgesamt ergeben sich durch die Manipulation der beiden UVn, der oben beschriebenen dritten Bedingung und deren Kombination sechs Experimentalgruppen.

²²⁸ Wie schon erwähnt, entspricht diese Begrifflichkeiten denjenigen von Rossmann & Pfister (2008).

²²⁹ In Anlehnung an die Arbeiten von Keller (2008) und Rossmann & Pfister 2008 werden bei Experiment I die Begriffe „Text- und Bildversion“ verwendet, in Experimenten II und III dann „Fallbeispiel- und Furchtappellversion“.

Tabelle 1: Experiment I – Versuchsplan (2x3 Design)

		Text	
		<i>Fallbeispiel</i>	<i>Summarische Realitätsbeschreibung</i>
Bild	<i>positiv</i>	Version 1	Version 4
	<i>neutral</i>	Version 2	Version 5
	<i>negativ</i>	Version 3	Version 6

Die Randomisierung wurde durch Ausgabe der Flyer nach einem Zufallsschlüssel sichergestellt (vgl. Nieding & Ohler 2004, s. Kapitel 7.2.4).

Um auf eine Verursachungs- bzw. Kausalbeziehung zu schließen, muss außerdem die Wirkung von Störvariablen ausgeschaltet (vgl. Huber 2000: 65) und damit die interne Validität erhöht werden (vgl. Diekmann 2006: 310). Ist es nicht möglich alle störenden Variablen auszuschalten, kontrolliert man alle Faktoren – bis auf denjenigen, der untersucht wird (vgl. 1967: 177). Diese Kontrolle bestand in Experiment I unter anderem in der Randomisierung, um verzerrenden Effekten entgegen zu wirken, und in der „laborartigen“ und somit für alle Vpn vergleichbaren Rezeptionssituation im Seminarraum des IfKW (s. Kapitel 7.2.4). So war die Medienzuzwendung zum Stimulus kontrollierbar (vgl. Bonfadelli 2004: 38) und alle Versuchsgruppen lasen das exakt gleiche Stimulusmaterial. Es unterschied sich lediglich durch die zu untersuchenden UVn.

Ein Experimentaldesign birgt jedoch immer eine gewisse Künstlichkeit in sich, die einige Nachteile mit sich bringt. Durch die Kontrolle und Standardisierung möglichst vieler Stör- und Drittvariablen im Rahmen der Datenerhebung, unterscheidet sich z.B. die Rezeptionssituation von derjenigen im Alltag (vgl. Bonfadelli 2004: 38), wodurch die externe Validität und damit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Realität eingeschränkt sind (vgl. Klammer 2005: 282; Bortz & Döring 2002: 37). Außerdem kann allein das Bewusstsein, Gegenstand wissenschaftlicher Forschung zu sein, Einstellungen und Verhalten der Versuchspersonen verändern und die Ergebnisse verzerren (Reaktivität, vgl. Diekmann 2006: 299). Ein zusätzliches Problem experimenteller Untersuchungsdesigns ist der hohe Aufwand, um komplexe Zusammenhänge simultan zu prüfen (vgl. Diekmann 2006: 303). Aus diesem Grund wurde auf eine Vorhermessung verzichtet und es waren lediglich direkt nach der Rezeption des Stimulus sowie zwei Wochen darauf je ein Fragebogen auszufüllen. Damit ist aber der Zustand vor der Rezeption nicht mit demjenigen danach vergleichbar. Bei Gesundheitsthemen ist eine Vorhermessung jedoch immer problematisch. Die Versuchspersonen könnten durch die vorherige Befragung zu bestimmten Themen „geprimed“ werden, was die Reaktivität beeinflusst und die Versuchspersonen auf bestimmte Aspekte des Stimulusmaterials in besonderer Weise achten lässt. Da die Vorteile eines Experiments im

Hinblick auf das Untersuchungsziel überwiegen, wurde eine mehrfaktorielle, multivariante Untersuchungsanlage geplant. Mehrfaktoriell, da der Effekt zweier manipulierter UVn betrachtet wird, multivariat, weil Effekte bei mehreren AVn erwartet werden.

7.2.2 Stimulusmaterial: Flyer zum Thema Krebs durch Mobilfunk

Da es in der vorliegenden Arbeit um die Wirkung der beiden Stimuli Fallbeispiele und Furchtappelle im Kontext von Gesundheitsinformation geht, ist die Präsentationsqualität des Stimulusmaterials von enormer Bedeutung. Generell hat die Authentizität des Stimulusmaterials in der Medienwirkungsforschung eine höhere Relevanz als beispielsweise in sozialpsychologischen Studien (s. Kapitel 3.3.1, vgl. Daschmann 2001: 90). Darum wurde sowohl bei der Themenauswahl, als auch bei der Operationalisierung der zentralen Konstrukte und der beiden Kommunikationsstrategien Textversion und Furchtappelle über das Kommunikationsmedium „Gesundheitsflyer“ mit der größtmöglichen Sorgfalt vorgegangen.

Auswahl des Themas

Wie erwähnt, orientiert sich Experiment I an der Studie von Rossmann & Pfister (2008). Die Autorinnen konnten im Kontext des Themas Adipositas keinen Fallbeispielleffekt feststellen (vgl. auch Kapitel 5.2.3), was möglicherweise am Thema Adipositas gelegen haben könnte. Es ist nicht auszuschließen, dass Deckeneffekte einen Fallbeispielleffekt nivellierten und lediglich zu geringer Varianz von Einstellungen, Intentionen und Verhalten führten, da die Bevölkerung allgemein gut über die Gründe und Gefahren von Übergewicht und Adipositas informiert ist (vgl. auch Rossmann & Pfister 2008: 385). Darum wird in Experiment I ein ähnliches Setting, jedoch zu einem anderen Thema operationalisiert, da ein weniger bekanntes Krankheitsbild – wie „Krebsgefahr durch Mobilfunkstrahlung“ – möglicherweise eindeutiger Differenzen zeigt. Es sollte sich also um ein Thema handeln, mit dem sich die Versuchsteilnehmer noch wenig beschäftigt hatten bzw. von dem sie noch wenig wussten. Dennoch tauchte das Thema, auch vor der Erhebung im Rahmen von Experiment I, immer wieder in den Medien auf.²³⁰ Wissenschaftler diskutieren „seit Anfang der siebziger Jahre über Wirkungen (oder fehlende Wirkungen) der Hochfrequenzexposition auf die Bluthirnschranke“ (vgl. Foster 2009: 8). In jüngster Zeit hat sich das „Deutsche Mobilfunk Programm“ (DMF) intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt.²³¹ Obwohl eindeutige Beweise fehlen,

²³⁰ Im Vorfeld der Studie hing dies unter anderem mit zwei kontrovers diskutierten Studien zusammen (vgl. Diem et al. 2005, Schwarz et al. 2008). Diese Studien propagierten, elektromagnetische Felder von Mobiltelefonen könnten möglicherweise das menschliche Erbgut schädigen, was von anderen Forschern angezweifelt wurde. Schließlich gestand eine Mitarbeiterin die Manipulation der Studien ein (vgl. Siegmund-Schultze & Zykla-Menhorn 2008: A1267).

²³¹ Das Forschungsprogramm lief von 2002 bis 2008, verteilt auf 54 Forschungsprojekte. Dabei konnten im Tierexperiment keine erhöhte Krebsrate selbst über Generationen hinweg und unter Einfluss von kanzerogenen Agenzien nachgewiesen werden (vgl. Glaser 2009: 4; vgl. auch Moser 2008). Weitere, nicht bestätigte Vermutungen: „Keine Erhöhung der Konzentration reaktiver Radikale im Gewebe war nachweisbar, kein Einfluss auf die Bluthirnschranke, keine Veränderung des Melatoninspiegels, keine nachweisliche

dass Mobilfunk tatsächlich Krebs verursacht, bleibt das Thema aktuell. Außerdem war das Thema interessant für diese Arbeit, weil junge Menschen, wie die in Experiment I befragten Studenten (vgl. Kapitel 7.2.4) sich in der Regel nicht mit dem Thema „Krankheit“ im Allgemeinen und „Krebs“ im Speziellen beschäftigen. Da sie häufige Mobilfunknutzer sind (vgl. Informationszentrum Mobilfunk (IZMF) 2011: 1) sollten sie sich von der Problematik jedoch besonders angesprochen fühlen.

Nun galt es die Kommunikationsstrategien „Fallbeispiel“ und „Furchtappell“ in angemessener Form in ein passendes Format, und zwar in das Kommunikationsmedium „Gesundheitsflyer“ zu „verpacken“.

Kommunikationsmedium „Gesundheitsflyer“

Als Kommunikationsmedium für die Vorstudie wurde ein Flyer (s. Kapitel 6.4) in dem für Flyer gängigen, zweimal gefalteten DIN A4-Format (vgl. Gregory 2002: 68) entworfen (s. Abbildung A.1 bis Abbildung A.7). Auf der Vorderseite befand sich unter einem gelben Querstreifen – der sich über alle Seiten im Inneren des Flyers fortsetzte – ein Schwarz-Weiß-Foto. Im Zentrum des Bildes ist ein Smartphone zu sehen, das von einer (männlichen) linken Hand gehalten wird. In der oberen rechten Ecke des Bildes befindet sich die rechte Hand, die einen Griffel hält. Es wirkt, als würde die Person gerade etwas über den Touchscreen des Telefons eingeben. Darunter steht in grauen Buchstaben die Botschaft „Krebsgefahr durch Mobilfunkstrahlung“. Diese Aussage entspricht einer „einfachen Grundbotschaft“, die zu Beginn jeder Kampagne stehen sollte (vgl. Kocher 1993: 46-72). Ganz unten auf der Seite war neben einem speziell hierfür gestalteten und frei erfundenen Logo, die „Deutsche Mobilfunkforschung“ als Urheber der Broschüre auszumachen, deren Logo, Name, Post- und Internetanschrift auch auf die Rückseite des Flyers gedruckt waren. Im Inneren des Flyers fanden sich unter den großen Überschriften „Informationen“ und „Probleme“ Informationen zu den Themenbereichen „Wie wirkt die Strahlung auf uns?“, „Ein Glioblastom ist ein bösartiger Hirntumor.“, „Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen?“ und „Welche Warnzeichen gibt es?“ Auf der rechten, einzuklappenden Seite standen, unter der Überschrift „Wie kann ich mich schützen?“ und gelb unterlegt, neun Handlungsanweisungen zum Schutz vor Mobilfunkstrahlung.²³² Außer dem Titelfoto befanden sich noch vier weitere Bilder im Flyer. Sie sind jeweils oben auf den Seiten in den gelben Streifen eingebet-

Schädigung des Erbgutes“ (Glaser 2009: 4). Die weltweit angelegte INTERPHONE Studie, kommt zum selben Ergebnis: Bei Personen, die ihr Mobiltelefon zehn und mehr Jahre regelmäßig nutzten, konnte kein Zusammenhang zwischen Mobilfunknutzung und Hirntumoren beobachtet werden (vgl. The INTERPHONE Study Group 2010: 14).

²³² „Benutzen Sie wenn möglich das Festnetztelefon! Nutzen Sie das Handy nur in dringenden Fällen und telefonieren Sie dann nur kurz! Halten Sie das Handy beim Versenden von SMS weit vom Körper entfernt! Schalten Sie das Handy nachts aus! Sollte das nicht möglich sein, legen Sie es nicht in Kopfnähe! Bewahren Sie Ihr Handy nicht in Körpennähe auf! Telefonieren Sie nicht bei schlechtem Empfang, da das Handy dann mit höherer Leistung strahlt! Spielen Sie nicht mit dem Handy! Nutzen Sie Headsets, um den Abstand zwischen Kopf und Antenne zu vergrößern! Halten Sie beim Telefonieren einige Meter Abstand zu anderen Personen, da diese sonst mitbestrahlt werden!“

tet.²³³ Soweit waren die sechs Flyerversionen identisch. Variiert wurde lediglich die mittlere Spalte der Innenseite, in der sich „Fallbeispiel“ und „Furchtappell“ befanden.

Kommunikationsstrategie Fallbeispiel

Die Version „summarische Realitätsbeschreibung“ beschrieb erste Anzeichen, Untersuchung, Diagnose und Therapie eines Hirntumors in sachlicher Form. Die Version „Fallbeispiel“ enthielt dieselben Informationen, allerdings an der Person einer Frau festgemacht. Dies war nötig, damit die Textversion mit dem direkt darüber abgebildeten Furchtappell – der ebenfalls eine Frau darstellte – übereinstimmte. Dabei wurde auf die gleiche Anzahl von Worten und Sätzen der variierten Abschnitte geachtet (vgl. Hoeken & Hustinx 2007: 602), wodurch die beiden Versionen bei gleichem Inhalt in etwa gleich lang waren. Zwar enthielt die Version „Fallbeispiel“ mit 140 Worten 15 Worte mehr als die Version „summarische Realitätsbeschreibung“ (s. Tabelle 2), allerdings erscheinen die beiden Versionen optisch identisch.

Tabelle 2: Experiment I – Vergleich der variierten Textpassagen

<i>Textversion „Fallbeispiel“*</i>	<i>Textversion „summarische Realitätsbeschreibung“*</i>
Nancy ist 22 Jahre alt, als sie im März 2004 die Diagnose „Glioblastom“ erhält. <i>(14 Worte)</i>	Pro Jahr erkranken in Deutschland circa fünf von 1000 jungen Menschen an Hirntumoren. <i>(13 Worte)</i>
Zunächst sind es Kopfschmerzen. Sie denkt an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Uni. Niemals hätte sie Krebs vermutet. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht mehr ab, ihr wird immer häufiger übel. Eines Abends auf dem Weg nach Hause bekommt sie plötzlich heftige Sehstörungen. Sie geht zum Arzt, der ein MRT veranlasst. Als der Tomograph ihr Gehirn optisch in Scheiben schneidet, bekommt sie Angst. Die Ärztin eröffnet das Gespräch mit den Worten „Ich habe leider keine guten Nachrichten für Sie...“. In der rechten Hälfte ihres Gehirns wächst ein Glioblastom, ein bösartiger Hirntumor. <i>(92 Worte)</i>	Zunächst sind es Kopfschmerzen. Die Leute denken an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Arbeit. Aber keinesfalls vermuten sie Krebs. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht mehr ab, immer häufiger kommen Übelkeit oder heftige Sehstörungen hinzu. Gewissheit können Patienten nur über den Kernspintomographen (MRT) erlangen. Der Tomograph erzeugt mittels magnetischer Felder Schnittbilder vom menschlichen Gehirn, auf denen auch kleinste Missbildungen zu erkennen sind. Nach einem MRT erhalten die Patienten nicht immer gute Nachrichten, die häufige Diagnose ist „Glioblastom“, ein bösartiger Hirntumor. <i>(81 Worte)</i>
Trotz der Operation, bei der ihr die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, muss sie damit rechnen, dass er wieder kommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen. <i>(34 Worte)</i>	Trotz Operationen, bei denen die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, müssen Patienten damit rechnen, dass er wiederkommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen. <i>(31 Worte)</i>
<i>insgesamt 140 Worte</i>	<i>insgesamt 125 Worte</i>

* Die Zeilenlänge entspricht der Zeilenlänge in den Flyerversionen

²³³ Dabei handelt es sich um drei schwarz-weiß Abbildungen von Mobiltelefonen in der Hand von Menschen, die selbst nicht zu sehen sind.

Lediglich bei der Überschrift unterscheiden sich die beiden Versionen. Während sie bei der „summarische Realitätsbeschreibung“ drei Zeilen einnahm, waren es beim „Fallbeispiel“ zwei Zeilen. Alle anderen Textpassagen wiesen dieselbe Zeilenanzahl auf.

Kommunikationsstrategie Furchtappell

Es gestaltete sich schwierig, ein geeignetes Bild für den Furchtappell zu finden, da im selben Bildausschnitt dasselbe Motiv dargestellt sein sollte. Nach einer längeren Internetrecherche, waren schließlich drei geeignete Fotos gefunden.²³⁴ Jeweils eines davon wurde in die variierte mittlere Spalte der Innenseite eingebettet. Das Foto ist neben dem Titelbild das einzige farbige Bild. Es zeigt eine blonde Frau, mit einem dunklen Blazer bekleidet. Sie hält mit der linken Hand ein Mobiltelefon an das linke Ohr. Je nach Version (positiv, neutral, negativ) unterschied sich dieses Bild. Die drei Bilder zeichnen sich jedoch durch die folgenden gemeinsamen Merkmale aus:

- Das Motiv ist identisch.
- Es ist jeweils derselbe Bildausschnitt zu sehen.
- Lediglich Gesichtsausdruck und Haltung der Frau variieren.

In der Version „positiv“ blickt die Frau entspannt nach oben und über das gesamte Gesicht breitet sich ein fröhliches Lächeln. Bei der „neutralen“ Version ist der Blick der Frau leicht nach unten gerichtet. Die Mimik ist neutral, weder lächelnd noch besonders ernst. In der Version „negativ“ neigt die Frau den Kopf und blickt nach unten. Sie stützt den anscheinend schmerzenden Kopf mit der rechten Hand ab (s. Abbildung 12).

Abbildung 12: Experiment I – Darstellung des Furchtappells



Man muss betonen, dass die Bilder des verwendeten Furchtappells nicht im klassischen Sinne Angst und Schrecken auslösend sind. Für sich allein genommen wirken sie sogar eher harmlos. Erst im Zusammenspiel mit dem Text ergibt sich ein Furchtappell (s. Kapitel 5.3.2).

²³⁴ Die Bilder stammen von der Firma corbis.

Weitere formale Aspekte des Flyers

Um die beiden UVn („Fallbeispiel“ und „Furchtappell“) in einen möglichst realistisch und echt wirkenden Flyer zu integrieren, wurden die sechs Versionen auf 120-Gramm-Papier und in Farbe gedruckt. Name und Logo der erfundenen „Deutschen Mobilfunkforschung“ (s. Abbildung A.8),²³⁵ befanden sich auf der Titelseite des Flyers. Auf der Rückseite fanden sich Post- und Internetanschrift der Organisation.²³⁶ Die professionelle Darstellung des vermeintlichen Urhebers einer Gesundheitsbotschaft ist von großer Bedeutung. Sie gibt der Organisation ein Image (vgl. z.B. Bentele & Seidenglanz 2005) und lässt die Gesundheitsbotschaft professionell und glaubwürdig erscheinen, denn letztlich kann allein der Absender Aufschluss über den sozial-gesundheitlichen Zweck der Botschaft geben (vgl. Leonarz 2009: 215). Glaubwürdig sind vor allem kompetente Quellen, von denen man gute Absichten erwartet (vgl. Jakob 2004: 17). Außerdem wirken starke Furchtappelle in Kombination mit einem glaubwürdigen Kommunikator besser (vgl. Kohn et al. 1982: 457) und eine klar erkennbare Angabe des Verfassers zählt zu den ethischen Kriterien einer Gesundheitsinformation (vgl. Loss & Nagel 2009: 505).

7.2.3 Fragebogen und Konstrukte

Um die Wirkungen der UVn zu messen, wurden zwei Fragebögen entwickelt (s. Abbildung A.9 und Abbildung A.10 im Anhang). Der erste Fragebogen erhob die AVn und IVn direkt nach dem Lesen des Flyers, der zweite vierzehn Tage später. Damit wurde der Forderung Rechnung getragen, dass gerade experimentelle Studien erforschen sollen, wie dauerhaft u.a. Einstellungsänderungen sind (vgl. Milne et al. 2000: 138).

Der erste Fragebogen bestand aus 18 Fragen auf neun Seiten. Auf der ersten Seite war der Titel der vorgeblichen Studie aufgeführt: „Projekt ‚Qualität von Informationsflyern zum Thema Gesundheit‘“. Dies ist eine übliche Formulierung im Kontext von Studien zur Gesundheitskommunikation. Sie suggeriert den Teilnehmern, sie nähmen an einer Untersuchung zur Evaluation von Informationsmaterialien teil (vgl. z.B. Witte 1994: 119, Cho & Salmon 2006: 93, Muthusamy et al. 2009: 327). Auf der Innenseite wurden die Teilnehmer darüber informiert, dass die Studie vom IfKW der LMU München durchgeführt wurde, sie keine kommerziellen Interessen verfolgte und die Fragebögen streng vertraulich sowie vollständig anonymisiert behandelt wurden. Außerdem

²³⁵ Ein Logo ist heutzutage Standard. Im Kontext von Gesundheitsbotschaften sind Logos von großer Einfachheit und Klarheit besonders geeignet. Ein Beispiel für ein weltbekanntes Logo aus dem Gesundheitsbereich ist das Logo „Stop Aids“ aus der gleichnamigen Kampagne, die in den 1980er Jahren in der Schweiz durchgeführt wurde. Die zwei universal verständlichen Worte sind auch die Hauptbotschaft der Kampagne (vgl. Kocher 1993: 32).

²³⁶ Beide waren frei erfunden: Es gibt in Hamburg keinen Buchenhainweg und die Internetadresse läuft ins Leere.

standen hier die Kontaktdaten der Kursleiter des Kurses, in dessen Rahmen die Studie durchgeführt wurde.²³⁷

Ab der dritten Seite des Fragebogens standen die eigentlichen Fragen des Fragebogens. Die erste Frage diente dem leichten Einstieg und erfasste die Bewertung des Flyers durch die Versuchspersonen. Sie war in Form eines fünfstufigen semantischen Differentials verfasst²³⁸ und orientierte sich an den Studien von Keller (2008) und Rossmann & Pfister (2008). Keller hatte zwölf Items abgefragt, die von Rossmann und Pfister übernommen und durch das Item „ansprechend/nicht ansprechend“ ergänzt wurde. Damit bestand die Itembatterie aus 13 Eigenschaftspaare wie vertrauenswürdig/suspekt, sachlich/emotional oder verständlich/unverständlich. Um ein unreflektiertes „Durchkreuzen“ zu verhindern, waren sowohl positive als auch negative Adjektive an einem Pol vertreten (s. Fragebogen 1 (FB1), Frage 1 (F1), Abbildung A.9 im Anhang).

Darauf folgte eine Filterfrage. Je nachdem, ob sich die Versuchspersonen an den Furchtappell²³⁹ erinnern konnten oder nicht, ging es mit der dritten oder fünften Frage weiter (s. FB1, F2 im Anhang).

Die dritte Frage konzentrierte sich auf die Wirkung des Furchtappells. Hier konnten die Versuchspersonen das Foto auf einer fünfstufigen Likertskala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ und anhand von elf Items bewerten. Diese Itembatterie war ebenfalls der Studie von Rossmann & Pfister (2008) entliehen und somit an diejenige von Keller (2008) angelehnt (s. FB1, F3 im Anhang).

Anschließend ging es in Frage vier um die Mediennutzung der Versuchspersonen und konkret darum, wie häufig sie in der Regel Gesundheitsflyer lesen (s. FB1, F4 im Anhang).

Wiederum in Form einer fünfstufigen Likertskala sollten die Versuchspersonen bei der fünften Frage den Flyer insgesamt bewerten. Dabei wurden mit Hilfe von insgesamt 15 Items die Konstrukte Emotionen²⁴⁰ und Reaktanz²⁴¹ abgefragt (s. FB1, F5 im Anhang).

²³⁷ Der Kurs im Masterstudiengang unter dem Titel „Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation“ wurde von der Autorin dieser Arbeit gemeinsam mit Dr. Constanze Rossmann im Wintersemester 2007/2008 durchgeführt.

²³⁸ Die Verwendung eines fünfstufigen semantischen Differentials bietet den Versuchspersonen die Möglichkeit eine indifferente Aussage zu treffen, wenn sie ein Adjektivpaar nicht einschätzen können oder wollen (vgl. auch Keller 2008, 15, sowie Neumann 2006: 206, Brosius et al. 2008: 98-99, 107). Es hat aber auch den Nachteil, dass manche Versuchspersonen möglicherweise nicht mehr genau über die Frage nachdenken und „bequem“ auf eine Mittelkategorie ausweichen (Brosius et al. 2008: 98-99). Schon Brosius (1996) verwendete als Einstieg ein semantisches Differenzial zur Bewertung des Stimulus.

²³⁹ Im Fragebogen wurde dieser als „Foto innen in der Mitte des Flyers (es zeigt eine Frau)“ bezeichnet. Der Zusatz, dass eine Frau auf dem Bild abgebildet ist, war nötig, um eine Verwechslung mit einem der anderen im Flyer befindlichen Fotos zu vermeiden.

²⁴⁰ Emotionen Betroffenheit, Angst/Besorgnis, Trauer, sich Sorgen, Wut, Mitleid, Freude, Überraschung, Nervosität, Scham und Optimismus (s. FB1, F5, Items 1 bis 6, 8 und 11 bis 15).

²⁴¹ Reaktanz: „Beim Betrachten des Flyers dachte ich: „Was geht mich das an?“, „Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts.“ Und „Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir u tun.“ (s. FB1, F5, Items 7, 9 und 10)

Die sechste Frage erfasste das Involvement durch fünf Aussagen auf einer fünfstufigen Likertskala. Hier ging es beispielsweise darum, ob sich die Versuchspersonen mit dem Thema Krebs schon auseinandergesetzt haben oder ob sie zur Vorsorgeuntersuchung gehen (s. FB1, F6 im Anhang).

Bei der siebten Frage, die von Rossmann & Pfister (2008) übernommen und etwas variiert wurde, konnten die Versuchspersonen angeben, inwieweit sie persönlich oder ihre Eltern, Geschwister, Verwandte und Freunde vom Thema Krebs betroffen sind.

In der achten Frage wurden die Einstellungen der Versuchspersonen zum Thema Handystrahlung – erneut per fünfstufiger Likertskala – abgefragt. Hier konnten elf Statements, wie „Das Thema Mobilfunkstrahlung wird viel zu stark aufgebauscht“ oder „Ein gesundheitsbewußter Umgang mit dem Handy ist mir wichtig“, bewertet werden (s. FB1, F8 im Anhang).

Das durch den Flyer vermittelte Wissen erfassten die Fragen neun und zehn. Hier konnten die Versuchspersonen sieben Items zu den Folgen und Gefahren von Mobilfunkstrahlung und neun Items zum richtigen Umgang mit dem Handy zustimmen (s. FB1, F9 und 10 im Anhang).

Die elfte Frage widmete sich mit zehn Items konkreten Verhaltensintentionen im Hinblick auf die Handynutzung. Die per fünfstufiger Likertskala abgefragten Items lauteten z.B. „Ich habe vor, mein Handy nachts auszuschalten“ (vgl. z.B. Lemal 2009: 10, Details und alle Items s. FB1, F11 im Anhang). Generell kann man das Abfragen von Verhaltensintention kritisieren, da auf diese Weise immer nur hypothetische Antworten generiert werden. Umgehen kann man das durch die Formulierung von projektiven Fragen. Im vorliegenden Fall wurde darauf zugunsten einer direkten Vergleichbarkeit mit dem zum zweiten Messzeitpunkt abgefragten tatsächlichen Verhalten verzichtet. Darum waren im ersten Fragebogen die Fragen zum Verhalten in Form von Verhaltensintentionen formuliert (FB1, F11) und im zweiten Fragebogen so umformuliert, dass sie das zwischenzeitliche tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen erfassten (FB2, F4).

Die nächsten beiden Fragen deckten die persönliche Risikowahrnehmung der Versuchspersonen ab. Bei Frage zwölf ging es um das persönliche Risiko, an den Krankheiten Hirntumor, Migräne und Tinnitus aufgrund von Handystrahlung zu erkranken. Frage 13 fragte nach denselben Krankheiten, jedoch wie häufig man sich Sorgen macht, an diesen Krankheiten aufgrund von Handystrahlung zu erkranken. Bei beiden Fragen konnten die Versuchspersonen auf einer fünfstufigen Likertskala (von „sehr niedrig“ bis „sehr hoch“) oder bei der zusätzlichen Antwortmöglichkeit „ich bin bereits erkrankt“ ihr Kreuz setzen. In der Literatur zu Krebs-Screenings werden wahrgenommenes Risiko und die Sorge zu erkranken oft als positiv korreliert dargestellt, aber auch unabhängig voneinander mit Krebscreeningverhalten in Verbindung gebracht. In

jüngerer Zeit werden wahrgenommenes Risiko und Sorge häufig auch als AVn operationalisiert (vgl. McQueen et al. 2008: 57).

Mit den Fragen 14 und 15 wurde die allgemeine Risikowahrnehmung der Versuchspersonen erfasst. Hierzu sollten sie einschätzen, wie viele Menschen in Deutschland ihrer Meinung nach jährlich aufgrund von Handystrahlung an einem Hirntumor erkranken (FB1, F14) und wie viele Menschen aufgrund von Handystrahlung unter gesundheitlichen Problemen leiden (FB1, F15). Hier war jeweils die Prozentzahl einzufügen.

Die letzten drei Fragen erhoben soziodemographische Daten: Alter, Geschlecht und Bildung (FB1, F16, 17 und 18).

Am Ende des Fragebogens war ein Code anzugeben. Er setzte sich aus dem Tag der Geburt, dem Geburtsjahr und der Hausnummer der Versuchspersonen zusammen (vgl. Cho & Salmon 2006: 93),²⁴² um den ersten Fragebogen dem zweiten zuzuordnen. Der zweite, deutlich kürzere Fragebogen, war zwei Wochen nach dem Lesen des Flyers auszufüllen. Hier wurden nur noch die AVn abgefragt.²⁴³ Bei den Fragen zu Wissen und Verhalten war die Itemreihenfolge verändert, um mögliche Erinnerungseffekte zu vermeiden (FB2, F2, 3 und 4). Statt Verhaltensintentionen – wie im ersten Fragebogen – wurde nun konkretes Verhalten abgefragt. Inhaltlich blieben die Items jedoch gleich (s. FB1, F11 und FB2, F4).

Tabelle 3: Experiment I – Aufbau der Fragebögen

Abhängige Variablen	
Erinnerung	an das Foto: t1, Frage 2
Wissen	t1, Fragen 9 + 10 t2, Fragen 2 + 3
Emotionale Reaktion ²⁴⁴	t1, Frage 5
Risikowahrnehmung	t1, Fragen 12 - 15 t2, Fragen 5 - 8
Einstellungen	t1, Frage 8 t2, Frage 1
Verhaltensintention	t1, Frage 11
Verhalten	t2, Frage 4
Intervenierende Variablen	
Soziodemographie	t1, Fragen 16 + 17
Nutzung von Gesundheitsflyern	t1, Frage 4
Involvement/Betroffenheit	t1, Frage 6, Frage 7
Sonstiges	
Treatment-Check	Flyerbewertung: t1, Frage 1 Fotobewertung: t1, Frage 3

t2: direkt nach der Stimuluspräsentation, t3: zwei Wochen später

²⁴² Cho hatte die Initialen von Vater, Mutter und sowie die eigenen Initialen mit dem Geburtsmonat und den letzten beiden Ziffern der Telefonnummer kombiniert (vgl. 2006: 93).

²⁴³ FB1, F8 bis 15: Sie erhielten nun die Nummerierung 1 bis 8.

²⁴⁴ Im Gegensatz zu Rossmann & Pfister (2008) wird die emotionale Reaktion in dieser Studie sowohl als AV als auch IV betrachtet (s. Kapitel 6.1).

Ein weiterer Überblick über beide Fragebögen und die darin enthaltenen Fragen sowie die jeweilige Itemanzahl findet sich in Tabelle A.1 im Anhang.

7.2.4 Pretest, Durchführung und Stichprobe

Nun wird der Pretest mit seinen Konsequenzen, die Durchführung von Experiment I und die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben.

Pretest

Vor der eigentlichen Erhebung wurden Stimulusmaterial und Messinstrumente in einem Pretest überprüft an dem vom 10. bis 17. Dezember 2007 13 Personen teilnahmen. So konnten alle sechs Versionen mindestens zweifach getestet werden. Neben der Autorin dieser Arbeit führten auch Studenten des oben erwähnten Seminars den Pretest durch. Damit dies einheitlich geschah, wurde vorab eine Instruktion zum Ablauf des Pretest ausgeteilt und besprochen (s. Abbildung A.11 im Anhang). Es zeigte sich, dass die Versuchspersonen für das Lesen des Flyers und das Ausfüllen des ersten Fragebogens durchschnittlich 16 Minuten benötigten (s. Tabelle A.2 im Anhang).²⁴⁵ Außerdem war die vierte Frage des zweiten Fragebogens auszufüllen, die das konkrete Verhalten der Versuchspersonen erfasste. Im Anschluss gingen die Teilnehmer gemeinsam mit dem Interviewer noch einmal den gesamten Fragebogen durch, um mögliche Verständnisschwierigkeiten, unglückliche Formulierungen oder Fehler im Fragebogen aufzudecken. Am Ende sollten die Teilnehmer den Furchtappell als positiv, neutral oder negativ einstufen. Jeweils drei von vier bzw. fünf Teilnehmern ordneten das Bild richtig ein (s. Tabelle A.3 im Anhang). Damit kann die Manipulation als geglückt angesehen werden. Außerdem wurde der Flyer insgesamt positiv beurteilt.²⁴⁶ Infolge des Pretests konnten noch einige kleinere Form- und Rechtschreibfehler behoben werden, ansonsten blieben Stimulusmaterial und Messinstrumente unverändert.

Durchführung

Es nahmen nur studentische Versuchspersonen an der Untersuchung teil. Diese haben in der Regel noch wenig Erfahrung mit solchen Untersuchungen und durchschauen die Anlage der Untersuchung nicht (vgl. Brosius et al. 2000: 160). Somit kann die Stichprobe als „covenant sample“, als leicht zugängliche aber sehr homogene und varianzarme Stichprobe, bezeichnet werden (vgl. Lang 1996, Daschmann 2004: 92). Solche Stichproben dürfen jedoch nicht einfach „als artifiziell oder nichts sagend abgetan werden“ (Daschmann 2004: 111), wie Daschmann (ebd.) mit seinen Befunden zeigen

²⁴⁵ Dies lag im Rahmen und war relevant für die Information der Kursleiter, in deren Kursen später das Experiment durchgeführt werden sollte.

²⁴⁶ Er wurde als verständlich, eher anschaulich und eher glaubwürdig sowie tendenziell eher vertrauenswürdig, eher überzeugend, eher informativ, eher seriös und eher interessant, eher emotional, eher schlecht gemacht, eher zurückhaltend, eher dezent und eher nicht ansprechend bewertet (s. Abbildung A.12 im Anhang).

konnte. Für Experiment I war ein „convenient sample“ erwünscht, da andere Aspekte als in der Untersuchung von Rossmann & Pfister (2008) analysiert werden sollten. Dazu gehörte auch eine veränderte Zusammensetzung der Stichprobe. Die Daten wurden in der Zeit vom 14. Januar bis 4. Februar 2008 erhoben. Die erste Erhebung (t1) fand – je nach Kurs – in der Zeit vom 14. bis 24. Januar statt, die zweite (t2) vom 28. Januar bis 4. Februar. Jeweils zwei Versuchsleiter²⁴⁷ besuchten je zwei Kurse. Sie orientierten sich an den Interviewerinstruktionen, damit die Erhebung in allen Kursen möglichst einheitlich ablief (vgl. Abbildung A.13 im Anhang). Nach einem zuvor festgelegten Zufallsschlüssel erhielten die Versuchspersonen eine der sechs Flyerversionen.²⁴⁸ Die Durchführung des Experiments dauerte insgesamt etwa 15 bis 20 Minuten. Den genauen Ablauf zeigt Tabelle 4:

Tabelle 4: Experiment I – Ablaufdiagramm

Erklärung des Ablaufs der Untersuchung gemäß Interviewerinstruktion (s. Abbildung A.13 im Anhang) und Austeilen der Flyerversionen und Fragebögen nach einem Zufallsschlüssel					
Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Einsammeln der Flyer					
Fragebogen 1 (unmittelbar nach Rezeption des Flyers)					
Erstes Debriefing					
Fragebogen 2 2 Wochen später ¹					
Zweites Debriefing					

¹ Bei zwei Kursen war aus organisatorischen Gründen eine Messung erst nach drei Wochen möglich (ein Kurs wurde aus gesundheitlichen, der andere aus anderen Gründen vom Kursleiter verschoben).

Die Erhebung im Rahmen von Kursen hatte den Vorteil, dass die Versuchspersonen für die zweite Erhebung relativ leicht erneut konsultiert werden konnten. Insgesamt hatten 154 Versuchspersonen eine Version des Flyers gelesen und den ersten Fragebogen ausgefüllt. An der zweiten Befragung, zwei Wochen später, nahmen 87 Personen teil, was 56,5 Prozent der Befragten des ersten Messzeitpunkts entspricht.²⁴⁹

Beschreibung der Stichprobe

Bei den 154 Versuchspersonen handelte es sich um Haupt- und Nebenfachstudenten, die das Fach Kommunikationswissenschaft im ersten oder dritten Semester studierten. Sie waren zwischen 19 und 34 Jahre, und zum größten Teil bis zu 23 Jahre alt. Die Stichprobe bestand vor allem aus weiblichen Versuchspersonen (78,6 Prozent). Die sechs Versuchsgruppen bestanden aus 24 bis 27 Versuchspersonen, die durchschnitt-

²⁴⁷ Dabei handelte es sich um Studenten aus dem schon erwähnten Masterseminar.

²⁴⁸ Ähnlich ging auch Brosius zur Randomisierung vor (vgl. Brosius et al. 2000: 160-161).

²⁴⁹ Für einen Überblick zu den Kursen, ihrer Teilnehmerzahl und den Versuchspersonen s. Tabelle A.4 und Tabelle A.5 im Anhang.

lich 22 Jahre alt waren. Der Frauenanteil variierte in den Gruppen zwischen 70,4 und 88,0 Prozent und dementsprechend der Anteil männlicher Versuchspersonen zwischen 12,0 und 29,6 Prozent (s. Tabelle A.6 im Anhang). Für die Differenzierung der verschiedenen Text- und Bildversionen ließen sich durch Signifikanztests sowohl für den Geschlechtsanteil (Textversion $p=0,610$, Bildversion $p=0,564$) als auch das Durchschnittsalter (Bildversion $p=0,272$) keine nennenswerten Gruppenunterschiede finden (s. Tabelle 5). Allein bei der Textversion fiel der Wert für das Alter etwas niedrig aus ($p=0,131$), liegt aber durchaus noch im Rahmen. Das ist bedeutsam, da im Kontext von Experimenten die Vergleichbarkeit der Gruppen wichtiger ist als die bei anderen empirischen Methoden geforderte Repräsentativität. Außerdem ist nur bei Gleichheit der Gruppen davon auszugehen, dass die Gruppenunterschiede unabhängig von der Verteilung der Stichprobe zustande kamen.

Tabelle 5: Experiment I – Verteilung der Stichprobe (t1)

	Textversion		Bildversion		
	Fb (n=75-76)	sR (n=78)	positiv (n=53)	neutral (n=51-52)	negativ (n=49)
Alter (AM)	21,7	22,4	22,5	22,1	21,5
Geschlecht					
weiblich (%)	80,3	76,9	75,5	76,9	83,7
männlich (%)	19,7	23,1	24,5	23,1	16,3

Basis: n=153-154

Anmerkung: Signifikanztests: Chi²-Test bei Geschlecht, t-Test bei Alter (Textversion), einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter (Bildversion); für alle Tests gilt: $p>0,13$

Obwohl die Teilnehmerzahl beim zweiten Erhebungszeitpunkt mit nur 87 deutlich dezimiert war, zeigten sich auch hier sowohl bezüglich des Alters auch des Geschlechts, keine beachtenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tabelle A.7 im Anhang). Damit ist auch für den zweiten Erhebungszeitpunkt davon auszugehen, dass Gruppenunterschiede bezüglich der Ergebnisse unabhängig von der Verteilung der Stichprobe zustande kamen (s. auch Tabelle A.8 im Anhang).

7.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Hypothesen und Forschungsfragen nacheinander analysiert. Um Unterschiede zwischen den verschiedenen Text- und Bildversionen aufzudecken, wurden dabei vor allem t-Tests (Textversion) und einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA, Bildversion) durchgeführt. Ausnahmen hierzu bilden die Auswertung zur Erinnerung an den Furchtappell, bei denen Chi²-Tests verwendet wurden (s. Kapitel 7.3.2.1) sowie Interaktionseffekte, für die zweifaktorielle Varianzanalysen zum Einsatz kamen (s. Kapitel 7.3.2.2 und 7.3.2.4). Welches Verfahren jeweils verwendet wurde ist außerdem in der Legende jeder Tabelle ersichtlich.

7.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials

Bevor die Ergebnisse des ersten Experiments betrachtet werden können, muss sichergestellt sein, dass das Stimulusmaterial von den unterschiedlichen Experimentalgruppen in derselben Weise wahrgenommen wurde. Ziel war es außerdem, einen möglichst professionell wirkenden Flyer zu kreieren (s. Kapitel 7.2.2). Um diese beiden Aspekte zu überprüfen, sollten die Versuchspersonen sowohl den Flyer insgesamt als auch das verwendete Foto (Furchtappell) bewerten.

Bewertung des Flyers insgesamt

Für zehn Gegensatzpaare, angeordnet als semantisches Differential, konnten die Versuchspersonen ihre Meinung zum Flyer insgesamt abgeben (FB1, F1). Da die Prüfung der Reliabilität ein Cronbachs Alpha von 0,90 ergab, konnten die Einzelitems zu einem Mittelwertindex zusammengefasst werden. Um Unterschiede bei der Flyerbewertung im Hinblick auf die beiden UVn Textversion und Bildversion zu ermitteln, wurden für die Textversion ein t-Test und für die Bildversion eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet. Insgesamt wurde der Flyer mit einem Wert von 3,1 weder besonders negativ noch besonders positiv beurteilt, wenn auch mit leichter Tendenz zum Positiven. Weder für die Textversion (MW Fb 3,2, sR 3,1, t 1,44) noch für die Bildversion (MW positiv 3,2, neutral 3,2, negativ 3,1, F 0,48) zeigten sich Unterschiede. Damit ist das Ziel, einen möglichst professionell wirkenden Flyer zu kreieren, erreicht. Außerdem waren weder aufgrund der Text- noch aufgrund der Bildversion nennenswerte Unterschiede in der Bewertung des Flyers feststellbar, so dass Unterschiede in den AVn auf den Stimulus und nicht auf eine unterschiedliche Bewertung zurückzuführen sein dürften.

Treatment-Check Bild

Nur 93 Versuchspersonen machten Angaben zum Furchtappell. Denn durch die vorgeschaltete Filterfrage (FB1, F2) waren nur diejenigen Personen zur Bewertung des Fotos aufgerufen, die sich an das Bild erinnerten. 60 Personen hatten sich nicht an das Foto im Flyer erinnert und wurden deshalb nicht in die Analyse dieser Frage mit einbezogen.²⁵⁰ Als allgemeiner Treatment-Check für das Bild diente in Anlehnung an Keller (2008) das Item „Das ist ein typisches Foto für einen Gesundheitsflyer. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“ Durchschnittlich stimmten die Versuchspersonen der Aussage zwar nur teilweise zu (MW 3,2), doch es zeigte sich der gewünschte Effekt: Die Werte unterschieden sich weder aufgrund der Text- noch der Bildversion.²⁵¹

²⁵⁰ Ein Fall wurde wegen fehlender Angaben aus der Analyse der Fotobewertung ausgeschlossen.

²⁵¹ MW Fb und sR 3,2, t 1,47; MW positiv 3,3, neutral und negativ 3,2, F 0,15.

7. Experiment I: Gesundheitsflyer mit Kombination aus Fallbeispiel und Furchtappell

Vier Items sollten überprüfen, ob die unterschiedlichen Versionen des Bildes (Furchtappell) von den verschiedenen Experimentalgruppen – entsprechend der Vorüberlegungen – unterschiedlich wahrgenommen wurden (s. Tabelle B.1 im Anhang). Tatsächlich zeigte sich, dass das neutrale Foto eher als das negative und dieses wiederum eher als das positive als zum Thema passend eingestuft wurde (MW positiv 3,0, neutral 3,6, negativ 3,3, $p < 0,034$, siehe Tabelle 6). Entsprechend der Annahmen bewerteten die Versuchspersonen auch die Aussage „Das Foto zeigt, wie es Menschen gehen kann, die viel mit dem Handy telefonieren.“ Am ehesten stimmen diejenigen Versuchspersonen zu, die das negative Bild gesehen haben, während das neutrale und das positive Bild zu schlechteren Werten führten (MW positiv 1,6, neutral 1,8, negativ 2,7, $p < 0,001$). Ein positives oder neutrales Bild zeigt eben nicht wie es Menschen geht, die viel telefonieren und deshalb möglicherweise gesundheitliche Probleme haben. Dasselbe trifft auf die Aussage „Das Foto ist ein typisches ‚Krankheitsbild‘.“ zu (MW positiv 1,2, neutral 1,7, negativ 2,1, $p < 0,006$). Erneut wurde das negative Bild höher bewertet als das neutrale, das wiederum eine bessere Bewertung erhielt als das positive. Der Aussage „Das Foto bildet die Realität ab.“ stimmten tendenziell eher Versuchspersonen mit neutralem Bild zu und am wenigsten solche mit negativem Bild. Versuchspersonen mit positivem Bild lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (MW positiv 2,5, neutral 2,8, negativ 2,3, n.s.).

Tabelle 6: Experiment I – Treatment-Check Fotobewertung

	Gesamt (n=91-93)	Textversion			Bildversion			F
		Fb (n=61)	sR (n=31-32)	t	positiv (n=34-35)	neutral (n=28)	negativ (n=30)	
Das Foto passt gut zum Thema.	3,3	3,3	3,2	0,51	3,0^a	3,6^b	3,3^{ab}	3,50*
Das Foto zeigt, wie es Menschen gehen kann, die viel mit dem Handy telefonieren.	2,0	2,0	2,0	0,00	1,6^a	1,8^a	2,7^b	10,85***
Das Foto ist ein typisches „Krankheitsbild“.	1,7	1,7	1,6	0,25	1,2^a	1,7^{ab}	2,1^b	5,42**
Das Foto bildet die Realität ab.	2,6	2,7	2,3	1,45	2,5	2,8	2,3	1,68

Basis: n=91-93, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. FB1, F3, Items 1, 3, 4 und 11, Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Um zu analysieren, wie die Versuchspersonen das Foto generell bewertet hatten, war geplant die Itembatterie zur Fotobewertung (FB1, F3) – mit Ausnahme der Items, die als Treatment-Check²⁵² dienten – zu einem Index verdichtet werden. Das war aber aufgrund eines unzureichenden Cronbachs Alpha nicht möglich (0,38). Auch theoriegeleitet ließen sich die Items nicht in die beiden Dimensionen Reaktanz²⁵³ und emotionale Reaktion auf das Foto²⁵⁴ einteilen (CA=0,52 und CA=0,39). Eine Faktorenanalyse konnte ebenfalls nicht zur Verdichtung beitragen, da die Faktoren weder der theoretischen Herleitung noch den Reliabilitätsanforderungen entsprachen (s. Tabelle B.2 im Anhang). Darum werden die Items einzeln betrachtet. Die Versuchspersonen fühlten sich durch das Bild weder gedrängt, ihr Verhalten zu ändern (MW 1,8), noch weckte es Abneigung oder minderte die Motivation, das eigene Verhalten zu ändern (MW 2,1 und 2,2). Allerdings wurden Fotos wie dieses zumindest teilweise als nervend wahrgenommen (MW 2,8). Für alle Bewertungsitems zeigte sich der gewünschte Effekt: Weder die Text- noch die Bildversion führten zu nennenswerten Unterschieden (s. Tabelle B.1 im Anhang).

Zusammenfassung Bewertung des Stimulusmaterials

Die Beurteilung des Flyers insgesamt, der Treatment-Check und die Bewertung für das Bild wurden von den verschiedenen Experimentalgruppen gleich eingestuft und man kann davon ausgehen, dass die beobachteten Unterschiede bei den AVn von der Variation der Text- und Bildversion abhängen. Der Treatment-Check zur Fotobewertung (Furchtappell) zeigte die erwarteten Unterschiede: Die Versuchspersonen stufte das Foto am ehesten in Kombination mit dem neutralen Bild als passend zum Thema und die Realität abbildend ein. Während sie vor allem beim negativen Bild der Meinung sind, es sei ein typisches Krankheitsbild und zeige, wie es Menschen gehen kann, die viel mit dem Handy telefonieren.

7.3.2 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen

Im Folgenden werden die Hypothesen und Forschungsfragen der Reihe nach analysiert. Wobei die jeweils bearbeitete Hypothese oder Forschungsfrage zu Beginn noch einmal genannt wird.

²⁵² Es handelte sich um die Items aus Tabelle 6 sowie das Item „Das ist ein typisches Foto für einen Gesundheitsflyer. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“

²⁵³ Die Items hierzu lauteten: „Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern“, „Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsbroschüren nerven“, „Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts“ und „Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern“ (s. FB1, F3, Items 5, 6, 8 und 10).

²⁵⁴ Sie lauteten: „Das Foto weckt Hoffnung, dass es mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.“ und „Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.“ (s. FB1, F3, Items 2 und 7).

7.3.2.1 Einfluss des Fallbeispiels

Zunächst wird der Einfluss des Fallbeispiels auf Erinnerung, Wissen, emotionale Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten analysiert.

Einfluss des Fallbeispiels auf Erinnerung und Wissen

Hypothese 1a vermutet, dass Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels einen stärkeren Einfluss auf Erinnerung und Wissen der Versuchspersonen haben als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Die Aspekte Erinnerung und Wissen werden im Folgenden separat dargestellt.

Unter Erinnerung wird die Erinnerung an den Furchtappell verstanden, der direkt über dem Text des Fallbeispiels bzw. der summarischen Realitätsbeschreibung platziert war. Wie oben ausgeführt, ist davon auszugehen, dass ein furchterregendes Bild, das direkt über dem Text eines Fallbeispiels platziert ist, besser erinnert wird (FB1, F2, s. Kapitel 6.1). Insgesamt konnten sich 94 Versuchspersonen an den Furchtappell erinnern. Das entspricht 61 Prozent. Um den Einfluss der verschiedenen Textversionen zu berechnen, wurde ein Chi²-Test durchgeführt. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,001$): 80 Prozent der Personen, die den Flyer mit dem Fallbeispiel gelesen haben, konnten sich an das Foto im Flyer erinnern, während das bei nur knapp 42 Prozent der Version mit summarischer Realitätsbeschreibung der Fall war.²⁵⁵ Das heißt, durch die Fallbeispielversion konnten sich etwa doppelt so viele Versuchspersonen an das Foto erinnern als durch die summarische Realitätsbeschreibung.

Beim Wissen wurden zwei Ebenen unterschieden: Wissen zu den Folgen und Wissen zum richtigen Verhalten im Kontext von Mobilfunkstrahlung. Zum Wissen bezüglich der Folgen konnten die Versuchspersonen sieben Statements zustimmen (FB1, F9), beim Wissen zum richtigen Verhalten neun Statements (FB1, F10). Für jede richtige Antwort erhielten die Versuchspersonen einen Punkt, für jede falsche wurde ihnen ein Punkt abgezogen. So waren für „Wissen Folgen“ sieben, für „Wissen Verhalten“ neun und insgesamt („Wissen Gesamt“) maximal 16 Punkte bzw. minimal -16 Punkte zu erhalten (s. Tabelle B.3 im Anhang). Durchschnittlich erreichten die Versuchspersonen beim Wissen insgesamt neun Punkte. Um Unterschiede zu berechnen wurden t-Tests gerechnet. Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede aufgrund der Textversion (MW Fb 9,2 versus sR 8,7 Punkte, n.s.).

Da das Fallbeispiel zwar zu signifikant besserer Erinnerung an das Bild führte, beim Wissen jedoch keine Unterschiede hervorrief, kann Hypothese 1a nur teilweise angenommen werden.

²⁵⁵ FB1, F2. Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“; Prozentangaben gerundet.

Einfluss des Fallbeispiels auf die emotionale Reaktion

Gemäß Hypothese 1b wirken sich Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels stärker auf die emotionale Reaktion der Versuchspersonen aus als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Im Folgenden wird zwischen emotionaler Reaktion auf den Flyer insgesamt und emotionaler Reaktion auf das Bild differenziert.

Um die durch den Flyer ausgelösten Emotionen zu erfassen, sollten die Versuchspersonen noch einmal an den Flyer insgesamt denken und anschließend entscheiden, in welchem Ausmaß sie den Aussagen zustimmen (FB1, F5). Die 15 „Emotionsitems“ wurden theoriegeleitet verdichtet (vgl. Kapitel 7.2.3). Da für die zwölf Items, die unterschiedliche Emotionen abbildeten, eine hohe Inter-Item-Korrelation festgestellt werden konnte (CA=0,88) wurden sie per Mittelwertindex zusammengefasst.²⁵⁶ Die drei Items, die die Reaktanz der Versuchspersonen abbildeten (s. Tabelle 7), lieferten nur unbefriedigende Reliabilitätswerte (CA=0,59)²⁵⁷ und werden darum separat betrachtet.

Tabelle 7: Experiment I – Einfluss des Bildes auf die emotionale Reaktion auf den Flyer insgesamt

	Gesamt	Textversion		
	(n=154)	Fb (n=75-76)	sR (n=76-78)	t
Emotionale Reaktion (Indexvariable)	3,0	3,2	2,9	2,54*
Beim Betrachten des Flyers dachte ich: ‚Was geht mich das an?‘ (Reaktanz)	2,0	1,9	2,1	1,03
Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts. (Reaktanz)	2,6	2,5	2,7	1,04
Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir zu tun. (Reaktanz)	2,1	2,0	2,3	1,72

Basis: n=154, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05.

FB1, F5. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Emotionale Reaktion: Zwölf Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex, Items 1- 6, 8, 11-15 (CA=0,88).

Das Fallbeispiel konnte mehr Emotionen auslösen als die summarische Realitätsbeschreibung (p=0,012). Ein Grund dafür könnte sein, dass Fallbeispiele von den Versuchspersonen realer wahrgenommen werden als summarische Realitätsbeschreibungen. Denn je realer ein Ereignis wahrgenommen wird, umso intensiver ist die darauffolgende Emotion, bzw. je lebendiger und greifbarer das emotionsauslösende Ereignis dargestellt ist, umso eher wird eine Emotion ausgelöst (vgl. Frijda 1988: 352). Betrachtet man die Emotionen einzeln, dann zeigt sich, dass für den signifikanten Unterschied der emotionalen Reaktion vor allem fünf Emotionen verantwortlich sind (s. Tabelle B.4 im Anhang): Personen, die die Fallbeispielversion des Flyers gelesen haben, machten sich mehr Sorgen (Emotion: sich sorgen, p=0,018), erlebten unangenehmere Gefühle

²⁵⁶ Für die Bildung von Mittelwertindizes im Rahmen dieser Arbeit gilt: Mindestens die Hälfte der Einzelvariablen, aus denen der Index gebildet wurde, mussten einen gültigen Wert aufweisen.

²⁵⁷ Auch durch Ausschluss der Variable „Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts.“ konnte keine deutliche bzw. ausreichende Verbesserung erreicht werden (CA=0,66).

(Emotion: Unwohlsein, $p=0,015$), wurden durch die Spätfolgen nervöser (Emotion: Nervosität, $p=0,320$) und hatten vor allen Dingen nicht mit solch gravierenden Folgen von Mobilfunkstrahlung gerechnet (Emotion: Überraschung, $p=0,002$). Hinsichtlich der drei Reaktanzitems²⁵⁸ zeigten sich tendenzielle Unterschiede, die darauf hinweisen, dass die summarische Realitätsbeschreibung durchgängig eher zu Reaktanz führt als das Fallbeispiel (s. Tabelle 7).

Eine Verdichtung der beiden Items zur Fotobewertung war nicht möglich ($CA=0,39$) darum werden sie separat betrachtet. Tendenziell scheint das Fallbeispiel eher geeignet, die Emotionen „Hoffnung“ und „Mitleid“ zu wecken, als eine summarische Realitätsbeschreibung, wenn auch auf sehr geringem Niveau (s. Tabelle B.5 im Anhang).

Das Fallbeispiel führte zwar zu stärkeren emotionalen Reaktionen auf den Flyer insgesamt, aber nur tendenziell zu stärkeren emotionalen Reaktionen auf das Bild. Außerdem zeigte sich, dass Reaktanz tendenziell eher durch die summarische Realitätsbeschreibung beeinflusst wurde. Darum kann Hypothese 1b nur teilweise angenommen werden.

Einfluss des Fallbeispiels auf die Risikowahrnehmung

Gemäß Hypothese 1c wirken sich Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels stärker auf die Risikowahrnehmung der Versuchspersonen aus als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Die persönliche Risikowahrnehmung wurde mit zwei Fragen erfasst: Der Einschätzung des Risikos infolge von Mobilfunkstrahlung zu erkranken und der Sorge, die man sich macht, selbst zu erkranken (FB1, F12 und F13). Die jeweils drei Items der beiden Aspekte, zu Hirntumor, Migräne und Tinnitus, ließen sich sinnvoll zu einem Mittelwertindex zusammenfassen: Cronbachs Alpha für das Risiko selbst zu erkranken belief sich auf 0,82 und bezüglich der Sorge selbst zu erkranken auf 0,78.²⁵⁹

Insgesamt sahen die Versuchspersonen nur zum Teil ein eigenes Erkrankungsrisiko (MW 2,7) und empfanden eher keine Sorge selbst zu erkranken (MW 1,8). Die verschiedenen Textversionen konnten für das Risiko selbst zu erkranken keinen signifikanten Unterschied hervorrufen. Dennoch, Menschen die ein Fallbeispiel gesehen haben, schätzten dieses Risiko tendenziell höher ein als Personen, die einen Flyer mit summarischer Realitätsbeschreibung vorgelegt bekamen. Ähnlich verhielt es sich für die Sorge selbst zu erkranken. Auch hier waren Versuchspersonen mit Fallbeispiel tendenziell besorgter (s. Tabelle 8).

²⁵⁸ „Beim Betrachten des Flyers dachte ich: ‚Was geht mich das an?‘, ‚Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts.‘ und ‚Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir zu tun.‘ (FB1, F5, Items 7, 9 und 3).

²⁵⁹ Auch für t_2 konnten keine Indizes gebildet werden ($CA=0,88$ bzw. $CA=0,82$).

Tabelle 8: Experiment I – Einfluss des Fallbeispiels auf die Risikowahrnehmung

	Gesamt	Textversion		
	(n=151-154)	Fb (n=75-76)	sR (n=76-78)	t
Persönliche Risikowahrnehmung (Risiko, Index)	2,7	2,9	2,6	1,55
Persönliche Risikowahrnehmung (Sorge, Index)	1,8	1,8	1,7	1,44
Allgemeine Risikowahrnehmung (Erkrankte, %)	3	4	2	2,69**
Allgemeine Risikowahrnehmung (Gesundheitliche Folgen, %)	8	10	7	2,33*

Basis: n=151-154, t-Test, * p<0,05, ** p<0,01.

FB1, F12 und 13. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“ ergänzt durch die Antwortmöglichkeit „ich bin bereits daran erkrankt“, die als fehlender Wert behandelt wurde. Je drei Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA=0,82 und CA=0,78).

FB1, F14 und 15. Offene Abfrage einer Prozentangabe. Prozentangaben gerundet.

Die allgemeine Risikowahrnehmung wurde ebenfalls mit zwei Fragen erfasst. Hier war einzuschätzen, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Handystrahlung jährlich an einem Hirntumor erkranken (FB1, F14) und wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Handystrahlung unter gesundheitlichen Problemen leiden (FB1, F15). Durchschnittlich glaubten die Versuchspersonen, dass drei Prozent der Menschen in Deutschland jährlich an einem Hirntumor erkranken, der durch Handystrahlung ausgelöst wurde, und dass immerhin acht Prozent aufgrund der Handystrahlung unter gesundheitlichen Problemen leiden. Hier zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Textversion: Versuchspersonen, die einen Flyer mit Fallbeispiel gesehen haben, schätzten sowohl das Risiko zu erkranken höher ein ($p=0,008$) als auch die gesundheitlichen Folgen ($p=0,021$).

Das Fallbeispiel führte zu einer signifikant höheren Einschätzung von Menschen, die aufgrund von Handystrahlung an einem Hirntumor erkranken. Und auch die durch Handystrahlung verursachten gesundheitlichen Probleme wurden durch das Fallbeispiel signifikant höher eingeschätzt. Doch sowohl das Risiko als auch die Sorge selbst zu erkranken, wurden durch das Fallbeispiel nur tendenziell beeinflusst. Darum kann auch Hypothese 1c nur zum Teil bestätigt werden.

Einfluss des Fallbeispiels auf die Einstellungen

Laut Hypothese 1d haben Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels einen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen der Versuchspersonen als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Die elf Items der AVn zum Konstrukt Einstellungen (FB1, F8) konnten zu einem Mittelwertindex verdichtet werden, da ein Cronbachs Alpha von 0,84 auf eine hohe Inter-Item-Reliabilität hinwies. Es zeigten sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede bezüglich der Einstellungen durch

die unterschiedlichen Textversionen (s. Tabelle B.6 im Anhang). Darum muss Hypothese 1d verworfen werden.

Einfluss des Fallbeispiels auf die Verhaltensintentionen

Hypothese 1e geht davon aus, dass Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels die Verhaltensintentionen der Versuchspersonen stärker beeinflussen als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Zur Dimensionsreduktion konnte ein Mittelwertindex der zehn Items gebildet werden ($CA=0,81$). Die Textversion übte jedoch auf die Verhaltensintentionen der Versuchspersonen keinen Einfluss aus (vgl. Tabelle B.6 im Anhang). Mit einem Mittelwert von 2,8 standen die Versuchspersonen den vorgeschlagenen Verhaltensintentionen indifferent gegenüber. Dies könnte an der Stichprobe liegen, bei der es sich ausschließlich um Studenten und damit junge Leute handelte, die das Handy in der Regel immer bei sich tragen und Mobilfunkstrahlung als unbedenklich einschätzen bzw. den Nutzen der ständigen Erreichbarkeit über den Nachteil möglicher negativer Auswirkungen, verursacht durch Mobilfunkstrahlung, stellen (vgl. IZMF 2011: 1).

Da die Verhaltensintentionen nur tendenziell stärker durch das Fallbeispiel beeinflusst wurden, wird auch Hypothese 1e abgelehnt.

Einfluss des Fallbeispiels auf das tatsächliche Verhalten

Nach Hypothese 1f haben Gesundheitsinformationen in Form eines Fallbeispiels einen stärkeren Einfluss auf das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen als dieselbe Information in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung. Zwei Wochen nach der Rezeption des Flyers wurde deshalb das Verhalten der Versuchspersonen abgefragt (FB2, F4). Wie erwähnt, handelte es sich dabei um dieselben Items, wie zur Erfassung der Verhaltensintentionen. Sie wurden jedoch auf tatsächliches Verhalten hin umformuliert und in veränderter Reihenfolge präsentiert. Auch für das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen ließ sich eine Indexvariable bilden ($CA=0,78$). Wie schon durch die relativ gering ausgeprägten Verhaltensintentionen angedeutet, lag das durchschnittliche tatsächliche Verhalten bei einem Mittelwert von 2,1. Erneut führten die verschiedenen Textversionen zu keinerlei Unterschieden (vgl. Tabelle B.6 im Anhang). Da das Fallbeispiel keinen Einfluss auf das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen ausübte, wird Hypothese 1f ebenfalls verworfen.

Fazit Hypothese 1

Zwar führte das Fallbeispiel zu einer signifikant besseren Erinnerung an das Bild, zu signifikant stärkeren emotionalen Reaktionen auf den Flyer insgesamt, zu signifikant höheren Einschätzungen erkrankter Menschen und gesundheitlicher Probleme. Doch es konnte nur tendenziell die emotionale Reaktion auf das Bild, das eigene Erkran-

kungsrisiko und die Sorge zu erkranken sowie die Verhaltensintentionen beeinflussen. Zu keinerlei Unterschieden führte es beim Wissen, den Einstellungen und dem Verhalten der Versuchspersonen. Während Reaktanz tendenziell eher durch die summarische Realitätsbeschreibung gefördert wurde. Aufgrund dieser Ergebnisse muss Hypothese 1 abgelehnt werden.

7.3.2.2 Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts

Im Folgenden wird überprüft, ob der Einfluss des Fallbeispiels im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung von soziodemographischen Merkmalen, der generellen Nutzung von Gesundheitsflyern, dem Involvement und der persönlichen Betroffenheit der Versuchspersonen abhängig ist.

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von soziodemographischen Merkmalen

Nach Hypothese 2a ist der Einfluss des Fallbeispiels im Vergleich zu demjenigen der summarischen Realitätsbeschreibung unabhängig von soziodemographischen Merkmalen. Die in Experiment I abgefragten relevanten soziodemographischen Merkmale waren Geschlecht und Alter der Versuchspersonen. Mit Hilfe zweifaktorieller Varianzanalysen wurden die Interaktionseffekte berechnet. Zunächst jedoch zu den Haupteffekten. Es zeigte sich ein gewichtiger Einfluss des Geschlechts: Frauen reagierten emotionaler als Männer ($p=0,003$), vermuteten ein höheres Erkrankungsrisiko ($p=0,043$), machten sich größere Sorgen ($p=0,017$), schätzten die Zahl der jährlich Erkrankten deutlich höher ein ($p=0,022$) und vermuteten, dass mehr Menschen an gesundheitlichen Problemen durch Handystrahlung leiden ($p=0,012$, s. Tabelle B.7 im Anhang, vgl. auch Tabelle B.19 im Anhang). Dies ist nicht überraschend und wird in der Literatur auch immer wieder beschrieben (vgl. z.B. McQueen, Vernon, Meissner & Rakowski 2008: 62-64). Jüngere Versuchspersonen wussten mehr als ältere ($p=0,008$, s. Tabelle B.8 im Anhang, vgl. auch Tabelle B.20 im Anhang). Es zeigten sich aber keine Interaktionseffekte zwischen Textversion und Geschlecht der Versuchspersonen. Das Geschlecht der Versuchspersonen hat also keine Auswirkungen auf den Einfluss des Fallbeispiels (s. Tabelle B.7 im Anhang). Bezüglich des Alters der Versuchspersonen – das per Mediansplit in zwei Kontrastgruppen aufgeteilt wurde²⁶⁰ – zeigte sich lediglich beim Wissen eine Interaktion ($p=0,025$, s. Tabelle B.8 im Anhang). Da nur in einem Fall eine Interaktion nachweisbar ist, kann Hypothese 2a angenommen werden.

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von der generellen Nutzung von Gesundheitsflyern

Hypothese 2b postuliert die Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von der generellen Nutzung von Gesundheitsflyern. Hier sollte kurz erwähnt werden, dass Gesundheits-

²⁶⁰ Ein sinnvoller Split war aufgrund des hohen Anteils an 21jährigen Studenten nur wie folgt möglich: 19 bis 21jährige (61 Prozent) und 22 bis 34jährige Versuchspersonen (39 Prozent).

flyer von der studentischen Stichprobe relativ selten rezipiert werden. In den letzten vier Wochen haben lediglich drei Personen drei bis vier solcher Flyer gelesen, 27 Personen ein bis zwei und mehr als 75 Prozent bzw. 116 Personen keinen (s. Tabelle B.9 im Anhang). Vergleicht man die Flyernutzung hinsichtlich der verschiedenen Textversionen miteinander, so zeigt sich, dass sich die Gruppen in diesem Punkt nicht voneinander unterscheiden (s. Tabelle B.10 im Anhang). Um die Interaktion der Nutzung von Gesundheitsflyern mit der Textversion zu überprüfen, wurden Kontrastgruppen gebildet.²⁶¹ Versuchspersonen, die in den letzten Wochen mindestens einen Gesundheitsflyer rezipiert haben, nahmen nach dem Lesen des Flyers ein höheres Erkrankungsrisiko wahr als Personen, die keine Flyer rezipiert haben ($p=0,013$, s. Tabelle B.11 im Anhang, vgl. auch Tabelle B.21 im Anhang). Es zeigten sich jedoch keinerlei Interaktionseffekte zwischen Textversion und Flyernutzung, weshalb Hypothese 2b angenommen wird.

Unabhängigkeit des Fallbeispielleffekts von Involvement und persönlicher Betroffenheit

Gemäß Hypothese 2c ist der Einfluss des Fallbeispiels nicht vom Involvement der Versuchspersonen und ihrer persönlichen Betroffenheit abhängig. Hierzu wurden zunächst für das Involvement Kontrastgruppen gebildet.²⁶² Es zeigten sich weder Haupteffekte beim Involvement, noch signifikante Interaktionseffekte zwischen der Textversion und Involvement der Versuchspersonen (s. Tabelle B.12 im Anhang).

Auch für die persönliche Betroffenheit der Versuchspersonen (F7, FB1) wurden Kontrastgruppen gebildet.²⁶³ Versuchspersonen, die sich als nicht betroffen einstufen, wussten signifikant weniger ($p=0,027$), waren Mobilfunkstrahlung gegenüber eher skeptisch eingestellt ($p=0,022$) und zeigten signifikant mehr Intentionen zu einem vorsichtigen Umgang mit dem Handy als Personen mit persönlicher Betroffenheit ($p=0,029$, s. Tabelle B.13 im Anhang, vgl. auch Tabelle B.23 im Anhang). Es war nur

²⁶¹ 146 gültige Fälle und vier Items wurden in „keinen Flyer in den letzten vier Wochen genutzt“ (79,5 Prozent) und „mehr als einen Flyer in den letzten vier Wochen genutzt“ (20,5 Prozent) unterteilt.

²⁶² Es wurde versucht, die fünf Einzelitems per Mittelwertindex zu verdichten (FB1, F6). Die Items lauteten „Ich habe mich mit dem Thema Krebs auseinandergesetzt.“, „Ich gehe regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung.“, „Ich würde mich gerne beraten lassen.“, „Das Thema betrifft mich persönlich.“ und „Das Thema Krebs und seine Folgen sind mir wichtig.“ Jedoch ergab der Reliabilitätstest ein ungenügendes Cronbachs Alpha von 0,65. Auch der Ausschluss einzelner oder mehrerer Variablen brachte keine Verbesserung. Eine Faktorenanalyse konnte ebenfalls keine sinnvollen Faktoren liefern. Aus diesem Grund wurde das zweite Einzelitem herausgegriffen, das in der Folge als Indikator für das Involvement der Versuchspersonen dient. Es lautete: „Ich gehe regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung.“ Das fünfte Item „Das Thema Krebs und seine Folgen sind mir wichtig.“, das hier ebenfalls sinnvoll erschien, wurde nicht ausgewählt, da die Kontrastgruppen per Mediansplit in ihrer Größe zu stark differierten (32 vs. 68 Prozent). Die Gruppierung erfolgte per Mediansplit: „niedrig involviert“ vereinte Versuchspersonen mit den Aussagen „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft weniger zu“ (57 Prozent), und „hoch involviert“ diejenigen mit Werten von „teils/teils“ bis „trifft voll und ganz zu“ (44 Prozent, Prozentangaben gerundet).

²⁶³ Aus den vier Items, die nach an Krebs erkrankten Personen in der nächsten Umgebung der Versuchspersonen fragten (Eltern, Geschwister, Verwandtschaft, guter Freund), wurde ein Summenindex, mit Werten von 0 (in keinem Fall persönlich betroffen) bis 4 (in vier Fällen persönlich betroffen), berechnet. Darauf aufbauend erfolgte die Gruppierung in „nicht betroffen“ bei einem Summenwert von 0 (32 Prozent) und „betroffen“ bei Summenwerten von 1 bis 4 (68 Prozent).

eine signifikante Interaktion zwischen persönlicher Betroffenheit und der Textversion nachweisbar: Personen, die nicht persönlich betroffen waren und zudem ein Fallbeispiel gesehen hatten, wussten deutlich weniger als die anderen Gruppen (Betroffene mit Fallbeispiel sowie Betroffene und nicht Betroffene mit summarischer Realitätsbeschreibung, $p=0,026$, s. Tabelle Tabelle B.13 im Anhang). Auf Basis dieser einzigen Interaktion wird auch Hypothese 2c angenommen.

Fazit Hypothese 2

Da nur sehr vereinzelt Interaktionen auftraten, kann Hypothese 2 angenommen werden, wonach der Einfluss des Fallbeispiels im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung von soziodemographischen Merkmalen, der generellen Nutzung von Gesundheitsflyern, dem Involvement und der persönlichen Betroffenheit unabhängig ist.

7.3.2.3 Einfluss des Bildes

Nun wird der Einfluss des Bildes auf Erinnerung, Wissen, Emotionale Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten analysiert.

Einfluss des Bildes auf Erinnerung und Wissen

Forschungsfrage 1a geht dem Einfluss der Bildvalenz in Gesundheitsflyern auf Erinnerung und Wissen der Versuchspersonen nach. Um Unterschiede für die Bildversion aufzudecken, wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) gerechnet. Unter Erinnerung wird – wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Textversion erklärt – die Erinnerung an den Furchtappell verstanden. Tendenziell wurde das positive Bild besser als das negative Bild erinnert, das wiederum besser im Gedächtnis blieb als das neutrale Bild (MW positiv 68, neutral 54, negativ 61, Prozent der Versuchspersonen, n.s.). Die unterschiedlichen Bildversionen konnten keine signifikanten Unterschiede bei der Erinnerung an das Bild hervorrufen.

Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Textversion erwähnt, wurden das Wissen zu den Folgen, das Wissen zum richtigen Verhalten im Kontext von Mobilfunkstrahlung und das Wissen insgesamt betrachtet (s. Tabelle B.14 im Anhang). Es zeigten sich keine signifikanten Wissensunterschiede aufgrund der unterschiedlichen Bildversionen. Allerdings war eine einheitliche Tendenz auszumachen: Direkt nach der Rezeption des Flyers wussten diejenigen Versuchspersonen, die den Flyer mit dem neutralen Bild gesehen haben, sowohl bezüglich der Folgen als auch des Verhaltens am wenigsten und diejenigen, die den Flyer mit dem negativen Bild gesehen haben, am meisten. Doch weder auf die Erinnerung noch auf das Wissen der Versuchspersonen hatten die unterschiedlichen Bildversionen einen Einfluss. Lediglich tendenziell erinnerten sich

Versuchspersonen, die das positive Bild gesehen haben, besser an das Bild, als Versuchspersonen mit negativem Bild, das wiederum besser erinnert wurde als das neutrale Bild. Und Versuchspersonen mit negativem Bild wussten hinterher tendenziell mehr.

Einfluss des Bildes auf emotionale Reaktionen

Forschungsfrage 1b fragt nach dem Einfluss der Bildvalenz in Gesundheitsflyern auf die emotionalen Reaktionen der Versuchspersonen. Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Textversion beschrieben, konnte für die Emotionsitems bezüglich des Flyers ein Mittelwertindex gebildet werden, während die Items zur Erfassung der Reaktanz aufgrund mangelnder Inter-Item-Korrelation einzeln dargestellt werden (vgl. Tabelle B.15 im Anhang). Es zeigte sich, dass die Bildversion entgegen den Erwartungen weder auf die einzelnen Reaktanzitems noch auf die emotionale Reaktion einen Einfluss ausübte. Lediglich der Aussage „Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts“ stimmten tendenziell eher Versuchspersonen zu, die das negative Bild sahen. Insgesamt betrachtet konnten die unterschiedlichen als Furchtappell eingesetzten Bilder keinen Einfluss auf die Emotionen ausüben.

Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Textversion ausgeführt, konnten die Items zur emotionalen Reaktion auf das Bild nicht verdichtet werden. Darum werden sie im Folgenden einzeln analysiert (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Experiment I – Einfluss des Bildes auf die emotionale Reaktion auf das Bild

n	Gesamt	Bildversion			F
	(n=93)	positiv (n=35)	neutral (n=28)	negativ (n=30)	
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.	1,8	1,8	1,9	1,6	1,21
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	1,8	1,5 ^a	1,9 ^{ab}	2,0 ^b	2,28

Basis: n=93, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB1, F3, Items 2, 7,5, 6, 8 und 10. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Die unterschiedlichen Bildversionen konnten nur tendenziell die Emotion „Hoffnung“ beeinflussen: Versuchspersonen, die das neutrale Bild gesehen haben, stimmten der Aussage am ehesten zu und Personen, die das negative Bild sahen, am wenigsten (MW 1,9 vs. 1,6). Die Personen, die das positive Bild gesehen hatten, lagen mit ihrer Bewertung dazwischen (MW 1,8). Für die Emotion „Mitleid“ zeigten sich signifikante Unterschiede. Versuchspersonen, die das negative Bild gesehen haben, empfanden deutlich mehr Mitleid, als Personen, die das positive Bild sahen (MW 2,0 vs. 1,5). Personen mit negativem Bild, lagen mit ihrer Bewertung dazwischen (MW 1,9, s. Tabelle 9). Insgesamt konnte die Bildversion die emotionale Reaktion auf den Flyer gar nicht

und beim Bild nur hinsichtlich des Mitleids der Versuchspersonen beeinflussen: Das negative Bild führte zu mehr Mitleid als die anderen Versionen.

Einfluss des Bildes auf Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten

Die Forschungsfragen 1c bis 1f gingen dem Einfluss der Bildvalenz in Gesundheitsflyern auf die Risikowahrnehmung, die Einstellungen, die Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen nach. Auf die Wahrnehmung des persönlichen Risikos konnten die unterschiedlichen Bildversionen keinen nennenswerten Einfluss nehmen. Tendenziell wurde jedoch sowohl das wahrgenommene Risiko zu erkranken als auch die Sorge zu erkranken durch das negative Bild etwas verstärkt. Auch bei der Wahrnehmung des allgemeinen Risikos führten die unterschiedlichen Bildversionen nicht zu bemerkenswerten Unterschieden. Lediglich tendenziell bewirkte das negative Bild, dass das allgemeine Risiko, durch Mobilfunkstrahlung zu erkranken, höher und gesundheitliche Folgen häufiger eingeschätzt wurden (s. Tabelle B.16 im Anhang). Weder die Einstellungen, die Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten konnten die verschiedenen Bildversionen signifikant beeinflussen (s. Tabelle B.17 im Anhang). Allerdings zeigten Versuchspersonen, die das positive Bild gesehen hatten, tendenziell skeptischere Einschätzungen gegenüber Handystrahlung als diejenigen, die das neutrale Bild sahen. Wer das neutrale Bild gesehen hatte, zeigte im Vergleich zu den anderen beiden Bildversionen zumindest tendenziell eher einen vorsichtigeren Umgang mit dem Handy (MW 2,3 vs. 2,0).

Damit muss festgestellt werden, dass die unterschiedlichen Bildversionen keinen signifikanten Einfluss auf die Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen ausüben konnten. Lediglich Versuchspersonen, die das positive Bild sahen, zeigten tendenziell skeptischere Einschätzungen gegenüber Handystrahlung als diejenigen, die das neutrale Bild sahen. Und Versuchspersonen, die das negative Bild gesehen hatten, nahmen ein höheres persönliches und allgemeines Risiko wahr, während Versuchspersonen durch das neutrale Bild am ehesten zu einem vorsichtigeren Umgang mit dem Handy motiviert wurden.

Fazit Forschungsfrage 1

Die unterschiedlichen Bildversionen konnten keine signifikanten Effekte hervorrufen. Auch einheitliche Tendenzen sind nicht feststellbar. So führte das positive Bild zwar tendenziell zu einer besseren Erinnerung an das Bild und zu skeptischeren Einstellungen gegenüber Mobilfunkstrahlung, es führte aber auch zu geringerer Reaktanz hinsichtlich Vorsorgemaßnahmen und zu weniger Mitleid. Das neutrale Bild konnte zwar tendenziell die Hoffnung der Versuchspersonen wecken, minderte aber die Erinnerung an das Bild, das Wissen zu gesundheitlichen Folgen und die Skepsis gegenüber Mobil-

funkstrahlung. Das negative Bild führte tendenziell zu höherem Wissen der Versuchspersonen, steigerte die Reaktanz bezüglich Vorsorgemaßnahmen, führt zu mehr Mitleid und gesteigerter Wahrnehmung der gesundheitlichen Folgen. Es senkte aber tendenziell die Hoffnung der Versuchspersonen, dass es Erkrankten wieder besser gehen könnte.

7.3.2.4 Unabhängigkeit der Bildwirkung

Im Folgenden wird untersucht, welchen Einfluss emotionale Reaktion, soziodemographische Merkmale, generelle Nutzung von Gesundheitsflyern, Involvement und persönliche Betroffenheit der Versuchspersonen auf die Wirkung der Bildvalenz haben.

Einfluss der emotionalen Reaktion auf die Wirkung der Bildvalenz

Um den Einfluss der emotionalen Reaktion auf die Wirkung der Bildvalenz zu prüfen, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Hierzu mussten – wie schon im Zusammenhang mit dem Einfluss der Textversion erwähnt – zunächst auf Basis der Indexvariable zur emotionalen Reaktion zwei Kontrastgruppen gebildet werden.²⁶⁴ Insgesamt zeigte die emotionale Reaktion der Versuchspersonen durchwegs – mit Ausnahme des Wissens – signifikante Haupteffekte. So schätzten Versuchspersonen mit hoher emotionaler Reaktion das Risiko selbst zu erkranken deutlich höher ein ($p < 0,001$), machten sich mehr Sorgen dazu ($p < 0,001$), schätzten die Zahl der tatsächlich Erkrankten und die damit verbundenen gesundheitlichen Folgen gravierender ein ($p = 0,004$ und $p < 0,001$), waren Mobilfunkstrahlung gegenüber eher skeptisch eingestellt ($p < 0,001$), planten eher ihr Verhalten zu ändern ($p < 0,000$) und zeigten am Ende deutlich häufiger eine Verhaltensänderung ($p < 0,001$) als Versuchspersonen mit geringer emotionaler Reaktion. Eine Interaktion zwischen Bildversion und emotionaler Reaktion zeigte sich jedoch nur beim tatsächlichen Verhalten ($p = 0,011$, s. Tabelle B.18 im Anhang). Die emotionalen Reaktionen der Versuchspersonen hatten also keinen Einfluss auf die Wirkung der Bildvalenz.

Einfluss der soziodemographischen Merkmale, der Nutzung von Gesundheitsflyern, des Involvements und der persönlichen Betroffenheit auf die Wirkung der Bildvalenz

Die Forschungsfragen 2b bis 2d widmeten sich dem Einfluss der soziodemographischen Merkmale, der Nutzung von Gesundheitsflyern, des Involvements und der persönlichen Betroffenheit der Versuchspersonen auf die Wirkung der Bildvalenz. Hierzu wurden die gleichen Kontrastgruppen wie im Zusammenhang mit der Analyse zu den Textversionen verwendet. Für das Geschlecht war nur eine signifikante Interaktion bei den emotionalen Reaktionen feststellbar ($p = 0,017$, s. Tabelle B.19 im Anhang). Weder

²⁶⁴ Die Indexvariable lieferte Mittelwerte von 1,25 bis 4,75, die mittels Mediansplit in hohe (Werte von 1,15 bis 2,92, 49,4 Prozent) und niedrige emotionale Reaktion (3,00 bis 4,75, 50,6 Prozent) eingeteilt wurden.

das Alter der Versuchspersonen, die Nutzung von Flyern, das Involvement noch die persönliche Betroffenheit der Versuchspersonen führten zu Interaktionseffekten mit der Bildversion (s. Tabelle B.20 bis Tabelle B.23 im Anhang). Weil sich nur eine signifikante Interaktion zeigte, kann der Einfluss von soziodemographischen Merkmalen, Flyernutzung, Involvement und persönlicher Betroffenheit auf die Wirkung von Bildern ausgeschlossen werden.

Fazit Forschungsfrage 2

Es ließ sich kein interagierender Einfluss der emotionalen Reaktion, der soziodemographischen Merkmale, der Flyernutzung, des Involvements und der persönlichen Betroffenheit auf die Wirkung der Bildvalenz feststellen. Die

7.3.2.5 Interaktionseffekt zwischen Textversion und Bildvalenz

Forschungsfrage 3 ging Interaktionseffekten zwischen Fallbeispiel und Bildvalenz bezüglich Erinnerung, Wissen, emotionaler Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten der Versuchspersonen nach. Hierzu wurden wiederum mehrfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Es konnten aber keine Interaktionseffekte zwischen Text- und Bildversion nachgewiesen werden (s. Tabelle B.24 im Anhang). Das Ergebnis ähnelt demjenigen von Rossmann & Pfister (2008), die nur einen signifikanten Interaktionseffekt, beim Wissen der Versuchspersonen, fanden (vgl. ebd.: 382).

Insgesamt scheinen sich Text- und Bildversion also nicht gegenseitig zu beeinflussen. So zeigten sich beispielsweise keine deutlicheren Wirkungen, die auf eine effektive Kombination des Fallbeispiels mit einem negativen Bild schließen lassen. Dasselbe gilt für die Kombination des Fallbeispiels mit einem positiven oder neutralen Bild oder die Verbindung einer summarischen Realitätsbeschreibung mit einer der drei Bildformen.

7.3.2.6 Stabilität der Effekte

Die vierte Forschungsfrage überprüft die Stabilität der Einflüsse des Flyers auf Wissen, Risikowahrnehmung und Einstellungen der Versuchspersonen. Dafür wurden die entsprechenden Variablen zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre noch einmal abgefragt (s. FB2) und anschließend in gepaarten t-Tests mit den Werten des ersten Messzeitpunkts verglichen (s. Tabelle 10). Es konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Tendenziell wussten die Versuchspersonen nach vierzehn Tagen weniger zum Thema Krebs durch Mobilfunkstrahlung (-0,34) und schätzten sowohl das Risiko selbst zu erkranken als auch die gesundheitlichen Folgen geringer ein (-0,15 und -0,25). Dagegen stiegen die Sorge selbst zu erkranken sowie die allgemeine Risikowahrnehmung tendenziell an (+0,15 und +0,13). Von diesen minimalen Unterschie-

7. Experiment I: Gesundheitsflyer mit Kombination aus Fallbeispiel und Furchtappell

den abgesehen, verweisen die Ergebnisse darauf, dass die Effekte wenigstens über einen Zeitraum von zwei Wochen relativ stabil sind.

Um zu analysieren, ob die Unterschiede von den unterschiedlichen Text- und Bildversionen unabhängig waren, wurde jeweils die Differenz der Variablen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt berechnet und als neue Variable gespeichert. Als AV dienten sie in t-Tests (Textversion) und einfaktoriellen Varianzanalysen (Bildversion) zur Überprüfung des Einflusses der Text- und Bildversionen. Bezüglich der Textversion konnten keine signifikanten Differenzen festgestellt werden. Tendenziell führte jedoch die summarische Realitätsbeschreibung – mit Ausnahme des wahrgenommenen Risikos selbst zu erkranken – zu schlechteren Werten als das Fallbeispiel. Das heißt, Versuchspersonen mit summarischer Realitätsbeschreibung wussten zwei Wochen später weniger, ihre Sorge selbst zu erkranken stieg weniger an, die allgemeine Risikowahrnehmung sowie die Risikowahrnehmung der gesundheitlichen Folgen fiel im Vergleich zu Versuchspersonen mit Fallbeispiel mehr ab.

Die unterschiedliche Bildversion konnte zwei signifikante Einflüsse hervorrufen. Versuchspersonen, die das neutrale Bild sahen, wussten zwei Wochen später mehr (+0,38), während Versuchspersonen, die das negative Bild sahen, weniger wussten (-0,54). Versuchspersonen mit positivem Bild lagen dazwischen (+0,04, p=0,027). Auch bei den Einstellungen ergaben sich deutliche Unterschiede: Versuchspersonen mit neutralem Bild waren gegenüber Mobilfunkstrahlung nach zwei Wochen skeptischer (+0,15), während Versuchspersonen mit negativem Bild weniger skeptisch waren (-0,12). Versuchspersonen mit positivem Bild lagen dazwischen (+0,02, p=0,017). Ansonsten zeigten sich keine einheitlichen Tendenzen. Insgesamt ließen sich keine systematischen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten feststellen, die auf die unterschiedlichen Text- und Bildversionen zurückzuführen sind.

Tabelle 10: Experiment I – Stabilität der Effekte

	Gesamt			Textversion				Bildversion			F
	AM t1	AM t2	AM dif	t	Fb	sR	t	pos.	neu.	neg.	
Wissen gesamt	8,91	8,56	-0,34	1,74	-0,09	-0,63	1,39	-0,84^a	0,38^b	-0,54^{ab}	3,76*
Pers. Risikowahrnehmung (Risiko, Index)	2,73	2,58	-0,15	1,25	-0,22	-0,08	0,55	-0,27	0,10	-0,29	1,10
Pers. Risikowahrnehmung (Sorge, Index)	1,77	1,91	0,15	1,56	0,17	0,12	0,26	0,07	0,38	-0,03	1,65
Allg. Risikowahrnehmung (Erkrankte, %)	3,89	4,03	0,13	0,29	0,36	-0,11	0,46	-0,53	0,11	1,01	0,74
Allg. Risikowahrnehmung (Gesundheitliche Folgen, %)	9,46	9,21	-0,25	0,24	0,09	-0,62	0,35	-0,81	1,30	-1,32	0,59
Einstellungen	3,31	3,34	0,02	0,62	0,04	0,00	0,48	0,02^{ab}	0,15^b	-0,12^a	4,26*

Basis: n (gesamt)=82-87, n (Fb)=43-46, n (sR)=39-41, n (FA positiv)=31-32, n (FA neutral)=27-29, n (FA negativ)=24-26.

7.4 Fazit: Kombination von Fallbeispiel und Furchtappell – Gesundheitsflyer

Abschließend werden die zentralen Ergebnisse von Experiment I noch einmal zusammengefasst. Danach folgen ein Vergleich mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008) sowie die Darstellung weiterer Ergebnisse, die sich im Zuge der Auswertung zeigten. Am Ende werden mögliche Einschränkungen der Studie diskutiert.

7.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es hatten sich nur vereinzelt signifikante Unterschiede für den Einsatz eines Fallbeispiels im Gegensatz zur summarischen Realitätsbeschreibung gezeigt (s. Auswertungen zu Hypothese 1). Und bezüglich der Bildversion waren nur Tendenzen auszumachen (s. Auswertung Forschungsfrage 2). Daneben zeigte die Auswertung der Ergebnisse, dass sowohl der Einfluss des Fallbeispiels im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung als auch die Wirkung der Bildvalenz von emotionalen Reaktionen,²⁶⁵ soziodemographischen Merkmalen, Nutzung von Gesundheitsflyern, Involvement und persönlicher Betroffenheit der Versuchspersonen unabhängig waren (s. Auswertung zu Hypothese 2 und Forschungsfrage 2). Außerdem konnte keine vielversprechende Kombination von Text- und Bildversion herausgefunden werden, da sich Text- und Bildversion anscheinend nicht gegenseitig beeinflussen (s. Auswertung zu Forschungsfrage 3). Die Effekte erwiesen sich jedoch über einen Zeitraum von zwei Wochen stabil (s. Auswertung zu Forschungsfrage 4).

Die nachfolgende tabellarische Auflistung (s. Tabelle 11) der signifikanten und tendenziellen Effekte bezüglich der Wirkung des Fallbeispiels und der summarischen Realitätsbeschreibung soll der Nachvollziehbarkeit dienen.

²⁶⁵ Dieser Aspekt wurde nur für die Wirkung der Bildvalenz untersucht (s. Forschungsfrage 2).

Tabelle 11: Experiment I – Übersicht Einfluss der Textversion (signifikant und tendenziell)

		Textversion	
		Fallbeispiel	Summarische Realitätsbeschreibung
Erinnerung (Foto)	signifikant	+	
Wissen gesamt	tendenziell		+
Emotionale Reaktion (Indexvariable)	signifikant	+	
Beim Betrachten des Flyers dachte ich: ‚Was geht mich das an?‘ (Reaktanz)	tendenziell		+
Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts. (Reaktanz)	tendenziell		+
Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir zu tun. (Reaktanz)	tendenziell		+
Emotionen (Foto)			
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.	tendenziell	+	
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	tendenziell	+	
Persönliche Risikowahrnehmung (Risiko, Index)	tendenziell	+	
Persönliche Risikowahrnehmung (Sorge, Index)	tendenziell	+	
Allgemeine Risikowahrnehmung (Erkrankte, %)	signifikant	+	
Allgemeine Risikowahrnehmung (Gesundheitliche Folgen, %)	signifikant	+	
Einstellungen t ₁	tendenziell	+	
Verhaltensintention	tendenziell	+	

Stärkere Einflüsse sind durch ein „+“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. fehlt die AV „Verhalten“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

Es wird deutlich, dass das Fallbeispiel im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung häufiger tendenzielle und vereinzelt signifikante Effekte hervorrufen konnte als die summarische Realitätsbeschreibung. So führte das Fallbeispiel zu einer signifikant besseren Erinnerung an das Bild, zu signifikant stärkeren emotionalen Reaktionen auf den Flyer insgesamt, zu signifikant höheren Einschätzungen erkrankter Menschen und gesundheitlicher Probleme. Zumindest tendenziell konnte es die emotionale Reaktion auf das Bild, das eigene Erkrankungsrisiko und die Sorge zu erkranken, die Einstellungen sowie die Verhaltensintentionen beeinflussen. Die summarische Realitätsbeschreibung dagegen steigerte tendenziell das Wissen und vor allem die Reaktanz der Versuchspersonen. Nach dieser Darstellung scheint ein Fallbeispiel für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation deutlich effektiver zu sein als eine summarische Realitätsbeschreibung.

Auch die tabellarische Darstellung der lediglich tendenziellen Effekte der Bildversionen sollte zur weiteren Klarheit beitragen (vgl. Auswertung Forschungsfrage 2, s. Tabelle 12):

Tabelle 12: Experiment I – Übersicht Einfluss der Bildversion (signifikant und tendenziell)

		Bildversion		
		positiv	neutral	negativ
Erinnerung (Foto)	tendenziell	+	-	
Wissen gesamt	tendenziell		-	+
Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts. (Reaktanz) ¹	tendenziell	-		+
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.	tendenziell		+	-
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	tendenziell	-		+
Allgemeine Risikowahrnehmung (Gesundheitliche Folgen, %)	tendenziell		-	+
Einstellungen t ₁	tendenziell	+	-	
Verhalten	tendenziell	-	+	-
Vergleich positive vs. negative Effekte		3:2 ¹	2:4	3:3 ¹

Der jeweils stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. Es fehlen die AVn „Emotionale Reaktion“ (Indexvariable), „Reaktanz: Was geht mich das an?“, „Reaktanz: (...) nichts mit mir zu tun“, persönliche Risikowahrnehmung (Risiko und Sorge), allgemeine Risikowahrnehmung (Erkrankte) und „Verhaltensintention“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Reaktanz“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

Hier kann die tabellarische Darstellung keine weitere Übersichtlichkeit schaffen. Das negative Bild führte tendenziell zu höherem Wissen, mehr Mitleid und gesteigerter Wahrnehmung der gesundheitlichen Folgen. Doch es senkte die Hoffnung der Versuchspersonen, dass es Erkrankten wieder besser gehen könnte und steigerte ihre Reaktanz gegenüber der Vorsorgemaßnahmen. Sahen die Versuchspersonen das positive Bild, so erinnerten sie sich tendenziell besser an das Bild, waren gegenüber Mobilfunkstrahlung skeptischer eingestellt und zeigten weniger Reaktanz hinsichtlich Vorsorgemaßnahmen, aber auch weniger Mitleid als die anderen Gruppen. Auf das neutrale Bild reagierten die Versuchspersonen tendenziell mit mehr Hoffnung und waren nach dem Lesen des Flyers deutlich aktiver als die anderen Gruppen. Aber sie erinnerten sich schlechter an das Bild, wussten weniger, nahmen weniger gesundheitliche Folgen wahr und waren weniger skeptisch gegenüber Mobilfunkstrahlung. Hier erlaubt auch die tabellarische Darstellung keinen Schluss darauf, welches Bild am besten für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation geeignet scheint, da die tendenziellen positiven und negativen Aspekte zu nah beieinander liegen.

7.4.2 Vergleich mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008)

Wie schon mehrmals erwähnt, war Experiment I eng an die Studie von Rossmann & Pfister (2008) angelehnt, was die Wahl des Stimulusmediums und größtenteils die untersuchten AVn betrifft. Allerdings wurde für Experiment I ein anderes Thema ausgewählt, das zu geringeren Deckeneffekten führen sollte, die Furchtappelle waren anders operationalisiert und statt nicht studentischer Versuchspersonen wurden diesmal Studenten untersucht (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Gegenüberstellung der Studie von Rossmann & Pfister (2008) mit Experiment I

	Rossmann & Pfister (2008)	Experiment I
Thema	Adipositas	Krebsgefahr durch Mobilfunkstrahlung
Faktor 1: Textversion	Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung	Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung
Faktor 2: Bildversion	positiv – leicht negativ – sehr negativ	positiv – neutral - negativ
Medium	Gesundheitsflyer	Gesundheitsflyer
Versuchspersonen	185 nicht studentische Versuchspersonen	154 studentische Versuchspersonen
Ergebnisse		
Hypothese 1	-	-
Hypothese 2	+	+
Forschungsfrage 1	teilweise	-
Forschungsfrage 2	keine Interaktionseffekte ¹	keine Interaktionseffekte
Forschungsfrage 3	keine Interaktionseffekte	keine Interaktionseffekte
Forschungsfrage 4	keine systematischen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten	keine systematischen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten

¹ Ausnahme: Beim Involvement waren einige, zumeist nicht signifikante Interaktionseffekte beobachtbar. Da nicht signifikante Einflüsse im Kontext von Experiment I nicht mit einbezogen wurden, fallen sie auch hier nicht ins Gewicht.

Wie Tabelle 13 verdeutlicht, hat sich trotz des veränderten Themas, der veränderten Furchtappellversion und der unterschiedlichen Versuchspersonensamples im Grunde dasselbe Ergebnismuster abgezeichnet. So hatten die Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss auf die AVn Wissen²⁶⁶, emotionale Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten als Gesundheitsinformationen, die in Form einer summarischen Realitätsbeschreibung präsentiert wurden (Hypothese 1). Der (nicht vorhandene) Einfluss des Fallbeispiels war unabhängig von soziodemographischen Merkmalen, Flyernutzung, Involvement und persönlicher Betroffenheit²⁶⁷ der Versuchspersonen (Hypothese 2). Allein bei Forschungsfrage 1 zeigte sich ein Unterschied zwischen den beiden Studien: So konnten Rossmann & Pfister (2008) im

²⁶⁶ Experiment I hat hier die Erinnerung an den Furchtappell mit erfasst.

²⁶⁷ Rossmann & Pfister (2008) hatten hier themenspezifisch statt der persönlichen Betroffenheit Körpergewicht und physische Aktivität der Versuchspersonen einbezogen (vgl. ebd.: 374).

Gegensatz zu Experiment I zumindest teilweise Einflüsse der Bildvalenz auf die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern feststellen, während bei Experiment I keine signifikanten Einflüsse feststellbar waren. Für die Forschungsfragen 2 bis 4 ergab sich bei beiden Studien ebenfalls dasselbe Muster: Es zeigten sich keine Interaktionseffekte bezüglich der Bildwirkung (Forschungsfrage 2), keine Interaktionseffekte zwischen Text- und Bildversion (Forschungsfrage 3) und bezüglich der Stabilität der Effekte ließen sich keine systematischen Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten feststellen (Forschungsfrage 4). Folglich lag es nicht am Thema, dass keine Fallbeispieleffekte auftraten und auch nicht an der Variation des Furchtappells, dass keine Effekte bezüglich der Bildvalenz nachweisbar waren.

7.4.3 Weitere Ergebnisse

Bei der Analyse der Unabhängigkeit der Wirkung von Fallbeispiel versus summarischer Realitätsbeschreibung und Bildvalenz zeigten sich einige Haupteffekte, die hier noch einmal zusammengefasst werden.²⁶⁸ So reagierten Frauen emotionaler und nahmen das persönliche Risiko (Sie vermuteten ein höheres Erkrankungsrisiko und machten sich mehr Sorgen) und allgemeine Risiko (Sie schätzten die Zahl der jährlich Erkrankten höher ein und vermuteten, dass mehr Menschen an gesundheitlichen Problemen durch Handystrahlung leiden) höher wahr als Männer (s. Auswertung Hypothese 2). Das entspricht Ergebnissen früherer Studien, die stärkere affektive Reaktionen (vgl. Shin et al. 2007: 6, Zillmann et al. 1994 zit. n. Gibson & Zillmann 1994: 614) und ausgeprägtere Reaktionen bezüglich der Bedrohungs Komponente von Furchtappellen (vgl. McQueen et al. 2008: 62-64, Aust & Zillmann 1996: 796-797, Zillmann & Gan 1996: 297-301) – zu der allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung zählen – bei Frauen feststellten.

Auch Versuchspersonen, die unabhängig vom Geschlecht emotionaler reagierten als andere, stuften ihr persönliches Erkrankungsrisiko höher ein, machten sich mehr Sorgen diesbezüglich, schätzten die Zahl der tatsächlich Erkrankten und die damit verbundenen gesundheitlichen Folgen gravierender ein, waren Mobilfunkstrahlung gegenüber skeptischer, planten eher ihr Verhalten zu ändern und zeigten am Ende auch deutlich häufiger eine Verhaltensänderung (vgl. Aust & Zillmann 1996: 799, s. Auswertung Forschungsfrage 2).

Daraus ließe sich schließen, dass emotionalisierende Kommunikationsstrategien, zu denen sowohl Fallbeispiele als auch Furchtappelle zählen, auf Frauen und emotionale Menschen anders wirken als auf Männer und weniger emotionale Menschen. In Experiment I zeigten sich diesbezüglich jedoch keine Interaktionseffekte (s. Auswertung zu Hypothese 2 und Forschungsfrage 2) wie zuvor in anderen Studien (vgl. z.B. Aust &

²⁶⁸ Auf die Darstellung der Haupteffekte des Alters, der Flyernutzung und der persönlichen Betroffenheit wird dabei verzichtet, da es sich nur um vereinzelte Effekte handelte (s. Auswertung Hypothese 2).

Zillmann 1996: 799). Generell sollte diese Tatsache jedoch bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

7.4.4 Einschränkung der Ergebnisse

Die beschriebenen Ergebnisse sind mit Einschränkungen zu betrachten. So wurde den Versuchspersonen in Experiment I entweder nur ein Fallbeispiel oder eine summarische Realitätsbeschreibung vorgelegt: zum einen aufgrund der besseren Vergleichbarkeit mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008), zum anderen weil im Medium Gesundheitsflyer kaum Platz für mehrere Fallbeispiele ist (vgl. z.B. auch Hoeken & Geurts 2005: 242, die ebenfalls einen Flyer mit einem Fallbeispiel verwendeten). In Anlehnung an Rossmann & Pfister (2008) und Hoeken & Geurts (2005) wurde nur ein relativ kleiner Textanteil variiert (s. Methodenteil oder Anhang). Möglicherweise war dieser Anteil zu gering, um deutlichere und signifikante Ergebnisse zu erreichen. Außerdem kann kritisiert werden, dass sich die Studie nur schwer mit anderen Fallbeispielstudien vergleichen lässt, die in der Regel mehrere Fallbeispiele präsentierten (vgl. z.B. Peter 2009: 27, s. Kapitel 3.4.1). Es ist also vorstellbar, dass die Verwendung von nur einem Fallbeispiel die geringen Effekte erklären könnte (vgl. auch Rossmann & Pfister 2008: 385). Auch die verwendete Form der summarischen Realitätsbeschreibung kann kritisiert werden. Zwar werden in den meisten Fallbeispielstudien unpräzise statistische Informationen verwendet, um Lerneffekte durch Auswendiglernen zu vermeiden (vgl. Daschmann, 2001: 118), doch dies könnte sich negativ auf die Wirkung der summarischen Realitätsbeschreibung auswirken. Callison et al. (2009) stellten beispielsweise fest, dass ausformulierte Verhältniswerte – wie die in der summarischen Realitätsbeschreibung verwendete Formulierung „fünf von 1000 jungen Menschen“ eine ist – nur schlecht erinnert werden. Sie eignen sich demnach schlechter zur Darstellung statistischer Information als beispielsweise summarische Realitätsbeschreibungen in Prozentangaben (vgl. ebd.: 49-52, s. auch Peter 2009: 27). Auch die Operationalisierung des Bildes lässt sich kritisieren. Das Bild wurde – in Anlehnung an Keller (2008) und in Abgrenzung zu Rossmann & Pfister (2008) – in den Ausprägungen „positiv“, „neutral“ und „negativ“ variiert. Fraglich ist aber, ob das positive Bild überhaupt als Furchtappell bezeichnet werden kann. Außerdem könnte es aufgrund des Bildausschnitts (angeschnittener Kopf und Oberkörper einer Frau) sowie der Platzierung (direkt über dem Fallbeispiel bzw. der summarischen Realitätsbeschreibung) nicht als Furchtappell sondern als Portraitbild des beschriebenen Fallbeispiels („Nancy“) wahrgenommen worden sein. Möglicherweise wäre die Darstellung eines Hirntumors angemessener gewesen, der – wie in der Furchtappellforschung üblich – auch in blutiger und schrecklicher Form dargestellt hätte werden können (vgl. Witte & Allen 2000: 603). Stattdessen wurde lediglich die Körperhaltung bzw. Mimik der Person verändert, was

auch auf eine schwere Erkrankung rückschließen lässt. Denn Menschen sind durchaus in der Lage, aus Körperhaltung und Mimik einer (dargestellten) Person die entsprechenden Schlüsse abzuleiten (vgl. z.B. Ambady & Rosenthal 1993). Dennoch stellt sich die Frage, ob das verwendete negative Bild tatsächlich einem starken Furchtappell entsprach. Auch das ausgewählte Thema könnte ein Manko sein. Das Thema „Krebs durch Mobilfunk“ war ein Versuch, sich von klassischen Furchtappellthemen abzuwenden und sollte zugleich zu möglichst geringen Deckeneffekten führen. Das Thema könnte trotzdem problematisch sein, da die Bevölkerung in Deutschland aufgrund kontinuierlicher Berichterstattung möglicherweise verängstigt ist und sich wegen der Strahlung und ihrer negativen Auswirkungen Sorgen macht. Auf der anderen Seite gab es, als die Studie durchgeführt wurde, nur wenige wissenschaftliche Ergebnisse, die diese Bedrohung real belegen konnten.²⁶⁹ Das ist bei den Themen klassischer Furchtappellstudien, wie Sonnenschutz, HIV/AIDS und Rauchen anders. Hier liegen konkrete medizinische Studien vor, die Schädlichkeit und Wirksamkeit belegen können. Auch war möglicherweise die Kombination der studentischen Versuchsgruppe mit dem Thema Mobilfunkstrahlung ungünstig, da das Handy für junge Menschen sehr bedeutsam ist und Vorteile der mobilen Telefonie die Nachteile möglicherweise überwiegen (vgl. IZMF 2011: 1). Außerdem nahmen an der Studie nur studentische Versuchspersonen teil. Zwar betont Daschmann (2004), dass Experimente mit studentischen Stichproben nicht grundsätzlich als artifiziell betrachtet werden dürfen (vgl. ebd.: 111), dennoch sind Studenten besser ausgebildet und es gewöhnt, sich Dinge zu merken und aufmerksam zu lesen. Im Kontext von Gesundheitskommunikation ist außerdem von Bedeutung, dass sie grundsätzlich gesünder sind und aus wohlhabenderen Familien kommen als vergleichbare nicht studentische Personen (vgl. Cho & Salmon 2006: 98). Ferner profitieren sie möglicherweise aufgrund ihres Ausbildungsstatus und ihres höheren sozioökonomischen Status mehr von Gesundheitskampagnen als Personen mit niedrigem Ausbildungs- und sozioökonomischem Status, da sie sich exakte Risikoinformationen schneller aneignen können (vgl. ebd., s. auch Tichenor et al. 1970, s. Kapitel 2.3.2-2.3.3). Zudem zeigen Studien zu Furchtappellen, dass Furchtappelle bei älteren Personen wirksamer sein können als bei jüngeren (vgl. z.B. Cohen et al. 2007: 95). Da in der Studie keine Vorhermessung durchgeführt wurde, ist nicht bekannt, was die Versuchspersonen zum Thema „Krebsgefahr durch Mobilfunk“ wussten, wie sie die Risiken wahrnahmen, welche Einstellungen sie zum Thema hatten und wie sie bislang mit der Strahlung von Mobilfunk umgegangen sind, bevor sie den Flyer lasen. Es können auch keine Aussagen über die Entwicklung der AVn (Wissen, emotionale Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und Verhalten) vor der Re-

²⁶⁹ Erst im Mai 2011 stufte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Mobilfunkstrahlung als „möglicherweise krebserregend“ (Schrader 2011: 16) ein.

zeption des Flyers im Vergleich zu danach gemacht werden. Es war lediglich möglich zu messen, ob sich aufgrund der verschiedenen Text- und Bildversionen Unterschiede zeigten (t1) und ob sich diese im Zeitverlauf veränderten (t2, s. auch Forschungsfrage 4). Allerdings hätte das vorherige Abfragen der zentralen AVn möglicherweise die Rezeption der Flyer zu stark verzerrt. Da die Gruppen jedoch bis auf die manipulierten Faktoren (Text- und Bildversion) strukturgleich waren, sollten die beobachteten Unterschiede auf die Manipulation der Faktoren zurückzuführen sein und nicht auf mögliche Unterschiede der Voreinstellungen (vgl. auch Rossmann & Pfister 2008: 386). Ein allgemeines Problem von (Labor-)Experimenten ist die sogenannte „forced exposure“. Die Versuchspersonen müssen das Stimulusmaterial mehr oder weniger rezipieren, sie können sich kaum entziehen. Darum werden die dargebotenen Botschaften vermutlich intensiver wahrgenommen als unter normalen Umständen (vgl. Cho & Salmon 2006: 98). Außerdem sehen die Versuchspersonen das Stimulusmaterial nur ein einziges Mal und nicht mehrmals, wie möglicherweise im Alltag, wenn sie den Flyer wiederholt nutzen. Gerade im Bezug auf Furchtappelle könnten im letzten Fall die Ergebnisse extremer ausfallen (vgl. Cho & Salmon 2006: 97-98). Auf der anderen Seite weiß man nicht, ob sich die Rezipienten dem Furchtappell überhaupt aussetzen oder ihn gleich überblättern würden (vgl. Witte & Allen 2000: 605). Außerdem kam im Rahmen von Experiment I keine Kontrollgruppe zum Einsatz. Die Versuchspersonen sahen jeweils eine Textversion in Kombination mit einer Bildversion. Darum können keine Aussagen darüber gemacht werden wie die Versuchspersonen beispielsweise ohne das Bild reagiert hätten. Zwar lässt sich positiv anmerken, dass bei allen Skalen der AVn Indizes gebildet werden konnten. Dennoch ließen sich die beiden Items, die die Emotionen auf das Bild erfassten, und auch die Items zu Reaktanz und Involvement aufgrund mangelnder Reliabilität nicht verdichten. Die Ergebnisse in diesen Bereichen müssen deshalb mit Einschränkung betrachtet und gegebenenfalls überprüft werden.

8. Experiment II: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell

Das zweite Experiment baut auf den Erkenntnissen des ersten Experiments zur Mobilfunkstrahlung auf. Als Medium diente nun statt eines Flyers, mit nur begrenztem Platz für die Präsentation der Fallbeispiele, eine Broschüre. Während im Flyer nur ein Fallbeispiel untergebracht werden konnte, war in der Broschüre eine differenziertere und umfangreichere Darstellung mehrerer Fallbeispiele möglich. Der Furchtappell dagegen ist dominanter auf der Titelseite platziert. Auch diesmal wurde aufgrund vermuteter Deckeneffekte kein klassisches Furchtappellthema, wie Rauchen oder AIDS/HIV ausgewählt.

Erneut werden zunächst die Hypothesen und Forschungsfragen hergeleitet und dargestellt und danach das methodische Vorgehen erläutert. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die Bewertung des Stimulsmaterials, dann die Vergleichbarkeit der Gruppen und schließlich die Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen beschrieben. Das Fazit zur Kombination mehrerer Fallbeispiele mit einem Furchtappell setzt sich aus der Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und den Einschränkungen der Ergebnisse zusammen.

8.1 Hypothesen und Forschungsfragen

In Experiment I konnten wie schon zuvor bei Rossmann & Pfister (2008) keine Einflüsse des Fallbeispiels auf Erinnerung und Wissen, emotionale Reaktion, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen festgestellt werden. Das lag möglicherweise am Design des Stimulsmaterials: In einem Flyer wurde den Versuchspersonen entweder ein Fallbeispiel oder eine summarische Realitätsbeschreibung präsentiert. Aus diesem Grund sollten den Versuchspersonen diesmal mehrere Fallbeispiele vorgelegt werden. Da hierfür der Platz eines Flyers nicht ausreicht, kam eine Broschüre zum Einsatz. Die Schilderung mehrerer Fallbeispiele ließ außerdem unterschiedliche Variationen zu: Sie konnten überwiegend positiv, überwiegend negativ oder ausgewogen geschildert werden. Daraus folgt diesmal statt einer zentralen Annahme – wie bei Experiment I – eine zentrale Frage: Wie sollte die Verteilung mehrerer Fallbeispiele gestaltet und mit welcher Furchtappellausprägung kombiniert sein, um möglichst positive Effekte auf Erinnerung und Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten der Versuchspersonen zu erzielen?

Es gibt keine Untersuchungen, wie sich mehrere Fallbeispiele auf Erinnerung und Wissen auswirken. Es lässt sich allein aufgrund der theoretischen Ausarbeitung dieser Arbeit vermuten, dass Fallbeispiele das Verständnis fördern, besser nachvollziehbar, glaubwürdiger und relevanter sind, und darum leichter und möglicherweise tiefer verarbeitet werden als andere Informationsarten (s. Kapitel 5.4.1 bis 5.4.5). Auch wurde bislang nicht analysiert, ob sich positive oder negative Fallbeispiele besser dazu eignen, Erinnerung und Wissen zu fördern. Desweiteren lässt sich nur mutmaßen, wie und ob sich mehrere Fallbeispiele auf die emotionale Reaktion der Rezipienten auswirken. So kann man zwar vermuten, dass negative Fallbeispiele mehr Emotionen auslösen als positive Fallbeispiele. Allerdings stellt sich hier die Frage, welche Art von Emotionen ausgelöst werden. Zwar wird immer wieder betont, dass emotionale Fallbeispiele eher Wirkungen hervorrufen als weniger emotionale Fallbeispiele (vgl. z.B. Zillmann 2006, Aust & Zillmann 1996, s. Kapitel 5.4.7). Welche Emotionen Fallbeispiele selbst

auslösen und in welchem Ausmaß, ist bislang nicht empirisch belegt. Darum lautet Forschungsfrage 1 wie folgt:

F1: Welchen Einfluss hat die Valenz mehrere Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich

- a) Erinnerung und Wissen und*
- b) emotionaler Reaktion*

der Versuchspersonen?

Konkreter wird es bezüglich der originären Furchtappellkomponenten. Generell können emotionale Stilmittel, wie Fallbeispiele, Furchtappellkomponenten fördern (vgl. z.B. Peinado 2009: 23). Laut Hoeken & Geurts (2005) eignet sich ein negatives Fallbeispiel dazu, die Bedrohungscomponenten zu erhöhen. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass eine größere Anzahl von Fallbeispielen zu höheren Risikoeinschätzungen führt als eine geringere Anzahl (vgl. Perkins 1999). Daraus lässt sich folgern, dass eine größere Anzahl negativer Fallbeispiele zu höherer allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung führt. Außerdem konnten Fallbeispiele, die Bedrohungscomponenten widerspiegelten, die Häufigkeitseinschätzungen bezüglich tödlicher Unfälle entsprechend der Fallbeispielverteilung beeinflussen (vgl. Gibson & Zillmann 1994). Demnach sollten eher negative Fallbeispiele die allgemeine und persönliche Risikoeinschätzung ebenfalls fördern. Versuchspersonen, die Fallbeispiele in eher „aufgeregter“ Form sahen, schätzen sowohl die Ernsthaftigkeit als auch die persönliche Gefährdung an Salmonellenvergiftung zu erkranken höher ein als Versuchspersonen, die die ruhige Version sahen (vgl. Aust & Zillmann 1996). Möglicherweise lässt sich dies auf eher negativ und eher positiv konnotierte Fallbeispiele übertragen. Verhaltensintentionen – konkret die Spendenbereitschaft der Versuchspersonen – ließen sich durch ein Fallbeispiel, das eine ernste Erkrankung aufwies, steigern (vgl. Hoeken & Hustinx 2007). Außerdem führte eine hohe Bedrohung, die durch Fallbeispiele vermittelt wurde, zu höheren Verhaltensintentionen (vgl. Cho & Salmon 2006). Die durch ein Fallbeispiel vermittelte hohe Bedrohung konnte ebenfalls eher zum empfohlenen Verhalten motivieren als niedrige Bedrohung im Fallbeispiel (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund postuliert die erste Hypothese:

H1: Gesundheitsinformationen, die in Form überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele dargestellt sind, haben einen stärkeren Einfluss auf

- a) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung,*
- b) Verhaltensintentionen und*
- c) tatsächliches Verhalten*

als Gesundheitsinformationen, die in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder durch die Kontrollversion präsentiert werden.

Laut Hoeken & Geurts (2005) eignet sich ein positives Fallbeispiel dazu, die Bewältigungskomponenten, also Reaktions- und Selbstwirksamkeit, zu erhöhen. Folglich – und in Anlehnung an Hypothese 1 – sollten mehrere positiv formulierte Fallbeispiele ebenfalls dazu prädestiniert sein, Reaktions- und Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Außerdem scheinen positive Fallbeispiele, die ein Verhalten erfolgreich ausführen, eine hohe Reaktionswirksamkeit zu transportieren, die wiederum einen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen hat als niedrige Reaktionswirksamkeit (vgl. Cismaru et al. 2009). Die zweite Hypothese postuliert deshalb:

H2: Gesundheitsinformationen, die in Form überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele dargestellt sind, haben einen stärkeren Einfluss auf

- a) Reaktions- und Selbstwirksamkeit und*
- b) Einstellungen*

als Gesundheitsinformationen, die in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele oder durch die Kontrollversion präsentiert werden.

Wie schon mehrmals betont und im Kontext von Experiment I bestätigt, ist der Fallbeispieleffekt ein relativ unabhängiger Effekt, der sich weder durch soziodemographische Merkmale, Mediennutzung, Involvement oder persönliche Betroffenheit beeinflussen lässt (s. Kapitel 6.1, 6.3.2). Daraus ergibt sich die dritte Hypothese:

H3: Der Einfluss mehrerer Fallbeispiele ist unabhängig von

- a) soziodemographischen Merkmalen,*
- b) der generellen Nutzung von Gesundheitsbroschüren,*
- c) dem Involvement und der persönlichen Betroffenheit und*
- d) dem Gesundheitszustand*

der Versuchspersonen.

Auch der Furchtappell wird in Experiment II nicht mehr, wie in Experiment I, direkt über dem Fallbeispiel, sondern auf dem Titelblatt der Broschüre platziert. Statt der Ausprägungen positiv, neutral und negativ wird entweder ein leichter, mittlerer oder starker Furchtappell präsentiert (Details hierzu s. Kapitel 8.2.2). Die aktuellen Modelle und Theorien zur Furchtappellforschung kommen zu dem Schluss, dass ein starker Furchtappell effektiver ist als ein mittlerer oder leichter Furchtappell. Die Meta-Analysen von Boster & Mongeau (1984), Mongeau (1998), Sutton (1982) und Witte & Allen (2000) lassen den Schluss zu: je stärker der Furchtappell, desto größer sind Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen (s. auch Kapitel 4.3.9). Starken Furchtappellen wird außerdem unterstellt, die Aufmerksamkeit zu erhöhen und folglich das Wissen, die Wahrnehmung des allgemeinen und persönlichen Risikos (vgl. z.B. Ordonana et al. 2009, s. Kapitel 5.5), die Reaktions- und Selbstwirksamkeit und die Emotionen der Versuchspersonen zu wecken. Dies soll die dritte Hypothese prüfen:

H4: Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, haben einen stärkeren Einfluss auf

- a) Erinnerung und Wissen,
- b) emotionale Reaktion,
- c) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit,
- d) Einstellungen,
- e) Verhaltensintentionen und
- f) tatsächliches Verhalten

als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden.

Über den Einfluss von IVn auf den Furchtappell liegen zwar Untersuchungen vor, die aber keinen endgültigen Schluss auf die Unabhängigkeit des Effekts zulassen. Weder bezüglich des Einflusses auf emotionale Reaktion, soziodemographische Merkmale (s. Kapitel 4.4.3-4.4.4), Mediennutzung, Involvement, persönlicher Betroffenheit und des Gesundheitszustandes liegen klare Befunde vor. Aus diesem Grund wird erneut eine Forschungsfrage formuliert:

F2: Welchen Einfluss haben

- a) emotionale Reaktion,
- b) soziodemographische Merkmale,
- c) Nutzung von Gesundheitsbroschüren,
- d) Involvement und persönliche Betroffenheit und
- e) Gesundheitszustand

der Versuchspersonen auf die Wirkung des Furchtappells?

Zwar sprechen die theoretischen Ausführungen dieser Arbeit für eine erfolgreiche Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen (s. Kapitel 6.3). So konnten Fallbeispielstudien, die Furchtappelle integrierten, Effekte feststellen. Dabei wurde jedoch nicht gezielt die kombinierte Wirkung der beiden Strategien untersucht (vgl. Gibson & Zillmann 1994, Aust & Zillmann 1996, s. Kapitel 5.2.1). Ähnlich stellt es sich für Furchtappellstudien, die Fallbeispiele integriert hatten, dar: meist wird nicht die Kombination der beiden Strategien untersucht, sondern die Wirkung allein den Furchtappellen zugeschrieben (vgl. z.B. Sherer & Rogers 1984, Witte 1994, Cho & Salmon 2006, Muthusamy et al. 2009, Passyn & Sujun 2006, Smerecnik & Ruiter 2010, s. Kapitel 5.2.2). Allerdings konnten Studien, die explizit beide Strategien untersuchten, auch keine stringenten Ergebnisse liefern (vgl. z.B. Hoeken & Geurts 2005, Rossmann & Pfister 2008, s. Kapitel 5.2.3, sowie Experiment I dieser Arbeit). Deshalb wird wiederum eine Forschungsfrage formuliert:

F3: Gibt es einen Interaktionseffekt zwischen Fallbeispielen und Furchtappell hinsichtlich der Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren bezüglich

- a) Erinnerung und Wissen,
- b) emotionaler Reaktion,
- c) allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit,
- d) Einstellungen,
- e) Verhaltensintentionen und
- f) tatsächlichem Verhalten?

Wie schon im Kontext von Experiment I beschrieben, liegen zwar zum Fallbeispieleffekt, nicht jedoch zum Furchtappelleffekt stringente Ergebnisse zur Stabilität der Einflüsse vor. Die folgende Forschungsfrage greift dies auf:

F4: Wie stabil sind die Einflüsse der Broschüre auf

- a) Erinnerung und Wissen,
- b) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit und
- c) Einstellungen

der Versuchspersonen?

Möglicherweise können durch die separate Betrachtung von Fallbeispiel- und Furchtappelleffekten und die ergänzende Betrachtung der Interaktionseffekte nicht alle Einflüsse, die sich durch die einzelnen Kombinationen von überwiegend positiven, ausgewogenen oder überwiegend negativen Fallbeispielen mit einem leichten, mittleren oder starken Furchtappell ergeben, aufgezeigt werden. Diesen Aspekt thematisiert die letzte Forschungsfrage:

F5: Welchen Einfluss haben die unterschiedlichen Broschürenversionen auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich

- a) Erinnerung und Wissen,
- b) emotionaler Reaktion,
- c) allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit,
- d) Einstellungen,
- e) Verhaltensintentionen und
- f) tatsächlichem Verhalten

der Versuchspersonen?

8.2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die methodische Umsetzung der Forschungsfragen und Hypothesen für das Experiment II dargestellt. Dies geschieht mit dem Wissen aus Experi-

ment I. Darum ähnelt das Forschungsdesign grundsätzlich demjenigen von Experiment I. Erneut steht das Forschungsdesign an erster Stelle. Danach wird das Stimulusmaterial vorgestellt. Dabei wird zunächst die Auswahl des Themas „Medikamentensucht“ und dann dessen Aufbereitung in Form der Kombination einer „Gesundheitsbroschüre“ mit den Kommunikationsstrategien „Furchtappell“ und „Fallbeispiel“ beschrieben. Anschließend werden die theoretischen Erkenntnisse im Messinstrument und dessen Konstrukten operationalisiert. Es folgt die Darstellung von Pretest, Durchführung der Erhebung und Stichprobe.

8.2.1 Forschungsdesign: Mehrfaktorielles multivariates Experimentaldesign

Das erste Experiment war in einem 2x3-Design durchgeführt worden. Dabei wurde der erste Faktor als „Fallbeispiel“ versus „summarische Realitätsbeschreibung“ und der zweite Faktor „Bildvalenz“ in den Ausprägungen „positiv“, „neutral“ und „negativ“ variiert. Es zeigten sich jedoch nur wenige signifikante Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen Textversion und die verschiedenen Bildversionen konnten allein Tendenzen hervorrufen (s. Kapitel 7.3 und 7.4.1). Darum wurde das Design für das zweite Experiment wie folgt verändert: Um die Wirkung von mehreren Fallbeispielen und einem Furchtappell zu untersuchen, wurde erneut ein Experimentaldesign gewählt, bei dem Diekmanns (2006) propagierte Bedingungen erfüllt sind (s. Kapitel 7.2.1): Mehr als zwei Experimentalgruppen (erste Bedingung), die sich durch eine Zufallsauswahl zusammensetzten (zweite Bedingung), waren der durch den Forscher manipulierten UVn (dritte Bedingung) ausgesetzt. Diesmal kam ein 3x3-Design zum Einsatz, bei dem sechs Fallbeispiele und ein Furchtappell variiert wurden (s. Tabelle 14):

Tabelle 14: Experiment II – Versuchsplan (3x3 Design)

		mehrere Fallbeispiele			Begleitender Text
		<i>überwiegend positiv</i>	<i>ausgewogen</i>	<i>überwiegend negativ</i>	
Furchtappell (Bild und Bildunterschrift)	<i>leicht</i>	Version 1	Version 4	Version 7	in allen Versionen identisch bzw. Version 10
	<i>mittel</i>	Version 2	Version 5	Version 8	
	<i>stark</i>	Version 3	Version 6	Version 9	

Laut Daschmann bestehen „Fallbeispielansammlungen in Medienberichten in der Regel aus drei bis neun Fallbeispielen“ (2001: 177-178). Damit liegen die sechs Fallbeispiele, die in Experiment II vorkommen, genau in der Mitte. Außerdem stellt Daschmann fest, dass Medienberichte meist Fallbeispiele verwenden, die die Aussage des Berichts unterstützen, während widersprechende Fallbeispiele nicht ausgeklammert werden, aber häufig in der Minderheit sind. Daraus schließt er: „Ein Verhältnis bestätigender vs. widersprechender Fallbeispiele von 4:1 ist somit realistisch.“ (2001: 177-

178). Für Experiment II wurden in Anlehnung daran Fallbeispielverhältnisse (Faktor 1) von 5:1 („überwiegend positiv“), 1:5 („überwiegend negativ“) ergänzt durch ein Verhältnis von 3:3 („ausgewogen“) gewählt. Der Furchtappell (Faktor 2), der aus einer Kombination von Text „Medikamente können süchtig machen... Kennen Sie die Gefahren der stillen Sucht?“ mit dem variierten Titelbild der Broschüre bestand, wurde ebenfalls dreifach in den Ausprägungen „leicht“, „mittel“ oder „stark“ variiert. Auf diese Weise ergaben sich neun verschiedene Versionen, ergänzt durch eine Kontrollversion. Diese enthielt zwar den identischen Text der anderen Versionen, aber weder die Fallbeispiele noch den Furchtappell. Formal orientierte sich Experiment II damit an der Studie von Zillmann et al. (1992), die ihren Probanden verschiedene Versionen eines Magazinbeitrags vorlegten. Die Beiträge kombinierten summarische Realitätsbeschreibungen mit Fallbeispielen, wobei jeder Beitrag dieselbe summarische Information (ein Drittel der Personen nahmen nach einer Diät wieder zu) enthielt. Anders als bei Experiment I lag bei Experiment II keine „laborartige“ Rezeptionssituation vor. Diesmal entsprach der Rezeptionsvorgang eher dem eines Feldexperiments, da die Versuchsleiter die Versuchspersonen nach einem Quotierungsplan (s. Tabelle C.10 im Anhang) auswählten und die Personen einzeln der Broschüre und den Fragebögen aussetzten. So wurde die externe Validität, also die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Realität, erweitert und zugleich die Künstlichkeit des ersten Experiments reduziert. Allerdings erhöhte sich so der Aufwand der Untersuchung und war nur durch die Unterstützung von Seminarteilnehmern zu bewerkstelligen.²⁷⁰ Im Gegensatz zu Experiment I fand diesmal auch eine Vorhermessung statt, bei der vor allem IVn abgefragt wurden.

8.2.2 Stimulusmaterial: Broschüre zum Thema „Medikamentensucht“

Wie schon beim ersten Experiment erwähnt, haben Qualität und Authentizität des Stimulusmaterials im Kontext von Medienwirkungsforschung im Bereich der Gesundheitskommunikation eine hohe Relevanz. Aus diesem Grund musste bei der Themenauswahl behutsam und bei der Operationalisierung der zentralen Konstrukte mit Bedacht vorgegangen werden.

Auswahl des Themas

Um Deckeneffekte zu vermeiden, wurde das Thema „Medikamentensucht“ ausgewählt. Hier war zu vermuten, dass sich die Wahrnehmung dieser Sucht als Krankheit und das Wissen darüber im Erhebungs- bzw. Befragungszeitraum auf niedrigem Niveau befand. Dafür spricht auch, dass Medikamentensucht „als stille Sucht bezeichnet“ (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2009a) wird. Der Konsum erfolgt meist

²⁷⁰ Dabei handelte es sich um die Teilnehmer des Seminars „Quantitative Methoden“ („Experimentaldesign in der Gesundheitskommunikationsforschung“ im Bachelorstudiengang des IfKW der LMU München im Wintersemester 2008/2009 unter der Leitung der Autorin dieser Arbeit.

unauffällig und ist häufig durch eine ärztliche Verordnung „legitimiert“. In Deutschland sind mit circa 1,4 Millionen fast ebenso viele Menschen an Medikamentensucht erkrankt wie an Alkoholsucht (vgl. DHS 2009b: 2-5). Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn der genuine Verwendungszweck von Medikamenten²⁷¹ – die „Heilung, Vorbeugung oder Linderung von Krankheiten“ (DHS 2009b: 2) – in den Hintergrund tritt. Stattdessen werden sie „zum Erreichen eines bestimmten Befindens funktionalisiert (...) ohne dass eine entsprechende Indikation vorliegt oder (...) in unangemessen hoher Dosierung und länger als notwendig eingenommen.“ (DHS 2009b: 3). Medikamente können also auch schaden, denn „Die Dosis macht das Gift“ (Zitat nach Paracelsus). Medikamentensucht ist ein aktuelles und relevantes Thema. Das zeigt auch, dass am Tag vor Beginn des Erhebungsraums²⁷² in der Wochenzeitung „Die Zeit“ ein Artikel zum Thema „Gehirndoping“ erschien. Er bezog sich jedoch nur auf eine spezielle Form des Medikamentenmissbrauchs, das sogenannte cognitive-enhancing (vgl. Maier 2008: 39). Hier nimmt man z.B. Aufputschmittel²⁷³ ein, um unter anderem Konzentration und Erinnerungsvermögen zu verbessern. Außerdem hatte eine Studie, die die Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheitsreport 2009) Mitte Februar 2009 publizierte – also nach Durchführung von Experiment II –, eine Reihe von Beiträgen und Artikeln zur Folge, die bis zum Frühsommer 2009 in verschiedenen Medien, wie dem „Deutschen Ärzteblatt“²⁷⁴ und der „Süddeutschen Zeitung“²⁷⁵ erschienen. Der klingende Name der Studie „Doping am Arbeitsplatz“ repräsentiert jedoch nur einen (bis dato) geringen Teil der Erkrankung.²⁷⁶ Einen deutlich größeren Anteil nimmt die sogenannte Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose-dependency) ein. Dabei werden vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel (häufig aus der Gruppe der Benzodiazepine) über Jahre in gleichbleibender und ärztlich verordneter Menge eingenommen (vgl. DHS 2009b: 2-5). Überwiegend Frauen, mit einem Anteil von zwei Dritteln, und Ältere sind betroffen (vgl. DHS 2009b: 6, 33). Insgesamt werden die durch Medikamentensucht verursachten volkswirtschaftlichen Folgekosten auf jährlich 14 Milliarden Euro geschätzt (vgl. DHS 2009a).

²⁷¹ Medikamente gehören zu den Arzneimitteln. Neben Medikamenten fallen darunter auch Mittel zur Diagnose von Erkrankungen (z.B. Kontrastmittel), Mittel zum Ersetzen von Körperflüssigkeiten (z.B. Blutpräparate) und Impfstoffe (vgl. DHS 2009b).

²⁷² Erhebungszeitraum Experiment II: 18. Dezember 2008 bis 18. Februar 2009.

²⁷³ Gängige cognitive enhancers: Ritalin, für Menschen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS); Donepezil, ein Alzheimer-Medikament; und Provigil, das an Narkolepsie erkrankte Patienten davon abhalten soll, unvermittelt einzuschlafen.“ (Maier 2008: 39)

²⁷⁴ „Arzneimittelmissbrauch: 800 000 Deutsche „dopen“ sich regelmäßig für den Job“ (vgl. Rabbata 2009).

²⁷⁵ „800 000 gesunde Arbeitnehmer schlucken (...) regelmäßig Pillen, um im Alltag besser zu bestehen.“ „Jeder vierte Deutsche hält es für vertretbar, seine Hirnwindungen pharmazeutisch auf Touren zu bringen.“ (Berndt 2009: 12). Weitere jedoch unsystematisch registrierte Beiträge zum selben Thema erschienen z.B. in der Frauenzeitschrift Brigitte (vgl. Fuhlhorn & Stratenwerth 2009).

²⁷⁶ Es ist von 1,0 bis 1,9 Prozent „Dopern“ in der Gruppe der aktiv Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren die Rede (vgl. DAK Gesundheitsreport 2009: 60).

Kommunikationsmedium „Gesundheitsbroschüre“

Um mehr als nur ein Fallbeispiel unterzubringen, kam bei Experiment II eine zwölfseitige Broschüre zum Einsatz (s. Kapitel 6.4). Hierfür wurde auf ein einmal gefaltetes DIN A4-Format zurückgegriffen, wodurch die Broschüre DIN A5-Format erhielt. Auf der Vorderseite, deren Grundfarbe weiß gehalten war, fand sich im oberen Fünftel die Überschrift „Medikamente können süchtig machen...“ Darunter, auf dunkelrotem Grund und in weißer Schrift der Text „Kennen Sie die Gefahren der stillen Sucht?“²⁷⁷ Unterhalb des Textes und auf der linken Hälfte der Titelseite ist auf einem Foto eine junge Frau zu sehen. Dieses Bild im Zusammenspiel mit dem Text stellt den Furchtappell dar.

Kommunikationsstrategie Fallbeispiele

Wie schon mehrmals erwähnt, kamen in Experiment II mehrere Fallbeispiele zum Einsatz, deren Form und Aufbau sich an Experiment I sowie an der schon beschriebenen Studie „bella donna“ orientierten (s. Kapitel 5.1.1, vgl. ZüFAM 2004a, 2004b). Von den sechs Fallbeispielen waren jeweils drei weiblich und drei männlich. Sie entsprachen in etwa der Quotierung des Experiments (s. Kapitel 8.2.4 und Tabelle C.10 im Anhang). Zu Beginn der Broschüre waren zwei ältere Menschen dargestellt, die gefährdeter sind, an Medikamentensucht zu erkranken: „Gertrud L., 61 Jahre, Lehrerin“ und „Hermann K., 65 Jahre, Rentner“ (beide entsprechen der Quotierung 51 und älter). Es folgten zwei Personen mittleren Alters: „Susanne M., 31 Jahre, junge Mutter“ und „Stefan T., 32 Jahre, Informatiker“ (sie entsprechen der Quotierung 26-50 Jahre). Am Ende standen zwei junge Menschen: „Johannes B., 23 Jahre, Student“ und „Anna B., 16 Jahre, Schülerin“ (Quotierung 14-25 Jahre).²⁷⁸ Jedes Fallbeispiel bestand aus einem Foto,²⁷⁹ einer „Überschrift“ aus einem Statement in direkter Rede und der Darstellung des Schicksals der Person (vgl. auch Zillmann et al. 1992). Abbildung 13 zeigt exemplarisch ein Fallbeispiel der Broschüre (alle weiteren Fallbeispiele s. Tabelle C.2 und Abbildung C.1 im Anhang).

²⁷⁷ Er geht auf die oben erwähnte Aussage in einem Video der DHS zurück (vgl. DHS 2009a).

²⁷⁸ Es sollen prinzipiell alle Rezipienten auf Medikamentensucht aufmerksam gemacht werden. Darum sind auch weniger gefährdete Gruppen wie Männer und junge Menschen als Fallbeispiele vertreten.

²⁷⁹ Die Fotos der dargestellten Personen stammen aus dem Internet (s. Tabelle C.1) und waren jeweils für die positive und negative Version der Fallbeispiele identisch.

Abbildung 13: Experiment II – Exemplarische Darstellung des fünften Fallbeispiels

Positive Version	Negative Version
 <p data-bbox="459 703 793 748">Johannes B., 23 Jahre, Student „Gerade noch einmal gut gegangen“</p> <p data-bbox="459 757 742 1097">Johannes B. ist am Ende des Studiums angelangt. Er litt schon immer unter Prüfungsangst. Er war sogar bei einem Psychologen, der ihm für „Notfälle“ ein Beruhigungsmittel verschrieb. Mit dem Medikament fühlte sich Johannes B. sicherer. Doch vor einer wichtigen Prüfung dosierte er das Beruhigungsmittel zu stark und konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen. „Ich hatte einen totalen Black-out.“ So konnte es nicht weiter gehen. Mit Hilfe der Studienberatung organisierte er sein Studium neu und hatte wieder Zeit für Sport, Freizeit und Freunde. Da ihm nun auch mehr Zeit zur Prüfungsvorbereitung blieb, nahm seine Prüfungsangst ab.</p>	 <p data-bbox="849 703 1182 748">Johannes B., 23 Jahre, Student „Der Leistungsdruck war unerträglich“</p> <p data-bbox="849 757 1131 1090">Johannes B. ist am Ende des Studiums angelangt. Er litt schon immer unter Prüfungsangst. Er war sogar bei einem Psychologen, der ihm für „Notfälle“ ein Beruhigungsmittel verschrieb. Mit dem Medikament fühlte sich Johannes B. sicherer. Doch vor einer wichtigen Prüfung dosierte er das Beruhigungsmittel zu stark und konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen. „Ich hatte einen totalen Black-out.“ Um die geforderten Leistung zu erbringen, benötigte er eine immer höhere Dosis. Durch die lange Anwendung kam es zu bleibenden Leber- und Nierenschäden. Heute leidet er an einer Leberzirrhose und muss wöchentlich zur Dialyse.</p>

Fallbeispiel 5

Inhaltlich enthielt jedes Fallbeispiel neben der Darstellung der Ursachen für die Sucht auch Medikamente(n)typen), die für die Sucht verantwortlich sind sowie deren Suchtsymptome und Nebenwirkungen und die Beschreibung von Hilfsangeboten und Gegenmaßnahmen. Fotos und der Beginn des Textes jedes Fallbeispiels waren gleich. Lediglich das direkte Statement in Form der Überschrift und das Ende des Textes unterschieden sich in der positiven und negativen Form (s. Tabelle C.2 im Anhang). Dies entsprach der Studie von Hoeken & Geurts (2005). Hier wurde das Fallbeispiel ebenfalls von einem Bild begleitet und nur einige Passagen des Textes geändert, um aus einem erfolgreichen Fallbeispiel ein erfolgloses zu machen (vgl. Hoeken & Geurts 2005: 242).²⁸⁰ Außerdem wurde darauf geachtet, dass die positive und die negative Form in etwa dieselbe Anzahl an Wörtern enthielten (vgl. Chang 2007: 56). Am Ende waren die „überwiegend positiven“ und die „überwiegend negativen“ Broschürenversionen mit 1987 Wörtern exakt gleich lang. Die Version „ausgewogen“ enthielt mit 1979 Wörtern lediglich acht Wörter weniger. Allein die Kontrollversion hob sich mit fast einem Drittel weniger Wörtern ab. Da sie keine Fallbeispiele beinhaltete, umfasste sie

²⁸⁰ Die ersten vier Paragraphen des Fallbeispiels waren gleich, die Fallbeispiele unterschieden sich nur in den letzten beiden Paragraphen. Der gesamte Fallbeispieltext war in direkter Rede verfasst.

nur die 1235 Wörter des begleitenden Textes (s. Tabelle C.3 im Anhang). Die Broschürenversionen unterschieden sich bezüglich der Variation der Fallbeispiele wie folgt: Die Version „überwiegend positiv“ enthielt fünf positive und ein negativ formuliertes Fallbeispiel, die Version „überwiegend negativ“ ein positives und fünf negative Fallbeispiele und die Version „ausgewogen“ drei positive und drei negative Fallbeispiele (vgl. Zillmann et al. 1992, s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Experiment II – Zusammensetzung der Fallbeispiele in den Versionen

Fallbeispiel	Fallbeispiele „eher positiv“	Fallbeispiele „ausgewogen“	Fallbeispiele „eher negativ“
Gertrud L., 61 Jahre, Lehrerin	+	-	-
Hermann K., 65 Jahre, Rentner	-	-	+
Susanne M., 31 Jahre, junge Mutter	+	+	-
Stefan T., 32 Jahre, Informatiker	+	+	-
Johannes B., 23 Jahre, Student	+	-	-
Anna B., 16 Jahre, Schülerin	+	+	-

„+“ = Fallbeispiel in positiv formulierter Form; „-“ = Fallbeispiel in negativ formulierter Form

In einem kleinen Test wurden die Fallbeispiele – noch vor dem eigentlichen Pretest – vier Personen²⁸¹ vorgelegt, die sie auf Plausibilität und Aufmachung hin beurteilen sollten. Sie zweifelten die Glaubwürdigkeit der Fallbeispiele nicht an, konnten jedoch auf einige formale Fehler (Kommata, Rechtschreibung etc.) hinweisen.

Kommunikationsstrategie Furchtappell

Der dreistufige Furchtappell blieb – wie in Experiment I – auch in Experiment II erhalten, wurde jedoch von „positiv“, „neutral“ und „negativ“ zu „leicht“, „mittel“ und „stark“ verändert. Um ein geeignetes Bild für den Furchtappell auszuwählen, wurden viele Bilder zum Thema Medikamentensucht gesammelt. Sie unterschieden sich in ihrer Dramatik und Umsetzbarkeit. So fanden sich sehr harmlose Bilder, wie die Darstellung einzelner oder mehrerer Tabletten oder Pillen, aber auch dramatische Bilder, die Pillen von einer Skeletthand gehalten präsentierten. Außerdem ließen sich nicht alle Bilder gleich gut in den drei Stufen „leicht“, „mittel“ und „stark“ darstellen. Schließlich wurden 17 Bilder ausgewählt und in einem Pretest 13 Studentinnen und Studenten, die zuvor im Rahmen eines Seminars gelernt hatten, was genau unter einem Furchtappell zu verstehen ist, vorgelegt. Jedes der Bilder sollte zunächst in seiner Ausprägung als Furchtappell auf einer Skala von „harmlos bzw. leichter Furchtappell“ über „leicht negativ bzw. moderater Furchtappell“ bis zu „stark negativ bzw. starker Furchtappell“ eingestuft werden. Außerdem war zu bewerten, ob das Bild in allen drei Formen umsetzbar wäre. Durch das Anordnen der Bilder bzw. Motive, die als starker Furchtappell einge-

²⁸¹ Zwei Frauen und zwei Männern, im Alter von 26, 29, 54 und 59 Jahren.

stuft wurden, nach ihrer Häufigkeit, kristallisierten sich drei zentrale Motive heraus.²⁸² Zu diesen wurden in einem professionellen Fotostudio²⁸³ vier Bildserien gemacht. Alle vier Serien zeichnen sich – wie schon bei den in Experiment I verwendeten Furchtappellen – durch folgende Merkmale aus:

- Das Motiv ist identisch.
- Es ist jeweils derselbe Bildausschnitt zu sehen.
- Lediglich Gesichtsausdruck und Haltung der Frau variieren sowie die Anzahl der Tabletten, die von Bild zu Bild zunimmt.

Die schließlich ausgewählte Serie zeigt folgendes Szenario: In allen drei Furchtappellversionen sitzt dieselbe, etwa 30 Jahre alte, Frau in der Ecke eines Raumes auf einem grauen Betonboden. Sie lehnt an einer weißen Rauputzwand (links im Bild) und einer blauen Holztür (rechts im Bild). Sie trägt einen dunklen Pullover, dunkelblaue Jeans und dunkelbraune Winterstiefel und wirkt weder heruntergekommen noch besonders schick, sondern durchschnittlich gekleidet. Die Versionen unterscheiden sich in der dargestellten Verzweiflung der Frau und in der Menge der abgebildeten Medikamente, die im linken Vordergrund des Bildes liegen. Beim leichten Furchtappell ist der Gesichtsausdruck der Frau neutral, sie blickt nach vorn unten über die Medikamente hinweg. Es befinden sich ein Pillendöschen, eine geschlossene Medikamentenpackung, die kaum zu sehen ist, ein Blister aus dem einige Kapseln fehlen sowie drei lose Tabletten vor der Frau. Daneben liegt ein Beipackzettel. Beim mittleren Furchtappell hat die Frau ihren Kopf auf den linken Arm gestützt, außerdem befinden sich nun vier Pillendöschen und circa zehn lose Tabletten und Kapseln auf dem Bild. Der starke Furchtappell zeigt die Frau, wie sie sich mit beiden Händen die „Haare rauff“. Ihr Gesicht wirkt verzweifelt, der Mund ist ängstlich geöffnet. Vor ihr liegen viele lose oder in Dosen und Schachteln verpackte Tabletten und Kapseln. Außerdem steht ein Glas „Alkohol“²⁸⁴ daneben.

Ein weiterer Pretest prüfte, ob auch unbeteiligte Personen – und nicht nur Studenten, die zuvor gelernt hatten, was genau ein Furchtappell ist – die ausgewählte Serie als Furchtappell in verschiedenen Ausprägungen wahrnahmen. Sechs Personen sollten die drei Bilder in eine Rangfolge bringen²⁸⁵ und drei Fragen beantworten.²⁸⁶ Sie konn-

²⁸² 1) Medikamente lassen verzweifeln, dargestellt durch eine verzweifelte (weibliche) Person vor Tabletten. 2) Medikamente führen zum Tod, dargestellt durch Skeletteile. 3) Tabletten als Mahlzeit, dargestellt als Tabletten auf Tellern bzw. als Brotaufstrich oder direkt zum Mund geführt.

²⁸³ Studio Mauro Ghione, Friedrich-Eckart-Str. 30, 81929 München, <http://www.studio-mauro.de>

²⁸⁴ Was auf dem Bild wie ein Glas Whiskey wirkt, war beim Fotoshooting ein Glas Tee.

²⁸⁵ Vier weibliche und zwei männliche unbeteiligte Studenten beurteilten die Bilder am 04.12.2008 in der Cafeteria des IfKW. Vor jeder Befragung wurden die Bilder neu gemischt.

²⁸⁶ (1) „Was ist der erste Eindruck jedes einzelnen Bildes auf Sie? Können Sie Ihre Impressionen in circa drei Adjektiven oder Schlagwörtern zusammenfassen?“ (2) „Bitte bringen Sie nun die drei Bilder in eine Rangfolge: Welches der Bilder ist für Sie relativ neutral bzw. harmlos, welches leicht negativ und welches sehr negativ?“ (3) „In welcher Situation könnte sich die Frau befinden?“

ten sofort die „richtige“ also konzipierte Reihenfolge der unterschiedlich stark ausgeprägten Furchtappelle herstellen. Immerhin drei der sechs Befragten vermuteten eine Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit der abgebildeten Frau. Damit scheint die Serie neben den oben dargestellten Anforderungen eines Furchtappells in verschiedenen Intensitätsgraden (mit identischem Motiv, gleichem Bildausschnitt und einer Zunahme der dargestellten Medikamente sowie der Verzweiflung der abgebildeten Frau) auch bezüglich der wahrgenommenen Reihenfolge sowie Einordnung zur entsprechenden Thematik zu genügen. Am Ende sah der Furchtappell, eingebettet in die Titelseite, wie folgt aus (s. Abbildung 14):

Abbildung 14: Experiment II – Variation des Furchtappells



Bildquelle: Bild extra für die Broschüre gemäß den Erkenntnissen des „Pretests Furchtappell“ hergestellt.

Begleitender Text und summarische Realitätsbeschreibung

Im Rahmen von Experiment II wird nicht, wie in Experiment I, ein Fallbeispiel einer summarischen Realitätsbeschreibung gegenübergestellt. Das Forschungsinteresse bezieht sich auf die Kombination von verschiedenen Fallbeispielversionen mit unterschiedlich starken Furchtappellen. Die beiden Kommunikationsstrategien wurden hierzu in einen Text eingebettet, der bei allen Versionen identisch ist. Die Kontrollversion bestand nur aus diesem Text. Er setzte sich neben dem Titel „Medikamente können süchtig machen... Kennen Sie die Gefahren der stillen Sucht?“ aus einem kurzen Einführungstext und den Themenbereichen „Risikogruppen“, „Symptome“, „Gefahren“, „Sucht auf Rezept“, „Problematische Medikamente“, „Benzodiazepine“, „Therapie“ und „Hilfe“ zusammen. Kein Fallbeispiel befand sich allein auf einer Seite, es wurde immer von sachlichem Text begleitet (s. Abbildung C.1 im Anhang).

Die, wie in der Fallbeispielforschung üblich, am Anfang der Broschüre präsentierten summarischen Realitätsbeschreibungen lauteten: „Etwa 1,5 Millionen der 18- bis 59-Jährigen sind medikamentenabhängig.“ sowie „Neben den bereits Abhängigen sind

etwa 4,3 Prozent der Deutschen gefährdet medikamentensüchtig zu werden.“ Damit handelt es sich um eine konkrete, quantitative Zahlenangaben (s. Kapitel 3.2.1).

Weitere formale Aspekte der Broschüre

Neben den Kommunikationsstrategien Fallbeispiele und Furchtappell und dem begleitenden Text enthielt die Broschüre noch weitere Aspekte, die ihre Authentizität und Glaubwürdigkeit unterstreichen sollten. So gilt es als erwiesen, dass Unterstützung bei der aktiven Informationssuche, wie die Angabe von Ärzten, Hotlines, Selbsthilfegruppen oder Internetseiten, Selbstwirksamkeitserwartungen fördern können (Bonfadelli 2006: 85). Auf der ersten Seite der Broschüre befand sich deshalb ein Inhaltsverzeichnis, das die Themen²⁸⁷ mit der zugehörigen Seitenzahl auflistete. Außerdem enthielt sie einen Test,²⁸⁸ der die Glaubwürdigkeit der Broschüre erhöhen bzw. sie möglichst authentisch wirken lassen sollte (vgl. z.B. Gregory 2002: 77). Unter der Überschrift „Sind Sie gefährdet?“ fanden sich sechs einfache Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten waren (s. Abbildung C.1: 9 im Anhang).²⁸⁹ Die Auflösung dieses Selbsttests konnten die Leser jeweils auf der nächsten Seite der Broschüre finden. Daneben befand sich im letzten Kapitel der Broschüre zum Thema „Hilfe“²⁹⁰ ein Infokasten in dem eine Reihe von tatsächlichen Hilfsangeboten inklusive Kontaktdaten aufgelistet waren (vgl. ebd.). Explizit wurde auf folgende Organisationen verwiesen: „Städtische Drogenberatung München“, „Blaues Kreuz“ und „Caritasverband“. Schließlich sollte auch der fiktive Urheber der Broschüre ein angemessenes Image erhalten. Darum wurde die fiktive „Gesellschaft für gesundheitliche Aufklärung in Bayern“ auf der Titel- und Rückseite mit der (nicht existierenden) Adresse Dachauer Straße 368, 80993 München, Tel. 089-3354-658 präsentiert. Sie wurde durch kleines Logo, das sich aus drei aneinandergereihten roten Kästchen zusammensetzte, ergänzt. Die vollständigen Broschüren befinden sich im Anhang (s. Abbildung C.1 und Abbildung C.2 im Anhang).

8.2.3 Fragebogen und Konstrukte

Im Rahmen des zweiten Experiments kamen drei Fragebögen zum Einsatz. Den ersten Fragebogen sollten die Versuchspersonen unmittelbar vor der Rezeption der Broschüre ausfüllen, den zweiten direkt danach. Der dritte Fragebogen war zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre auszufüllen, um auch Langzeiteffekte zu erfassen (s. Abbildung C.3, Abbildung C.4 und Abbildung C.5 im Anhang).

Der erste Fragebogen setzte sich aus sieben Fragen auf fünf Seiten zusammen und erfasste Involvement, persönliche Betroffenheit, Vorwissen zum Thema und die Medi-

²⁸⁷ Risikogruppen, Symptome, Gefahren, Problematische Medikamente, Benzodiazepin, Therapie, Selbsttest und Hilfe.

²⁸⁸ Er befand sich auf Seite 5 (Version 10) bzw. Seite 9 (Versionen 1 bis 9).

²⁸⁹ Vergleichbar dem im Projekt „bella donna“ verwendeten Test (ZüFAM: 2004a).

²⁹⁰ Seite 6 (Version 10) bzw. Seite 10 (Versionen 1 bis 9).

ennutzung der Versuchspersonen. Die ersten beiden Seiten mit dem Titel der angeblichen Studie²⁹¹ und den Ausführungen zu Anonymität, Nichtkommerzialität und Vertraulichkeit entsprechen jenen in Experiment I (s. Kapitel 7.2.3). Die erste Frage, auf Seite drei des Fragebogens, erfasste das Vorwissen. Die Versuchspersonen sollten in einer offenen Frage einschätzen, wie viele Menschen in Deutschland an Medikamentensucht erkrankt sind. Um zugleich vom eigentlichen Thema abzulenken, war auch die Häufigkeit von Diabetes- und Alkoholkranken anzugeben (FB1, F1).

Die zweite Frage konzentrierte sich auf die Mediennutzung der Versuchspersonen bezüglich der Krankheiten Diabetes, Medikamentensucht und Alkoholsucht sowie allgemeiner Gesundheitsthemen. Hier konnten als Informationsquellen Presse, Broschüren, Fernsehen, Internet, Arzt, Apotheke und Bekannte angekreuzt werden, ergänzt durch die Antwortmöglichkeit „Nein, ich habe mich noch nicht informiert.“. So wurde das allgemeine Interesse der Versuchspersonen am Thema sowie an gesundheitlichen Themen im Allgemeinen erhoben (FB1, F2, vgl. auch Roski & Schikorra 2009: 110)²⁹².

Da persuasive Botschaften mit bereits vorhandenem Wissen konfundieren können (vgl. z.B. Barth 2000: 206), widmeten sich die nächsten beiden Fragen dem Vorwissen zu süchtig machenden Substanzen (FB1, F3). Außerdem war zu beurteilen, welche Substanzen körperlich abhängig machen (FB1, F4). Hier ging es darum, ob die Befragten den Wirkstoff Benzodiazepin²⁹³ und sein Suchtpotential kennen.²⁹⁴

Die letzten drei Fragen des ersten Fragebogens konzentrierten sich auf die persönliche Betroffenheit und das Involvement der Versuchspersonen. Frage fünf präsentierte vier Aussagen die das gesundheitliche Wohlergehen der Versuchspersonen auf einer fünfstufigen Likertskala (von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“) abfragten. Dabei standen die Aspekte Schmerzen, Medikamenteneinnahme und Stress im Vordergrund. Bei der sechsten Frage ging es um die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme, die von „alle paar Monate“, „ein bis mehrmals pro Monat“, „ein bis mehrmals pro Woche“, „täglich“ bis „mehrmals täglich“ abzustufen war (FB1, F5 und F6).²⁹⁵ Frage sieben entspricht dem ersten Item des SF-12. Der SF-12 ist ein Kurzinstrument, das auf einem längeren Fragebogen, dem SF-36 zur „Messung des subjektiven Gesundheitszustandes bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (Radoschewski & Bellach 1999: 191; Jenkinson 1989: 2) beruht. Auf die Frage, wie sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben würden, hatten die Versuchspersonen fünf Antwortmöglichkeiten, die von „schlecht“, über „weniger gut“, „gut“ und „sehr gut“ bis zu

²⁹¹ „Projekt ‚Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“.

²⁹² Roski & Schikorra (2009) hatten zusätzlich das Medium Radio mit abgefragt.

²⁹³ Benzodiazepine sind Arzneimittelwirkstoffe, die in Form von Entspannungs- und Beruhigungsmitteln (Tranquilizer) oder als Schlafmitteln (Hypnotika) verabreicht werden. Sie können zu Abhängigkeit führen (vgl. DHS 2011).

²⁹⁴ Bei der Frage wurde nachträglich die Antwortmöglichkeit „kenne ich nicht/weiß ich nicht“ eingefügt, da sich in den Pretests herausgestellt hatte, dass viele Personen den Wirkstoff Benzodiazepin nicht kennen.

²⁹⁵ Hier fehlt die Residualantwort „nie“. Dieser Mangel wurde durch den Pretest nicht aufgedeckt.

„ausgezeichnet“ reichen (FB1, F7).²⁹⁶ Tabelle C.4 im Anhang liefert einen Überblick zum ersten Fragebogen. Da ein Fragebogen, der vor der Rezeption des Stimulusmaterials ausgefüllt wird, immer auch die Gefahr einer „Pretest-Interaktion“ birgt, wurden außer den Fragen zum Vorwissen keine Fragen gestellt, die AVn der Untersuchung betreffen, da sie möglicherweise zu einer Veränderung der Stimuluswirkung beiträgt (vgl. z.B. Daschmann 2001: 218-219).

Erst im zweiten Fragebogen, der zehn Seiten umfasste und 27 Fragen beinhaltete, wurden AVn abgefragt. Die Fragen eins bis drei sowie die Frage sechs entsprachen den Fragen eins bis vier des ersten Fragebogens aus Experiment I (FB2, F1-3 und F6, sowie Experiment I FB1, F1-4). Sie betrafen die Aspekte „Bewertung der Broschüre“, „Erinnerung an das Foto“, „Beurteilung des Fotos“ und „Nutzung von Gesundheitsbroschüren“ und wurden auf den neuen Stimulus (Broschüre statt Flyer) und das andere Thema (Medikamentensucht statt Krebsgefahr) abgestimmt.

Frage vier ergänzte Frage drei und konzentrierte sich auf Emotionen, die der Furchtappell weckt. Da kein einheitliches Messinstrument existiert mit dem durch Furchtappelle geweckte Emotionen gemessen werden, wurde eine eigene Itembattery entwickelt (s. Tabelle C.5 im Anhang).²⁹⁷ Sie basiert auf dem „Multi-Dimensional Model of the Emotions“ (vgl. Plutchik 2003: 103-105, Plutchik 1991: 108-125), dem „Fragebogen zur Selbstbeschreibung des aktuellen emotionalen Gefühlszustandes (EMO 16, vgl. Schmidt-Atzert & Hüppe 1996) und verschiedenen Messinstrumenten zur Erfassung von Furcht (vgl. Ruiter et al. 2003a, Cho & Salmon 2006 und Aust & Zillmann 1996).²⁹⁸

Von den zwölf abgefragten Emotionen waren acht negativ und vier positiv. Bei den negativ konnotierten Emotionen taucht allein die Emotion Angst bei allen herangezogenen Quellen auf, da Angst typischerweise durch einen Furchtappell ausgelöst wird (vgl. Ruiter et al. 2003a) und zu den Basisemotionen zählt (vgl. Ulich & Mayring 2003: 132, Plutchik 2003: 103).²⁹⁹ Auf immerhin drei Skalen beruhen die Emotionen Ärger,

²⁹⁶ Diese Frage gilt im SF-12 als alleiniger Indikator des Konstrukts „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Darum wurde nur diese Frage zum Gesundheitszustand aufgenommen, da weitere Fragen zu sehr in die Tiefe gegangen wären (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998). Obwohl die Erfassung des Gesundheitszustandes mit einem validen und zugleich reliablen Messinstrument generell als schwieriges Unterfangen gilt (vgl. Oppenheim 1992), zählen SF-12 und SF-36 zu den meisterprobten Messinstrumenten in diesem Bereich (Radoschewski & Bellach 1999: 191). Selbst durch die Messung mit einer einzigen Frage zeigen sich konsistente Ergebnisse (vgl. Geyer 2008: 125). Zentral dabei ist die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogener Lebensqualität durch Patienten.

²⁹⁷ Verschiedene Skalen messen die Ängstlichkeit (Anxiety) der Befragten unabhängig von einem Stimulus und durch eine Vielzahl von Items – wie der Manifest Anxiety Scale (MAS, vgl. Taylor 1953: 50 Items; Kurzform s. Bending 1956: 20 Items) oder dem State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch & Lushene 1970: 20 Items). Diese Skalen sind zu umfangreich, um sie in die Untersuchung zu integrieren. Außerdem werden, in Anlehnung an Witte (1994), meist die folgenden Adjektive erfasst: verängstigt (frightened), angespannt (tense), nervös (nervous), ängstlich (anxious), unbehaglich (uncomfortable) und ekelerregend (nauseous, vgl. ebd.: 121, s. auch Cho & Salmon 2006: 94 oder Ordonana et al. 2009: 200, s. Kapitel 5.4.4). Diese Adjektive schienen für die vorliegende Untersuchung jedoch nicht passend.

²⁹⁸ S. Kapitel 5.2.1.

²⁹⁹ Neben Angst/Furcht zählen laut Mayring Zuneigung, gehobene Stimmung, Lust/Wonne, Erregung, Schmerz, Zorn/Wut zu den Basisemotionen. Auch wenn er betont, dass es keine Übereinstimmung darüber gibt, „how many emotions are basic, which emotions are basic, and why they are basic“ (vgl. Mayring: 133). Auch Plutchik sieht acht Basisemotionsdimensionen, die sich durch drei verschiedene Intensitäts-

Traurigkeit, Verstörtheit und sich Sorgen machen. Langeweile, die möglicherweise auf defensive Reaktionen der Versuchspersonen hindeuten könnte (s. Kapitel 5.7.2, vgl. auch Witte 1995: 244), basiert auf den beiden allgemeinen Emotionsskalen. Die beiden Items Hilflosigkeit und Bedrücktheit wurden durch die Autorin ergänzt. Erstere könnte ein Hinweis auf fehlende (wahrgenommene) Selbstwirksamkeit sein (vgl. auch Rutter et al. 2003a: 466), letztere lässt sich als Synonym für „bekümmert“ derselben Dimension wie „Traurigkeit“ bei Pluchnik (2003) zuordnen. Von den vier positiven Emotionen stammen „Interesse“ und „Überraschung“ aus den Emotionsskalen nach Pluchnik (2003) und Schmidt-Atzert (1996), während „Aufmerksamkeit“ als Synonym von „Anspannung“ von Cho & Salmon (vgl. 2006) abgeleitet wurde und „Motivation“ Aufschluss auf mögliche positive Wirkungen eines Furchtappells liefern sollte. Insgesamt wurden also zwölf Emotionen³⁰⁰ abgefragt und in Aussagesätze „verpackt“. Diese beziehen sich direkt auf das Foto, wie „Wenn man sich das Bild ansieht, bekommt man Angst“ (Item 6). Zusätzlich enthielt die Itembatterie zwei Aussagen, die als Treatment-Check dienen („Das Bild ist sehr negativ“ und „Das Foto ist relativ neutral“).

Frage 5 erfasste nochmals das Involvement bzw. das Interesse am Thema Gesundheit, mittels zwei Items (FB2, F5).

Ergänzend zu Frage 1, die nach der Beurteilung der vorgelegten Broschüre fragte, erfasste Frage 7, wie die Versuchspersonen gegenüber Gesundheitsinformation in Form von Broschüren generell eingestellt sind. Hierzu waren vier Adjektive (interessant, langweilig, informativ und negativ) mittels einer fünfstufigen Likertskala (von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ einzuordnen (FB2, F7).

Die achte Frage widmete sich Emotionen, die die Broschüre insgesamt – und nicht nur das Foto – ausgelöst hatte und stammt aus Experiment I (FB1, F5). Es wurden jedoch nur sieben Items, die sich direkt auf die Wirkung der Broschüre konzentrierten, übernommen.³⁰¹ Außerdem kamen zwei neue Items hinzu, die Kausalattribution (Item 7) und in der Broschüre erhaltene neue Information aufgriffen (FB2, F8). Dass die Kausalattribution der Versuchspersonen mit nur einem Item gemessen wird, wurde in anderen Studien erfolgreich belegt (vgl. Weiner 2006: 22-23). In Anlehnung an Hoeken & Hustinx (2007), die nach der Kausalattribution wie folgt fragten: „People suffering from AIDS usually have to blame themselves“ (Hoeken & Hustinx 2007: 602), lautete das

grade – also insgesamt 24 Emotionen – beschreiben lassen: Akzeptanz, Furcht, Überraschung, Traurigkeit, Ekel, Wut, Antizipation und Freude (diese acht entsprechen den Emotionen auf einem moderaten Level, Plutchik 2003: 104-105). Andere Forscher nennen nur sechs Basisemotionen (Wut, Ekel, Furcht, Freude, Traurigkeit und Überraschung, vgl. Sauter et al. 2010: 2408).

³⁰⁰ Interesse, Langeweile, Ärger, Hilflosigkeit, Angst, Trauer/Traurigkeit, Motivation, Aufmerksamkeit, Überraschung, Verstörtheit, Bedrücktheit und sich Sorgen machen.

³⁰¹ „Die geschilderte Situation medikamentenabhängiger Menschen nimmt mich persönlich mit.“, „Die dargebotenen Informationen finde ich angst- und besorgniserregend.“, „Wegen der Informationen in der Broschüre mache ich mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.“, „Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“, „Die Broschüre ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.“, „Das Schicksal von Medikamentensüchtigen macht mich traurig.“ und „Medikamentenabhängige Menschen tun mir leid.“

entsprechende Item „Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an ihrem Schicksal.“

Frage 9 erfasste die Einstellungen der Versuchspersonen mit acht Items, die exakt auf die möglichen Verhaltensintentionen (abgefragt in Fragen 12 und 13) hin ausformuliert wurden. Denn laut TRA (vgl. Ajzen & Fishbein 1980) geht einer Verhaltensintention, die dem tatsächlichen Verhalten vorgeschaltet ist, die entsprechende Einstellung voraus (vgl. Luszczynska & Sutton 2007: 75-77, Rossmann 2011: 12-23, s. FB2, F9).

Frage 10 widmete sich erneut der Wirkung der Broschüre, diesmal jedoch in Form projektiver Fragen. Auf diese Weise geben die Versuchspersonen nicht Auskunft über sich selbst sondern über andere „kranke Personen“. Dadurch lassen sich Verzerrungen aufgrund sozialer Erwünschtheit³⁰² vermeiden lassen und objektivere Antworten zu erwarten sind (vgl. Muthusamy et al. 2009: 326, FB2, F10).

Die elfte Frage war zugleich Treatment-Check und Bewertung der Fallbeispiele durch die Versuchspersonen. Hierfür wurden vier Items, die sich zur Beschreibung von Personen eigneten, aus Frage 1 zur Bewertung der Broschüre übernommen und ebenfalls in Form eines semantischen Differentials angeordnet. Dabei handelte es sich um die Adjektive vertrauenswürdig, überzeugend, glaubwürdig und interessant, die durch „realistisch“ ergänzt wurden (FB2, F11).

Die Fragen 12 und 13 erfassten die Verhaltensintentionen der Versuchspersonen. Verhaltensintentionen werden als starker Prädiktor für tatsächliches Verhalten angesehen (vgl. z.B. Fishbein 1975, Eagly & Chaiken 1993) und da, wie oben erwähnt, nach der TRA davon auszugehen ist, dass Verhaltensintentionen die entsprechenden Einstellungen vorausgehen müssen, wurden die Items exakt an jene aus Frage 9 angepasst. Die acht Items wurden auf zwei Fragen aufgeteilt, da drei Items neben der fünfstufigen Likertskala die zusätzliche Antwortmöglichkeit „Ich nehme keine Medikamente ein“ erhielten (FB2, F12 und 13).

Frage 14 stammte aus Experiment I, erfasste die persönliche Betroffenheit der Versuchspersonen und wurde etwas abgewandelt: Aus den separaten Fragen zu „Eltern“ und „Geschwistern“ entstand „einer meiner Familienangehörigen“, aus „Verwandtschaft“ und „Freunde“ wurde „eine Person, die ich kenne“. Außerdem kam die Residualantwort „Ich kenne niemanden, der medikamentensüchtig ist“ dazu (FB2, F14).

Die fünfzehnte Frage eruierte ebenfalls die Einstellung der Versuchspersonen, indem sie danach fragte, welche Medikamente sie auch ohne ärztliche Verschreibung einnehmen würden (FB2, F15).

Die Fragen 16 bis 19 erfassten das Wissen, das den Versuchspersonen durch die Broschüre vermittelt wurde. Zwei der Fragen waren offen formuliert und fragten danach,

³⁰² Nach Brosius et al. (2008) ist der „Auslöser für dieses Phänomen (...) die Tatsache, dass Befragte nur ungern eine sozial nicht akzeptierte Meinung äußern, mit der sie sich gegenüber der (vermuteten!) Mehrheitsmeinung isolieren.“ (ebd.: 100-101).

wo Betroffene Hilfe finden können (FB2, F16)³⁰³ und welche Medikamente Suchtpotential haben (FB2, F 19). Außerdem wurde erfasst, was genau Benzodiazepine sind (FB2, F 17) und welche Folgen Medikamentensucht haben kann (FB2, F18).

Die Fragen 20 bis 24 erfassten die vier Furchtappellaspekte. Indem die Versuchspersonen die Prozentzahl schätzten, wie viele Menschen in Deutschland medikamentensüchtig sind, wurde die wahrgenommene Ernsthaftigkeit bzw. allgemeine Risikowahrnehmung von Medikamentensucht abgefragt (FB2, F20).³⁰⁴ Die Frage nach der Chance, mit der richtigen Therapie die Sucht zu überwinden, erfasste das Konstrukt der Reaktionswirksamkeit – ebenfalls durch das Einfügen einer Prozentangabe (FB2, F21).³⁰⁵ Ehe die persönliche Risikowahrnehmung bzw. die wahrgenommene Anfälligkeit in Form einer Prozentzahl abgefragt wurde (FB2, F23), eruierte eine Filterfrage, ob die Versuchspersonen sich selbst als medikamentenabhängig einstufen oder nicht (FB2, F22).³⁰⁶ Die Selbstwirksamkeit wurde durch die Frage nach der eigenen Fähigkeit, den Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern, erfasst. Dies geschah in Form der schon bekannten Likertskala (von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“), ergänzt durch die Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.“ (FB2, F24).³⁰⁷

Die drei letzten Fragen erhoben die soziodemographischen Daten der Versuchspersonen: Alter, Geschlecht und Bildung (FB2, F25, 26 und 27).

Der dritte Fragebogen, den die Versuchspersonen zwei Wochen nach dem Experiment beantworten sollten, bestand aus 16 Fragen auf neun Seiten. Hier wurden allein die AVn Einstellungen, Wissen sowie die vier Furchtappellaspekte abgefragt.³⁰⁸ Bei Fragen mit mehreren Items wurde deren Reihenfolge geändert. Während im zweiten Fragebogen Verhaltensintentionen erfasst wurden, handelte es sich nun um das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen. Die Items waren – wieder im Sinne der TRA – exakt an diejenigen der Verhaltensintentionen und der Einstellungen angepasst. Außerdem kamen zwei weitere Fragen hinzu, die die Erinnerungen an das Foto bzw. den Furchtappell spezifizierten und danach fragten, was auf dem Bild dargestellt ist und warum das Foto in Erinnerung geblieben ist (FB3, F9-10).

Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Fragebogen 2 und 3. Im Anhang findet sich zudem eine Tabelle, die alle AVn und IVn sowie sonstige gemessene Konstrukte zusammenfassend darstellt (s. Tabelle C.8 im Anhang).

³⁰³ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird hier von „Erinnerung an Hilfsangebote“ gesprochen.

³⁰⁴ Dieser Aspekt entspricht der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Beispielhafte Formulierung hierzu: „I believe that Sleep Deprivation is a serious threat to my health“ (Averbeck et al. 2011: 44).

³⁰⁵ „I believe sleeping at least 7 hours a night works in preventing Sleep Deprivation“ (ebd.).

³⁰⁶ Dieser Aspekt entspricht der wahrgenommenen persönlichen Wahrscheinlichkeit des Auftretens „It is possible that I will develop Sleep Deprivation“ (ebd.: 44).

³⁰⁷ „I think I could easily sleep at least 7 hours a night to prevent Sleep Deprivation“ (ebd.).

³⁰⁸ FB2, F2, 9, 12-13 sowie 15-24.

Da im zweiten Experiment auch eine Kontrollversion an die Versuchspersonen ausgegeben wurde, die weder die Fallbeispiele noch den Furchtappell enthielt, mussten zusätzliche Fragebögen entwickelt werden, die die entsprechenden Fragen aussparten. Die Fragebögen waren für die Versuchsleiter auf der Titelseite speziell gekennzeichnet und dadurch leicht zu erkennen (Tabelle C.8 im Anhang zeigt, welche Fragen auch in den Fragebögen für die Kontrollversion enthalten waren). Da der erste Fragebogen keine Fragen zu den Fallbeispielen oder zum Furchtappell enthielt, konnte er einheitlich für alle Versuchspersonen verwendet werden.

Tabelle 16: Experiment II – Überblick Konstrukte aller Fragebögen

Abhängige Variablen	
Erinnerung	an das Foto: t2, Frage 2, t3, Frage 7-9 an Hilfsangebote: t2, Frage 16; t3, Frage 3
Wissen	Benzodiazepine: t2, Frage 17; t3, Frage 10 Folgen: t2, Frage 18, t3, Frage 13 Suchtpotential: t2, Frage 19, t3, Frage 6
Emotionale Reaktion ³⁰⁹	Emotionen ausgelöst durch FA/Foto: t2, Frage 4 Emotionen ausgelöst durch Broschüre insgesamt t2, Frage 8 ³¹⁰
Furchtappellkomponenten	Allgemeine Risikowahrnehmung: t2, Frage 20, t3, Frage 11 Persönliche Risikowahrnehmung: t2, Frage 23, t3, Frage 15 Reaktionswirksamkeit: t2, Frage 21, t3, Frage 12 Selbstwirksamkeit: t2, Frage 24, t3, Frage 16
Einstellungen	t2, Frage 9 + 15, t3, Frage 1 + 2
Verhaltensintention	t2, Fragen 12 + 13
Verhalten	t3, Fragen 4 + 5
Intervenierende Variablen	
Soziodemographie	t2, Fragen 22, 25 - 27
Nutzung von Gesundheitsbroschüren	t2, Frage 2 und 6
Involvement/Betroffenheit	t1, Fragen 5, 6, 7, t2, Fragen 5, 14
Gesundheitszustand	t1, Frage 6 + 7
Sonstiges	
Treatment-Check	Broschürenbewertung: t2, Frage 1, 7 und 10 Fotobewertung: t2, Frage 3 + Frage 4, Item 2 + 9 Bewertung Fallbeispiele: t2, Frage 11
Vergleichbarkeit der Gruppen ³¹¹	Vorwissen (Medikamentensucht) und Ablenkung: t1, Frage 1 Vorwissen (süchtig machende Substanzen): t1, Frage 3 + 4
Filterfrage	t2, Frage 22

t1: unmittelbar vor der Stimuluspräsentation, t2: direkt nach der Stimuluspräsentation, t3: zwei Wochen später

8.2.4 Pretest, Durchführung und Stichprobe

Abschließend werden der Pretest, die Durchführung von Experiment II und die Zusammensetzung der Stichprobe dargestellt.

Pretest Durchführung

Bevor die Broschüre und die drei bzw. fünf Fragebögen endgültig in den Druck gingen, wurde ein umfangreicher Pretest durchgeführt, um Qualität und Lesbarkeit der Broschüre sowie die Verständlichkeit der Fragebögen zu überprüfen. Außerdem konnten

³⁰⁹ Die emotionale Reaktion der Versuchspersonen wird in Experiment II als AV und IV angesehen (s. Kapitel 8.1).

³¹⁰ Hierunter fallen die Aspekte Betroffenheit, Empathie, Kausalattribution (gehört im Grunde zu den Einstellungen. Das Item passte aber besser in diese Itematterie und wird auch in diesem Zusammenhang ausgewertet), neue Information und Reaktanz.

³¹¹ Die Aspekte Nutzung von Gesundheitsbroschüren und Gesundheitszustand, die hier unter „Involvement“ aufgeführt sind, werden in der Auswertung auch zur Vergleichbarkeit der Gruppen betrachtet.

sich die Versuchsleiter so mit Durchführung und Ablauf des Experiments vertraut machen. Insgesamt testeten 30 Personen Fragebogen und Broschüre in der für die Untersuchung festgelegten Reihenfolge. So konnte jede Version dreimal kontrolliert werden. Jede Altersgruppe war zehnmal vertreten und 14 Frauen und 16 Männer nahmen am Pretest teil. Die Versuchsleiter waren angehalten sich an die „Instruktionen für die Interviewer“ (Abbildung C.8 im Anhang) zu halten. Zudem sollten sie Schwierigkeiten, Probleme oder Unstimmigkeiten notieren. Die Zeit wurde gestoppt, die die Personen zum Ausfüllen der einzelnen Fragebögen und zum Lesen der Broschüre benötigten. Im Anschluss daran waren einige Fragen zu Verständlichkeit der Fragen, Nachvollziehbarkeit der Skalierung, Glaubwürdigkeit der Fallbeispiele, Professionalität der Broschüre und sonstigen Auffälligkeiten mündlich zu beantworten.

Die Versuchspersonen benötigten durchschnittlich 37 Minuten, um Fragebogen 1 und 2 auszufüllen und zwischendurch die Broschüre zu lesen (s. Tabelle C.6 im Anhang).

Um die Qualität der Broschüre zu bewerten wurden drei Aspekte ausgewertet: die Bewertung der Broschüre (vgl. FB2, F1), die Erinnerung an den Furchtappell (FB2, F2) sowie die Bewertung des Furchtappells (FB2, F3 und F4).³¹² Die Broschüre wurde durchwegs gut bis sehr gut beurteilt (s. Tabelle C.7 im Anhang),³¹³ und immerhin 20 der 30 Pretestteilnehmer erinnerten sich an den Furchtappell auf der Titelseite. Unabhängig von der Furchtappell- und Fallbeispielversion wurde das Foto als passend zum Thema eingestuft (MW 3,9). Die Neutralität des Bildes, ob dieses typisch für einen Gesundheitsflyer sei und ob es ein negatives Bild ist, wurde indifferent beurteilt (MW 2,6, 3,2 und 3,1). Unterscheidet man jedoch danach, ob die Versuchspersonen einen leichten, mittleren oder starken Furchtappell sahen, dann zeichnet sich ein differenzierteres Bild ab.³¹⁴ Nun waren die Versuchspersonen, die den starken oder mittleren Furchtappell gesehen hatten, der Meinung „Das Foto passt gut zum Thema“ (MW 4,4 und 3,8), während Versuchspersonen, die den leichten Furchtappell sahen, eine indifferente Meinung zeigten (MW 3,3). Sie waren, wie Versuchspersonen, die den mittleren Furchtappell sahen, auch gegenüber der Neutralität des Bildes indifferent eingestellt (MW 3,0 und 2,7), während diesem Punkt mit einem starken Furchtappell nicht zugestimmt wurde (MW 2,0). Lediglich der leichte Furchtappell wurde als typisch für einen Gesundheitsflyer bewertet (MW 3,9), der mittlere hingegen „weder/noch“ (MW 3,3) und der starke Furchtappell als eher untypisch (MW 2,3). Diese Ergebnisse sprechen für eine angemessene Operationalisierung des Furchtappells. Einzig bezüglich

³¹² Hier aber nur die Treatment-Check-Items „Das Foto passt gut zum Thema“, „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“, „Das Bild ist sehr negativ“ und „Das Foto ist relativ neutral.“ (FB2, F3, Items 1 und 9, F4, FB2, Items 2 und 9).

³¹³ Nur beim Aspekt „überzeugend“ waren die Versuchspersonen eher unentschieden.

³¹⁴ Die Ergebnisse beruhen auf sehr kleinen Fallzahlen und sind darum weder auf eine Grundgesamtheit übertragbar noch statistisch aussagekräftig. Allerdings halfen sie bei der Beurteilung des verwendeten Furchtappells.

der Negativität des Bildes konnten keine Bewertungsunterschiede zwischen den Gruppen des Pretests festgestellt werden (s. Tabelle C.9 im Anhang).

Die Teilnehmer des Pretests stufte die Fragestellungen samt Skalierungen durchgängig als verständlich ein, beklagten jedoch die Länge der Fragebögen, weshalb diese gekürzt wurden (s. Abbildung C.9 im Anhang). Die Fallbeispiele wurden von den meisten Versuchspersonen als glaubwürdig beurteilt und teilweise gelobt. Nur wenige Versuchspersonen waren der Meinung, die Fallbeispiele seien zu klischeehaft und würden sich wiederholen. Diesem Vorwurf ist entgegenzuhalten, dass Fallbeispielen in ihrer „Stellvertreterfunktion“ immer eine gewisse Klischeehaftigkeit innewohnt, um für möglichst viele Menschen relevant und nachvollziehbar zu sein (s. Kapitel 5.4.2 bis 5.4.4). Obwohl die Broschüre für den Pretest als Schwarz-weiß-Ausdruck und ungebunden vorgelegt werden musste, wurde sie vom überwiegenden Teil der Versuchspersonen als professionell eingestuft. Darum kam die Broschüre unverändert in den Druck.

Durchführung

Es nahmen 300 Versuchspersonen an Experiment II teil. Sie wurden von 18 Versuchsleitern³¹⁵ rekrutiert und nach einer zuvor festgelegten Quotierung befragt. Damit sollte eine möglichst große, wenn auch künstliche Zufälligkeit erreicht und dennoch mögliche Wirkungsunterschiede bei unterschiedlichen Altersgruppen³¹⁶ und zwischen Männern und Frauen herausgefunden werden. Um mit den erhobenen Daten sinnvoll zu rechnen, sollten für jede der zehn Broschürenversionen mindestens 30 Personen befragt werden. Daraus ergaben sich folgende Anforderung an die Quotierung (s. Tabelle C.10 im Anhang):

- je Version 30 Befragte
- je Altersgruppe 100 Befragte
- je 150 weibliche und männliche Befragte

Ursprünglich war ein Erhebungszeitraum vom 18. Dezember 2008 bis 18. Januar 2009 veranschlagt. Dieser lange Zeitraum war nötig, da das Fragebogenexperiment über die Weihnachtsfeiertage, zudem bei drei unterschiedlichen Altersgruppen durchgeführt wurde. Außerdem nahm die Durchführung selbst mit circa 40 Minuten (Ausfüllen von Fragebogen 1, Lesen der Broschüre, Ausfüllen von Fragebogen 2) relativ viel Zeit in Anspruch. Nach Lehmkuhl (2006) kostet

„die Erhebung einer Vielzahl von Daten (...) Zeit. Befragte müssen schon ausnehmend gutwillig und motiviert sein, um, wie im hier vorliegenden Fall, einen Forscher in ihr

³¹⁵ 14 Teilnehmer des Kurses „Quantitative Methoden“ (Modul 251) im Wintersemester 2008/09 am IfKW der LMU München und drei Hilfskräfte des Instituts unterstützten die Autorin dieser Arbeit.

³¹⁶ Altersgruppe 1: 14 bis einschließlich 25 Jahre, Altersgruppe 2: 26 bis einschließlich 50 Jahre und Altersgruppe 3: 51 Jahre und älter.

Haus zu lassen, der ihnen durchschnittlich fast eine volle Stunde lang Fragen stellen darf.“ (ebd.: 13)

Gerade Versuchspersonen der dritten Altersgruppe ließen sich schwer rekrutieren, weshalb der Erhebungszeitraum bis 18. Februar 2009 ausgedehnt wurde. Wie zuvor im Pretest, sollten die Versuchsleiterinstruktionen (Abbildung C.8 im Anhang) einen möglichst einheitlichen Ablauf des Experiments gewährleisten. Entsprechend der Quotierung erhielten die Versuchspersonen eine der zehn Broschüren, die nur für die Versuchsleiter unterscheidbar waren.³¹⁷ Anschließend lasen sie die Broschüre, um abschließend den zweiten Fragebogen auszufüllen. Danach erhielt jede Versuchsperson einen Umschlag auf dem der jeweilige Versuchsleiter das genaue Datum³¹⁸ notierte, an dem dieser zu öffnen war. In dem Umschlag befand sich neben dem dritten Fragebogen auch ein frankierter Rückumschlag, in den der ausgefüllte Fragebogen gesteckt und an die Autorin dieser Arbeit geschickt werden sollte. Der genaue Ablauf des zweiten Experiments ist in Tabelle 17 dargestellt:

Tabelle 17: Experiment II – Ablaufdiagramm

Version	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10
t1	Fragebogen 1									Fragebogen 1
Stimulus	Rezeption (jeder Versuchsteilnehmer erhält eine Version der Broschüre)									
t2	Fragebogen 2									Fragebogen 2 „SR“
t3 (zwei Wochen später)	Fragebogen 3									Fragebogen 3 „SR“

Beschreibung der Stichprobe

Die 300 Versuchspersonen waren zwischen 15 und 84 Jahren und durchschnittlich 38,9 Jahre alt. Durch die Quotierung konnte eine hohe Einheitlichkeit erreicht werden, die allerdings nicht ganz den Vorgaben entsprach, da sich nicht jeder Versuchsleiter exakt an die Quotierung hielt. So waren 51 Prozent der Versuchspersonen weiblich und 49 Prozent männlich. Gruppen der verschiedenen Versionen unterschieden sich weder hinsichtlich der Gruppenstärke, die von 29 bis 31 Personen reicht, des Durchschnittsalters noch des Geschlechterverhältnisses (s. Tabelle C.11 im Anhang). Auch bezüglich der verschiedenen Fallbeispiel- und Bildversionen konnten weder für das Durchschnittsalter, das Geschlecht noch die Verteilung der Bildung nennenswerte Unterschiede durch Signifikantstests aufgedeckt werden (s. Tabelle 18). Es ist also davon auszugehen, dass die Gruppenunterschiede im Ergebnisteil von der Verteilung der Stichprobe unabhängig sind.

³¹⁷ Auf der Rückseite der Broschüren befand sich eine Telefonnummer, deren Durchwahl der jeweiligen Version entsprach. Somit reichte die Durchwahl von -01 für Version 1 bis -10 für Version 10.

³¹⁸ Exakt zwei Wochen nach der Rezeption der Broschüre.

Tabelle 18: Experiment II – Verteilung der Stichprobe (t1+t2)

	Fallbeispielversion			Kontroll- version (n=30)	Furchtappellversion			Kontroll- version (n=30)
	eher positiv (n=88-89)	ausge- wogen (n=88-90)	eher negativ (n=88-91)		leicht (n=87-91)	mittel (n=89-90)	stark (n=88-89)	
Alter (AM)	37,7	39,0	39,7	39,5	38,6	39,3	38,7	39,5
Geschlecht								
weiblich (%)	29,4	30,7	28,8	11,1	30,7	28,1	30,1	11,1
männl. (%)	29,9	29,3	32,0	8,8	29,9	32,0	29,3	8,8
Bildung ¹								
kein Abitur (%)	29,0	33,0	27,0	11,0	33,0	28,0	28,0	11,0
Abitur (%)	30,8	27,4	30,8	11,1	28,2	30,8	29,9	11,1
Hochschul- abschluss (%)	29,9	29,9	32,5	7,8	27,3	32,5	32,5	7,8

Basis: n=300.

Anmerkung: Signifikantstests: Chi² bei Geschlecht und Bildung, einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter

Für alle Tests gilt: p>0,85

¹ n=294

195 Personen im Alter von 15 bis 84 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 40,9 Jahren, sendeten den dritten Fragebogen ausgefüllt zurück. Das entspricht einem Anteil von 65,1 Prozent. Davon waren etwas weniger Frauen als Männer (49 versus 51 Prozent). Die Gruppenstärke der verschiedenen Versionen lag zwischen 17 und 21 Personen, lediglich Version 9 fiel mit 14 Versuchspersonen aus dem Rahmen (s. Tabelle C.12 im Anhang).

Tabelle 19: Experiment II – Verteilung der Stichprobe (t3)

	Fallbeispielversion			Kontroll- version (n=21)	Furchtappellversion			Kontroll- version (n=21)
	eher positiv (n=60-61)	ausge- wogen (n=57-59)	eher negativ (n=52-55)		leicht (n=57-60)	mittel (n=57-58)	stark (n=55-57)	
Alter (AM)	38,7	40,9	42,5	42,8	40,8	40,3	40,8	42,8
Geschlecht								
weiblich (%)	29,2	31,3	26,0	13,5	32,3	21,9	32,3	13,5
männl. (%)	33,3	28,3	30,3	8,1	29,3	37,4	25,3	8,1
Bildung ¹								
kein Abitur (%)	29,3	29,3	29,3	12,2	35,4	25,6	26,8	12,2
Abitur (%)	34,5	31,0	22,4	12,1	31,0	29,3	27,6	12,1
Hochschul- abschluss (%)	32,0	30,0	30,0	8,0	20,0	38,0	34,0	8,0

Basis: n=195.

Anmerkung: Signifikantstests: Chi² bei Geschlecht und Bildung, einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter

Für alle Tests gilt: p>0,51, Ausnahme Verteilung bei Geschlecht auf die Bildversion: p=0,099

¹ n=190

Hinsichtlich der verschiedenen Fallbeispiel- und Bildversionen waren für das Durchschnittsalter, die Geschlechtsanteile und die Bildung keine signifikanten Unterschiede

auszumachen (s. Tabelle 19).³¹⁹ Somit ist auch für den dritten Messzeitpunkt mit Ergebnissen zu rechnen, die von der Verteilung der Stichprobe unabhängig sind.

8.3 Ergebnisse

Nun werden die Hypothesen und Forschungsfragen der Reihe nach analysiert. Um Unterschiede zwischen den verschiedenen Fallbeispiel- und Bildversionen aufzudecken, wurden vor allem einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) gerechnet. Ausnahmen hierzu bilden die Auswertung des Vorwissens und des tatsächlichen Wissens zu süchtig machenden Medikamenten (s. Kapitel 8.3.2, 8.3.3.1 und 8.3.3.3), bei denen Chi²-Tests verwendet wurden sowie Interaktionseffekte, bei denen zweifaktorielle Varianzanalysen zum Einsatz kamen (s. Kapitel 8.3.3.2 und 8.3.3.4). Welches Verfahren jeweils verwendet wurde, ist in der Legende jeder Tabelle ersichtlich.

8.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials

Wie schon bei Experiment I sollte auch für das zweite Experiment möglichst professionell wirkendes Stimulusmaterial, diesmal in Form einer Broschüre, hergestellt werden, das von allen Experimentalgruppen in derselben Weise wahrgenommen wird. Erneut hatten die Versuchspersonen die Broschüre insgesamt sowie das verwendete Foto (Furchtappell) und diesmal außerdem die Fallbeispiele zu evaluieren.

Bewertung der Broschüre insgesamt

Die Broschüre insgesamt war mit denselben Gegensatzpaaren, die schon in Experiment I verwendet wurden, zu bewerten (FB2, F1, s. auch Kapitel 7.3.1). Da sich beim Prüfen der Reliabilität ein Cronbachs Alpha von 0,89 ergab, konnte ein Mittelwertindex gebildet werden. Um Unterschiede bei der Bewertung der Broschüre im Hinblick auf die beiden UVn Fallbeispielversion und Bildversion zu ermitteln, kamen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zum Einsatz. Mit einem Mittelwert von 3,9 wurde die Broschüre deutlich positiver beurteilt als im ersten Experiment. Somit wurde eine professionell wirkende Broschüre geschaffen, die bei den Versuchspersonen gut ankam. Die positive Beurteilung erstreckte sich über alle Experimentalgruppen: Weder aufgrund der Fallbeispiel- noch aufgrund der Furchtappellversion zeigten sich Unterschiede in der Bewertung der Broschüre.³²⁰ Damit lassen sich Unterschiede in den AVn auf den Stimulus und nicht auf dessen unterschiedliche Bewertung zurückführen.

³¹⁹ Lediglich bei der Bildversion zeigte sich beim Geschlecht in Verbindung mit einem leichten Furchtappell ein höherer Anteil an Männern und beim starken Furchtappell ein niedrigerer Anteil an Männern als bei den anderen Gruppen. Entsprechend ist der Anteil der Frauen beim leichten Furchtappell niedriger und beim starken Furchtappell höher als bei den anderen Gruppen. Doch auch dieses Ergebnis ist nicht signifikant.

³²⁰ Fallbeispielversion (MW positiv 3,9, ausgewogen 4,0, negativ 3,9, F 0,36), Furchtappellversion (MW leicht 4,0, mittel 3,9, stark 3,9, F 0,18).

Treatment-Check Bild (Furchtappell)

Lediglich 144 Versuchspersonen, die sich zuvor an den Furchtappell erinnert hatten, konnten diesen bewerten.³²¹ 126 Personen konnten sich nicht an das Foto erinnern und waren darum aus der Analyse ausgeschlossen. Auch Personen, die die Kontrollversion (Version 10) lasen, fallen aus der Analyse heraus, da sie keinen Furchtappell gesehen hatten. Als allgemeiner Treatment-Check für das Bild diente erneut und in Anlehnung an Keller (2008) das Item „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus“. Die Versuchspersonen stimmten dieser Aussage nur zum Teil zu (MW 3,3). Der erwartete Effekt zeigte sich nur für die Fallbeispielversion: Die verschiedenen Gruppen unterschieden sich nicht. Die verschiedenen Furchtappellversionen riefen jedoch einen Unterschied hervor (s. Tabelle D.1 im Anhang). Versuchspersonen, die den mittleren Furchtappell sahen, stimmten der Aussage am deutlichsten, Versuchspersonen, die den leichten Furchtappell sahen, am wenigsten zu. Dazwischen liegen Versuchspersonen, die den starken Furchtappell gesehen hatten.

Außerdem wurde überprüft, ob die unterschiedlichen Experimentalgruppen das eingesetzte Bild entsprechend der Vorüberlegungen unterschiedlich wahrnahmen. So sollte das Foto auf Versuchspersonen, die Bilder mit unterschiedlicher Bildvalenz gesehen hatten, durchaus einen Einfluss haben. Dafür konnte diesmal über die einzelnen Treatment-Check-Items hinweg ein Index gebildet werden ($CA=0,75$).³²² Doch die Gruppen unterschieden sich weder aufgrund der unterschiedlichen Fallbeispiel- noch Bildversionen (s. Tabelle D.1 im Anhang). Durchschnittlich wurde das Bild teilweise als typisch für eine Gesundheitsbroschüre eingestuft (MW 3,3, Tendenz zu „trifft eher zu“). Das Gleiche gilt für die Indexvariable (MW 3,4). Das bedeutet, dass anders als bei Experiment I diesmal vor allem die Aussage „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“ durch die unterschiedlichen Furchtappellversionen beeinflusst wurden, während die Indexvariable keinerlei Mittelwertunterschiede, weder auf Basis der unterschiedlichen Broschürenversionen noch auf Grundlage der beiden UVn Fallbeispiel- und Bildversion, hervorgerufen kann.

Zusätzlich wurden zwei Items zur Wahrnehmung des Bildes überprüft. Hier zeigte sich, dass die unterschiedlichen Fallbeispielversionen keinen Einfluss auf die Wahrnehmung der Aussagen „Das Bild ist sehr negativ“ und „Das Foto ist relativ neutral“ (FB2, F4, Items 2 und 9) hatten, während die unterschiedlichen Bildversionen Unterschiede hervorriefen. So nahmen Versuchspersonen, die den starken Furchtappell sahen, das Bild

³²¹ Items: „Das Foto passt gut zum Thema.“, „Das Foto zeigt, wie es Menschen mit Medikamentensucht gehen kann.“, „Das Foto ist ein typisches ‚Krankheitsbild‘.“, „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“ und „Das Foto bildet die Realität ab.“ (FB2, F3, Items 1, 3, 4, 9 und 11).

³²² Items 1, 3, 4 und 11 (FB2, F3), s. vorhergehende Fußnote.

weniger neutral wahr als diejenigen Versuchspersonen, die die anderen beiden Versionen sahen ($p=0,001$). Zumindest tendenziell nahmen sie das Bild auch negativer wahr (MW 3,5 vs. 3,0 und 3,2, s. Tabelle D.1 im Anhang).

Zur Überprüfung der Reaktanz auf den Furchtappell konnten ebenfalls nur diejenigen Versuchspersonen Aufschluss liefern, die sich zuvor an diesen erinnert hatten (144, FB2, F3). Ein Mittelwertindex der Reaktanzitems³²³ konnte erst gebildet werden, nachdem das Items „Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern“ ausgeschlossen wurde (CA=0,76 zuvor CA=0,60). Das ausgeschlossene Item wird nun einzeln aufgeführt. Durchschnittlich lag die Reaktanz gegenüber dem Foto auf niedrigem Niveau (MW 2,0). Etwas höher fiel der Wert bezüglich der gedrängten Verhaltensänderung aus (MW 2,5, s. Tabelle D.2 im Anhang). Der gewünschte Effekt zeigte sich sowohl in Bezug auf die Indexvariable als auch auf die Einzelvariable: Die Werte unterscheiden sich weder aufgrund der Fallbeispiel- noch der Bildversion.

Bewertung der Fallbeispiele

Im Gegensatz zu Experiment I waren diesmal die Fallbeispiele zu bewerten (FB2, F11). Die fünf Gegensatzpaare konnten per Mittelwertindex verdichtet werden (CA=0,85). Mit einem Mittelwert von 3,6 wurden die Fallbeispiele positiv beurteilt. Die positive Beurteilung erstreckt sich über alle Experimentalgruppen: weder die Fallbeispiel- noch die Bildversion konnten Unterschiede provozieren.³²⁴

Zusammenfassung Bewertung des Stimulusmaterials

Die Bewertung der Broschüre insgesamt, die Bewertung des Fotos und die dahinterstehende Reaktanz auf das Bild sowie die Bewertung der Fallbeispiele wiesen keine Unterschiede in Abhängigkeit von Fallbeispiel- oder Bildversion auf. Darum kann man davon ausgehen, dass die beobachteten Unterschiede in den AVn von der Variation der Fallbeispiel- und Bildversion abhängen. Auch die Indexvariable zum Treatment-Check des Furchtappells führte nicht zu – den in diesem Fall erwarteten – Unterschieden. Anders das Item zum allgemeinen Treatment-Check für das Bild: Hier zeigten sich Unterschiede, die aber keinen Einfluss auf Unterschiede bei den AVn haben, denn eine unterschiedliche Zustimmung zur Aussage „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre (...)“ kann durchaus durch den Einsatz unterschiedlich intensiver Furchtappelle beeinflusst werden. Und so ist es nicht verwunderlich, dass hier der leichte Furchtappell am wenigsten Zustimmung erfuhr.

³²³ „Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern“, „Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsbroschüren nerven“, „Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts“ und „Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern“ (s. FB2, F3, Items 5, 6, 8 und 10).

³²⁴ Textversion (MW positiv 3,6, ausgewogen 3,7, negativ 3,5, F 1,70), Bildversion (MW leicht negativ 3,7, negativ 3,6, sehr negativ 3,5, F 0,70).

8.3.2 Vergleichbarkeit der Gruppen

Neben der Bewertung des Stimulusmaterials wurden, im Gegensatz zu Experiment I, noch eine Reihe weiterer Variablen erhoben, um die Vergleichbarkeit der Gruppen zu kontrollieren. Sie werden in folgender Reihenfolge vorgestellt: Mediennutzung, Vorwissen, Gesundheitszustand und Involvement der Versuchspersonen.

Mediennutzung

Wie im Methodenteil zu Experiment II erwähnt, wurde diesmal ein Thema ausgewählt, bei dem das Wissen der Versuchspersonen möglichst gering sein sollte. Ein Indikator für das Wissen zu einem bestimmten Thema ist das Informationsverhalten der Personen (FB1, F2).³²⁵ Die Vermutung zum Thema Medikamentensucht bestätigte sich: Die Versuchspersonen hatten sich durchschnittlich bislang kaum bzw. in weniger als einem der genannten Medien zum Thema Medikamentensucht informiert (MW 0,8), während sie zu Gesundheitsthemen im Allgemeinen deutlich besser informiert waren (MW 2,7).³²⁶ Daneben zeigte sich, dass sich die Versuchspersonen zu den Themen Diabetes, Medikamentensucht, Alkoholsucht und allgemeinen bzw. zu anderen Gesundheitsthemen vor allem im Fernsehen informieren (MW 1,5, das entspricht 1,5 der vier Themen). Fast ebenso häufig informieren sie sich über Presseerzeugnisse (MW 1,3) und über Bekannte (MW 1,1). Personen aus dem Umfeld scheinen damit wichtige Informationsquellen in Bezug auf die vier Gesundheitsthemen zu sein. Danach folgten mit einem Wert von 0,8 Broschüren. Sie lagen damit gleich auf mit dem Internet und deutlich vor Gesprächen mit Arzt und Apotheker (MW 0,7 und 0,3, s. Tabelle D.3 im Anhang). Das zeigt, dass Broschüren nach wie vor als relevantes Informationsmedium wahrgenommen werden, obwohl die Versuchspersonen, explizit nach der Nutzung von Gesundheitsbroschüren gefragt angeben, dass sie sie relativ selten nutzen (FB2, F6). Ein Mittelwert von 0,6 entspricht weniger als ein oder zwei Broschüren in den letzten vier Wochen, was sich aber durch die Verfügbarkeit von Gesundheitsbroschüren erklären lässt: In Regel hat man nur bei gewissen Stellen (wie Arzt, Apotheke oder Krankenkasse) oder das gezielte Herunterladen aus dem Internet, die Möglichkeit eine solche Broschüre zu lesen. Nur selten werden sie den Menschen direkt zugeschickt. Wie einfaktorielle Varianzanalysen zeigten, unterschieden sich die Versuchspersonen weder bezüglich ihres Informationsverhaltens zu den Themen Medikamentensucht und

³²⁵ Die Versuchspersonen sollten anzukreuzen, in welchen Medien (Presse, Broschüren, Fernsehen, Internet, Arzt, Apotheke und Bekannte) sie sich zu den Themen Diabetes, Medikamentensucht, Alkoholsucht und allgemeinen bzw. zu anderen Gesundheitsthemen schon einmal informiert hatten. Insgesamt waren je Thema zwischen null und sieben Punkten zu erreichen. Um darzustellen, welche der genannten Informationsmöglichkeiten wie häufig genutzt werden, wurden neue Variablen berechnet. Sie geben jeweils wieder, wie häufig sich die Versuchspersonen über die einzelnen Informationswege informiert haben. Es konnten Werte von 0 „für keines der Themen informiert“ bis „4“ „für alle vier Themenbereiche informiert“ erreicht werden.

³²⁶ Eine höhere Zahl an konsumierten Medien lässt sich als Interesse interpretieren (vgl. Borch 2009: 72).

allgemeinen Gesundheitsthemen noch in ihrer Broschürenutzung in Bezug auf die Fallbeispiel- oder Bildversion (s. Tabelle D.4 im Anhang).

Vorwissen: Medikamentensucht

Immer wieder wird das Vorwissen als bedeutende IV beschrieben (vgl. z.B. Zillmann et al. 1992, Averbek et al. 2011), aus diesem Grund wurde es in Experiment II mit erfasst. Bei der offen formulierten Frage nach der Verbreitung von Medikamentensucht (FB1, F1) schätzten die Versuchspersonen diese auf 16 Prozent.³²⁷ Dabei zeigten sich in Varianzanalysen (nach Duncan) sowohl für die Fallbeispiel- als auch für die Bildversion Unterschiede. So schätzte die Versuchsgruppe, die anschließend die Broschüre mit den eher positiven Fallbeispielen vorgelegt bekam, das Risiko am geringsten ein (14 Prozent). Die Kontrollgruppe vermutete das höchste Risiko (21 Prozent), während die beiden anderen Experimentalgruppen mit ihrer Einschätzung dazwischen lagen („ausgewogen“: 16 Prozent und „eher negativ“: 17 Prozent). Bei den unterschiedlichen Bildversionen schätzte die Versuchsgruppe, die die Broschüre mit dem starken Furchtappell bekommen hatte, das Risiko am geringsten ein (13 Prozent) und hob sich damit deutlich von der Kontrollgruppe mit 21 Prozent Risikoeinschätzung ab. Die Versuchsgruppen mit dem leichten und dem mittleren Furchtappell lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (beide 17 Prozent, s. Tabelle D.5 im Anhang). Diese Gruppenunterschiede gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zur allgemeinen Risikowahrnehmung zu beachten (s. Hypothese 1 und 4).

Vorwissen: süchtig machende Substanzen

Das später durch die Broschüre vermittelte Wissen wurde zum Teil im ersten Fragebogen, der noch vor dem Lesen der Broschüre auszufüllen war, abgefragt (FB1, F3-4).³²⁸ Immerhin 94 Prozent der Versuchspersonen wussten, dass Schmerzmittel süchtig machen können, obwohl sie sich, wie oben dargestellt, kaum zum Thema Medikamentensucht informieren. Ähnlich hoch lag das Wissen bei Aufputzmitteln, die von durchschnittlich 90 Prozent mit Suchtpotential in Zusammenhang gebracht wurden. Deutlich niedriger lagen die Einschätzungen bei Hustensaft und Hormonpräparaten (45 und 31 Prozent). Nur bezüglich der Schmerzmittel unterschieden sich die Gruppen und zwar bei der Fallbeispielversion. So schätzten Versuchspersonen, die die eher positiven Fallbeispiele gelesen hatten, vor dem Lesen der Broschüre das Suchtpotential von

³²⁷ Spannweite von 0,09 bis 90 Prozent. Auch die Verbreitung von Diabetes und Alkoholsucht werden relativ hoch eingeschätzt. Diabetes bei einer Spannweite von 0,8 bis 80 Prozent durchschnittlich mit 22,1 Prozent der deutschen Bevölkerung, Alkoholsucht bei einer Spannweite von 0,5 bis 100 Prozent durchschnittlich 19,3 Prozent (FB1, F1, Items 1 und 3).

³²⁸ Zum einen konnten die Versuchspersonen zehn verschiedene Substanzen als süchtig machend ankreuzen. Vier davon wurden später in der Broschüre explizit genannt: Schmerzmittel, Hustenmittel, Aufputzmittel und Hormonpräparate (FB1, F3). Zum anderen sollten sie für insgesamt fünf Substanzen angeben, ob sie körperlich abhängig machen. Relevant dabei war das zweite Item zum Wirkstoff Benzodiazepin (FB1, F4).

Schmerzmitteln deutlich niedriger ein als Versuchspersonen, die später die eher negativen Fallbeispiele präsentiert bekamen. Die Versuchspersonen, die anschließend die ausgewogenen Fallbeispiele oder die Kontrollversion lasen, lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen ($p=0,034$). Darauf muss bei der Interpretation der Ergebnisse zu diesem Aspekt geachtet werden. Bei den anderen Präparaten unterscheiden sich die Gruppen weder hinsichtlich der Fallbeispiel- noch der Furchtappellversion. Dasselbe gilt für die Einschätzung der Schmerzmittel durch die verschiedenen Furchtappellversionen, so dass zumindest hier von keinem Einfluss der Variablen auf die Ergebnisse der Haupteffekte aufgegangen werden kann. Am wenigsten bekannt war, dass der Wirkstoff Benzodiazepin eine stark körperlich abhängig machende Substanz war. Im Durchschnitt wussten das nur 20 Prozent der Versuchspersonen. Hier zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (s. Tabelle D.6 im Anhang).

Gesundheitszustand der Versuchspersonen

Auch der Gesundheitszustand der Versuchspersonen wurde vorab evaluiert.³²⁹ Über alle Gruppen hinweg waren die Versuchspersonen in den letzten zwei Monaten „teils/teils“ mit Tendenz zu „trifft weniger zu“ krank, mussten Medikamente einnehmen oder fühlten sich wegen Stress überlastet (MW 2,7, 2,6 und 2,5). Die Aussage „(...) habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können“ wurde durchgängig abgelehnt (MW 1,3). Im Durchschnitt nahmen die Versuchspersonen „ein bis mehrmals im Monat“ Medikamente ein (MW 2,0) und beschrieben ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ (MW 3,5). Weder die Fallbeispiel- noch die Furchtappellversionen betreffend zeigten sich signifikante Unterschiede (s. Tabelle D.7 im Anhang).

Involvement der Versuchspersonen

Neben dem Gesundheitszustand und dem Vorwissen war auch das Involvement der Versuchspersonen von Interesse. Hier war anzugeben, ob man sich für Gesundheitsthemen interessiert und ob man sich als gesundheitsbewussten Menschen einstuft (FB2, F5). Es zeigte sich, dass sich die Stichprobe insgesamt sehr für Gesundheitsthemen interessiert (MW 3,5) und sich als gesundheitsbewusst einstuft (MW 3,7). Bezüglich der verschiedenen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen konnten keine Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen festgestellt werden (s. Tabelle D.8 im Anhang).

³²⁹ Zunächst waren dafür vier allgemeine Aussagen zu Schmerzen, Medikamenteneinnahme, Stress und Tablettenkonsum bei Belastungen zu beantworten (FB1, F5). Eine Verdichtung dieser Aussagen war nicht möglich (CA=0,63), weshalb sie einzeln betrachtet werden. Außerdem sollten die Versuchspersonen detailliert angeben, wie häufig sie Medikamente einnehmen (FB1, F6) und ihren Gesundheitszustand nennen (FB1, F7).

Zusammenfassung Vergleichbarkeit der Gruppen

Die Versuchspersonen in den verschiedenen Experimentalgruppen unterschieden sich nicht in ihrer Mediennutzung, bezüglich ihres Gesundheitszustandes, ihres Involvements oder ihres Vorwissens zu süchtig machenden Substanzen (mit Ausnahme von Schmerzmitteln). Darum kann man davon ausgehen, dass die gemessenen Unterschiede bei den AVn von diesen Aspekten unabhängig sind. Anders jedoch beim Vorwissen zu Medikamentensucht und beim Vorwissen zum Suchtpotential von Schmerzmitteln: Hier zeigten sich Unterschiede für die verschiedenen Experimentalgruppen, die es – wie oben schon erwähnt – bei der Interpretation der Ergebnisse zur allgemeinen Risikowahrnehmung sowie beim Wissen zu süchtig machenden Medikamenten zu beachten gilt.

8.3.3 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen

Nun werden die Hypothesen und Forschungsfragen beantwortet. Jeweils zu Beginn der bearbeiteten Hypothese oder Forschungsfrage wird diese wiederholt.

8.3.3.1 Einfluss mehrerer Fallbeispiele

Zunächst wird der Einfluss mehrerer Fallbeispiele auf Erinnerung, Wissen und emotionale Reaktion (Forschungsfrage 1), allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten (Hypothese 1) sowie Reaktions- und Selbstwirksamkeit und die Einstellungen der Versuchspersonen (Hypothese 2) untersucht.

Einfluss der Fallbeispiele auf Erinnerung und Wissen

Die Forschungsfrage 1a widmet sich dem Einfluss der Valenz mehrerer Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Broschüren hinsichtlich Erinnerung und Wissen der Versuchspersonen. Im Folgenden wird zwischen Erinnerung an Hilfsangebote, Wissen zu Benzodiazepin, den Folgen von Medikamentensucht und zu süchtig machenden Medikamenten unterschieden.³³⁰

Neu – im Gegensatz zu Experiment I – war eine Erinnerungsfrage nach den Hilfsangeboten, die in der Broschüre erwähnt wurden (FB2, F16).³³¹ Nur 214 Versuchspersonen

³³⁰ Die Erinnerung an den Furchtappell (Fotoerinnerung) wird hier, im Gegensatz zu Experiment I, nicht untersucht, da sich der Furchtappell nicht über den Fallbeispielen sondern auf der Titelseite befand.

³³¹ Um die offen gestellte Frage auszuwerten, wurden die in der Broschüre genannten Hilfsangebote als Einzelvariablen mit den Ausprägungen „0“ „nicht erwähnt“ und „1“ „erwähnt“ erfasst. Dabei wurde zwischen Hilfsangeboten, die im Text, in der Rubrik „Hilfe“, angegeben waren und konkreten Organisation, die in einem separaten Infokasten mit dem Titel „Informationen und Hilfe zum Thema Medikamentensucht“ (Versionen 1-9: S. 10, Version 10: S. 6, Name und Adresse des Broschürenherausgebers: Versionen 1-9: S. 1, 11, Version 10: S. 1, 7) genannt waren, unterschieden. Zur ersten Gruppe gehörten die Begriffe „Ärzte“, „Suchtberatungsstellen“, „Fachkrankenhäuser“ und „Selbsthilfegruppen“, die per Summenindex als „Erinnerung Ärzte“ zusammengefasst wurden. Zur zweiten Gruppe gehörten die Organisationen „Städtische Drogenberatung München“, „Blaues Kreuz“, „Caritasverband“, und „Gesellschaft für gesundheitliche Aufklärung in Bayern“ (der fiktive Urheber der Broschüre), die ebenfalls per Summenindex als „Erinnerung

(71 Prozent) füllten das offene Antwortfeld aus (s. Tabelle D.9 im Anhang). Obwohl Mehrfachantworten möglich waren, erinnerten sich die Versuchspersonen insgesamt nur an durchschnittlich 1,5 Hilfsangebote. Aufgeteilt auf die Gruppen „Ärzte“ und „Organisationen“ waren es durchschnittlich 1,1 und 0,4 Hilfsangebote. Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen führten nicht zu nennenswerten Unterschieden. Tendenziell konnten sich jedoch Versuchspersonen, die die überwiegend negativen Fallbeispiele sahen, ebenso wie die Kontrollgruppe, die keine Fallbeispiele in der Broschüre vorfand, am besten an Hilfsangebote aus der Kategorie „Ärzte“ erinnern. Dass sich die Kontrollgruppe besser an die Hilfsangebote erinnern konnte, liegt möglicherweise daran, dass die Versuchspersonen hier nicht durch Fallbeispiele abgelenkt wurden und insgesamt weniger Text zu lesen hatten (s. Kapitel 8.2.2).

Beim Wissen zu Benzodiazepin konnten die Versuchspersonen insgesamt vier Aussagen zustimmen, doch nur eine Aussage war richtig (FB2, F17, Item 2).³³² Für die richtige Antwort erhielten die Versuchspersonen einen Punkt, für jede falsche einen Punkt Abzug. So waren zwischen einem und minus vier Punkten erreichbar (Indexvariable, s. Tabelle D.10 im Anhang). Durchschnittlich wurden 0,4 Punkte erreicht. Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen riefen keine Unterschiede hervor. Lediglich die Kontrollgruppe wusste mit einem Wert von 0,2 tendenziell weniger als die Experimentalgruppen. Das könnte bedeuten, dass Versuchspersonen, die Fallbeispiele in ihren Broschüren hatten, eher dazu tendierten, sich mit dem Inhalt der Broschüre zu beschäftigen. Dies ist jedoch eine sehr vage Erklärung und widerspricht den Ausführungen zur Erinnerung an die Hilfe.

Bezüglich des Wissens zu den Folgen von Medikamentensucht konnten die Versuchspersonen zwischen null und fünf Punkten erreichen (Indexvariable, vgl. Tabelle D.10 Anhang)³³³ und erhielten durchschnittlich 3,8 Punkte. Über die verschiedenen Fallbeispielversionen hinweg zeigte sich kein bedeutender Unterschied. Tendenziell wussten aber Versuchspersonen, die die negativen Fallbeispiele gesehen hatten, besser über die Folgen Bescheid als die anderen beiden Gruppen (MW 3,9 vs. 3,7). Die Kontrollversion wusste am wenigsten (MW 3,5). Das könnte erneut bedeuten, dass Versuchspersonen, die Fallbeispiele in ihren Broschüren hatten, sich tendenziell mehr mit dem Inhalt der Broschüre beschäftigten und Versuchspersonen mit überwiegend negativen

Organisationen“ erfasst wurden. Alle genannten Aspekte gemeinsam spiegeln die gesamte Erinnerung an die Hilfsangebote wider.

³³² „Benzodiazepine sind Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel“ (Item 2). Dem Wirkstoff war in der Broschüre ein eigenes kleines Kapitel gewidmet (Versionen 1-9: S. 7, Version 10: S. 4).

³³³ Insgesamt konnte man acht möglichen Folgen zustimmen (FB2, F18), die teilweise in der Broschüre unter der Rubrik „Gefahren“ aufgezählt waren. Für jede korrekte Antwort gab es einen Punkt. Da die richtigen Antworten überwogen, konnte das pauschale Ankreuzen aller acht Kästchen zu Punkte erreicht werden. Darum wurden diesmal die richtigen Antworten aufsummiert und so waren null bis fünf Punkte erreichbar.

Fallbeispielen die Folgen eher behalten als Versuchspersonen mit ausgewogenen oder überwiegend positiven Fallbeispielen.

Auch das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten³³⁴ wurde offen abgefragt (FB 2, F19).³³⁵ Nur 200 der 300 Versuchspersonen machten Angaben bei dieser Frage (s. Tabelle D.11 im Anhang). Für jede der drei Medikamentengruppen (Schmerzmittel, Aufputzmittel und Schlaf- und Beruhigungsmittel) wurde eine eigene Variable mit den Ausprägungen „genannt“ und „nicht genannt“ gebildet.³³⁶ Durchschnittlich wussten nach der Rezeption der Broschüre 83 Prozent der Versuchspersonen, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel süchtig machen können, 62 Prozent, bei Aufputzmitteln und 61 Prozent bei Schmerzmitteln. Durch die unterschiedlichen Fallbeispielversionen ließen sich keine Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen hervorrufen. Allein die Kontrollgruppe zeigte für die ersten beiden Medikamentengruppen tendenziell höhere Werte.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass sich die Experimentalgruppen vor dem Lesen der Broschüre bezüglich ihres Vorwissens zum Suchtpotential von Schmerzmitteln unterschieden. Versuchspersonen mit eher positiven Fallbeispielen hatten das Suchtpotential niedriger eingeschätzt als Versuchspersonen mit eher negativen Fallbeispielen, während Versuchspersonen mit ausgewogenen oder ohne Fallbeispiele in ihrer Einschätzung dazwischen lagen (vgl. Kapitel 8.3.2). Dieser Unterschied hat sich nach dem Lesen der Broschüre nivelliert.³³⁷

Insgesamt konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen weder bei der Erinnerung an die Hilfsangebote noch beim Wissen zu Benzodiazepin, den Folgen und zu süchtig machenden Medikamenten Unterschiede hervorrufen.

Einfluss der Fallbeispiele auf die emotionale Reaktion

Forschungsfrage 1b untersucht den Einfluss der Valenz mehrerer Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Broschüren hinsichtlich der emotionalen Reaktion der Versuchspersonen. Hier wird deutlich, dass im zweiten Experiment emotionale Reaktion – im Ge-

³³⁴ Man muss anmerken, dass „grundsätzlich alle Arzneimittel im Übermaß schaden können, (allerdings) besteht bei besonderen Medikamenten zusätzlich das Risiko abhängig zu werden.“ (DHS 2009c: 47). Vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel und Anregungsmittel können zu starker körperlicher und teilweise psychischer Abhängigkeit führen. Während beispielsweise Abführmittel „nur“ körperliche Abhängigkeit zu Folge haben (vgl. DHS 2009c: 48-49).

³³⁵ Informationen dazu fanden sich in der Broschüre im Kapitel „Problematische Medikamente“ (Versionen 1 bis 9: S. 6, Version 10: S. 3), wo die drei großen Gruppen Schmerzmittel, Aufputzmittel und Schlaf- und Beruhigungsmittel angeführt waren, die auch in den Fallbeispielen jeweils zweimal erwähnt wurden: Schlafmittel (Fallbeispiel 1 und 4), Schmerzmittel (Fallbeispiel 2 und 6) und Beruhigungsmittel (Fallbeispiel 3 und 5). Außerdem waren Hustenmittel, Lifestyleprodukte, Haarwuchsmittel und Viagra erwähnt, die von den Versuchspersonen so selten erwähnt wurden, dass sie in der weiteren Auswertung keine Beachtung finden.

³³⁶ Zu Schmerzmitteln zählten auch die Begriffe Analgetika und Opioide, zu Aufputzmitteln Stimulantia, Amphetamine und Weckamine und zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln Hypnotika, Sedativa, Tranquilizer, Psychopharmaka und Benzodiazepin, das als Wirkstoff in Schlaf- und Beruhigungsmitteln enthalten ist. Alle Begriffe tauchen in der Broschüre auf.

³³⁷ Die Fragen zum Vorwissen wurden geschlossen, die zum Wissen offen abgefragt wurde.

gensatz zu Experiment I – sowohl als AV als auch als IV aufgefasst wird. Um die emotionale Reaktion auf die Broschüre auszuwerten, wurde zunächst ein Index für sämtliche Items, die Emotionen wiedergeben, gebildet (CA=0,74).³³⁸ Die verbleibenden Items werden separat betrachtet. Im Durchschnitt blieb die emotionale Reaktion auf die Broschüre als Ganzes auf einem mittleren Niveau (MW 2,6). Dieselbe Einschätzung zeigte sich bezüglich der Kausalattribution (MW 2,6).³³⁹ Das widerspricht anderen Untersuchungen, die herausfanden, dass gerade Suchtkranken häufig selbst die Schuld an ihrer Krankheit gegeben wird (vgl. z.B. Leonarz 2009: 221). Außerdem reagierten die Versuchspersonen auf die Broschüre als Ganzes „eher nicht“ reaktant (MW 2,4)³⁴⁰ und waren nur zum Teil überrascht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist (MW 3,0).³⁴¹ Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten weder bezüglich der Emotionen noch der anderen Items Unterschiede hervorrufen (s. Tabelle D.12 im Anhang). Die emotionale Reaktion auf die Broschüre als Ganzes ließ sich nicht durch die unterschiedlichen Fallbeispielversionen beeinflussen.

Fazit Forschungsfrage 1

Die Valenz mehrerer Fallbeispiele hat weder auf Erinnerung und Wissen noch auf die emotionale Reaktion der Versuchspersonen einen Einfluss.

Einfluss der Fallbeispiele auf die Risikowahrnehmung

Gemäß Hypothese 1a wirken sich Gesundheitsinformationen in Form überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele stärker auf die allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung der Versuchspersonen aus als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Die Risikowahrnehmung wurde für das zweite Experiment in allgemeine³⁴² und persönliche³⁴³ Risikowahrnehmung unterteilt. Durchschnittlich schätzten die Versuchspersonen direkt nach dem Lesen der Broschüre und unabhängig von der Version 16 Prozent der Menschen in Deutschland als medikamentensüchtig ein.³⁴⁴ Vergleicht man dieses Ergebnis mit demjenigen vor dem Lesen der Broschüre, dann hat sich die Einschätzung nach dem Lesen der Broschüre nicht verändert (s.

³³⁸ Items: „Die geschilderte Situation medikamentenabhängiger Menschen nimmt mich persönlich mit.“, „Die dargebotenen Informationen finde ich angst- und besorgniserregend.“, „Das Schicksal von Medikamentensüchtigen macht mich traurig.“, „Wegen der Informationen in der Broschüre mache ich mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.“, „Medikamentenabhängige tun mir leid.“ und „Die Broschüre ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.“ (FB2, F8, Items 1 bis 4, 6 und 8).

³³⁹ Item: „Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an ihrem Schicksal“ (FB2, F8, Item 7).

³⁴⁰ Item: „Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: ‚Was geht mich das an?‘“ (FB2, F8, Item 5).

³⁴¹ Item: „Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist“ (FB2, F8, Item 9).

³⁴² Entspricht wahrgenommener Ernsthaftigkeit bzw. wahrgenommener Wahrscheinlichkeit des Auftretens: „Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland sind medikamentensüchtig? Schätzen Sie einfach!“ (FB2, F20, FB3, F11)

³⁴³ Entspricht wahrgenommener Anfälligkeit bzw. wahrgenommener persönlicher Wahrscheinlichkeit des Auftretens: „Was glauben Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie selbst medikamentenabhängig werden könnten?“ (FB2, F23; FB3, F15)

³⁴⁴ Spannweite: 0,2 bis 90 Prozent.

Vorwissen Medikamentensucht, sowie Tabelle D.5 im Anhang). Während sich vor dem Lesen der Broschüre die einzelnen Gruppen noch deutlich voneinander unterschieden, glichen sie sich nach dem Lesen der Broschüre an. Nun schätzten tendenziell diejenigen Versuchspersonen die Anzahl der Erkrankten am höchsten ein, die die eher negativen Fallbeispiele gelesen hatten (19 Prozent). Tendenziell am geringsten wurde der Anteil von Versuchspersonen eingestuft, die die ausgewogene Version lasen (13 Prozent), während die beiden anderen Gruppen mit ihren Einschätzungen dazwischen lagen („eher positiv“ und „Kontrollgruppe“ beide 15 Prozent). Dabei hat sich vor allem bei der Versuchsgruppe mit den überwiegend negativen Fallbeispielen, aber auch bei der Gruppe mit den überwiegend positiven Fallbeispielen die Einschätzung nach dem Lesen der Broschüre erhöht (um ein bzw. zwei Prozent). Die Personen mit der ausgewogenen Fallbeispielversion schätzten die Anzahl der Erkrankten nun um drei Prozent niedriger ein und bei der Kontrollgruppe sank die Einschätzung sogar um ganze sechs Prozent (s. Tabelle D.13 im Anhang). Das heißt, dass vor allem negativ ausgerichtete Fallbeispiele dazu geeignet sind, die geschätzte Häufigkeit einer Krankheit zu erhöhen. Das können ebenfalls vor allem positiv ausgerichtete Fallbeispiele erreichen, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Ausgewogene Fallbeispiele sowie Broschüren ganz ohne Fallbeispiele führen dagegen eher in die entgegengesetzte Richtung und zu einer geringeren Einschätzung des allgemeinen Risikos.

Deutlich niedriger als das allgemeine Erkrankungsrisiko wurde das persönliche Risiko von den Versuchspersonen beurteilt: Es betrug durchschnittlich acht Prozent.³⁴⁵ Dieser Trend entspricht der allgemeinen Tendenz, das persönliche Risiko geringer als das allgemeine Risiko einzuschätzen (vgl. Smerecnik et al. 2009: 735). Erneut konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen keine signifikanten Gruppenunterschiede hervorrufen. Tendenziell zeigte sich jedoch, dass die ausgewogenen Fallbeispiele zur geringsten persönlichen Risikoeinschätzung führten (fünf Prozent). Durch überwiegend positive Fallbeispiele erhöhte sich diese Wahrnehmung (acht Prozent). Am höchsten schätzten Versuchspersonen, die die überwiegend negativen Fallbeispiele gesehen hatten und die Kontrollgruppe, die kein Fallbeispiel gesehen hatte, das persönliche Risiko ein (beide neun Prozent, s. Tabelle D.13 im Anhang). Das bedeutet, um eine möglichst ausgeprägte persönliche Risikowahrnehmung zu erreichen, scheinen – zumindest tendenziell – eher negative oder gar keine Fallbeispiele am erfolgversprechendsten.

Überwiegend negative Fallbeispiele konnten sowohl die allgemeine als auch die persönliche Risikowahrnehmung nur tendenziell stärker beeinflussen als die anderen Versionen. Darum muss Hypothese 1a abgelehnt werden.

³⁴⁵ Spannweite: 0 bis 95,7 Prozent.

Einfluss der Fallbeispiele auf Verhaltensintentionen

Hypothese 1b geht davon aus, dass sich Gesundheitsinformationen in Form überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele stärker auf die Verhaltensintentionen der Versuchspersonen auswirken als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Die Items zu den Verhaltensintentionen entsprachen gemäß TRA (s. Kapitel 8.2.3) denjenigen zur Einstellungsmessung (FB2, F12-13).³⁴⁶ Über alle Experimentalgruppen hinweg zeigte sich, dass die Versuchspersonen denjenigen Verhaltensintentionen zustimmten oder zumindest indifferent gegenüber standen, die auch für nicht Süchtige relevant sind: Beipackzettel zu lesen (MW 3,7), insgesamt mit Medikamenten vorsichtiger umzugehen (MW 3,1), andere genauer zu beobachten (MW 2,8) und diese über Medikamentensucht zu informieren (MW 2,7). Während sie Verhaltensintentionen, die für Erkrankte relevanter sind, eher ablehnen: sich genauer zu informieren (MW 2,4), den eigenen Tablettenkonsum zu überdenken (MW 2,3), selbigen einzuschränken (MW 2,1) und mit dem Arzt über das Problem Medikamentensucht zu sprechen (MW 1,5). Wie zuvor durch die Einstellungen der Versuchspersonen angedeutet, riefen die unterschiedlichen Fallbeispielversionen auch für die Verhaltensintentionen keine nennenswerten Unterschiede hervor. Es zeigte sich jedoch, dass die Kontrollversion – ohne Fallbeispiele – bei immerhin sechs von acht Items tendenziell geringere Verhaltensintentionen hervorrief, als die unterschiedlichen Experimentalgruppen.³⁴⁷ Das bedeutet, dass Gesundheitsinformationen die Fallbeispiele präsentieren, ob eher positiv, ausgewogen oder eher negativ formuliert, Verhaltensintentionen tendenziell eher fördern als Gesundheitsinformationen ohne Fallbeispiele. Ansonsten zeigten sich keine einheitlichen Tendenzen (s. Tabelle D.14 im Anhang).

Wie schon erwähnt, wurden die Items zur Verhaltensintention einzeln dargestellt, da sie entsprechend der Einstellungsitems formuliert waren. Auf diese Weise sollten Einstellungen und Verhaltensintentionen der Versuchspersonen vergleichbar sein. Dennoch konnte im Gegensatz zu den Einstellungs- für die Verhaltensintentionen ein Mittelwertindex gebildet werden ($CA=0,84$). Durchschnittlich lag der Wert für die Verhaltensintentionen bei 2,6. Wie schon bei der Einzelbetrachtung der Items festgestellt, zeigten sich aufgrund der verschiedenen Fallbeispielversionen bei der Indexvariable – bis auf die Kontrollgruppe, die tendenziell etwas geringere Verhaltensintentionen (MW 2,4) aufwies – keine nennenswerten Unterschiede (s. Tabelle D.14 im Anhang). Da

³⁴⁶ Sie waren entsprechend umformuliert und in ihrer Reihenfolge verändert. Im Folgenden sind sie, zur besseren Vergleichbarkeit, in derselben Reihenfolge wie die Einstellungsitems angeordnet. Drei Items, die sich auf den persönlichen Konsum von Medikamenten bzw. Tabletten bezogen, verfügten neben den Antwortmöglichkeiten „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ zusätzlich über die Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“. Hatten die Versuchspersonen diese Residualantwort angekreuzt, wurde sie als fehlender Wert betrachtet.

³⁴⁷ In der Tabelle sind dies die Items 3 und 6, „Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren“ und „Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren“.

deshalb auch die überwiegend negativen Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss auf die Verhaltensintentionen ausüben können, muss Hypothese 1b abgelehnt werden.

Einfluss der Fallbeispiele auf das tatsächliche Verhalten

Nach Hypothese 1c haben Gesundheitsinformationen in Form von überwiegend negativ formulierten Fallbeispielen einen stärkeren Einfluss auf das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Wie die Items zu den Verhaltensintentionen, waren diejenigen zur Messung des tatsächlichen Verhaltens auf jene zur Einstellungsmessung abgestimmt.³⁴⁸

Tabelle 20: Experiment II – Einfluss der Fallbeispiele auf das Verhalten

	Gesamt (n=92-196)	Fallbeispielversion				F
		eher pos. (n=27-62)	ausgewogen (n=21-58)	eher neg. (n=28-55)	Kontrollversion (n=11-21)	
Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet.	1,9	1,8^a	1,9^{ab}	1,8^a	2,3^b	1,46
Ich habe über meinen Tablettenkonsum nachgedacht. ¹	2,5	2,5	2,2	2,8	2,5	0,74
Ich habe andere über die Gefahr von Medikamentensucht informiert.	1,8	1,5^a	1,8^{ab}	2,0^{ab}	2,3^b	3,32*
Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss. ²	2,9	3,1	2,7	2,9	3,1	0,26
Ich habe Beipackzettel von Arzneimitteln gründlicher und aufmerksamer gelesen.	2,2	1,9^a	2,0^a	2,3^{ab}	2,7^b	2,06
Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.	1,7	1,6	1,7	1,8	1,9	0,78
Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt. ³	2,1	2,1	1,6	2,3	2,3	1,29
Ich habe mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht gesprochen.	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	0,39
Verhalten (Indexvariable)	1,9	1,7^a	1,8^a	2,0^{ab}	2,2^b	2,49

Basis: n=92-196, einfaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, *p<0,05.

FB3, F 4-5. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Sie sind in der Tabelle die Items 2, 4 und 7. Die Reihenfolge der dargestellten Items entspricht zur besseren Vergleichbarkeit derjenigen der Einstellungen und Verhaltensintentionen (s. Tabelle D.14 und Tabelle D.15). Indexvariable (CA=0,86).

¹ n=102

² n=103/ ³ n=92

Wie zu erwarten, fiel das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen zwei Wochen nach der Rezeption der Broschüre geringer aus, als durch die Verhaltensintentionen angedeutet (s. Tabelle 20. Zwar gaben die Versuchspersonen an, im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden zu sein und sich zu überlegen, ob sie ein Medikament tatsächlich einnehmen müssen (MW 2,9) und haben über ihren Tablettenkonsum nachgedacht (MW 2,5). Allerdings haben sie weder Beipackzettel gründlicher gelesen

³⁴⁸ Aus der Verhaltensintention „Ich plane Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten“ wurde „Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet“.

(MW 2,2) noch den Tablettenkonsum eingeschränkt (MW 2,1), andere auf Medikamentensucht hin beobachtet (MW 1,9), selbige über Medikamentensucht informiert (MW 1,8) oder sich selbst genauer informiert (MW 1,7). Auch mit ihrem Arzt haben sie nicht über das Thema gesprochen (MW 1,2). Dies könnte wiederum mit dem Sample für Experiment II zusammenhängen: Personen die nicht medikamentensüchtig sind, haben keinen dringenden Grund bzw. die Möglichkeit, ihr Verhalten in die entsprechende Richtung zu ändern.

Es zeigten sich jedoch einige signifikante Unterschiede, die auf die unterschiedlichen Fallbeispielversionen zurückzuführen sind: Auf die Frage „Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet“ antworteten Personen, die kein Fallbeispiel gesehen hatten, deutlich positiver (MW 2,3) als Personen, die eher positive und eher negative Fallbeispiele (beide MW 1,8) konsumiert hatten. Personen, die die ausgewogenen Fallbeispiele lasen, lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (MW 1,9). Auch der Aspekt, andere Menschen zur Gefahr von Medikamentensucht zu informieren, zeigte deutliche Unterschiede. Erneut war die Kontrollgruppe am aktivsten (MW 2,3), während Versuchspersonen mit eher positiven Fallbeispielen andere am seltensten informiert haben (MW 1,5). Versuchspersonen mit ausgewogenen oder eher negativen Fallbeispielen lagen mit ihrer Aktivität dazwischen (MW 1,8 und 2,0, $p=0,021$). Unterschiede förderte auch das Lesen von Beipackzetteln zutage. Wiederum stimmte die Kontrollgruppe am deutlichsten zu (MW 2,7), während Versuchspersonen mit den eher positiven und ausgeglichenen Fallbeispielen am wenigsten zustimmen (MW 1,9 und 2,0). Dazwischen lag die Gruppe mit eher negativen Fallbeispielen (MW 2,3).

Bei drei weiteren Aspekten³⁴⁹ war die Kontrollgruppe am aktivsten – wenn auch nur tendenziell und teilweise auf gleichem Niveau wie andere Gruppen. Daraus kann man schließen, dass Fallbeispiele eher davon abhalten, Verhaltensintentionen in tatsächliches Verhalten umzusetzen. Zwei Wochen zuvor lag die Kontrollgruppe bei den Verhaltensintentionen bei sechs von acht Items tendenziell hinter den Experimentalgruppen, zwei Wochen später überholten sie diese jedoch mit ihrem tatsächlichen Verhalten.

Wie schon erwähnt, wurden die Verhaltensitems einzeln dargestellt, damit sie mit den Einstellungen der Versuchspersonen vergleichbar sind. Es konnte jedoch auch ein Mittelwertindex gebildet werden ($CA=0,86$). Der Mittelwert beim tatsächlichen Verhalten liegt bei 1,9, und es offenbart sich ein Unterschied, der auf die unterschiedlichen Fallbeispielversionen zurückzuführen ist: Versuchspersonen ohne Fallbeispiele waren

³⁴⁹ Die Items lauteten: „Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss“, „Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.“ und „Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt.“ (Items 4, 6 und 7 in Tabelle 20)

am aktivsten (MW 2,2). Dies ist umso bemerkenswerter, da sie zwei Wochen vorher die geringsten Verhaltensintentionen geäußert hatten (s.o.). Versuchspersonen, die eher positive oder ausgewogene Fallbeispiele präsentiert bekamen, wiesen geringere Aktivitäten auf (MW 1,7 und 1,8) und Versuchspersonen mit eher negativen Fallbeispielen lagen dazwischen (MW 2,9).

Zwar konnten beim Verhalten sowohl für einige Einzelitems als auch für die Indexvariable signifikante Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen Fallbeispielversionen festgestellt werden. Doch diese zeigen nicht in die erwartete Richtung. Nicht die überwiegend negativen Fallbeispiele führten zu mehr Aktivität bei den Versuchspersonen, sondern die Version ohne Fallbeispiele. Darum muss auch Hypothese 1c abgelehnt werden.

Fazit Hypothese 1

Die überwiegend negativen Fallbeispiele konnten weder auf Erinnerung, Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Verhaltensintentionen noch tatsächliches Verhalten der Versuchspersonen einen stärkeren Einfluss ausüben als Information in Form ausgewogener, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder allein durch die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Hypothese 1 wird deshalb abgelehnt.

Einfluss mehrerer Fallbeispiele auf Reaktions-, Selbstwirksamkeit und Einstellungen

Hypothese 2a geht davon aus, dass Gesundheitsinformationen in Form überwiegend positiver Fallbeispiele einen stärkeren Einfluss auf Reaktions- und Selbstwirksamkeit der Versuchspersonen haben als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativer Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Im Rahmen von Experiment II wurden neben allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung auch die beiden weiteren Furchtappelldimensionen Reaktionswirksamkeit³⁵⁰ und Selbstwirksamkeit³⁵¹ integriert. Die in der Broschüre beschriebenen Maßnahmen zur Bewältigung der Sucht haben alle Gruppen überzeugt: Im Durchschnitt schätzten sie die Wirksamkeit der Maßnahmen auf 58 Prozent.³⁵² Erneut konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den verschiedenen Experimentalgruppen hervorrufen (s. Tabelle D.13 im Anhang). Entsprechend der hohen wahrgenommenen Reaktionswirksamkeit (58 Prozent), schätzten die Versuchspersonen auch ihre eigenen Fähigkeiten ein, den Umgang mit

³⁵⁰ „Was glauben Sie, wie groß ist die Chance, mit der richtigen Therapie Medikamentensucht zu überwinden? Schätzen Sie einfach!“ (FB2, F21, FB3, F12)

³⁵¹ „Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu? Ich fühle mich in der Lage, meinen Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern.“ Geschlossene Antwortmöglichkeit auf einer Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ ergänzt durch die Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.“ (FB2, F24, FB3, F16)

³⁵² Spannweite: 0 bis 100 Prozent.

Medikamenten positiv zu verändern. Hier lag der Gesamtdurchschnitt bei einem Mittelwert von 4,7, was der Aussage „trifft voll und ganz zu“ entspricht. Allerdings konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen bei der Selbstwirksamkeit der unterschiedlichen Experimentalgruppen keine Unterschiede hervorrufen. Nur tendenziell erhöhten ausgewogene Fallbeispiele die wahrgenommene Selbstwirksamkeit (MW 4,9) im Vergleich zu eher negativen (MW 4,6) und eher positiven Fallbeispielen (MW 4,5). Die Kontrollgruppe, ohne Fallbeispiele, lag mit ihrem Wert dazwischen (MW 4,7, s. Tabelle D.13 im Anhang). Um also eine möglichst hohe Selbstwirksamkeit bei den Versuchspersonen zu erreichen, scheinen ausgewogene Fallbeispiele am vielversprechendsten. Erneut konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen weder bezüglich der Reaktions- noch der Selbstwirksamkeit Unterschiede hervorrufen. Folglich haben auch überwiegend positiv formulierte Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss und Hypothese 2a wird abgelehnt.

Einfluss der Fallbeispiele auf die Einstellungen

Laut Hypothese 2b haben Gesundheitsinformationen in Form von überwiegend positiv formulierten Fallbeispielen einen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen der Versuchspersonen als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. Eine Verdichtung der acht Einstellungssitems war wegen eines unzureichenden Cronbachs Alpha von 0,25 nicht möglich. Auch eine Faktorenanalyse konnte keine sinnvolle Lösung liefern. Aus diesem Grund werden die acht Einstellungssitems einzeln betrachtet. Insgesamt gesehen führte die Broschüre – unabhängig von der jeweiligen Fallbeispielversion – dazu, dass die Versuchspersonen der Meinung waren, man solle über Medikamentensucht Bescheid wissen und vorsichtig mit Medikamenten umgehen (beide MW 4,6).³⁵³ Außerdem stimmten sie den Aussagen zu, dass Medikamentensucht ein wichtiges Thema ist, man mit einem Arzt über Medikamenteneinnahme sprechen sollte und generell nicht zu viele Medikamente einnehmen sollte (MW 4,3, 4,2 und 4,0).³⁵⁴ Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten keine Unterschiede hervorrufen³⁵⁵ (s. Tabelle D.15 im Anhang), weshalb auch eher positiv formulierte Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen ausüben konnten. Darum wird Hypothese 2b ebenfalls abgelehnt.

³⁵³ Die Items lauteten: „Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.“ und „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.“ (FB2, F9, Items 3 und 4)

³⁵⁴ Die Items lauteten „Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.“, „Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.“ und „Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.“ (FB2, F9, Items 6, 8 und 2)

³⁵⁵ Tendenzen werden nicht beschrieben, da sie sich im Minimalbereich abspielen und uneinheitlich sind.

Fazit Hypothese 2

Die überwiegend positiven Fallbeispiele konnten weder auf Reaktions- und Selbstwirksamkeit noch auf die Einstellungen der Versuchspersonen einen stärkeren Einfluss ausüben als Information in Form ausgewogener, eher negativ formulierter Fallbeispiele oder durch die Kontrollgruppe ohne Fallbeispiele. Darum muss die zweite Hypothese abgelehnt werden.

8.3.3.2 Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts

Im Rahmen von Hypothese 3 geht es um die Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von verschiedenen IVn. Da sich nicht für alle AVn Indizes bilden ließen, musste teilweise auf Einzelitems zurückgegriffen werden. Diese werden im Folgenden kurz erklärt. Die Erinnerung der Versuchspersonen wurde anhand der Erinnerung an die Hilfsangebote erfasst (FB2, F16). Das Wissen der Versuchspersonen umfasste das Wissen zu Benzodiazepin, den Folgen sowie zu süchtig machenden Medikamenten (FB2, F17-19). Bei den süchtig machenden Medikamenten wurde das am häufigsten genannte Medikament herausgegriffen: Schlaf- und Beruhigungsmittel. Wie schon erwähnt, werden emotionale Reaktionen im Rahmen des zweiten Experiments sowohl als AV als auch als IV verstanden. Aus diesem Grund wurden sie nach den Aspekten „emotionale Reaktion auf die Broschüre als Ganzes“, „negative emotionale Reaktion auf den Furchtappell“ und „positive emotionale Reaktion auf den Furchtappell“ analysiert (FB2, F7-8 und 4). Auch die vier Furchtappellaspekte „allgemeine Risikowahrnehmung“, „persönliche Risikowahrnehmung“, „Reaktionswirksamkeit“ und „Selbstwirksamkeit“ wurden untersucht (FB2, F20-21, 23-24). Da sich die Einstellungsisems nicht verdichten ließen, werden zwei Einzelitems herangezogen.³⁵⁶ Für Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten konnten dagegen Mittelwertindizes verwendet werden (FB2, F12-13, FB3, F4-5).

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von soziodemographischen Merkmalen

Nach Hypothese 3a ist der Einfluss mehrerer Fallbeispiele unabhängig von soziodemographischen Merkmalen. Die Interaktionseffekte wurden mit Hilfe zweifaktorieller Varianzanalysen berechnet. Zunächst mussten für Alter und Bildung auf Basis eines Mediansplits Kontrastgruppen gebildet werden.³⁵⁷ Das Geschlecht erwies sich erneut als einflussreiche Variable. Frauen zeigten nach dem Lesen der Broschüre insgesamt mehr Emotionen als Männer ($p=0,001$). Sie vermuteten, dass mehr Menschen an Me-

³⁵⁶ Sie lauten „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss“ und „Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen“ (FB2, F9, Items 4 und 7).

³⁵⁷ Beim Alter wurden 15- bis 30jährige als „jüngere Versuchspersonen“ und 31- bis 84jährige als „ältere Versuchspersonen“ in gleich große Gruppen zusammengefasst (je 50 Prozent). Das war bei der Bildung nicht möglich. Hier setzten sich die Kontrastgruppen „niedrige Bildung“ aus Versuchspersonen ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Realschulabschluss und „höhere Bildung“ aus Versuchspersonen mit Abitur oder Hochschulabschluss zusammen (34 und 66 Prozent).

dikamentensucht erkrankt sind ($p=0,006$), sahen vorsichtigen Umgang mit Medikamenten als wichtiger an ($p=0,001$), zeigten deutlichere Verhaltensintentionen ($p=0,007$) und häufiger das tatsächliche Verhalten ($p=0,027$) als Männer (s. Tabelle D.16 und Tabelle D.34 im Anhang). Ältere schätzten im Vergleich zu jüngeren Versuchspersonen mehr Menschen als erkrankt ein ($p=0,027$) und glaubten weniger an die richtige Therapie zur Überwindung der Sucht ($p<0,001$). Sie waren eher der Meinung, sie sollten weniger Medikamente einnehmen ($p=0,029$), gaben höhere Verhaltensintentionen ($p<0,001$) und tatsächliches Verhalten an als jüngere ($p=0,005$, s. Tabelle D.17 und Tabelle D.35). Höher Gebildete schätzten im Vergleich zu weniger Gebildeten weniger Menschen als erkrankt ein ($p=0,002$), nahmen ein höheres eigenes Erkrankungsrisiko wahr ($p=0,044$) und stufte sowohl die Reaktions- als auch die Selbstwirksamkeit höher ein ($p=0,002$ und $0,022$). Allerdings zeigten sie weniger tatsächliches Verhalten ($p=0,020$, s. Tabelle D.18 und Tabelle D.36 im Anhang). Es ließen sich keine Interaktionseffekte mit dem Geschlecht und der Bildung der Versuchspersonen und den unterschiedlichen Fallbeispielversionen nachweisen (s. Tabelle D.18 im Anhang). Beim Alter zeigte sich bei der Erinnerung an die Hilfsangebote und bei der Selbstwirksamkeit ein Interaktionseffekt (s. Tabelle D.17 im Anhang). Da nur vereinzelt Interaktionen feststellbar sind, kann Hypothese 3a angenommen werden.

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von der generellen Nutzung von Gesundheitsbroschüren

Hypothese 3b postuliert die Unabhängigkeit mehrerer Fallbeispiele von der generellen Nutzung von Gesundheitsbroschüren. Auch hier mussten vor der Analyse per zweifaktorieller Varianzanalysen zunächst Kontrastgruppen gebildet werden.³⁵⁸ Versuchspersonen, die in den letzten vier Wochen mindestens eine Broschüre ansahen, reagierten deutlich emotionaler, sowohl auf die Broschüre insgesamt ($p=0,022$), als auch mit negativen und positiven Emotionen auf den Furchtappell ($p=0,016$ und $0,005$). Sie schätzten aber Reaktions- und Selbstwirksamkeit geringer ein ($p=0,011$ und $0,040$) als Versuchspersonen, die keine Broschüre lasen. Allerdings bekundeten sie höhere Verhaltensintentionen und verstärkt tatsächliches Verhalten (beide $p<0,001$, s. Tabelle D.19 und Tabelle D.37 im Anhang). Es zeigten sich jedoch keine Interaktionseffekte zwischen Broschürennutzung und Fallbeispielversion (s. Tabelle D.19 im Anhang), weshalb Hypothese 3b angenommen wird.

³⁵⁸ Da etwas mehr als die Hälfte der Versuchspersonen in den letzten vier Wochen keine Gesundheitsbroschüren angesehen hatten, verläuft die Trennung in Kontrastgruppen anhand dieses Kriteriums: Versuchspersonen, die keine versus Versuchspersonen, die mindestens eine Broschüre angesehen haben (53 versus 47 Prozent).

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts von Involvement und persönlicher Betroffenheit

Nach Hypothese 3c ist der Einfluss mehrerer Fallbeispiele von Involvement und persönlicher Betroffenheit der Versuchspersonen unabhängig. Da bezüglich des Involvements keine Verdichtung der Variablen zulässig war, werden im Folgenden zwei Variablen herausgegriffen. Dabei handelt es sich um die Aussagen „Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen“ (FB2, F5, Item 1) und „In den letzten zwei Monaten musste ich Medikamente einnehmen“ (FB1, F5, Item 2)³⁵⁹. Damit sind die beiden zentralen Aspekte „Interesse am Thema“ sowie „Medikamentenkonsum“ abgedeckt. Die Gruppierung erfolgte jeweils per Mediansplit.³⁶⁰ Auch für die persönliche Betroffenheit wurden zunächst Kontrastgruppen gebildet.³⁶¹ Am Thema hoch Interessierte unterschieden sich von wenig Interessierten: Sie reagierten emotionaler auf die Broschüre ($p=0,004$), schätzten ihr Erkrankungsrisiko höher ein ($p=0,001$), zeigten höhere Verhaltensintentionen ($p<0,001$) und häufiger tatsächliches Verhalten ($p=0,011$, s. Tabelle D.20 und Tabelle D.38 im Anhang). Auch Versuchspersonen mit hohem Medikamentenkonsum reagierten auf die Broschüre emotionaler ($p=0,003$), nahmen ein höheres persönliches Risiko ($p=0,020$) und geringere Selbstwirksamkeit ($p=0,039$) wahr. Sie waren eher der Meinung, sie sollten weniger Medikamente einnehmen ($p<0,001$) und zeigten häufiger tatsächliches Verhalten ($p=0,011$) als Versuchspersonen mit niedrigem Medikamentenkonsum (s. Tabelle D.21 und Tabelle D.39 im Anhang). Betroffene waren eher für einen vorsichtigen Umgang mit Medikamenten ($p=0,014$), zeigten höhere Verhaltensintentionen ($p=0,008$) und öfter tatsächliches Verhalten ($p=0,025$) als nicht Betroffene (s. Tabelle D.22 und Tabelle D.40 im Anhang). Das Interesse am Thema rief bei drei der 15 untersuchten Aspekte einen Interaktionseffekt hervor: Beim Wissen zu Medikamenten, bei negativen und positiven Emotionen auf den Furchtappell (s. Tabelle D.38 im Anhang). Hinsichtlich des Involvements bezüglich Medikamentenkonsum und persönlicher Betroffenheit konnten keine Interaktionseffekte mit den unterschiedlichen Fallbeispielversionen aufgedeckt werden (s. Tabelle D.21 und Tabelle D.22 im Anhang). Da sich nur einzelne Interaktionen feststellen ließen, wird Hypothese 3c angenommen.

³⁵⁹ Dieser Aussage wurde der Vorzug vor der Frage nach der Häufigkeit des Medikamentenkonsums (FB1, F6) gegeben, da letztere geschlossen war und die Antwortmöglichkeit „nie“ fehlte (s. Kapitel 8.2.3).

³⁶⁰ Interesse am Thema: „wenig“, Antworten von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „teils/teils“ (52 Prozent), „hoch“, Antworten „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ (48 Prozent). Medikamentenkonsum: „gering“, Antworten „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft weniger zu“ (53 Prozent), „hoch“, Antworten „teils/teils“ bis „trifft voll und ganz zu“ (48 Prozent). Prozentangaben gerundet.

³⁶¹ Hierzu wurde aus den beiden relevanten Items (FB2, F14) ein Summenindex gebildet, mit Werten von 0 (in keinem Fall persönlich betroffen) bis 2 (in zwei Fällen persönlich betroffen). Daraus entstanden die Gruppen „nicht betroffen“, bei einem Summenwert von 0 (74 Prozent) und „betroffen“, bei einem Wert von 1 bis 2 (26 Prozent).

Unabhängigkeit des Fallbeispieleffekts vom Gesundheitszustand

Nach Hypothese 3d ist der Einfluss mehrerer Fallbeispiele unabhängig vom Gesundheitszustand der Versuchspersonen. Erneut wurden zuerst Kontrastgruppen gebildet.³⁶² Personen mit besserem Gesundheitszustand reagierten weniger emotional auf die Broschüre ($p=0,013$), zeigten eine höhere wahrgenommene Reaktionswirksamkeit ($p=0,033$), waren weniger der Meinung, sie sollten weniger Medikamente einnehmen ($p<0,001$) und zeigten seltener tatsächliches Verhalten ($p=0,017$) als Personen mit schlechterem Gesundheitszustand (s. TabellenTabelle D.23 undTabelle D.40 im Anhang). Nur zwei Interaktionen zwischen Gesundheitszustand und den unterschiedlichen Fallbeispielen ließen sich bei der Selbstwirksamkeit und den Verhaltensintentionen feststellen (s. Tabelle D.23 im Anhang). Darum wird Hypothese 3d angenommen.

Fazit Hypothese 3

Da sich nur vereinzelte Interaktionen nachweisen ließen, wird die dritte Hypothese angenommen, wonach der Einfluss mehrerer Fallbeispiele unabhängig von soziodemographischen Merkmalen, der generellen Nutzung von Gesundheitsbroschüren, dem Involvement, der persönlichen Betroffenheit und dem Gesundheitszustand der Versuchspersonen ist. Damit bestätigt sich, dass weder demographische Merkmale der Versuchspersonen noch ihre Persönlichkeitszüge einen Einfluss auf den Fallbeispieleffekt haben (s. Kapitel 3.6.6).

8.3.3.3 Einfluss des Furchtappells

Im Folgenden wird untersucht, ob ein starker Furchtappell einen stärkeren Einfluss auf Erinnerung, Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten der Versuchspersonen hat als andere Furchtappellformen.

Einfluss des Furchtappells auf Erinnerung und Wissen

Hypothese 4a postuliert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, auf Erinnerung und Wissen der Versuchspersonen als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Im Folgenden wird der Einfluss der Bildvalenz auf die Erinnerung an den Furchtappell (Fotoerinnerung), Erinnerung an Hilfsangebote, Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht und Wissen zu süchtig machenden Medikamenten analysiert. Unter Erinnerung an den Furchtappell wurde die Erinnerung an das Foto auf dem Titelblatt der Broschüre verstanden (FB2, F2). Immer-

³⁶² Ihren Gesundheitszustand stufte keine der 300 Versuchspersonen als „schlecht“ ein. Als „weniger gut“ und „gut“ wurde er von insgesamt 52 Prozent der Versuchspersonen befunden, die in der Kontrastgruppe „schlechter Gesundheitszustand“ zusammengefasst sind. Die restlichen 48 Prozent beschrieben ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ und sind in der Gruppe „sehr guter Gesundheitszustand“ zusammengefasst.

hin 144 Personen bzw. 53 Prozent der Versuchspersonen erinnerten sich an den Furchtappell.³⁶³ Das sind deutlich weniger als in Experiment I. Dies könnte damit zusammenhängen, dass im ersten Experiment der Furchtappell direkt über dem beschriebenen Fallbeispiel platziert war, während er in diesem Experiment nicht in den Text eingebettet, sondern etwas distanziert von den Fallbeispielen auf dem Titelblatt platziert war und dort möglicherweise nicht so lange betrachtet wurde. Ein weiterer Grund könnte die vom ersten Experiment abweichende Stichprobe sein. Während in Experiment I nur Studenten teilnahmen, sind in Experiment II sämtliche Bildungsschichten sowie Personen zwischen 15 und 84 Jahren vertreten. Studenten verfügen in der Regel über ein besser trainiertes Gedächtnis und unterscheiden sich im Alter und Bildungsstand von anderen Versuchspersonen (vgl. z.B. Daschmann 2004: 103). Per Chi²-Test zeigte sich, dass die unterschiedlichen Furchtappellversionen – entgegen den Erwartungen, aber entsprechend Experiment I – keine Unterschiede bei der Erinnerung hervorrufen konnten. Tendenziell wurde der leichte (57 Prozent), aber auch der starke (54 Prozent) Furchtappell besser erinnert als der mittlere Furchtappell (49 Prozent, $p=0,053$).³⁶⁴ Ähnlich verhielt es sich bei Experiment I, allerdings wurde dort das neutrale Bild im Vergleich zu positivem und negativem Bild am schlechtesten erinnert (s. Kapitel 7.3.2.3).

Weder die Erinnerung an die Hilfsangebote, das Wissen zu Benzodiazepin, das Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht noch das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten konnte durch die unterschiedlichen Furchtappellversionen beeinflusst werden (s. Tabelle D.24 bis Tabelle D.26 im Anhang). Tendenziell wussten Versuchspersonen, die den leichten und den starken Furchtappell gesehen haben, mehr zu den Folgen von Medikamentensucht als Versuchspersonen, die den mittleren Furchtappell sahen (MW 3,8 vs. 3,7), während die Kontrollgruppe am wenigsten wusste (MW 3,5).

Da die unterschiedlichen Furchtappellversionen weder auf die Erinnerung an den Furchtappell und die Hilfsangebote noch auf das Wissen zu Benzodiazepin, den Folgen oder süchtig machenden Medikamenten ausüben konnten und damit ein starker Furchtappell nicht wirksamer ist als ein leichter, mittlerer oder kein Furchtappell, wird Hypothese 4a abgelehnt.

Einfluss des Furchtappells auf die emotionale Reaktion

Laut Hypothese 4b haben Gesundheitsinformationen in Form eines starken Furchtappells einen stärkeren Einfluss auf die emotionale Reaktion der Versuchspersonen als Gesundheitsinformationen in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell. Dabei wird zwischen emotionaler Reaktion auf die Broschüre insgesamt und emotionaler Reaktion auf den Furchtappell unterschieden. Im Gegensatz zum ersten Experiment

³⁶³ Die Frage wurde von der Kontrollgruppe nicht beantwortet, da sie keinen Furchtappell sah.

³⁶⁴ Prozentangaben gerundet.

wurde diesmal die emotionale Reaktion, die direkt in Zusammenhang mit dem Bild steht, deutlich detaillierter abgefragt. Abgefragt wurden neben Mitgefühl (Empathie) und Hoffnung, wie in Experiment I,³⁶⁵ auch spezifische Emotionen, die mit Furchtappellen in Verbindung gebracht werden: Ärger, Angst, Verstörtheit, sich Sorgen, Langeweile, Hilflosigkeit, Trauer und Bedrücktheit. Außerdem weitere relevante, positiv konnotierte Emotionen: Interesse, Motivation, Aufmerksamkeit und Überraschung (s. auch Kapitel 8.2.3).³⁶⁶ Es ließen sich zwei rein theoriegeleitete Indexvariablen bilden: negative Emotionen (Ärger, Trauer, Verstörtheit, sich Sorgen machen, Angst, Hilflosigkeit und Bedrücktheit, CA=0,82) und positive Emotionen (Interesse Überraschung, Aufmerksamkeit, Motivation, Hoffnung und Mitleid, CA=0,70). Dabei zeigte sich, dass das Bild, an das sich – wie oben schon erwähnt – nur 144 Personen erinnerten, kaum negative Emotionen hervorrufen konnte (MW 2,0). Es waren jedoch weder nennenswerte Unterschiede auf die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt noch auf die unterschiedlichen Furchtappelle feststellbar (s. Tabelle D.27 und Tabelle D.28 im Anhang), weshalb Hypothese 4b abgelehnt wird.

Einfluss des Furchtappells auf allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

Hypothese 4c geht von einem stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen in Form eines starken Furchtappells auf allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit der Versuchspersonen aus als Gesundheitsinformationen in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell. Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Fallbeispielversion erwähnt, schätzten die Versuchspersonen direkt nach dem Lesen der Broschüre – ebenso, wie schon vor der Lektüre – durchschnittlich 16 Prozent der Menschen in Deutschland als Medikamentensüchtig ein. Vor dem Lesen der Broschüre hatten sich die einzelnen Experimentalgruppen in diesem Punkt voneinander unterschieden. Nach der Lektüre glichen sich die zuvor gemessenen Unterschiede an und waren nicht mehr signifikant (s. Tabelle D.29 im Anhang). Die Einschätzungen blieben in etwa auf demselben Niveau wie zuvor, nur bei der Kontrollversion wurde das allgemeine Risiko nun deutlich geringer eingeschätzt (minus sechs Prozent). Weder auf die persönliche Risikowahrnehmung, die Reaktions- noch auf die Selbstwirksamkeit konnten die unterschiedlichen Furchtappellversionen einen signifikanten Einfluss ausüben. Allein bei der Reaktionswirksamkeit zeigte sich zumindest tendenziell, dass der starke Furchtappell zu einer höheren wahrgenommenen Reaktionswirksamkeit führte (57 Prozent) als der leichte (54 Prozent) und der mittlere Furchtappell (53 Prozent). Den höchsten Wert erzielte erneut die Kontrollgruppe,

³⁶⁵ Die Items lauteten: „Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.“ und „Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.“ (FB2, F3, Items 2 und 7)

³⁶⁶ (FB2, F4, Items 1, 3 bis 8 und 10 bis 14).

die keinen Furchtappell sah (62 Prozent). Will man also eine möglichst hohe Reaktionswirksamkeit erreichen, sollte man tendenziell einen starken bzw. gar keinen Furchtappell verwenden (s. Tabelle D.29 im Anhang).

Da sich wiederum keine signifikanten Unterschiede nachweisen ließen, die auf die unterschiedlichen Furchtappellversionen zurückzuführen sind, und folglich auch der starke Furchtappell nicht einflussreicher als die anderen Versionen war, wird Hypothese 4c abgelehnt.

Einfluss des Furchtappells auf die Einstellungen

Hypothese 4d postuliert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen in Form eines starken Furchtappells auf die Einstellungen der Versuchspersonen als Gesundheitsinformationen in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell. Da die unterschiedlichen Furchtappellversionen erneut keine Unterschiede hervorrufen konnten (s. Tabelle D.30 im Anhang), muss Hypothese 4d verworfen werden.

Einfluss des Furchtappells auf Verhaltensintentionen

Laut Hypothese 4e haben Gesundheitsinformationen in Form eines starken Furchtappells einen stärkeren Einfluss auf die Verhaltensintentionen der Versuchspersonen als Gesundheitsinformationen in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell. Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Fallbeispielversion beschrieben, wurden sowohl die Einzelitems als auch die Indexvariable betrachtet, da im Sinne der TRA davon auszugehen war, dass sich die Verhaltensintentionen entsprechend der Einstellungen entwickeln würden.

Die unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten, anders als die verschiedenen Fallbeispielversionen, zumindest teilweise Unterschiede hervorrufen (s. Tabelle 21). Im Zusammenhang mit dem Überdenken des eigenen Tablettenkonsums führten ein leichter und ein starker Furchtappell zu signifikant höherer Zustimmung (beide MW 2,5) als ein mittlerer oder gar kein Furchtappell (beide MW 1,9, $p=0,015$). Auch beim vorsichtigeren Umgang mit Medikamenten konnte der starke Furchtappell die höchste Zustimmung erreichen (MW 3,5). Infolge des mittleren Furchtappells wurde am wenigsten zugestimmt (MW 2,6). Der leichte Furchtappell und die Kontrollversion lagen dazwischen (MW 3,3 und 2,8).

Für die verbleibenden sechs Items zeigte sich ein einheitlicher Trend: Der leichte Furchtappell konnte tendenziell die höchsten Verhaltensintentionen hervorrufen. Das heißt, dass sowohl der leichte als auch der starke Furchtappell geeigneter scheinen, höhere Verhaltensintentionen hervorzurufen, als der mittlere oder gar kein Furchtappell. Müsste man sich zwischen leichtem oder starkem Furchtappell entscheiden, sprächen die einheitlichen Tendenzen für den leichten Furchtappell.

Tabelle 21: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf die Verhaltensintentionen

	Gesamt (n=298)	Furchtappellversion			Kontroll- version (n=29- 30)	F
		leicht (n=89- 91)	mittel (n=88- 89)	stark (n=87- 89)		
Ich plane, Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten.	2,8	3,0	2,6	2,9	2,7	2,08
Ich habe vor meinen Tablettenkonsum überdenken. ¹	2,3	2,5^b	1,9^a	2,5^b	1,9^a	3,58*
Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren.	2,7	2,8	2,8	2,6	2,7	0,40
Ich kann mir vorstellen im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss. ²	3,1	3,3^{bc}	2,6^a	3,5^c	2,8^{ab}	4,47*
Ich habe vor, Beipackzettel von Arzneimitteln gründlich und aufmerksam zu lesen.	3,7	3,8	3,8	3,6	3,4	1,57
Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren.	2,4	2,5	2,3	2,4	2,4	0,75
Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken. ³	2,1	2,4	1,9	2,2	1,8	2,43
Ich möchte mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht sprechen.	1,5	1,7	1,4	1,6	1,3	1,44
Verhaltensintentionen (Indexvariable)	2,6	2,7^b	2,5^{ab}	2,6^{ab}	2,4^a	2,06

Basis: n=298, einfaktorielles Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. *p<0,05.

FB2, F12-13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Die Reihenfolge der dargestellten Items entspricht zur besseren Vergleichbarkeit derjenigen der Einstellungen (s. Tabelle D.30 im Anhang). Indexvariable (CA=0,84).

¹ n=171

² n=182

³ n=166

Dies zeigte auch die Auswertung der Indexvariable: Der leichte Furchtappell führt am häufigsten zu Verhaltensintentionen (MW 2,7), während Versuchspersonen, die keinen Furchtappell sahen, am seltensten Verhaltensintentionen aufwiesen (MW 2,4). Versuchspersonen mit mittlerem oder starkem Furchtappell lagen dazwischen (MW 2,5 und 2,6). Da der leichte Furchtappell am ehesten geeignet scheint, Verhaltensintentionen hervorzurufen, wird auch Hypothese 4e abgelehnt.

Einfluss des Furchtappells auf tatsächliches Verhalten

Hypothese 4c geht von einem stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen in Form eines starken Furchtappells auf das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen aus als Gesundheitsinformationen in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell. Um das tatsächliche Verhalten zu erfassen, wurden die Items exakt auf jene zur Messung der Verhaltensintention abgestimmt. Wie zuvor bei den Verhaltensintentionen wurden aus demselben Grund sowohl die Einzelitems als auch die Indexvariable analysiert.

Tabelle 22: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf das Verhalten

	Gesamt (n=92- 196)	Furchtappellversion			Kontroll- version (n=11- 21)	F
		leicht (n=30- 60)	mittel (n=23- 59)	stark (n=28- 56)		
Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet.	1,9	1,9^{ab}	1,8^a	1,8^{ab}	2,3^b	1,38
Ich habe über meinen Tablettenkonsum nachgedacht. ¹	2,5	2,5	2,3	2,6	2,5	0,28
Ich habe andere über die Gefahr von Medikamentensucht informiert.	1,8	1,8^{ab}	1,7^a	1,7^a	2,3^b	1,60
Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss. ²	2,9	3,0	2,6	3,1	3,1	0,54
Ich habe Beipackzettel von Arzneimitteln gründlicher und aufmerksamer gelesen.	2,2	2,2^{ab}	2,0^a	2,0^a	2,7^b	1,62
Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.	1,7	2,0	1,5	1,6	1,9	2,83*
Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt. ³	2,1	2,2	1,7	2,3	2,3	0,87
Ich habe mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht gesprochen.	1,2	1,3	1,0	1,2	1,1	1,97
Verhalten (Indexvariable)	1,9	2,0^{ab}	1,7^a	1,9^{ab}	2,2^b	2,10

Basis: n=190-196, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F12-13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Sie sind in der Tabelle die Items 2, 4 und 7. Die Reihenfolge der dargestellten Items entspricht zur besseren Vergleichbarkeit derjenigen der Einstellungen und Verhaltensintentionen (s. Tabelle D.30 im Anhang und Tabelle 21). Indexvariable (CA=0,86).

¹ n=102

² n=103

³ n=92

Bei drei Einzelitems zeigten sich signifikante Unterschiede, die man auf die verschiedenen Furchtappellversionen zurückführen kann. Dabei handelte es sich aber nicht um dieselben Aussagen, die zwei Wochen zuvor zu Unterschieden bei den Verhaltensintentionen führten. Die Unterschiede bilden jeweils das gleiche Muster: So gaben Versuchspersonen, die keinen Furchtappell gesehen haben, eher an, Familie, Freunde und Bekannte genauer bezüglich Medikamentensucht beobachtet zu haben (MW 2,3), als Versuchspersonen, die den mittleren Furchtappell sahen (MW 1,8).³⁶⁷ Die Kontrollgruppe gab auch deutlich häufiger an (MW 2,3), andere Menschen zur Gefahr von Medikamentensucht informiert zu haben als Versuchspersonen, die den mittleren oder starken Furchtappell gesehen haben (beide MW 1,7) an.³⁶⁸ Und auch beim Lesen von Beipackzetteln war die Kontrollgruppe am aktivsten (MW 2,7), während Versuchspersonen mit mittlerem und starkem Furchtappell (beide MW 2,0) am wenigsten aktiv waren.³⁶⁹ Dieses Bild spiegelt die Indexvariable wider: Hier zeigte sich signifikant, dass Versuchspersonen ohne Furchtappell am aktivsten waren (MW 2,2), während Ver-

³⁶⁷ Versuchspersonen mit leichtem und starkem Furchtappell lagen mit ihren Beobachtungen dazwischen (MW 1,9 und 1,8). Dass Versuchspersonen mit mittlerem und starkem Furchtappell den gleichen Wert aufweisen und sich doch nach Duncan unterscheiden, beruht auf Auf- und Abrundung der Mittelwerte.

³⁶⁸ Versuchspersonen mit dem leichten Furchtappell lagen dazwischen (MW 1,8).

³⁶⁹ Dazwischen lag die Gruppe, die den leichten Furchtappell sah (MW 2,2).

suchspersonen, die den mittleren Furchtappell sahen die geringsten Aktivitäten zeigten (MW 1,7). Versuchspersonen mit dem leichten und dem starken Furchtappell lagen dazwischen (MW 2,0 und 1,9, s. Tabelle 22). Man kann also schlussfolgern, dass Gesundheitsbroschüren mit Furchtappellen unterschiedlicher Valenz weniger zu tatsächlichem Verhalten führen als Gesundheitsbroschüren, die auf einen Furchtappell verzichten. Dies wurde bei den Einzelitems für drei Fälle signifikant und in zwei Fällen zumindest tendenziell bestätigt. Somit kann Hypothese 4f ebenfalls verworfen werden.

Fazit Hypothese 4

Da ein starker Furchtappell nicht dazu geeignet war, Erinnerung, Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit sowie die Einstellungen der Versuchspersonen stärker zu beeinflussen als ein mittlerer, leichter oder kein Furchtappell, wird die vierte Hypothese verworfen.

Allein bezüglich der Verhaltensintentionen und des tatsächlichen Verhaltens konnten überhaupt Unterschiede nachgewiesen werden, allerdings entgegen der erwarteten Richtung: Während bei den Verhaltensintentionen ein leichter Furchtappell diese am meisten und kein Furchtappell am wenigsten beeinflussen konnte, war beim tatsächlichen Verhalten die Version ohne Furchtappell am ehesten und ein mittlerer Furchtappell am wenigsten erfolgversprechend. Außerdem ließ sich keine stringente Linie von den Einstellungen über die Verhaltensintentionen zum Verhalten ziehen. Damit sind zumindest für diese Untersuchung die Prämissen der TRA widerlegt.

8.3.3.4 Unabhängigkeit der Furchtappellwirkung

Nun wird der Einfluss emotionaler Reaktionen, soziodemographischer Merkmale, Nutzung von Gesundheitsbroschüren, Involvement und persönlicher Betroffenheit und des Gesundheitszustands der Versuchspersonen auf die Wirkung des Furchtappells analysiert.

Einfluss der emotionalen Reaktionen auf die Wirkung der Furchtappellvalenz

Forschungsfrage 2a fragt nach dem Einfluss der emotionalen Reaktion der Versuchspersonen auf die Wirkung der Bildvalenz. Hierzu wurden Kontrastgruppen für die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt,³⁷⁰ für die negative und die positive emotionale Reaktion auf das Foto gebildet.³⁷¹ Versuchspersonen mit hoher emotionaler Reaktion auf die Broschüre als Ganzes unterschieden sich von Versuchspersonen mit

³⁷⁰ Es wurde ein Mittelwertsplit auf die Indexvariable angewendet (s. Forschungsfrage 1b): „geringe emotionale Reaktionen durch die Broschüre“ fasste Versuchspersonen mit einem Indexwert von 1 bis 2,60 zusammen (47 Prozent); „hohe emotionale Reaktionen durch die Broschüre“ vereinte Versuchspersonen mit einem Indexwert von 2,61 bis 5 (53 Prozent).

³⁷¹ Mediansplit für negative Emotionen: Personen mit geringen negativen Emotionen (Indexwert von 1 bis 1,71, 49 Prozent) und hohen negativen Emotionen (Indexwert von 1,72 bis 5, 51 Prozent). Kontrastgruppen für positive Emotionen: Personen mit niedrigen positiven Emotionen (Indexwert von 1 bis 2,6, 49 Prozent) und hohen positiven Emotionen (Indexwert von 2,61 bis 5, 51 Prozent).

niedriger emotionaler Reaktion in folgenden Punkten: Sie glaubten, dass mehr Menschen medikamentensüchtig sind ($p=0,046$), schätzten ihr persönliches Krankheitsrisiko höher ein ($p=0,041$) und glaubten weniger an die Wirksamkeit von Therapien ($p=0,024$). Außerdem zeigten sie häufiger Verhaltensintentionen ($p<0,001$) und tatsächliches Verhalten ($p=0,009$, s. Tabelle D.31 im Anhang). Versuchspersonen mit ausgeprägten negativen Emotionen auf den Furchtappell glaubten im Vergleich zu Versuchspersonen mit geringeren negativen Emotionen auf den Furchtappell, dass mehr Menschen medikamentensüchtig sind ($p=0,039$) und zeigten häufiger Verhaltensintentionen ($p=0,005$) und tatsächliches Verhalten ($p=0,001$, s. Tabelle D.32 im Anhang). Versuchspersonen mit ausgeprägten positiven Emotionen auf den Furchtappell wiesen im Vergleich zu Versuchspersonen mit geringeren positiven Emotionen auf den Furchtappell weniger Wissen zu süchtig machenden Medikamente auf ($p=0,033$), glaubten eher, sie sollten weniger Medikamente einnehmen ($p=0,037$) und demonstrierten häufiger Verhaltensintentionen ($p<0,001$) und tatsächliches Verhalten ($p<0,001$, s. Tabelle D.33 im Anhang). Bezüglich der emotionalen Reaktion auf die Broschüre als Ganzes ließen sich zwei Interaktionseffekte feststellen: für die Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten (s. Tabelle D.31 im Anhang). Negative emotionale Reaktion führte in Kombination mit den verschiedenen Furchtappellversionen nicht zu Interaktionseffekten (s. Tabelle D.32 im Anhang), während positive emotionale Reaktion zwei Interaktionseffekte hervorrief: Bei der Erinnerung an Hilfsangebote und bei den Verhaltensintentionen (s. Tabelle D.33 im Anhang). Da sich nur einzelne Interaktionen nachweisen ließ, wird Hypothese 2a angenommen.

Einfluss der soziodemographischen Merkmale, der Nutzung von Gesundheitsbroschüren, des Involvements, der persönlichen Betroffenheit und des Gesundheitszustandes auf die Wirkung der Furchtappellvalenz

Forschungsfragen 2b bis 2e fragen nach dem Einfluss soziodemographischer Merkmale, der Nutzung von Gesundheitsbroschüren, des Involvements, der persönlichen Betroffenheit und des Gesundheitszustandes der Versuchspersonen auf die Wirkung der Furchtappellvalenz. Im Gegensatz zur Analyse der Unabhängigkeit vom Einfluss der Fallbeispiele wurden im Kontext der Furchtappelle auch die emotionalen Reaktionen auf den Furchtappell analysiert. Dabei zeigte sich, dass Frauen nach dem Lesen der Broschüre ausgeprägtere negative Emotionen aufwiesen als Männer ($p=0,003$). Ältere wiesen dagegen positivere Emotionen auf den Furchtappell auf als jüngere ($p=0,035$). Höher Gebildete zeigten im Vergleich zu weniger Gebildeten positivere Emotionen auf den Furchtappell ($p=0,031$). Versuchspersonen, die in den letzten vier Wochen mindestens eine Broschüre ansahen, reagierten mit höheren negativen und positiven Emotionen als Versuchspersonen, die keine Broschüre ansahen ($p=0,016$ und $p=0,005$).

Wie im Zusammenhang mit dem Einfluss der Fallbeispielversion erwähnt, setzten sich die relevanten soziodemographischen Merkmale aus Geschlecht, Alter und Bildung zusammen. Es konnte nur jeweils ein Interaktionseffekt nachgewiesen werden: beim Geschlecht, bei der Einstellung im Umgang mit Medikamenten (s. Tabelle D.34 im Anhang), beim Alter bei der Reaktionswirksamkeit (s. Tabelle D.35 im Anhang) und bei der Bildung beim Verhalten (s. Tabelle D.36 im Anhang). Für die Nutzung von Gesundheitsbroschüren zeigten sich zwei Interaktionseffekte: bei der Erinnerung an das Foto und bei der Reaktionswirksamkeit (s. Tabelle D.37 im Anhang). Beim Involvement, konnte das Interesse am Thema keinen (s. Tabelle D.38 im Anhang) und der Medikamentenkonsum nur einen Interaktionseffekt bei den Verhaltensintentionen hervorrufen (s. Tabelle D.39 im Anhang). Die persönliche Betroffenheit der Versuchspersonen rief ebenfalls nur einen Interaktionseffekt bei der persönlichen Risikoeinschätzung hervor (s. Tabelle D.40 im Anhang) und der Gesundheitszustand beim Verhalten (s. Tabelle D.41 im Anhang). Da sich erneut nur einzelne Interaktionen belegen ließen, werden die Hypothesen 2b bis 2e angenommen.

Fazit Forschungsfrage 2

Interagierende Effekte der emotionalen Reaktion, der soziodemographischen Merkmale, der Nutzung von Gesundheitsbroschüren, des Involvements, der persönlichen Betroffenheit und des Gesundheitszustandes auf die Wirkung der Furchtappellvalenz konnten nicht festgestellt werden. Damit bestätigt sich, dass weder Persönlichkeitszüge noch demographische Variablen einen Einfluss auf die Wirkung von Furchtappellen haben (vgl. z.B. Witte & Allen 2000: 605, s. auch Kapitel 4.4).

8.3.3.5 Interaktionseffekte zwischen Fallbeispielen und Furchtappellvalenz

Forschungsfrage 3 fragt nach Interaktionseffekten zwischen Fallbeispielen und Furchtappellvalenz bezüglich Erinnerung, Wissen, emotionaler Reaktionen, allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten der Versuchspersonen. Mehrfaktorielle Varianzanalysen sollten hier Aufschluss liefern. Es konnten insgesamt nur zwei Interaktionseffekte beobachtet werden. So zeigten Versuchspersonen mit eher positiven Fallbeispielen das meiste Wissen bezüglich süchtig machender Medikamente, wenn sie auch den starken Furchtappell erhielten (MW 1,0). Etwas geringer fiel ihr Wissen mit dem mittleren Furchtappell aus (MW 0,9) und am niedrigsten mit dem leichten Furchtappell (MW 0,6). Anders bei Versuchspersonen mit ausgewogenen Fallbeispielen: Sie wussten am besten Bescheid sobald sie den leichten Furchtappell sahen (MW 1,0) und deutlich schlechter, wenn sie den mittleren oder starken Furchtappell gesehen hatten (beide MW 0,7).

Tabelle 23: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispiel- und Furchtappellversion

Fallbeispielversion n	Furchtappellversion									KV eher pos. (18-30)	Bild F	Text F	B*T F	Gesamt F	Gesamt R2 (korr.)
	leicht negativ			negativ			stark negativ								
	eher pos. (15-30)	aus- gew. (18-30)	eher neg. (16-31)	eher pos. (14-29)	aus- gew. (18-30)	eher neg. (11-33)	eher pos. (12-30)	aus- gew. (18-30)	eher neg. (14-29)						
Erinnerung Foto ¹	1,5^a	1,4^a	1,4^a	1,5^b	1,4^b	1,7^b	1,6^{ab}	1,4^{ab}	1,4^{ab}	2,0	0,61	2,89	0,93	1,36	0,01
Erinnerung Hilfe	1,4	1,5	1,4	1,3	1,5	1,7	1,5	1,4	1,7	1,8	0,23	0,45	0,55	0,68	-0,01
Erinnerung Benzo.	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,2	0,18	0,12	0,69	0,60	-0,01
Wissen Folgen	3,9	3,8	3,8	3,8	3,6	3,8	3,5	3,7	4,2	3,5	0,13	0,98	0,89	0,77	-0,01
Wissen Medikamente	0,6	1,0	0,9	0,9	0,7	0,8	1,0	0,7	0,8	1,0	0,13	0,01	4,08**	2,11*	0,05
Emotionen Broschüre	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5	2,7	0,20	0,24	0,74	0,43	-0,02
Emotionen.Foto neg. ¹	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0	1,8	2,2	2,1	1,6	-	0,23	1,44	0,69	0,74	-0,02
Emotionen.Foto pos. ¹	2,8	2,5	2,7	2,3	2,6	2,7	2,7	2,7	2,4	-	0,19	0,01	1,89	1,00	0,00
Risiko.allg.	14,4	12,4	22,5	18,9	14,6	15,6	11,5	11,2	19,1	14,9	0,63	3,19*	1,17	1,37	0,01
Risiko.pers.	4,1	7,3	10,5	11,0	5,6	8,2	9,3	3,4	6,6	8,8	0,38	1,21	1,33	0,98	0,00
Reaktionswirksamkeit	52,3	57,0	51,7	63,5	63,5	61,8	55,4	57,6	57,6	61,5	2,21	0,18	0,10	0,62	-0,01
Selbstwirksamkeit	4,6	4,8	4,6	4,5	4,9	4,7	4,5	4,9	4,5	4,7	0,28	3,50*	0,28	0,96	0,00
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,8	4,5	4,6	4,6	4,8	4,4	4,7	4,6	4,6	0,91	2,71	1,25	1,36	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,5	1,7	2,2	1,4	1,4	1,5	2,0	1,8	1,5	1,8	3,23*	0,30	2,85*	2,10*	0,03
Verhaltensintentionen	2,6^b	2,8^b	2,8^b	2,5^{ab}	2,5^{ab}	2,5^{ab}	2,6^{ab}	2,6^{ab}	2,5^{ab}	2,4^a	2,30	0,15	0,47	0,92	0,03
Verhalten	1,7	2,1	2,1	1,4	1,6	2,0	1,9	1,7	2,0	2,2	1,76	2,00	0,76	1,53	0,02

Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. *p<0,05, **p<0,01

Sahen die Versuchspersonen die eher negativen Fallbeispiele, dann hatte die Version des Furchtappells keinen Einfluss (MW 0,9 und 0,8, $p=0,003$, s. Tabelle 23). Auch für das Einstellungsitem „Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.“ zeigte sich eine Interaktion: Versuchspersonen mit eher positiven Fallbeispielen stimmten hier am ehesten zu, wenn sie den starken Furchtappell sahen (MW 2,0) und deutlich weniger mit dem leichten oder mittleren Furchtappell (MW 1,5 und 1,4). Auch wenn man den Versuchspersonen die ausgewogenen Fallbeispiele präsentierte, erreichten sie die höchsten Werte in Kombination mit dem starken Furchtappell (MW 1,8). Etwas niedriger fielen sie mit dem leichten Furchtappell aus (MW 1,7) und am niedrigsten mit dem mittleren Furchtappell (MW 1,4). Hatten die Versuchspersonen dagegen die eher negativen Fallbeispiele gesehen, dann zeigten sie die höchste Zustimmung in Verbindung mit dem leichten Furchtappell (MW 2,2) und deutlich weniger mit dem mittleren oder starken Furchtappell (beide MW 1,5, $p=0,024$, s. Tabelle 23).

Tendenziell scheint also eine Kombination von positiven Fallbeispielen mit starkem Furchtappell am vielversprechendsten. Allerdings zeigte sich dieser interagierende Effekt nur bei zwei Aspekten. Darum kann man nicht von systematischen Interaktionseffekten zwischen Fallbeispiel- und Furchtappellversion sprechen und muss vielmehr einräumen, dass sich Fallbeispiel- und Furchtappellversion anscheinend nicht gegenseitig beeinflussen.

8.3.3.6 Stabilität der Effekte

Die vierte Forschungsfrage widmet sich der Stabilität der Einflüsse der Broschüre auf Erinnerung und Wissen, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit sowie Einstellungen der Versuchspersonen. Dafür wurden die entsprechenden Variablen zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre noch einmal abgefragt (s. FB3) und anschließend in gepaarten t-Tests mit den Werten des ersten Messzeitpunkts verglichen (s. Tabelle 24). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Tendenziell erinnerten sich die Versuchspersonen nach vierzehn Tagen etwas schlechter an die genannten Hilfsangebote und wussten weniger über Benzodiazepin, während sie mehr über die Folgen von Medikamentensucht und welche Medikamente süchtig machen wussten. Tendenziell nahmen auch persönliche Risikowahrnehmung und wahrgenommene Reaktionswirksamkeit ab, während allgemeine Risikowahrnehmung und Selbstwirksamkeit zunahmen.

Tabelle 24: Experiment II – Stabilität der Effekte

	Gesamt				Fallbeispielversion (Differenz)				Furchtappellversion (Differenz)					
	AM ₁₂	AM ₁₃	AM _{diff}	T	eher positiv	ausgewogen	eher negativ	Kontrollversion	F	leicht	mittel	stark	Kontrollversion	F
Erinnerung	1,67	1,31	-0,36	3,47	-0,25	-0,14	-0,70	-0,50	1,71	-0,39	-0,27	-0,39	-0,50	0,16
Hilfe														
Wissen	0,41	-0,11	-0,53	6,60	-0,72^b	-0,51^{ab}	-0,47^{ab}	-0,12^a	1,58	-0,57	-0,65	-0,49	-0,12	1,16
Benzo.														
Wissen	3,73	3,97	0,25	2,75	0,13	0,37	0,36	-0,05	0,90	0,44	0,03	0,38	-0,05	1,66
Folgen														
Wissen	0,83	0,91	0,07	1,58	0,15	0,08	0,00	0,00	0,57	0,06	0,06	0,11	0,00	0,15
Medikamente														
Risiko allgemein	15,82	16,33	0,51	0,52	0,86^{ab}	1,13^{ab}	-2,50^b	5,64^a	1,94	-0,07	0,52	-0,82	5,64	1,19
Risiko persönlich	6,27	5,43	-0,84	0,87	-3,51	1,80	-1,67	1,57	1,88	0,04	-3,03	-0,48	1,57	0,84
Reaktions-														
wirksamkeit	56,97	56,62	-0,35	0,18	1,02	0,38	-2,32	-1,14	0,17	-1,74	-2,46	3,69	-1,14	0,59
Selbstwirksamkeit	4,67	4,75	0,09	1,22	0,26	0,02	0,02	0,05	0,97	0,24	-0,04	0,10	-0,05	0,94
Einstellungen														
(Item 4)	4,66	4,71	0,05	0,91	0,02	0,00	-0,04	-0,05	1,40	0,10	-0,02	0,09	0,05	0,46
Einstellungen														
(Item 7)	1,65	1,71	0,06	0,89	0,10	0,04	0,08	0,05	0,09	0,19	0,05	-0,04	-0,05	0,42

Basis: n (gesamt)=108-195, n (FB eher positiv)=31-62, n (FB ausgewogen)=37-58, n (FB eher negativ)=30-55, n (Kontrollversion)=8-21. Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

Den beiden Einstellungsitems stimmten die Versuchspersonen minimal deutlicher zu. Bis auf diese leichten Unterschiede wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass zumindest für einen Zeitraum von zwei Wochen die Effekte relativ stabil sind.

Um zu berechnen, ob die Unterschiede von den unterschiedlichen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen unabhängig sind, wurde jeweils die Differenz der Variablen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt berechnet und als neue Variable gespeichert. Als AV dienten sie dann in einfaktoriellen Varianzanalysen der Überprüfung des Einflusses der Fallbeispiel- und Furchtappellversionen. Bezüglich der Fallbeispielversion zeigten sich zwei signifikante Einflüsse: Versuchspersonen, die die Kontrollversion gesehen hatten, wussten zu Benzodiazepin nur minimal weniger als zwei Wochen zuvor (-0,12), während Versuchspersonen mit eher positiven Fallbeispielen am wenigsten wussten (-0,72). Die allgemeine Risikowahrnehmung nahm bei Versuchspersonen, die die Kontrollversion sahen, nach vierzehn Tagen am deutlichsten zu (+5,64 Prozent) und bei Versuchspersonen mit eher negativen Fallbeispielen am meisten ab (-2,5 Prozent). Versuchspersonen mit eher positiven und ausgewogenen Fallbeispielen lagen dazwischen (0,86 und 1,13). Ansonsten zeigten sich keine einheitlichen Tendenzen. Aufgrund der Furchtappellversion waren keine signifikanten Unterschiede oder einheitliche Tendenzen feststellbar. Damit sind die beobachteten Effekte über einen Zeitraum von zwei Wochen stabil und sowohl von Fallbeispiel- als auch Furchtappellversion unabhängig, da sich nur bei der Fallbeispielversion einzelne, unsystematische Effekte nachweisen ließen.

8.3.3.7 Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen

Da sich aufgrund der unterschiedlichen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen nur sehr vereinzelt Einflüsse zeigten, stellt sich die Frage, ob es möglicherweise Einflüsse gibt, die sich auf die zehn verschiedenen Broschürenversionen zurückführen lassen. Diesem Aspekt widmet sich Forschungsfrage 5, die den Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich Erinnerung und Wissen, emotionaler Reaktion, allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten der Versuchspersonen betrachtet. Im Folgenden werden nur signifikante Unterschiede erwähnt und auf die Interpretation von Tendenzen zugunsten der besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit verzichtet. Aus demselben Grund werden bei signifikanten Unterschieden jeweils nur die Extremwerte beschrieben und „eher positive“ und „eher negative“ Fallbeispiele als „positive“ und „negative“ Fallbeispiele bezeichnet.

Erinnerung und Wissen

Zunächst geht es um den Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen auf die Erinnerung an den Furchtappell und die Hilfsangebote sowie das Wissen zu den Folgen und zu süchtig machenden Medikamenten. Die unterschiedlichen Broschürenversionen hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Erinnerung an den Furchtappell (s. Tabelle D.42 im Anhang). Bei der Erinnerung an die Hilfsangebote konnten, im Gegensatz zur Analyse auf Fallbeispiel- und Furchtappellebene, Unterschiede festgestellt werden. Versuchspersonen, die die Version 8 (negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) gesehen hatten, erinnerten sich signifikant häufiger an die Kategorie „Ärzte“ (s. Hypothese 1a) als Versuchspersonen, die die Versionen 6 und 7 sahen (ausgewogene Fallbeispiele, starker Furchtappell; negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell). Bei der Kategorie „Organisationen“ erinnerten sich Versuchspersonen, die die Version 6 gesehen hatten (ausgewogene Fallbeispiele, starker Furchtappell) deutlich besser als diejenigen, die Version 8 sahen (negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell, s. Tabelle 25). Fasst man die Erinnerungsebenen zusammen, dann heben sich die Unterschiede gegenseitig auf.

Tabelle 25: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die Erinnerung an Hilfsangebote – Summenindizes

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(214)	(17)	(23)	(20)	(23)	(24)	(24)	(23)	(21)	(21)	(18)	
Erinnerung Ärzte	1,1	1,0^{ab}	0,9^{ab}	1,2^{ab}	1,1^{ab}	1,3^{ab}	0,8^a	0,8^a	1,6^b	1,4^{ab}	1,4^{ab}	1,70
Erinnerung Organisa- tionen	0,4	0,4^{ab}	0,4^{ab}	0,4^{ab}	0,4^{ab}	0,3^{ab}	0,6^b	0,5^{ab}	0,1^a	0,3^{ab}	0,4^{ab}	0,99
Erinnerung Hilfe insges.	1,5	1,4	1,3	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,7	1,7	1,8	0,68

Basis: n=214, einfaktorische Varianzanalysen (ANOVA), Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.
FB2, F16, offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachantworten möglich.

Die unterschiedlichen Broschürenversionen konnten weder beim Wissen zu Benzodiazepin noch beim Wissen zu den Folgen signifikante Unterschiede hervorrufen (s. Tabelle D.43 im Anhang). Bezüglich des Wissens zu süchtig machenden Medikamenten zeigten sich aufgrund der unterschiedlichen Broschürenversionen für Beruhigungsmittel signifikante Unterschiede: Versuchspersonen, die Version 4 (ausgewogene Fallbeispiele, leichter Furchtappell) sahen, wussten am meisten, Versuchspersonen die Version 1 (positive Fallbeispiel, leichter Furchtappell) sahen, am wenigsten (1,0 versus 0,6, $p=0,031$, s.Tabelle 26).

Tabelle 26: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten (Indexvariable)

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(200)	(19)	(20)	(21)	(20)	(22)	(24)	(16)	(18)	(21)	(19)	
Beruhigungsmittel (%)	0,8	0,6^a	0,9^{abc}	1,0^{bc}	1,0^c	0,7^{ab}	0,7^{ab}	0,9^{abc}	0,8^{abc}	0,8^{abc}	1,0^{bc}	2,11*
Aufputschmittel (%)	0,6	0,5	0,8	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,63
Schmerzmittel (%)	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	0,5	0,8	0,6	0,7	0,5	0,6	0,65

Basis: n=200, einfaktorische Varianzanalysen (ANOVA), Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. *p<0,05.

FB2, F19, offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachnennungen möglich, Indexvariable.

Emotionale Reaktionen

Beim Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen auf die emotionale Reaktion wurde wieder zwischen emotionaler Reaktion auf die Broschüre insgesamt und emotionaler Reaktion auf das Bild differenziert. Während weder die emotionale Reaktion auf das Bild (s. Tabelle D.44 im Anhang), die Emotionen insgesamt noch auf die Kausalattribution und die Wahrnehmung neuer Information durch die unterschiedlichen Versionen beeinflusst wurden (s. Tabelle 27), konnten die unterschiedlichen Broschürenversionen bei der Reaktanz Unterschiede hervorrufen. Hier wies Version 5 (ausgewogene Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) die höchsten Werte auf (MW 2,9). Die Versionen 4, 7 und 8 (ausgewogene Fallbeispiele, leichter Furchtappell; negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell; negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) die niedrigsten (MW 2,0; 2,1 und 2,2, s. Tabelle 27).

Tabelle 27: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(297-300)	(29-30)	(29)	(29-30)	(30)	(30)	(29-30)	(31)	(31)	(28-29)	(29-30)	
Emotionen/Broschüre (Index)	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,5	2,7	0,43
Reaktanz ¹	2,4	2,2^{ab}	2,6^{ab}	2,6^{ab}	2,0^a	2,9^b	2,6^{ab}	2,1^a	2,2^a	2,2^{ab}	2,5^{ab}	1,58
Kausalattribution ²	2,6	2,6	2,7	2,6	2,5	2,8	2,7	2,5	2,5	2,6	2,6	0,40
Neue Information ³	3,0	3,3	3,0	3,2	2,8	2,9	3,1	2,0	2,8	2,9	3,0	0,44

Basis: n=297-300, einfaktorische Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F8. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Mittelwertindex Emotionen (CA=0,74)

¹ Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“

² Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal.

³ Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist.

Allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

Nun geht es um die Wirksamkeit der verschiedenen Gesundheitsbroschüren auf allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit. Die unterschiedlichen Broschürenversionen führten im Gegensatz zu den unterschiedlichen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen zumindest für die allgemeine Risikowahrnehmung zu deutlichen Unterschieden. So schätzten die Versuchspersonen der Version 7 (negative Fallbeispiele, leicht negativer Furchtappell) den Anteil an in Deutschland an Medikamentensucht erkrankten Personen signifikant höher ein (23 Prozent) als Versuchspersonen, die Version 3 und 6 (positive Fallbeispiele, stark negativer Furchtappell; ausgewogene Fallbeispiele, stark negativer Furchtappell) gesehen hatten (s. Tabelle 28). Für die persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit konnten die unterschiedlichen Broschürenversionen keine nennenswerten Unterschiede hervorrufen.

Tabelle 28: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(286-300)	(29-30)	(26-29)	(26-30)	(30)	(29-30)	(28-30)	(29-31)	(29-31)	(28-29)	(29-30)	
Allg. Risikowahrnehmung (%)	16	14 ^{ab}	19 ^{ab}	12 ^a	12 ^{ab}	15 ^{ab}	11 ^a	23 ^b	16 ^{ab}	19 ^{ab}	15 ^{ab}	1,37
Pers. Risikowahrnehmung (%)	8	4	11	9	7	6	3	11	8	7	9	0,62
Reaktionswirksamkeit (%)	58	51	64	55	57	64	58	52	62	58	62	0,98
Selbstwirksamkeit	4,7	4,6	4,5	4,5	4,8	4,9	4,9	4,6	4,7	4,5	4,7	0,96

Basis: n=286-300, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. Prozentangaben gerundet.

FB2, F20, 23 und 21. Offene Abfrage einer Prozentangabe. FB2, F24. Geschlossene Abfrage, Antwortmöglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund“. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und die Residualantwort zusammengefasst.

Einstellungen

Beim Einfluss der unterschiedlichen Broschürenversionen auf die Einstellungen zeigten sich bei zwei Einstellungsitems signifikante Unterschiede: Der Aussage „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss“ stimmten Versuchspersonen der Version 8 (negative Fallbeispiele, negativer Furchtappell) am deutlichsten zu (MW 4,8), während Versuchspersonen mit der Version 3 (positive Fallbeispiele, starker Furchtappell) am wenigsten zustimmten (MW 4,4). Die Aussage „Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen“ erhielt dagegen von Versuchspersonen der Version 7 (negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell) die meiste Zustimmung (MW 2,2), während Versuchspersonen der Versionen 1, 2, 5, 8 und 9 (positive Fallbeispiele, leichter Furchtappell; posi-

tive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; ausgewogene Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; negative Fallbeispiele, starker Furchtappell) am wenigsten zustimmten (MW von 1,4 bis 1,5, s. Tabelle 29).

Tabelle 29: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die Einstellungen

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(286-300)	(29-30)	(28-29)	(28-30)	(30)	(30)	(29-30)	(31)	(29-30)	(29)	(29-30)	
Es ist bedenklich... ¹	3,4	3,4	3,4	3,5	3,6	3,3	3,2	3,5	3,5	3,4	3,6	0,37
Es ist wichtig... ²	4,0	3,8	3,7	4,1	3,9	3,8	4,2	4,1	4,0	4,0	4,2	0,66
Möglichst viele Menschen... ³	4,6	4,5	4,5	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,8	4,6	0,80
Es ist wichtig... ⁴	4,6	4,5^{ab}	4,6^{ab}	4,4^a	4,8^{ab}	4,6^{ab}	4,7^{ab}	4,5^{ab}	4,8^b	4,6^{ab}	4,6^{ab}	1,36
Die Beipackzettel... ⁵	1,7	1,7	1,6	1,9	1,5	1,7	1,7	1,6	1,5	1,7	1,7	0,32
Medikamentensucht... ⁶	4,3	4,3	4,3	4,2	4,4	4,2	4,5	4,2	4,5	4,1	4,3	0,71
Eigentlich sollte... ⁷	1,7	1,5^a	1,4^a	2,0^{ab}	1,7^{ab}	1,4^a	1,8^{ab}	2,2^b	1,5^a	1,5^a	1,8^{ab}	2,10*
Bevor man... ⁸	4,2	4,0	4,2	4,1	4,3	4,2	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	0,32

Basis: n=294-298, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, *p<0,05.

FB2, F9. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

¹ Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.

² Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.

³ Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.

⁴ Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.

⁵ Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.

⁶ Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.

⁷ Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.

⁸ Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.

Verhaltensintentionen

Im Gegensatz zu den unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten die verschiedenen Broschürenversionen, ähnlich wie die unterschiedlichen Furchtappellversionen – zumindest für drei Verhaltensintentionen – signifikante Unterschiede hervorrufen. So hatten Versuchspersonen, die die Versionen 3 und 7 (positive Fallbeispiele, starker Furchtappell; negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell) gelesen haben, deutlich höhere Intentionen, ihren Tablettenkonsum zu überdenken (MW 2,9 und 3,0) als Versuchsperson, die die Versionen 1, 2, 8 und 9 (positive Fallbeispiele, leichter Furchtappell; positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; negative Fallbeispiele, starker Furchtappell) sahen (MW von 1,7 bis 1,9, p=0,010). Versuchspersonen, mit der Version 6 (ausgewogene Fallbeispiele, starker Furchtappell), konnten sich hinterher am ehesten vorstellen, im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und sich genau zu überlegen, ob sie ein Medikament tatsächlich einnehmen müssen (MW 3,6). Versuchspersonen mit Version 8 (ausgewogene Fallbeispiele, starker Furchtappell) konnten sich dies am wenigsten vorstellen

(MW 2,4, $p=0,042$). Bezüglich des Einschränkens des Tablettenkonsums war erneut bei Version 7 (negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell) die Verhaltensintention am deutlichsten ausgeprägt (MW 2,7). Hier stimmte Version 9 (negative Fallbeispiele, starker Furchtappell) am wenigsten zu (MW 1,6, s. Tabelle 30).

Tabelle 30: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die Verhaltensintention

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(298)	(29-30)	(28-29)	(29-30)	(29-30)	(30)	(29-30)	(31)	(30)	(29)	(29-30)	
Ich plane... ¹	2,8	3,2	2,8	2,8	3,0	2,6	2,9	2,9	2,5	2,9	2,7	0,88
Ich habe vor... ^{2,a}	2,3	1,9^a	1,9^a	2,9^b	2,7^{ab}	2,1^{ab}	2,4^{ab}	3,0^b	1,7^a	2,1^{ab}	1,9^a	2,53*
Ich werde andere... ³	2,7	2,5	2,7	2,6	2,9	2,8	2,6	2,9	2,8	2,6	2,7	0,36
Ich kann mir... ^{4,b}	3,1	2,9^{abc}	2,5^{ab}	3,4^{ab}	3,5^{ab}	2,9^{abc}	3,6^c	3,5^{ab}	2,4^a	3,3^{abc}	2,8^{abc}	2,00*
Ich habe vor... ⁵	3,7	3,7	3,8	3,3	3,9	3,6	3,7	3,8	4,0	3,6	3,4	0,87
Ich werde mich... ⁶	2,4	2,5	2,1	2,5	2,6	2,5	2,3	2,5	2,2	2,2	2,4	0,53
Ich möchte meinen... ^{7,c}	2,1	1,9^{ab}	1,9^{ab}	2,6^{ab}	2,3^{ab}	1,9^{ab}	2,2^{ab}	2,7^b	1,9^{ab}	1,6^a	1,8^{ab}	1,61
Ich möchte mit... ⁸	1,5	1,5	1,4	1,6	1,8	1,5	1,5	1,7	1,3	1,5	1,3	0,66
Index... ⁹	2,6	2,6	2,5	2,6	2,8	2,5	2,6	2,8	2,5	2,5	2,4	0,92

Basis: n=298, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F12-13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ als fehlenden Wert eingegeben. Sie sind in der Tabelle die Items 2, 4 und 7. Indexvariable (CA 0,84).

^a n=171/^b n=182/^c n=166

¹ Ich plane, Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten.

² Ich habe vor meinen Tablettenkonsum überdenken.

³ Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren.

⁴ Ich kann mir vorstellen im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.

⁵ Ich habe vor, Beipackzettel von Arzneimitteln gründlich und aufmerksam zu lesen.

⁶ Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren.

⁷ Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken

⁸ Ich möchte mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht sprechen.

⁹ Verhaltensintention (Indexvariable)

Im Gegensatz zu den unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten die unterschiedlichen Broschürenversionen ebenso wie zuvor die unterschiedlichen Fallbeispielversionen keine Unterschiede bei der Indexvariable für die Verhaltensintentionen hervorrufen (s. Tabelle 30).

Tatsächliches Verhalten

Die unterschiedlichen Broschürenversionen konnten beim tatsächlichen Verhalten in fünf Fällen signifikante Unterschiede hervorrufen. So wurden andere Personen vor allem durch Versuchspersonen, die weder ein Fallbeispiel noch einen Furchtappell sahen, im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet (MW 2,3), während sich Versuchspersonen der Version 2 (positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) am wenigsten dafür interessierten (MW 1,4). Die Kontrollgruppe hatte andere Personen auch häu-

figer über die Gefahr von Medikamentensucht informiert (MW 2,3) als Versuchspersonen, die Version 2 vorgelegt bekamen (positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell, MW 1,3) und auch beim vorsichtigen Umgang mit Medikamenten bildeten Versuchspersonen der Version 2 das Schlusslicht (positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell, MW 2,1). Hier lag Version 3 (positive Fallbeispiele, starker Furchtappell) an erster Stelle (MW 3,8). Versuchspersonen der Version 2 (positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) haben sich am wenigsten zum Thema informiert (MW 1,3). Hier lagen Versuchspersonen der Version 7 vorne (negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell, MW 2,2). Den Tablettenkonsum tatsächlich eingeschränkt haben vor allem die Versuchspersonen der Versionen 3 und 4 (positive Fallbeispiele, starker Furchtappell; ausgewogene Fallbeispiele, leichter Furchtappell; MW 2,8 und 2,7). Versuchspersonen, die Version 5 (ausgewogene Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell) gesehen hatten, stimmen hier am wenigsten zu (MW 1,0, s. Tabelle 31).

Tabelle 31: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf das Verhalten

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(190-196)	(21-23)	(17-18)	(20-21)	(17-18)	(18-19)	(19-21)	(18-19)	(22)	(13-14)	(20-21)	
Ich habe Familie... ¹	1,9	1,8^{ab}	1,4^a	2,1^{ab}	2,1^{ab}	2,0^{ab}	1,7^{ab}	1,8^{ab}	1,8^{ab}	1,7^{ab}	2,3^b	0,95
Ich habe über... ²	2,5	2,3	1,8	3,2	2,8	2,3	1,9	2,6	2,6	3,1	2,5	1,10
Ich habe andere... ³	1,8	1,5^{ab}	1,3^a	1,8^{abc}	2,2^{bc}	1,8^{abc}	1,5^{abc}	1,9^{abc}	2,0^{abc}	2,0^{abc}	2,3^c	1,76
Ich bin im... ⁴	2,9	3,1^{ab}	2,1^a	3,8^b	2,9^{ab}	2,4^{ab}	2,9^{ab}	3,0^{ab}	3,0^{ab}	2,8^{ab}	3,1^{ab}	0,64
Ich habe Beipackzettel... ⁵	2,2	1,8	1,9	2,0	2,3	1,7	2,1	2,6	2,3	1,9	2,7	1,24
Ich habe mich... ⁶	1,7	1,7^{abc}	1,3^a	1,7^{abc}	2,1^{bc}	1,5^{abc}	1,6^{abc}	2,2^c	1,7^{abc}	1,4^{ab}	1,9^{abc}	1,57
Ich habe meinen... ⁷	2,1	1,9^{ab}	1,3^{ab}	2,8^b	2,7^b	1,0^a	1,3^{ab}	2,2^{ab}	2,3^{ab}	2,6^b	2,3^{ab}	1,67
Ich habe mit... ⁸	1,2	1,2	1,1	1,1	1,4	1,1	1,2	1,3	1,0	1,2	1,1	0,83
Index... ⁹	1,9	1,7^a	1,4^{ab}	1,9^{ab}	2,1^{ab}	1,6^{ab}	1,7^{ab}	2,1^b	2,0^{ab}	2,0^{ab}	2,2^b	1,53

Basis: n=190-196, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F4-5. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ mit „trifft voll und ganz zu“ für die Items zusammengefasst. Sie sind in der Tabelle die Items 2, 4 und 7. Indexvariable (CA=0,86). Gleiche Werte mit unterschiedlichen Duncan-Kennwerten ergeben sich durch Rundung der Mittelwerte.

¹ Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet.

² Ich habe über meinen Tablettenkonsum nachgedacht.

³ Ich habe andere über die Gefahr von Medikamentensucht informiert.

⁴ Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.

⁵ Ich habe Beipackzettel von Arzneimitteln gründlicher und aufmerksamer gelesen.

⁶ Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.

⁷ Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt.

⁸ Ich habe mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht gesprochen.

⁹ Verhalten (Indexvariable)

Ebenso wie zuvor die unterschiedlichen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen konnten die unterschiedlichen Broschürenversionen deutliche Unterschiede bezüglich der Indexvariable für das Verhalten hervorrufen: Am aktivsten waren Personen, die weder

Furchtappell noch Fallbeispiel oder Version 7 (negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell, MW 2,2 und 2,1) gesehen hatten, während Personen mit Version 1 am wenigsten aktiv wurden (MW 1,7, s. Tabelle 31).

Fazit Forschungsfrage 5

Bei der Erinnerung an den Furchtappell, dem Wissen zu Benzodiazepin und zu den Folgen, der emotionalen Reaktion auf das Bild, den Emotionen insgesamt, Kausalattribution, Wahrnehmung neuer Information, persönlicher Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit konnten die unterschiedlichen Broschürenversionen keine Unterschiede hervorrufen. Anders bei der Erinnerung an Ärzte und Organisationen, der Reaktanz, der allgemeinen Risikowahrnehmung, der Verhaltensintentionen (drei Einzelitems) und dem tatsächlichen Verhalten (fünf Einzelitems und Indexvariable). Diese Unterschiede sind jedoch unsystematisch und es kann kein allgemeiner Trend ausgemacht werden. Charakteristisch hierfür ist die Tatsache, dass die beiden signifikanten Einzelitems³⁷² bei den Einstellungen zwar bei den Verhaltensintentionen und dem tatsächlichen Verhalten ebenfalls signifikante Unterschiede hervorrufen (s. Tabelle D.45 im Anhang). Diese verwiesen jedoch in völlig unterschiedliche Richtungen. Ein tabellarischer Überblick über die Ergebnisse wird im folgenden Kapitel präsentiert.

8.4 Fazit IV: Kombination von Fallbeispielen und Furchtappell – Gesundheitsbroschüre

Nun werden die zentralen Ergebnisse von Experiment II noch einmal und zusätzlich tabellarisch und unabhängig von Hypothesen und Forschungsfragen präsentiert. Anschließend folgt die Darstellung weiterer Ergebnisse der Analyse und es wird auf mögliche Einschränkungen der Studie eingegangen.

8.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Weder die Hypothesen noch die Forschungsfragen zu den unterschiedlichen Fallbeispielen konnten einen Hinweis darauf liefern, welche Fallbeispielversion am erfolgversprechendsten ist, da keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Fallbeispielversionen feststellbar waren (s. Auswertungen zu Hypothesen 1 und 2, Forschungsfrage 1). Dasselbe gilt für die unterschiedlichen Furchtappellversionen, die ebenfalls keine signifikanten Unterschiede lieferten (s. Auswertungen zu Hypothese 4). Bei der Differenzierung nach einzelnen Broschürenversionen konnten zwar einige signifikante Ergebnisse festgestellt werden, diese waren jedoch unsystematisch und konnten keinen allgemeinen Trend aufzeigen (s. Auswertung zu Forschungsfrage 5). Allerdings war der Einfluss mehrerer Fallbeispiele und die Wirkung der Furchtappellva-

³⁷² Items: „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.“ und „Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.“ (Items 4 und 7).

lenz von emotionalen Reaktionen,³⁷³ soziodemographischen Merkmalen, Nutzung von Gesundheitsbroschüren, Involvement, persönlicher Betroffenheit und dem Gesundheitszustand der Versuchspersonen unabhängig (s. Auswertung zu Hypothese 3 und Forschungsfrage 2) und über einen Zeitraum von zwei Wochen erwiesen sich die beobachteten Effekte als stabil (s. Auswertung zu Forschungsfrage 4). Es konnte aber keine vielversprechende Kombination von Fallbeispiel- und Furchtappellversion herausgefunden werden, da Fallbeispiel- und Furchtappelleffekte nicht miteinander interagierten (s. Auswertung zu Forschungsfrage 3).

Nun soll die tabellarische Auflistung der lediglich tendenziellen Effekte der unterschiedlichen Fallbeispielversionen weiteren Aufschluss liefern. Es ergibt sich das folgende Bild (s. Tabelle 32):

Tabelle 32: Experiment II – Übersicht Einfluss der Fallbeispielversion (tendenziell)

	Fallbeispielversion			Kontrollversion
	eher positiv	ausgewogen	eher negativ	
Erinnerung Hilfe (Ärzte)				+
Wissen Benzodiazepin				-
Wissen Folgen			+	-
Wissen Medikamente (Beruhigungsmittel)	-		-	+
Emotionen Reaktanz ¹		+	-	+
Emotionen Kausalattribution ²	+	+		
Allgemeine Risikowahrnehmung		-	+	
Persönliche Risikowahrnehmung		-	+	+
Selbstwirksamkeit	-	+		
Verhaltensintention (Index)				-
Verhalten (Index)	-	-		+
Vergleich positive vs. negative Effekte	0:4 ²	1:5 ^{1,2}	4:1 ¹	4:4 ¹

Der jeweils stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. Es fehlen die AVn „Emotionen Broschüre“, „Reaktionswirksamkeit“ und „Einstellungen“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Reaktanz“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

² Ein Pluszeichen beim Aspekt „Kausalattribution“ wird negativ interpretiert.

Die eher negativen Fallbeispiele schneiden tendenziell am besten ab. Die Versuchspersonen, die die eher negativen Fallbeispiele sahen, wussten mehr zu den Folgen von Medikamentensucht, nahmen ein höheres allgemeines und persönliches Risiko wahr und empfanden weniger Reaktanz als Versuchspersonen, die die anderen Versionen sahen. Allerdings wussten sie weniger zum Suchtpotential von Beruhigungsmitteln. Zu den zweitbesten Ergebnissen führte bei dieser Betrachtungsweise die Kontrollversion ohne Fallbeispiele. So konnten sich Versuchspersonen, die die Kontrollversion

³⁷³ Dieser Aspekt wurde nur für die Wirkung der Furchtappellvalenz untersucht (s. Forschungsfrage 2).

sahen, tendenziell eher an Hilfsangebote erinnern, wussten besser über das Suchtpotential von Beruhigungsmitteln Bescheid, nahmen das höchste persönliche Risiko wahr und waren in den zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre am aktivsten. Allerdings zeigten sie auch am meisten Reaktanz, wussten am wenigsten über den Wirkstoff Benzodiazepin und die Folgen von Medikamentensucht und zeigten die geringsten Intentionen ihr Verhalten zu ändern. Deutlich schlechter präsentieren sich die eher positive und die ausgewogene Fallbeispielversion: Die positiven Fallbeispiele erhöhten die Einschätzung, dass Medikamentenabhängige selbst an ihrem Schicksal schuld sind, führten zu geringerem Wissen bezüglich des Suchtpotentials von Beruhigungsmitteln, zu geringerer Selbstwirksamkeit und zu den wenigsten Aktivitäten. Die ausgewogene Fallbeispielversion konnte zwar die Selbstwirksamkeit der Versuchspersonen im Vergleich zu den anderen Versionen steigern. Doch sie führte zu mehr Reaktanz, geringerer allgemeiner und persönlicher Risikowahrnehmung und zu den geringsten Aktivitäten. Nach dieser Betrachtungsweise scheinen überwiegend negative Fallbeispiele am vielversprechendsten, gefolgt vom Verzicht auf Fallbeispiele, während sich überwiegend positiv und ausgewogen dargestellte Fallbeispiele anscheinend nicht für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation eignen.

Auch für die unterschiedlichen Furchtappellversionen werden die nicht signifikanten aber tendenziellen Ergebnisse noch einmal in Tabellenform dargestellt. Es zeigt sich das folgende Bild (s. Tabelle 33):

Tabelle 33: Experiment II – Übersicht Einfluss der Furchtappellversion (tendenziell)

	Furchtappellversion			Kontrollversion
	leicht	mittel	stark	
Erinnerung Foto	+	-		
Erinnerung Hilfe (Gesamt)	-			+
Wissen Benzodiazepin				-
Wissen Folgen	+		+	-
Wissen Medikamente (Beruhigungsmittel)		-	-	+
Reaktanz ¹	-			
Reaktionswirksamkeit		-		+
Verhaltensintention (Index)	+			-
Verhalten (Index)		-		+
Vergleich positive vs. negative Effekte	4:1 ¹	0:4	1:1	4:3

Der jeweils stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. Es fehlen die AVn „Emotionen auf die Broschüre“, „Kausalattribution“, „negative und positive Emotionen auf das Bild“, „allgemeine Risikowahrnehmung“, „persönliche Risikowahrnehmung“, „Selbstwirksamkeit“ und „Einstellungen“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Reaktanz“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

Der leichte Furchtappell erwies sich tendenziell am effektivsten. Versuchspersonen, die die Version mit dem leichten Furchtappell sahen, konnten sich tendenziell besser an den Furchtappell erinnern, wussten mehr zu den Folgen von Medikamentensucht, hatten höhere Verhaltensintentionen und zeigten geringere Reaktanz als Versuchspersonen, die die anderen Versionen gesehen hatten. An zweiter Stelle liegt wiederum die Kontrollversion ohne Furchtappell: Versuchspersonen, die sie lasen, erinnerten sich besser an die Hilfsangebote, wussten mehr zum Suchtpotential von Beruhigungsmitteln, nahmen eine höhere Reaktionswirksamkeit wahr und waren in den beiden Wochen nach der Stimuluspräsentation am aktivsten. Allerdings wussten sie auch am wenigsten zu Benzodiazepin und zu den Folgen von Medikamentensucht und zeigten die geringsten Verhaltensintentionen. Der starke Furchtappell konnte allein das Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht positiv beeinflussen, führte aber auch dazu, dass die Versuchspersonen weniger zum Suchtpotential von Beruhigungsmitteln wussten. Der mittlere Furchtappell führte zu keinerlei positiven Effekten. Versuchspersonen, die ihn sahen, erinnerten sich am schlechtesten an den Furchtappell, wussten am wenigsten zum Suchtpotential von Beruhigungsmitteln, nahmen die geringste Reaktionswirksamkeit wahr und waren in den beiden Wochen nach dem Lesen der Broschüre am inaktivsten. Folglich verweisen zumindest die Tendenzen darauf, dass ein leichter Furchtappell am erfolgreichsten ist, gefolgt vom Verzicht auf den Furchtappell. Weniger gut geeignet scheinen starke Furchtappelle und am wenigsten geeignet mittlere Furchtappelle. Dieses Ergebnis widerspricht sowohl der frühen Furchtappellforschung und der damit propagierten umgekehrten U-Funktion bei der Wirkung von Furchtappellen als auch jüngeren Forschungssynopsen, die starke Furchtappelle als am aussichtsreichsten bezüglich der Veränderung von Einstellungen, Intentionen und Verhalten ansehen (s. Kapitel 4.3.2 und 4.3.9).

Bei der Analyse der einzelnen Broschürenversionen ließen sich, im Gegensatz zur separaten Betrachtung von Fallbeispielen und Furchtappellen, einige signifikante Ergebnisse feststellen (s. Auswertungen zu Forschungsfrage 5). Diese signifikanten Effekte werden nun ebenfalls tabellarisch dargestellt (s. Tabelle 34).

Am besten schneidet Version 7 (negative Fallbeispiele, leichter Furchtappell) ab. Sie konnte immerhin sieben positive Effekte hervorrufen. Versuchspersonen, die Version 7 lasen nahmen hinterher ein höheres allgemeines Risiko wahr, waren der Meinung, sie sollten weniger Medikamente einnehmen, wollten ihren Tablettenkonsum überdenken und ihn einschränken, außerdem hatten sie sich häufiger als die anderen Gruppen zum Thema informiert und waren in den zwei Wochen nach der Stimuluspräsentation am aktivsten. Außerdem zeigten sie signifikant weniger Reaktanz als die anderen Gruppen. Allein ihre Erinnerung an Ärzte als Hilfestellung fiel geringer aus als bei den anderen Gruppen. Immerhin drei positive Auswirkungen hatten die Versionen 3, 4, 8 und 10

8. Experiment II: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell

(positive Fallbeispiele, starker Furchtappell; ausgewogene Fallbeispiele, leichter Furchtappell; negative Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; Kontrollversion ohne Fallbeispiele und Furchtappell). Wobei die Versionen 3 und 8 am schlechtesten zu bewerten sind, da sie auch zu zwei bzw. drei negativen Effekten führten. Nur einen oder zwei positive Effekte wiesen die Versionen 6 und 9 (ausgewogene Fallbeispiele, starker Furchtappell; negative Fallbeispiele, starker Furchtappell) auf.

Tabelle 34: Experiment II – Übersicht Einfluss der Broschürenversion (signifikant)

	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10
Erinnerung Ärzte						-	-	+		
Erinnerung Organisationen						+		-		
Wissen Medikamente (Beruhigungsmittel)	-			+						
Reaktanz ¹				-	+		-	-		
Allgemeine Risikowahrnehmung			-			-	+			
Einstellung: wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen			-					+		
Einstellung: sollte weniger Medikamente einnehmen	-				-		+			
Verhaltensintention: Tablettenkonsum überdenken	-	-	+				+	-		-
Verhaltensintention: mit Medikamenten vorsichtiger werden						+		-		
Verhaltensintention: möchte Tablettenkonsum einschränken							+		-	
Verhalten: andere genauer beobachtet		-								+
Verhalten: Andere informiert		-								+
Verhalten: vorsichtiger geworden		-	+							
Verhalten: habe mich informiert		-					+			
Verhalten: habe Tablettenkonsum eingeschränkt			+	+	-				+	
Verhalten (Index)	-						+			+
Vergleich positive vs. negative Effekte	0:4	0:5	3:2	3:0 ¹	0:3 ¹	2:2	7:1 ¹	3:3 ¹	1:1	3:1

Der jeweils signifikant stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Reaktanz“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

Zu den schlechtesten Ergebnissen führten die Versionen 1, 2 und 5 (positive Fallbeispiele, leichter Furchtappell; positive Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell; ausgewogene Fallbeispiele, mittlerer Furchtappell), die sich im Vergleich zu den anderen Versionen allein durch die jeweils geringste Ausprägung in vier, fünf bzw. zwei Fällen auszeichneten. Wobei Version 5 zusätzlich zur höchsten Reaktanz führte. Nach dieser Darstellung scheint die Kombination von negativen Fallbeispielen mit einem leichten

Furchtappell am vielversprechendsten, während sich positive Fallbeispiele in Kombination von leichtem oder mittleren Furchtappell am wenigsten zu eignen scheinen. Ein Verzicht auf Fallbeispiele und Furchtappelle kann nun – im Gegensatz zur separaten Betrachtung von Fallbeispielen und Furchtappellen – nur durchschnittliche Ergebnisse erzielen.

8.4.2 Weitere Ergebnisse

Die Analyse der Unabhängigkeit der Wirkung mehrerer Fallbeispiele und der Valenz von Furchtappellen lieferte einige Haupteffekte. Auf diese soll an dieser Stelle nicht im Einzelnen eingegangen werden, da sie schon beschrieben wurden (s. Auswertung Hypothese 3 und Forschungsfrage 2). Es waren jedoch zwei Muster auszumachen: Frauen, am Thema Interessierte, Personen mit hohem Medikamentenkonsum und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand reagierten emotionaler auf die Broschüre insgesamt als Männer, am Thema wenig Interessierte, Personen mit geringem Medikamentenkonsum oder mit gutem Gesundheitszustand. Auch wenn sich keine Interaktionseffekte mit diesen Variablen bezüglich Fallbeispiel- und Furchtappellwirkung gezeigt haben (s. Auswertung Hypothese 3 und Forschungsfrage 2), sollte dies bei zukünftigen Studien beachtet werden. Daneben zeigten sowohl Frauen, Ältere, am Thema Interessierte, Betroffene, Personen mit hoher emotionaler Reaktion auf die Broschüre als Ganzes und mit ausgeprägteren negativen wie positiven Emotionen auf den Furchtappell häufiger Verhaltensintentionen und wurden innerhalb von zwei Wochen eher aktiv als Männer, Jüngere, am Thema wenig Interessierte, Personen, die sich als nicht betroffen ansahen, die weniger emotional auf die Broschüre als Ganzes reagierten und weniger negative wie positive Emotionen gegenüber dem Furchtappell empfanden. Auch hier hatten sich keine Interaktionseffekte mit Fallbeispielen oder Furchtappellen gezeigt (s. Auswertung Hypothese 3 und Forschungsfrage 2). Dennoch gilt wiederum der Hinweis, diese Aspekte für zukünftige Studien im Gesundheitsbereich zu beachten.

Im Zuge von Experiment II wurde im Sinne der TRA davon ausgegangen, dass Einstellungen richtunggebend für darauffolgende Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten sind (s. Kapitel 7.2.3). Diese Vermutung ließ sich weder auf Fallbeispielebene, Furchtappellebene noch unabhängig von den beiden Kommunikationsstrategien nachweisen (s. Auswertung H1, H2 und H4), da sich keine stringente Linie von den Einstellungen über die Verhaltensintentionen zum tatsächlichen Verhalten der Versuchspersonen ziehen ließ. Das entspricht der Vermutung von Göpfert (2001), der aufbauend auf der Verstärkerhypothese (McGuire 1969, Klapper 1960) betont, dass Massenmedien nur selten neues Verhalten bewirken, sondern lediglich das bestehende verstärken. Medien wirken vielmehr bei der Bildung von Meinungen und Verhaltens-

entscheidung mit, die wesentlich durch emotionale (und nicht wie durch die TRA propagiert durch kognitive) Prozesse bestimmt werden (vgl. ebd.: 133). Hinzu kommt, dass beispielsweise Leventhal (1970) der Ansicht ist, dass „the verbal statements of attitude are not the same as verbal statements of intention, and neither are equivalent or necessarily perfect predictors of action.“ (ebd.: 168-169) Andererseits erscheint eine übereinstimmende Operationalisierung von Einstellungen und Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten dennoch sinnvoll, da immer wieder betont wird, dass gesundheitsverbundene Intentionen durchaus mit dem nachfolgenden Verhalten zusammenhängen können (vgl. z.B. Milne et al. 2000: 130, 133). Dass sich in der vorliegenden Untersuchung keine Übereinstimmungen nachweisen ließen, könnte mit der durch die Verfasserin konzipierten Itematterie zusammenhängen, die allein auf deren Plausibilitätsüberlegungen zum Thema in Bezug auf das Stimulusmaterial basierten. Hier wäre eventuell ein anderes Messverfahren nötig gewesen. Auch hierauf sollte im Zuge weiterer Studien geachtet werden. Weitere Einschränkungen der Studie werden im folgenden Kapitel angeführt.

8.4.3 Einschränkung der Ergebnisse

Einige Aspekte, die die Ergebnisse von Experiment I einschränkten, sollten in Experiment II aufgehoben oder verbessert werden. So wurde nun statt dem Vergleich von nur einem Fallbeispiel mit der summarischen Realitätsbeschreibung das Zusammenspiel mehrerer, verschieden variiertes Fallbeispiele untersucht. Darum konnte jedoch die summarische Realitätsbeschreibung diesmal nicht mehr explizit analysiert werden. Dennoch zeigte sich nicht, wie vermutet, ein stärkerer Effekt der Fallbeispiele im Vergleich zur Kontrollversion (s. Kapitel 8.3.3.1). Auch die Operationalisierung des Bildes wurde in Folge von Experiment I verändert: Nun kam statt eines positiven, neutralen oder negativen Bildes ein leichter, mittlerer oder schwacher Furchtappell zum Einsatz. Statt Studenten umfasste die Stichprobe diesmal nicht studentische, quotierte Personen: Die Versuchspersonen wurden außerhalb der Universität nach einer vorgegebenen Quotierung rekrutiert. Darum konnte das Problem der „forced exposure“ etwas vermieden, wenn auch nicht ganz verhindert werden. Außerdem griff nun das Kriterium der Selbstselektion, da die Versuchspersonen gefragt wurden, ob sie an der Untersuchung teilnehmen möchten, was wiederum zur Verzerrung der Ergebnisse führen kann (vgl. Job 1988: 163). Im Gegensatz zu Experiment I wurden die Versuchspersonen bei Experiment II auch vor der Stimuluspräsentation befragt. Diese Vorhermessung erfasste vor allem IVn – mit Ausnahme des Wissens, das teilweise auch als Vorwissen erfasst wurde. Zudem wurde bei Experiment II eine Kontrollgruppe mit einbezogen, die weder Fallbeispiele noch einen Furchtappell präsentiert bekam.

Dennoch ergeben sich auch für Experiment II Einschränkungen. So wurde zwar eine quotierte, nicht studentische Stichprobe untersucht, dabei handelte es sich aber um nicht erkrankte Personen. Fühlen sich Personen der Zielgruppe nicht zugehörig, so haben sie möglicherweise eine Entschuldigung, sich selbst weder für das Problem anfällig noch bedroht zu fühlen (vgl. Peinado 2009: 22). Zwar überschätzten die Versuchspersonen nach dem Lesen der Broschüre sowohl das allgemeine als auch das persönliche Erkrankungsrisiko (16 und acht Prozent)³⁷⁴, dennoch blieben die Verhaltensintentionen auf einem relativ niedrigen Niveau mit einem Mittelwert von 2,6. Das entspricht einer indifferenten Haltung gegenüber den Verhaltensintentionen, mit Tendenz zu „eher keinen“ Verhaltensintentionen. Das tatsächliche Verhalten lag mit einem Mittelwert von 1,9 nochmals deutlich niedriger und spiegelt „eher keine“ Verhaltensänderung wider. Diese Ergebnisse könnten durchaus mit der nicht erkrankten Zielgruppe zusammenhängen, denn Menschen die nicht erkrankt sind, haben keinen zwingenden Grund bzw. zum Teil auch nicht die Möglichkeit, ihr Verhalten entsprechend der Verhaltensempfehlungen zu verändern. Wie schon im Kontext von Experiment I lässt sich möglicherweise auch diesmal die Operationalisierung des Furchtappells kritisieren. Zwar kam nun statt eines positiven, neutralen und negativen Bildes ein leichter, mittlerer und starker Furchtappell zum Einsatz. Doch auch dieser war im Hinblick auf einen behutsamen und vorsichtigen Umgang (s. Kapitel 6.3.3) weder blutig noch besonders schrecklich gestaltet. Erneut wurden Körperhaltung und Mimik der dargestellten Person variiert, ergänzt durch eine, je nach Intensitätsgrad des Furchtappells, zunehmende Anzahl an abgebildeten Medikamenten. Es stellt sich darum die Frage, ob das Bild tatsächlich einem starken Furchtappell entsprach³⁷⁵ und mit üblicherweise verwendeten Furchtappellen vergleichbar ist. Möglicherweise hätten sich mit extremeren, plakativ abschreckenden Furchtappellen (vgl. Leonarz 2009: 217) auch signifikante Unterschiede gezeigt. Außerdem sind eventuell die Grenzen zwischen leichtem, mittlerem und starkem Furchtappell weniger klar wie bei der Unterteilung von positivem, neutralem und negativem Bild, was dazu führt, dass auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ebenen von den Befragten nicht ebenso deutlich wahrgenommen werden. Auch die Auswahl des Themas könnte der Grund für mangelnde signifikante Effekte sein. Zwar war davon auszugehen, dass dieses in den Medien nicht allzu breit getretene Thema deutlichere Unterschiede zeigen würde. Doch „Medikamentensucht“ ist ebenso wie „Krebs durch Mobilfunk“ kein klassisches Thema der Furchtappellforschung. Zwar waren diesmal die Zahlen durchaus wissenschaftlich belegt. Möglicherweise ist aber ein Thema wie Medikamentensucht zu unspektakulär als dass es deutli-

³⁷⁴ Tatsächlich geht man davon aus, dass 1,5 Millionen Menschen in Deutschland süchtig sind, was bei einer Bevölkerung von 81,8 Millionen (Quelle: Statistisches Bundesamt 2011) circa 1,8 Prozent entspricht.

³⁷⁵ Auch wenn der starke Furchtappell als am wenigsten neutral und zumindest tendenziell negativer als der mittlere Furchtappell der wiederum negativer als der leichte Furchtappell eingestuft wurde (s. Kapitel 8.3.1 und Tabelle D.1 im Anhang).

chere Reaktionen hervorrufen könnte. Manche Autoren nennen in diesem Zusammenhang Gesundheitsthemen, die sich für Furchtappelle besonders anbieten, wie AIDS, Genitalwarzen oder Schwangerschaften bei Jugendlichen (vgl. z.B. Stephenson & Witte 1998: 154). Problematisieren lässt sich auch die Zusammensetzung der Fallbeispiele. Aus jeder Altersgruppe waren zwei Fallbeispiele vertreten. Das entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen in den unterschiedlichen Altersgruppen. Im begleitenden Text der Broschüre wird außerdem erwähnt, dass Ältere doppelt so häufig erkranken wie Jüngere und dass zwei Drittel der Betroffenen Frauen sind. Da jedoch eine breite Zielgruppe angesprochen werden sollte, sollten sozial bewährte und glaubwürdige Fallbeispiele dargestellt werden, die die persönliche Relevanz (s. Kapitel 5.4.3 und 5.4.4) und damit ein Identifizieren mit den Fallbeispielen fördern sollten. Wie schon im Kontext von Experiment I angesprochen, ist ein generelles Problem solcher Studien, die einmalige Präsentation des Furchtappells, wodurch die Versuchspersonen den Furchtappell nur ein einziges Mal zu Gesicht bekommen (vgl. Cho & Salmon 2006: 97). Bei einer „normalen Rezeption“ könnten sie den Furchtappell gegebenenfalls länger oder wiederholt betrachten. Außerdem ließ sich eine gewisse Konfundierung bezüglich der dargestellten Hilfsangebote feststellen. Im Zuge der Analyse der Erinnerung an die Hilfsangebote zeigte sich, dass Versuchspersonen, die der Kontrollgruppe angehörten, sich besser an die Hilfsangebote erinnern konnten. Hier lag die Vermutung nahe, dass dies daran liegen könnte, dass die Versuchspersonen nicht durch Fallbeispiele abgelenkt wurden und dadurch insgesamt weniger Text zu lesen hatten. Im Zuge dessen wurden noch einmal die in der Broschüre erwähnten Hilfsangebote genauer angesehen, und es zeigte sich, dass in der positiven und ausgewogenen Fallbeispielversion dreimal der Begriff Arzt bzw. Hausarzt auftauchte. Durch das negative Ende der negativen Version erscheint der Begriff „Arzt“ kein einziges Mal im Text der Fallbeispiele (s. Stimulusmaterial). Überraschend war dann jedoch, dass Versuchspersonen mit eher negativen Fallbeispielen mehr in diesem Bereich wussten als die anderen Gruppen. Obwohl dieser Umstand offensichtlich keinen Einfluss ausüben konnte, sollte bei zukünftigen Studien das Stimulusmaterial diesbezüglich kontrolliert werden.

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte

Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass es die „eine“ Verarbeitung von Furchtappellen nicht gibt (vgl. Barth 2000: 202)³⁷⁶. Dasselbe lässt sich für die Verarbeitung von Fallbeispielen annehmen. Außerdem wurde als mögliche Ursache für fehlende signifikante Effekte der beiden Kommunikationsstrategien die nicht erkrankten Ver-

³⁷⁶ Barth bezieht sich hier auf das ELM und die periphere oder zentrale Verarbeitung von Botschaften.

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte suchspersonen vermutet (s. Kapitel 7.4.2). Aus diesem Grund rückt für das nächste Experiment eine weitere Zielgruppe in den Mittelpunkt: bereits erkrankte Personen. Da Experiment III unmittelbar auf Experiment II aufbaut und sich nur durch die Versuchspersonen unterscheidet, wird auf die Herleitung der Hypothesen und Forschungsfragen verzichtet und die Darstellung des methodischen Vorgehens fällt weniger umfangreich aus.

9.1 Hypothesen und Forschungsfragen

Wie eben erwähnt, entsprechen die Hypothesen und Forschungsfragen weitgehend denen von Experiment II. Aufgrund der geringeren Samplegröße (s. Kapitel 9.2.2) konnten jedoch die Unabhängigkeit des Einflusses mehrerer Fallbeispiele, die Unabhängigkeit des Furchtappelleinflusses und die Interaktionseffekte zwischen Fallbeispielen und Furchtappell nicht berechnet werden. Die verbleibenden Forschungsfragen lauten wie folgt:

- F1: Welchen Einfluss hat die Valenz mehrere Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich*
- a) Erinnerung und Wissen und*
 - b) emotionaler Reaktion*
- der erkrankten Versuchspersonen?*
- H1: Bei erkrankten Versuchspersonen haben Gesundheitsinformationen, die in Form überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf*
- a) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung,*
 - b) Verhaltensintentionen und*
 - c) tatsächliches Verhalten*
- als Gesundheitsinformationen, die in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder durch die Kontrollversion präsentiert werden.*
- H2: Bei erkrankten Versuchspersonen haben Gesundheitsinformationen, die in Form überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf*
- a) Reaktions- und Selbstwirksamkeit und*
 - b) Einstellungen*
- als Gesundheitsinformationen, die in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele oder durch die Kontrollversion präsentiert werden.*
- H3: Bei erkrankten Versuchspersonen haben Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf*
- a) Erinnerung und Wissen,*
 - b) emotionale Reaktion,*
 - c) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit,*

- d) Einstellungen,
- e) Verhaltensintentionen und
- f) tatsächliches Verhalten

als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden.

F2: *Wie stabil sind die Einflüsse der Broschüre auf*

- a) Erinnerung und Wissen,
- b) allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit und
- c) Einstellungen

der erkrankten Versuchspersonen?

9.2 Methodisches Vorgehen

Da für Experiment III das Stimulusmaterial und das Messinstrument aus Experiment II übernommen wurden, waren keine weiteren Pretests erforderlich. Um zu überprüfen, ob eine Broschüre zum Thema Medikamentensucht auf erkrankte Personen genauso wirkt wie auf gesunde Menschen, wurden diesmal erkrankte Personen befragt. Es war jedoch sehr schwierig, Medikamentensüchtige zu befragen.³⁷⁷ So konnten beispielsweise keine Mitglieder aus Selbsthilfegruppen dazu motiviert werden, an der Untersuchung teilzunehmen. Außerdem war es kompliziert, Ansprechpartner in Einrichtungen, die auch Medikamentensüchtige betreuen, von der Idee zu überzeugen. Schließlich war ein Kompromiss nötig und es wurden Süchtige im Allgemeinen befragt. Mit Hilfe von drei Organisationen und deren Mitarbeitern konnten am Ende 70 erkrankte Personen, die zu einem geringen Teil medikamentensüchtig und zu einem großen Teil anderweitig suchtkrank waren, befragt werden (zur Zusammensetzung der Stichprobe s. Abbildung E.1 im Anhang).

Dass für Experiment III, das vor allem als Vergleichsstudie zu Experiment II dienen sollte, kaum Personen mit Medikamentensucht sondern vor allem Personen mit anderen Süchten befragt wurden, lässt sich aus einem weiteren Grund rechtfertigen. Gerade der mit einem hohen Suchtpotential behaftete Wirkstoff Benzodiazepin, der auch in der Broschüre umfassend beschrieben wird, führt zu drei verschiedenen Abhängigkeiten: neben „primärer Hochdosisabhängigkeit“, die als starke körperliche und psychische Abhängigkeit beschrieben werden kann, zu „primärer Niederdosisabhängigkeit“. Hier wird täglich eine geringe Dosis eingenommen, die noch im therapeutischen Bereich liegt. Die dritte Variante ist die „sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit“. Sie be-

³⁷⁷ „Medikamentenabhängige sind schwer erreichbar. Die Sucht ist sozusagen ‚verordnet‘, ‚genehmigt‘ und bleibt im Verborgenen.“ Dies sagte eine Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe in München, bei einem Telefongespräch mit der Autorin dieser Arbeit am 21.01.2009. Die Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe befindet sich in der Lessingstraße 3 in 80336 München.

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte trifft vor allem „Menschen (...), die verschiedene Drogen nehmen, sowie – teilweise auch ‚trockene‘ – Alkoholabhängige.“ (DHS 2009c: 48).

Da Forschungsdesign und Stimulusmaterial demjenigen von Experiment II entsprechen, wird auf die Darstellung der selbigen verzichtet.

9.2.1 Durchführung

Bei Experiment I und II war die Durchführung für alle Versuchspersonen des jeweiligen Experiments nach demselben Muster abgelaufen, nämlich entweder im Kursverbund (Experiment I) oder einzeln (Experiment II). Dies war durch die drei unterschiedlichen Erhebungsorte und die speziellen Abläufe in den jeweiligen Organisationen nicht mehr möglich. So wurden die Teilnehmer der Caritas in Gruppen von zwei bis drei Personen gleichzeitig befragt, die Teilnehmer der Fachklinik Furth in Wald in zwei großen Gruppen à 12 und 21 Personen und die Teilnehmer im Projekt prowo jeweils einzeln.

9.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt 70 Versuchspersonen zwischen 22 und 66 und durchschnittlich 39,6 Jahren nahmen an Experiment III teil. Da die Quotierung diesmal – mit Ausnahme der Versionen – aufgrund der Schwierigkeit, überhaupt Teilnehmer für die Untersuchung zu finden, außer Acht gelassen werden musste, konnte nicht dieselbe Vergleichbarkeit der Gruppen wie in Experiment II erreicht werden. So waren lediglich 14,3 Prozent der Versuchspersonen weiblich und 85,7 Prozent männlich. Allein die Gruppenstärke der verschiedenen Versionen konnte relativ konstant, bei sechs bis acht Personen je Gruppe, gehalten werden (s. Tabelle E.1 und Tabelle E.2 im Anhang).

Insgesamt 56 Versuchspersonen – das entspricht 80 Prozent – füllten nach zwei Wochen den dritten Fragebogen aus und sendeten ihn zurück. Sie waren wie beim ersten Messzeitpunkt zwischen 22 und 66 jedoch durchschnittlich 41 Jahre alt (s. Tabelle E.3 und Tabelle E.4 im Anhang).

9.3 Ergebnisse

Da bei Experiment III dasselbe Stimulusmaterial zum Einsatz kam wie schon in Experiment II, können die Ergebnisse „erkrankter Personen“ – im Folgenden „Kranke“ (Experiment III) – direkt mit denjenigen „nicht erkrankter Personen“ – im Folgenden „Gesunde“ (Experiment II) – verglichen werden. Bei der Darstellung der Ergebnisse sind darum bei allen Tabellen die Ergebnisse von Experiment II (erste Zeile, grau unterlegt) und Experiment III (zweite Zeile) parallel dargestellt. So lassen sich die Ergebnisse direkt miteinander vergleichen. Aufgrund der geringen Samplegröße von nur 70 Personen, können für Experiment III statische Vergleiche allein auf Ebene der Fallbeispiel- und Furchtappellversionen durchgeführt werden.

9.3.1 Bewertung des Stimulusmaterials

Die Bewertung des Stimulusmaterials setzt sich aus der Bewertung der Broschüre insgesamt, des verwendeten Fotos (Furchtappell) und der Fallbeispiele zusammen.

Bewertung der Broschüre insgesamt

Auch im Kontext von Experiment III konnten die 13 Gegensatzpaare zur Bewertung der Broschüre (FB2, F1) zu einem Mittelwertindex zusammengefasst werden (CA=0,91). Um Unterschiede bei der Bewertung der Broschüre im Hinblick auf die beiden UVn Fallbeispielversion und Furchtappellversion zu ermitteln, wurden erneut und wie im weiteren Verlauf einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) gerechnet (s. Tabelle F.1 im Anhang). Kranke (Experiment III) beurteilten die Broschüre noch positiver als Gesunde (Experiment II). Während erstere einen Mittelwert von 4,1 erreichten, lagen letztere bei 3,9. Dies unterstreicht die professionelle Wirkung der Broschüre, da auch Kranke, die besser mit diesem oder zumindest einem ähnlichen Thema vertraut sind, sie als gut bewerteten. Die positive Beurteilung erstreckte sich über alle Experimentalgruppen, weshalb sich Unterschiede in den AVn auf die Variation des Stimulus und nicht auf dessen Bewertung zurückführen lassen.

Treatment-Check Bild (Furchtappell)

Nur 40 Versuchspersonen (57 Prozent) konnten den Furchtappell für Experiment III bewerten, da sie sich zuvor an diesen erinnert hatten (FB2, F3).³⁷⁸ 30 Personen (43 Prozent) hatten sich nicht an das Foto erinnert und wurden darum in die Analyse dieser Frage nicht mit einbezogen. Die Personen, die die Kontrollversion (Version 10) gelesen hatten, fallen ebenfalls aus der Analyse heraus, da sie keinen Furchtappell sahen. Wie in Experiment II konnte für die Treatment-Check-Items ein Index gebildet werden (CA=0,79). Als allgemeiner Treatment-Check für das Bild diente erneut und in Anlehnung an Keller (2008) das Item „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsbroschüren sehen genauso aus.“ Der gewünschte Effekt zeigte sich sowohl für die Indexvariable als auch für die Zusatzvariable: Die Werte unterschieden sich weder aufgrund der Fallbeispiel- noch der Furchtappellversion (s. Tabelle F.2 im Anhang). Insgesamt wurde das Bild nur teilweise als typisch für eine Gesundheitsbroschüre eingestuft (MW 2,8), womit die Bewertung etwas schlechter ausfällt als bei Gesunden (MW 3,3). Bei der weiteren Beurteilung des Bildes, zusammengefasst als Indexvariable, lagen die Kranken mit den Gesunden gleich auf (beide MW 3,4).

³⁷⁸ Die Items lauteten: „Das Foto passt gut zum Thema.“, „Das Foto zeigt, wie es Menschen mit Medikamentensucht gehen kann.“, „Das Foto ist ein typisches ‚Krankheitsbild‘.“, „Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.“ und „Das Foto bildet die Realität ab.“ (FB2, F3, Items 1, 3, 4, 9 und 11).

Die beiden zusätzlichen Items zur Bildwahrnehmung³⁷⁹ riefen im Gegensatz zu Experiment II keine eindeutigen Ergebnisse hervor. Lediglich ein starker Furchtappell wurde zumindest tendenziell negativer wahrgenommen als die beiden anderen Furchtappellversionen (s. Tabelle F.2 im Anhang).

Auch die Reaktanz auf den Furchtappell kann nur für die 40 Versuchspersonen analysiert werden, die sich zuvor an diesen erinnerten (FB2, F3). Wie schon in Experiment II war es nicht möglich einen Index für alle Reaktanzitems³⁸⁰ zu bilden, da der Reliabilitätswert zu schlecht war (CA=0,38). Der Ausschluss des Items „Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern“ erhöhte den Reliabilitätswert nicht auf das benötigte Maß (CA=0,64), dennoch wurde die Indexvariable mit diesen drei Items gebildet, um sie mit Experiment II zu vergleichen. Das zusätzliche Item wird einzeln aufgeführt. Erneut unterschieden sich weder die Indexvariable noch die Einzelvariable hinsichtlich der Fallbeispiel- und Furchtappellversion (s. Tabelle F.3 im Anhang). Wie bei Experiment II lag die Reaktanz der Kranken auf niedrigem Niveau (beide MW 2,0). Insgesamt fühlten sich Kranke etwas deutlicher gedrängt, ihr Verhalten durch das Foto zu ändern (MW 2,8) als Gesunde (MW 2,5).

Bewertung der Fallbeispiele

Erneut konnten die fünf Gegensatzpaare zur Fallbeispielbewertung zu einem Mittelwertindex verdichtet werden (CA=0,91, FB2, F11). Die durchschnittliche Bewertung lag in Experiment III – wie schon in Experiment II – bei einem Mittelwert von 3,6 (s. Tabelle F.4 im Anhang). Damit wurden die Fallbeispiele durchaus positiv beurteilt. Hinsichtlich der Experimentalgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, die auf Fallbeispiel- oder Furchtappellversion zurückzuführen sind. Was die Fallbeispielversion betrifft, sind jedoch Tendenzen auszumachen. So bewerten Versuchspersonen mit eher negativ konnotierten oder ausgewogenen Fallbeispielen diese besser, als Versuchspersonen mit eher positiv konnotierten Fallbeispielen (MW 3,8 und 3,7 versus 3,2). Das könnte möglicherweise damit zusammenhängen, dass Menschen, die an einer vergleichbaren Krankheit leiden, diese durch überwiegend positive Fallbeispiele als zu positiv dargestellt empfinden.

Zusammenfassung Bewertung des Stimulusmaterials

Da sich die Experimentalgruppen weder bei der Bewertung der Broschüre, beim allgemeinen Treatment-Check, bei der Bewertung des Fotos oder der Bewertung der Fallbeispiele unterschieden, wird davon ausgegangen, dass beobachtete Unterschiede bei

³⁷⁹ „Das Bild ist sehr negativ.“ und „Das Foto ist relativ neutral.“ (FB2, F4, Items 2 und 9).

³⁸⁰ Sie lauteten: „Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern“, „Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsbroschüren nerven“, „Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts“ und „Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern“ (FB2, F3, Items 5, 6, 8 und 10).

den Haupteffekten auf die Variation von Fallbeispiel- oder Furchtappellversion zurückgehen.³⁸¹

9.3.2 Vergleichbarkeit der Gruppen

Um die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Experimentalgruppen zu kontrollieren, wurden – wie zuvor in Experiment II – die Variablen Mediennutzung, Vorwissen, Gesundheitszustand und Involvement der Versuchspersonen vorab analysiert.

Mediennutzung

Erneut sollten die Versuchspersonen ankreuzen in welchen Medien sie sich zu den Themen Diabetes, Medikamentensucht, Alkoholsucht und allgemeinen bzw. anderen Themen schon einmal informiert hatten. Was die genannten vier Themenbereiche betrifft, informierten sich Kranke vor allem über Bekannte: dies taten sie durchschnittlich bei 1,9 der vier Themen. Es folgten die Informationsquellen Fernsehen und Arzt (beide MW 1,7) und an vierter und fünfter Stelle Broschüren (MW 1,3) und Presse (MW 1,2). Weit abgeschlagen und nur über 0,3 der Themen informierten sich Kranke im Internet und in der Apotheke (MW 0,3, s. Tabelle F.5 im Anhang).

Im Gegensatz zu Gesunden kann man bei Suchtkranken erwarten, dass sie sich zumindest mit dem Thema Sucht schon einmal auseinandergesetzt haben. Erneut wurden deshalb das Informationsverhalten zu Medikamentensucht und zu Gesundheitsthemen allgemein sowie die Nutzung von Gesundheitsbroschüren analysiert (FB2, F2 und 6). Es zeigte sich, dass Kranke sich intensiver zum Thema Medikamentensucht informiert haben als Gesunde (MW 1,8 vs. 0,8). Bei allgemeinen Gesundheitsthemen liegen sie etwas hinter (MW 2,5 vs. 2,7) und bei der Nutzung von Gesundheitsbroschüren etwas vor den Gesunden (MW 0,8 vs. 0,6). Das heißt, sie haben sich bislang zum Thema Medikamentensucht bei durchschnittlich zwei und bei allgemeinen Gesundheitsthemen bei durchschnittlich drei unterschiedlichen Quellen informiert und in den letzten vier Wochen weniger als ein oder zwei Gesundheitsbroschüren gelesen. Erneut zeigten sich bei der Auswertung durch einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen (s. Tabelle F.6 im Anhang).

Vorwissen: Medikamentensucht

Über alle Gruppen schätzten die Kranken die Verbreitung von Medikamentensucht auf durchschnittlich 25 Prozent³⁸² und damit deutlich höher als Gesunde (MW 16 Prozent,

³⁸¹ Die gute Bewertung der Broschüre lässt sich mit der Aussage eines Methadonsubstituierten am Tag der ersten Befragung (19.02.2008 in München) zusammenfassen: „Die Broschüre ist gut gemacht und es ist alles richtig, was da drin steht. Allerdings sollte man bei den Nebenwirkungen nicht hineinschreiben ‚könnte dazu führen‘. Es führt dazu und so sollte es auch drinstehen.“

³⁸² Spannweite: 1 bis 100 Prozent. Auch die Verbreitung von Diabetes und Alkoholsucht wird höher eingeschätzt als von nicht erkrankten Versuchspersonen: Diabetes (Spannweite: 3 bis 65 Prozent) mit durchschnittlich 24,6 Prozent (vs. 22,1 Prozent) der deutschen Bevölkerung, Alkoholsucht (Spannweite: 1 bis 100 Prozent) mit durchschnittlich 33,6 Prozent (vs. 19,3 Prozent, FB1, F1, Items 1 und 3).

FB2, F1). Es waren weder hinsichtlich der Fallbeispiel- noch der Furchtappellversion signifikante Unterschiede festzustellen (s. Tabelle F.7 im Anhang).

Vorwissen: süchtig machende Substanzen

Das Vorwissen zu süchtig machenden Substanzen umfasste Schmerzmittel, Hustenmittel, Aufputzmittel und Hormonpräparate (FB1, F3) sowie den Wirkstoff Benzodiazepin (FB1, F4). Insgesamt wussten Suchtkranke im Vorfeld bei Schmerzmitteln und Hustenmitteln etwas besser Bescheid als Gesunde. Vor allem das Suchtpotential von Benzodiazepin kannten sie im Gegensatz zu Gesunden (MW 0,7 vs. 0,2). Unterschiede zeigten sich bei Aufputzmitteln und Benzodiazepin. Bei ersteren wusste die Kontrollgruppe am wenigsten ($p=0,041$) und bei letzterem deutlich besser Bescheid ($p=0,062$) als die anderen Gruppen. Bezüglich Benzodiazepin wussten außerdem die Versuchspersonen, die die überwiegend negativen Fallbeispiele sahen, am wenigsten. Das Gleiche gilt für die Versuchspersonen, die den starken Furchtappell gesehen hatten (s. Tabelle F.8 im Anhang).

Aussagen zur Gesundheit

Wie zuvor bei Experiment II war auch bei Kranken keine Verdichtung der vier Aussagen zur Gesundheit möglich ($CA=0,69$). Über alle Gruppen hinweg fühlten sich Kranke in den letzten zwei Monaten „teils/teils“ mit Tendenz zu „trifft eher zu“ krank oder mussten Medikamente einnehmen (MW 3,2 und 3,4). Damit lagen sie deutlich über den Werten Gesunder (MW 2,7 und 2,6). Außerdem fühlten sie sich „teils/teils“ mit Tendenz zu „trifft weniger zu“ wegen Stress überlastet (MW 2,8). Auch hier lagen sie etwas höher als Gesunde (MW 2,5). Die Aussage „(...) habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können“ „trifft weniger zu“ (MW 2,1), aber deutlich häufiger als Gesunde (MW 1,3). Bezüglich der Aussage „fühlte ich mich wegen Stress in der Arbeit oder Familie überlastet“, zeigten sich für die Fallbeispielversion Unterschiede: Die Personen, die die ausgewogene Fallbeispielversion gesehen hatten, fühlten sich stärker überlastet als die anderen drei Gruppen (MW 3,1 „teils/teils“). Die Kontrollgruppe war am wenigsten überlastet (MW 1,7). Auch die Gruppen der Furchtappellversion unterschieden sich und zwar signifikant: Die Gruppen mit mittlerem und starkem Furchtappell fühlten sich stärker überlastet (MW 3,4 und 3,0), während sich die Kontrollgruppe weniger überlastet fühlte (MW 1,7, $p=0,018$). Für die anderen drei Items zeigten sich weder für die Fallbeispiel- noch die Furchtappellversionen signifikante Unterschiede, so dass ein Einfluss dieser Variablen auf die Ergebnisse der Haupteffekte ausgeschlossen werden kann. Auch was die Einnahme von Medikamenten im Allgemeinen angeht, lagen Kranke (MW 2,7) deutlich vor Gesunden (MW 2,0). Im Durchschnitt beschrieben die Kranken ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ (MW 2,9) und damit wiederum schlechter als Gesunde (MW 3,5). Lediglich die Kont-

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte
rollgruppe wich tendenziell von diesem Wert ab und stufte den eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ ein (MW 3,6, s. Tabelle F.9 im Anhang). Ansonsten unterschieden sich die Gruppen weder hinsichtlich der Fallbeispiel- noch hinsichtlich der Furchtappellversion signifikant voneinander. Insgesamt bestätigt dies die Vermutung: Kranke stufte sich als kränker und überlasteter ein, gaben an, mehr Medikamente einzunehmen – auch um mit Stress besser umgehen zu können – und beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter als Gesunde.

Involvement der Versuchspersonen

Kranke interessierten sich im selben Maß für Gesundheitsthemen wie Gesunde (beide MW 3,5), allerdings stufte sie sich als weniger gesundheitsbewusst ein (MW 3,0 vs. 3,7). Hier zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen bezüglich der verschiedenen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen (FB2, F5, vgl. Tabelle F.10 im Anhang).

Zusammenfassung Vergleichbarkeit der Gruppen

Die unterschiedlichen Experimentalgruppen der kranken Versuchspersonen sind in den Punkten Mediennutzung, Vorwissen zu Medikamentensucht und süchtig machenden Medikamenten und Involvement durchaus vergleichbar und zeigen keinerlei Gruppenunterschiede. Allein bei den Aussagen zur Gesundheit zeigte sich für ein Item sowohl bei der Fallbeispiel- als auch bei der Furchtappellversion ein signifikanter Unterschied. Da jedoch die anderen Items zu diesem Aspekt und auch der allgemeine Gesundheitszustand der Versuchspersonen keine Unterschiede aufwiesen, ist davon auszugehen, dass die beobachteten Unterschiede in den AVn auf die Variation von Fallbeispiel- und Furchtappellversion zurückzuführen sind.

9.3.3 Beantwortung der Hypothesen und Forschungsfragen

Im Folgenden werden Hypothesen und Forschungsfragen der Reihe nach beantwortet.

9.3.3.1 Einfluss mehrerer Fallbeispiele bei erkrankten Personen

Einfluss der Fallbeispiele auf Erinnerung und Wissen

Forschungsfrage 1a fragt nach dem Einfluss der Valenz mehrerer Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich Erinnerung und Wissen bei erkrankten Versuchspersonen. Hierzu wurden die Erinnerung an Hilfsangebote, Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht und Wissen zu süchtig machenden Medikamenten analysiert. Durchschnittlich erinnerten sich Kranke an 1,6 Hilfsangebote.³⁸³ Damit liegen sie vor den Gesunden (MW 1,5). Unterschieden nach den Gruppen „Ärzte“ und „Organisationen“ entspricht dies 1,3 und 0,3 (vs. 1,1 und 0,4). Erneut konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen keine Unterschiede zwischen den Experi-

³⁸³ Details zur Auswertung s. Experiment II, Forschungsfrage 1.

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte mentalgruppen hervorrufen (s. Tabelle F.11 im Anhang). Beim Wissen zu Benzodiazepin erreichten Kranke ebenso wie Gesunde durchschnittlich 0,4 Punkte und erneut wusste die Kontrollgruppe tendenziell am wenigsten (MW 0,1, s. Tabelle F.12 im Anhang). Wie die Gesunden erreichten auch die Kranken beim Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht durchschnittlich 3,8 Punkte. Erneut zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede, die sich auf die unterschiedlichen Fallbeispielversionen zurückführen lassen. Tendenziell wusste jedoch die Gruppe mit den eher positiven Fallbeispielen hinterher weniger über die Folgen als die anderen Gruppen (MW 3,6 vs. 3,9 und 4,0). Das war bei den Gesunden anders. Dort hatte die Kontrollgruppe am wenigsten gewusst (s. Tabelle F.13 im Anhang). Beim Wissen zu süchtig machenden Medikamenten schnitten Kranke beim Suchtpotential von Beruhigungsmitteln etwas besser (MW 0,9 vs. 0,8), bei Aufputzmitteln etwas schlechter (MW 0,5 vs. 0,6) und bei Schmerzmitteln gleich gut (beide MW 0,6) ab wie Gesunde. Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten beim Wissen zu Aufpuschmitteln Unterschiede hervorrufen: die Kontrollgruppe wusste am meisten (MW 0,8) und die Versuchspersonen, die die überwiegend negativen Fallbeispiele sahen, am wenigsten (MW 0,2). Die anderen beiden Gruppen lagen dazwischen (beide MW 0,5). Auch bei den Schmerzmitteln schnitten Versuchspersonen, die die überwiegend negativen Fallbeispiele gesehen hatten am schlechtesten ab (MW 0,2). Hier wussten jedoch Versuchspersonen mit überwiegend positiven und ausgewogenen Fallbeispielen am meisten (MW 0,7 und 0,6), während die Kontrollgruppe dazwischen lag (MW 0,5, s. Tabelle 35).

Tabelle 35: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten

	Gesamt	Fallbeispielversion				p
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=200)	(n=60)	(n=66)	(n=55)	(n=19)	
Kranke (Experiment III)	(n=53)	(n=17)	(n=19)	(n=11)	(n=6)	
Beruhigungsmittel	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,74
Beruhigungsmittel	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0	1,59
Aufputzmittel	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,46
Aufputzmittel	0,5	0,5^{ab}	0,5^{ab}	0,2^a	0,8^b	2,41
Schmerzmittel	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,24
Schmerzmittel	0,6	0,7^b	0,6^b	0,2^a	0,5^{ab}	3,01*

Basis: Gesunde n=200, Erkrankte n=53, einfaktorielles Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. *p<0,05

Die verschiedenen Fallbeispielversionen konnten bei Kranken weder für die Erinnerung an die Hilfsangebote noch beim Wissen zu Benzodiazepin und den Folgen Unterschiede hervorrufen. Allein das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten zeigte, dass überwiegend negativ konnotierte Fallbeispiele zu geringerem Wissen bezüglich des Suchtpotentials von Aufputz- und Schmerzmitteln führten.

Einfluss der Fallbeispiele auf die emotionale Reaktion

Forschungsfrage 1b untersucht den Einfluss der Valenz mehrerer Fallbeispiele auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren hinsichtlich der emotionalen Reaktion bei Kranken. Zur besseren Vergleichbarkeit mit Experiment II wurden dieselben Variablen herangezogen: Ein Index für alle Items, die Emotionen wiedergeben (CA=0,80) sowie die Variablen für Reaktanz, Kausalattribution und neue Information. Es zeigte sich, dass Kranke auf die Broschüre als Ganzes emotionaler reagieren als Gesunde (MW 3,0 vs. 2,6). Die Items für Reaktanz und neue Information führten dagegen in etwa zur selben Reaktion (MW 2,3 vs. 2,4 und 2,9 vs. 3,0). Bezüglich der Kausalattribution offenbarte sich wiederum ein Unterschied: Kranke waren weniger der Meinung, dass Medikamentenabhängige an ihrem Schicksal selbst schuld seien als Gesunde (MW 2,2 vs. 2,6). Für dieses Item war außerdem ein signifikanter Unterschied zwischen den unterschiedlichen Fallbeispielversionen feststellbar: Kranke mit ausgewogenen Fallbeispielen stufte die eigene Schuld von Medikamentenabhängigen deutlich niedriger ein als Kranke, die kein Fallbeispiel präsentiert bekamen (MW 1,6 und 3,0). Versuchspersonen mit eher positiven oder eher negativen Fallbeispielen lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (MW 2,4 und 2,3). Für die anderen Einzelitems und auch für die Indexvariable konnten keine nennenswerten oder tendenziell einheitlichen Unterschiede festgestellt werden (s. Tabelle 36).

Tabelle 36: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf die emotionale Reaktion auf Broschüre insgesamt

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=297-300)	(n=88-89)	(n=89-90)	(n=90-91)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=69-70)	(n=21)	(n=22)	(n=19-20)	(n=7)	
Emotionen (Indexvariable)	2,6	2,6	2,7	2,6	2,7	0,18
Emotionen (Indexvariable)	3,0	2,8	3,2	3,1	2,9	1,01
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,4	2,4	2,5	2,2	2,5	1,25
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,3	2,4	2,0	2,4	2,3	0,58
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,6	2,7	2,7	2,5	2,6	0,52
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,2	2,4^{ab}	1,6^a	2,3^{ab}	3,0^b	3,98
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	3,0	3,2	2,9	2,9	3,0	0,65
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	2,9	2,5	3,1	3,2	3,3	0,96

Basis: Gesunde n=297-300, Erkrankte n=69-70, einfaktorische Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F8. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Indexvariable „Emotionen“ (CA=0,74).

Fazit Forschungsfrage 1

Nur für die Kausalattribution zeigte sich ein Unterschied aufgrund der unterschiedlichen Fallbeispielversionen. Hier wurde die eigene Schuld an der Sucht ohne Fallbeispiele am höchsten und mit ausgewogenen Fallbeispielen am geringsten bewertet. Insgesamt hat damit die Valenz mehrerer Fallbeispiele weder auf Erinnerung und Wissen noch auf die emotionale Reaktion kranker Versuchspersonen einen entscheidenden Einfluss.

Einfluss der Fallbeispiele auf allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung

Gemäß Hypothese 1a haben Gesundheitsinformationen in Form von überwiegend negativ formulierten Fallbeispielen einen stärkeren Einfluss auf die allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung Kranker als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiel. Kranke schätzten mit 22 Prozent³⁸⁴ deutlich mehr Menschen in Deutschland als medikamentensüchtig ein als Gesunde (16 Prozent). Durch die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten keine signifikanten Unterschiede hervorgehoben werden. Lediglich tendenziell wies die Kontrollgruppe, die keine Fallbeispiele gesehen hatte, die geringsten Werte bei der allgemeinen Risikowahrnehmung auf (14 Prozent), während Kranke, die die positiven Fallbeispiele sahen, tendenziell das höchste Risiko wahrnahmen (26 Prozent). Die Gruppen mit den ausgewogenen und eher negativen Fallbeispielen lagen mit ihren Einschätzungen dazwischen (22 und 20 Prozent, s. Tabelle F.14 im Anhang).

Auch das persönliche Risiko, an Medikamentensucht zu erkranken, stuften Kranke mit 12 Prozent³⁸⁵ höher ein als Gesunde (8 Prozent). Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten auf die persönliche Risikowahrnehmung keinen entscheidenden Einfluss ausüben. Tendenziell zeigte erneut die Kontrollgruppe die geringsten Werte (3 Prozent), während die ausgewogenen Fallbeispiele zur höchsten persönlichen Risikowahrnehmung führten (18 Prozent). Kranke mit eher positiven und eher negativen Fallbeispielen lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (10 und 13 Prozent, s. Tabelle F.14 im Anhang). Da die unterschiedlichen Fallbeispielversionen weder bezüglich der allgemeinen noch der persönlichen Risikowahrnehmung einen Einfluss ausübten und folglich negative Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss auf Kranke ausübten als die anderen Fallbeispielversionen, wird Hypothese 1a abgelehnt.

Einfluss der Fallbeispiele auf Verhaltensintentionen

Hypothese 1b postuliert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen in Form von überwiegend negativ formulierten Fallbeispielen auf die Verhaltensintentionen.

³⁸⁴ Spannweite: 1 bis 80 Prozent.

³⁸⁵ Spannweite: 0 bis 90 Prozent.

nen Kranker als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiel. Wie schon bei Experiment II konnte im Rahmen von Experiment III eine Indexvariable über die acht Items zur Verhaltensintention gebildet werden (CA=0,89). Kranke zeigten deutlich höhere Verhaltensintentionen als Gesunde (MW 3,3 vs. 2,6). Außerdem konnten die unterschiedlichen Fallbeispiele einen signifikanten Unterschied zwischen den Experimentalgruppen hervorrufen: Kranke mit eher negativen Fallbeispielen zeigten deutlich höhere Verhaltensintentionen (MW 3,8) als Kranke mit eher positiven Fallbeispielen (MW 3,0). Kranke mit ausgewogenen Fallbeispielen oder ohne Fallbeispiele lagen mit ihren Verhaltensintentionen dazwischen (MW 3,4 und 3,2, s. Tabelle 37).

Tabelle 37: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf die Verhaltensintentionen

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=298)	(n=89)	(n=89)	(n=90)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Verhaltensintention (Indexvariable)	2,6	2,6	2,6	2,6	2,4	0,59
Verhaltensintention (Indexvariable)	3,3	3,0^a	3,4^{ab}	3,8^b	3,2^{ab}	2,69

Basis: Gesunde n=298, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F12-13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Indexvariable (Nicht Erkrankte: CA=0,84, Erkrankte: CA=0,89).

Bezüglich der Verhaltensintentionen Kranker zeigten sich signifikante Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen Fallbeispielversionen. Wie in Hypothese 1b postuliert, zeigten Kranke mit überwiegend negativen Fallbeispielen die deutlichsten Verhaltensintentionen. Darum wird Hypothese 1b angenommen.

Einfluss der Fallbeispiele auf tatsächliches Verhalten

Nach Hypothese 1c haben Gesundheitsinformationen in Form von überwiegend negativ formulierten Fallbeispielen einen stärkeren Einfluss auf das tatsächliche Verhalten Kranker als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiel. Auch für das tatsächliche Verhalten Kranker war es möglich, die acht Items zu einer Indexvariable zu verdichten (CA=0,87). Wie schon durch die Verhaltensintentionen angedeutet, waren Kranke im Vergleich zu Gesunden deutlich aktiver (MW 2,6 vs. 1,9). Durch die unterschiedlichen Fallbeispiele konnten nur tendenzielle Unterschiede hervorgerufen werden. So waren Kranke, die eine der drei Fallbeispielversionen sahen, aktiver als Kranke, die keine Fallbeispiele präsentiert bekamen (MW 2,6 bis 2,8 vs. 2,0, s. Tabelle F.15 im Anhang). Wegen der mangelnden Unterschiede wird Hypothese 1c verworfen.

Fazit Hypothese 1

Zwar konnten die unterschiedlichen Fallbeispiele die allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung und das tatsächliche Verhalten Kranker nicht beeinflussen, doch bezüglich der Verhaltensintentionen zeigte sich der erwartete Effekt: Versuchspersonen mit überwiegend negativ formulierten Fallbeispielen zeigten höhere Verhaltensintentionen als die anderen Gruppen. Folglich kann die erste Hypothese nur zum Teil angenommen werden.

Einfluss der Fallbeispiele auf Reaktions- und Selbstwirksamkeit

Hypothese 2a postuliert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen in Form überwiegend positiv formulierter Fallbeispielen auf die Reaktions- und Selbstwirksamkeit Kranker als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiel. Kranke schätzten die Wirksamkeit der in der Broschüre beschriebenen Maßnahmen zur Bewältigung der Sucht mit 50 Prozent³⁸⁶ niedriger ein als Gesunde (58 Prozent). Tendenziell zeigten erneut Kranke mit ausgewogenen Fallbeispielen die höchsten Werte (56 Prozent), während diesmal Kranke mit eher positiven Fallbeispielen die niedrigsten Werte aufwiesen (43 Prozent). Die Gruppen mit eher negativen Fallbeispielen oder ohne Fallbeispiele lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (50 und 48 Prozent, s. Tabelle F.14 im Anhang).

Entsprechend der geringeren Reaktionswirksamkeit wurde auch die Selbstwirksamkeit von Kranken niedriger eingestuft als von Gesunden (MW 4,1 vs. 4,7). Hier war es tendenziell die Gruppe mit eher negativen Fallbeispielen, die ihre Selbstwirksamkeit am höchsten einstufte (MW 4,4) und erneut die Gruppe mit den eher positiven Fallbeispielen, die sie am niedrigsten einstufte (MW 3,9). Versuchspersonen mit ausgewogenen Fallbeispielen oder ohne Fallbeispiele lagen mit ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit dazwischen (beide MW 4,1, s. Tabelle F.14 im Anhang).

Da die unterschiedlichen Fallbeispielversionen bei Reaktions- und Selbstwirksamkeit keinen signifikanten Einfluss ausüben konnten und positive Fallbeispiele sogar tendenziell einen schwächeren Einfluss hatten als die anderen Fallbeispielversionen, muss Hypothese 2a verworfen werden.

Einfluss der Fallbeispiele auf Einstellungen

Laut Hypothese 2b haben Gesundheitsinformationen in Form überwiegend positiv formulierter Fallbeispiele einen stärkeren Einfluss auf die Verhaltensintentionen Kranker als dieselbe Information in Form ausgewogener Fallbeispiele, überwiegend negativ formulierter Fallbeispiele oder die Kontrollversion ohne Fallbeispiel. Die Einstellungsitems werden erneut einzeln betrachtet, da weder die Verdichtung zu einem Index

³⁸⁶ Spannweite: 2 bis 95 Prozent.

möglich war (CA=0,52), noch durch Faktorenanalyse sinnvolle Faktoren gebildet werden konnten. Insgesamt wiesen Kranke bei ihren Einstellungen gegenüber Medikamentensucht ähnliche Werte auf wie Gesunde: Für die Items „Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.“ und „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.“ zeigten sie dieselben Ausprägungen (MW jeweils 4,6) und für die Aussagen „Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.“, „Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.“ und „Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.“ sehr ähnliche Werte (MW 3,5 vs. 3,4, 4,1 vs. 4,0, 4,3 vs. 4,2). Für drei Aussagen ergaben sich tendenzielle Unterschiede: Kranke waren eher der Meinung, dass Medikamentensucht ein wichtiges Thema ist (MW 4,5 vs. 4,3), waren weniger der Ansicht, man müsste Beipackzettel nicht lesen (MW 1,4 vs. 1,7) und eher der Meinung, sie sollten weniger Medikamente einnehmen (MW 2,7 vs. 1,7, s. Tabelle F.16 im Anhang). Es waren keine Unterschiede auszumachen, die auf die verschiedenen Fallbeispielversionen zurückzuführen sind. Tendenziell zeigte sich jedoch, dass die Version ohne Fallbeispiele bei immerhin vier Aussagen zur deutlichsten Zustimmung führte. Dabei handelte es sich um die Aussagen „Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.“, „Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.“, „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss“ und „Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.“³⁸⁷ Ansonsten waren keine einheitlichen Tendenzen auszumachen.

Da bezüglich der Einstellungen keine Unterschiede aufgrund der Fallbeispielversion auszumachen und demnach überwiegend positive Fallbeispiele keinen stärkeren Einfluss ausübten als die anderen Versionen, muss Hypothese 2a ebenfalls abgelehnt werden.

Fazit Hypothese 2

Die unterschiedlichen Fallbeispielversionen konnten bei Kranken weder für die Reaktions- und Selbstwirksamkeit noch bei den Einstellungen signifikante Unterschiede hervorrufen. Die zweite Hypothese wird darum abgelehnt.

³⁸⁷ Auch der Aussage „Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.“ stimmte vor allem die Kontrollgruppe zu. Die Frage war jedoch negativ formuliert, so dass es sich um geringste Zustimmung handelt.

9.3.3.2 Einfluss des Furchtappells bei erkrankten Personen

Anders als bei Experiment II kann für Experiment III die Unabhängigkeit des Einflusses der Fallbeispiele aufgrund der geringen Samplegröße nicht berechnet werden. Darum wird als nächstes der Einfluss der Furchtappellvalenz auf die Wirksamkeit von Gesundheitsbroschüren betrachtet. Da auf die Unterschiede zwischen Kranken und Gesunden schon im Rahmen von Hypothese 1 eingegangen wurde, werden im Kontext von Forschungsfrage 1 lediglich die Unterschiede, die sich auf die unterschiedlichen Furchtappellversionen zurückführen lassen, dargestellt.

Einfluss des Furchtappells auf Erinnerung und Wissen

Hypothese 3a konstatiert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind auf Erinnerung und Wissen Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Hierzu wurde der Einfluss der Furchtappellvalenz auf die Erinnerung an den Furchtappell (Fotoerinnerung), Erinnerung an Hilfsangebote, Wissen zu den Folgen von Medikamentensucht und Wissen zu süchtig machenden Medikamenten analysiert. 40 Kranke konnten sich an den Furchtappell erinnern, was 64 Prozent entspricht. Damit erinnerten sie sich deutlich besser als Gesunde (53 Prozent, s. Tabelle F.17 im Anhang).³⁸⁸ Das ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass suchtkranke Menschen sich generell besser an die Darstellung einer suchtkranken Person erinnern können als Gesunde. Die Furchtappellversion konnte die Erinnerung an den Furchtappell aber nicht signifikant beeinflussen. Tendenziell erinnerten sich Kranke mit mittlerem Furchtappell besser an den Furchtappell (73 Prozent) als mit leichtem Furchtappell (67 Prozent). Am schlechtesten erinnerten sie sich mit starkem Furchtappell (50 Prozent). Bezüglich der Erinnerung an die in der Broschüre genannten Hilfsangebote führten die unterschiedlichen Furchtappellversionen nicht zu nennenswerten Unterschieden zwischen den Experimentalgruppen. Tendenziell erinnerten sich Kranke, die den mittleren Furchtappell gesehen hatten, besser an die Hilfsangebote insgesamt (MW 1,8) als Kranke, die keinen Furchtappell (MW 1,7) oder den leichten Furchtappell (MW 1,6) sahen. Am schlechtesten erinnerten sich Kranke mit dem starken Furchtappell (MW 1,4, s. Tabelle F.18 im Anhang). Auch beim Wissen zum Wirkstoff Benzodiazepin unterschieden sich weder Kranke noch Gesunde aufgrund der unterschiedlichen Furchtappellversionen. Tendenziell wussten jedoch Kranke mit leichtem Furchtappell hinterher am meisten (MW 0,6) und Kranke ohne Furchtappell am wenigsten zu Benzodiazepin (MW 0,1, s. Tabelle F.19 im Anhang). Wie schon bei den Gesunden konnten die unterschiedlichen Furchtappellversionen beim Wissen Kranker

³⁸⁸ Die Erinnerung an den Furchtappell wurde durch eine Filterfrage erhoben (FB2, F2, Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“). Da die Kontrollgruppe diese Frage nicht beantwortete, ist sie bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

zu den Folgen von Medikamentensucht keine nennenswerten Unterschiede hervorru-
fen. Tendenziell wussten Kranke mit leichtem oder ohne Furchtappell am meisten (bei-
de MW 4,0). Am wenigsten wussten diejenigen die den starken Furchtappell sahen
(MW 3,6) und dazwischen lagen jene mit dem mittleren Furchtappell (MW 3,9, s. Ta-
belle F.20 im Anhang). Beim Wissen zu süchtig machenden Medikamenten zeigte sich
aufgrund der unterschiedlichen Furchtappellversionen zumindest bei den Aufputschmit-
teln ein Unterschied. Während Versuchspersonen, die den mittleren oder starken
Furchtappell sahen, hier am wenigsten wussten (MW 0,4 und 0,3), wussten Versuchs-
personen, die keinen Furchtappell gesehen hatten, am meisten (MW 0,8). Versuchs-
personen mit leichtem Furchtappell lagen dazwischen (MW 0,6, s. Tabelle 38).

*Tabelle 38: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf das Wissen zu süchtig ma-
chenden Medikamenten*

	Gesamt	Furchtappellversion				F
		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=200)	(n=55)	(n=60)	(n=66)	(n=19)	
Kranke (Experiment III)	(n=53)	(n=16)	(n=20)	(n=11)	b(n=6)	
Beruhigungsmittel	0,8	0,9	0,8	0,8	1,0	0,48
Beruhigungsmittel	0,9	0,9	0,9	0,7	1,0	1,33
Aufputschmittel	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,22
Aufputschmittel	0,5	0,6^{ab}	0,4^a	0,3^a	0,8^b	2,31
Schmerzmittel	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,29
Schmerzmittel	0,6	0,4	0,8	0,4	0,5	1,95

Basis: Gesunde n=200, Erkrankte n=53, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.
Frage 19, Fragebogen 2, offene Antwortmöglichkeit, Mehrfachnennungen möglich.

Die unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten weder auf die Erinnerung an den Furchtappell und die Hilfsangebote noch auf das Wissen zu Benzodiazepin und den Folgen einen Einfluss ausüben. Damit war ein starker Furchtappell nicht wirksamer als ein leichter, mittlerer oder kein Furchtappell. Im Gegenteil: Ein starker Furchtappell wirkte bei der Erinnerung an den Furchtappell und die Hilfsangebote sowie beim Wissen zu den Folgen tendenziell und beim Wissen zu Aufputschmitteln am schlechtesten. Deshalb wird Hypothese 3a abgelehnt.

Einfluss des Furchtappells auf emotionale Reaktionen

Nach Hypothese 3b haben Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf die emotionale Reaktion Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten – oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Hier hatten die unterschiedlichen Furchtappellversionen einen Einfluss auf die Kausalattribution: Kranke, die eine der drei Furchtappellversionen sahen, schätzten die eigene Schuld von Medikamentenabhängigen deutlich geringer ein (MW 2,1 und 2,2) als Kranke, die keinen Furchtappell präsentiert bekamen

(MW 3,0, s. Tabelle 39). Weder für die Emotionen durch die Broschüre als Ganzes noch bei Reaktanz und neuer Information ließen sich dagegen nennenswerte Unterschiede konstatieren. Ansonsten waren keine einheitlichen Tendenzen feststellbar.

Tabelle 39: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt

	Gesamt	Furchtappellversion				F
		leicht	mittel	Stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=297-300)	(n=90-91)	(n=90)	(n=87-89)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=69-70)	(n=20-21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Emotionen (Indexvariable)	2,6	2,7	2,6	2,6	2,7	0,16
Emotionen (Indexvariable)	3,0	2,8	3,2	3,0	2,9	0,54
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,4	2,1	2,5	2,5	2,5	2,22
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,3	2,1	2,1	2,6	2,3	0,58
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,6	2,5	2,7	2,6	2,6	0,28
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,2	2,1^a	2,1^a	2,2^a	3,0^b	1,54
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	3,0	3,0	2,9	3,1	3,0	0,24
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	2,9	2,7	3,1	2,9	3,3	0,37

Basis: Gesunde n=297-300, Erkrankte n=69-70. Einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB2, F8. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Indexvariable „Emotionen“ (CA=0,74).

Für die emotionale Reaktion auf das Bild war es möglich, wie zuvor bei Experiment II, zwei rein theoretisch hergeleitete Indexvariablen zu bilden. Die Reliabilitätswerte befanden sich auf ähnlichem Niveau wie in Experiment II: Für negative Emotionen (Ärger, Trauer, Verstörtheit, sich Sorgen machen, Angst, Hilflosigkeit und Bedrücktheit) betrug Cronbachs Alpha 0,74, für positive Emotionen (Interesse Überraschung, Aufmerksamkeit, Motivation, Hoffnung und Mitleid) lag es bei 0,69³⁸⁹. Insgesamt war die emotionale Reaktion auf den Furchtappell bei Kranken ausgeprägter als bei Gesunden: Sie empfanden mehr negative (MW 2,3 vs. 2,0) und vor allem mehr positive Emotionen (3,1 vs. 2,1). Die unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten jedoch weder für die negativen noch für die positiven Emotionen einen Unterschied hervorrufen (s. Tabelle F.21 im Anhang).

Der starke Furchtappell konnte weder bezüglich der Emotionen auf die Broschüre als Ganzes noch hinsichtlich positiver und negativer Emotionen auf das Bild stärkere Effekte hervorrufen als die anderen Furchtappellversionen. Darum wird Hypothese 3b verworfen.

³⁸⁹ Streng genommen ist dieser Cronbachs Alpha Wert zu gering, um eine Indexvariable zu bilden. Da es sich jedoch nur um eine ganz geringe Abweichung handelt und 0,69 aufgerundet einen Wert von 0,7 ergibt, wurde mit dieser Variable weitergerechnet, auch um die Vergleichbarkeit mit Experiment II zu gewährleisten.

Einfluss des Furchtappells auf allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

Hypothese 3c postuliert einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind auf die allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Die unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Einschätzung an medikamentensüchtigen Menschen. Lediglich tendenziell führte der mittlere Furchtappell zu den höchsten Werten (26 Prozent) und kein Furchtappell zu den geringsten Werten (14 Prozent). Kranke mit leichtem und starkem Furchtappell lagen mit ihren Einschätzungen dazwischen (18 und 25 Prozent, s. Tabelle F.22 im Anhang). Auch das persönliche Risiko, an Medikamentensucht zu erkranken, wurde tendenziell von Kranken mit negativem Furchtappell am höchsten wahrgenommen (12 Prozent) und von Versuchspersonen ohne Furchtappell am niedrigsten (3 Prozent). Erkrankte mit leichtem oder starkem Furchtappell lagen erneut dazwischen (13 und 11 Prozent, s. Tabelle F.22 im Anhang). Die unterschiedlichen Furchtappellversionen konnten die Reaktionswirksamkeit nicht signifikant beeinflussen. Tendenziell bewerteten erneut Kranke mit mittlerem Furchtappell die Wirksamkeit der in der Broschüre beschriebenen Maßnahmen zur Bewältigung der Sucht am höchsten (56 Prozent). Diesmal führte jedoch der starke Furchtappell zur schlechtesten wahrgenommenen Reaktionswirksamkeit (43 Prozent). Versuchspersonen mit leichtem oder ohne Furchtappell lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (50 und 48 Prozent, s. Tabelle F.22 im Anhang). Entsprechend der Reaktionswirksamkeit wurde auch die Selbstwirksamkeit von Kranken mit mittlerem Furchtappell tendenziell am höchsten eingestuft (MW 4,3), etwas geringer von Kranken mit starkem oder ohne Furchtappell (MW 4,2 und 4,1) und am schlechtesten von Kranken mit leichtem Furchtappell (MW 3,8, s. Tabelle F.22 im Anhang).

Weder die allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung noch die Reaktions- und Selbstwirksamkeit Kranker konnte der starke Furchtappell stärker beeinflussen als die anderen Furchtappellversionen. Darum wird Hypothese 3c abgelehnt.

Einfluss des Furchtappells auf Einstellungen

Laut Hypothese 3d haben Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Durch die unterschiedlichen Furchtappellversionen wurde bei den Einstellungen zumindest ein signifikanter Unterschied hervorgerufen. Der Aussage „Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.“ stimmten Kranke mit mittlerem Furchtappell

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte eher zu als Versuchspersonen, die keinen Furchtappell gesehen hatten (MW 3,9 vs. 2,9). Versuchspersonen mit leichtem oder starkem Furchtappell lagen mit ihrer Einschätzung dazwischen (MW 3,5 und 3,3, s. Tabelle 40).

Tabelle 40: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die Einstellungen

	Gesamt (n=294-298)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=90-91)	mittel (n=88-89)	stark (n=86-88)	KV (n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=69-70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=6-7)	
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,4	3,5	3,4	3,4	3,6	0,38
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,5	3,5^{ab}	3,8^b	3,3^{ab}	2,9^a	1,54
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken. ¹	4,0	3,9	3,8	4,1	4,2	1,19
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	4,1	4,0	4,3	3,9	4,6	1,22
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen. ¹	4,6	4,6	4,6	4,7	4,6	0,66
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	4,6	4,6	4,6	4,6	5,0	0,88
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss. ³	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	0,61
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,4	4,7	4,5	5,0	1,46
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen. ¹	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	0,34
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	1,4	1,2	1,3	1,7	1,7	0,97
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein. ¹	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	0,10
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein. ¹	4,5	4,4	4,7	4,4	4,5	0,93
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen. ⁴	1,7	1,8	1,4	1,8	1,8	2,22
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	2,7	2,7	2,6	2,9	2,7	0,07
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen. ²	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	0,24
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	4,3	4,1	4,5	4,2	4,7	0,76

Basis: Gesunde n=294-298, Erkrankte n=69-70, einfaktorische Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).
 FB2, F9. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Tendenziell stimmte die Kontrollgruppe bei immerhin vier Aussagen eher zu als Versuchspersonen, die die verschiedenen Furchtappellversionen sahen. Das waren die Aussagen „Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.“, „Möglichst viele Menschen sollten über

die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.“, „Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.“ und „Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.“³⁹⁰ Daneben ließen sich keine einheitlichen Tendenzen erkennen.

Da der starke Furchtappell ebenfalls keinen stärkeren Einfluss auf die Einstellungen Kranker ausüben konnte als die anderen Furchtappellversionen, wird auch Hypothese 3d verworfen.

Einfluss des Furchtappells auf Verhaltensintentionen

Hypothese 3e vermutet einen stärkeren Einfluss von Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, auf die Verhaltensintentionen Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Hinsichtlich der Verhaltensintentionen mochten zwar Kranke, die den starken Furchtappell sahen, ihr Verhalten tendenziell eher ändern als Kranke mit mittlerem, leichtem und ohne Furchtappell (MW 3,5 vs. 3,4, 3,3 und 3,2, s. Tabelle F.23 im Anhang), da es sich dabei aber nur um Tendenzen handelt, muss Hypothese 3e abgelehnt werden.

Einfluss des Furchtappells auf tatsächliches Verhalten

Gemäß Hypothese 3f haben Gesundheitsinformationen, die in Form eines starken Furchtappells dargestellt sind, einen stärkeren Einfluss auf das tatsächliche Verhalten Kranker als Gesundheitsinformationen, die in Form eines mittleren, leichten oder ohne Furchtappell präsentiert werden. Erneut ließ sich nur eine Tendenz feststellen: Kranke, die den mittleren Furchtappell sahen, waren am aktivsten (MW 3,0), gefolgt von Kranken mit starkem Furchtappell (MW 2,8). Deutlich schlechter schnitten Kranke mit leichtem und ohne Furchtappell ab (MW 2,2 und 2,0, s. Tabelle F.24 im Anhang). Weil der starke Furchtappell einmal mehr keinen stärkeren Einfluss als die anderen Furchtappellversionen ausübte, wird Hypothese 3f abgelehnt.

Fazit Hypothese 3

Der starke Furchtappell konnte weder Erinnerung und Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen oder tatsächliches Verhalten Kranker stärker beeinflussen als die anderen Furchtappellversionen. Darum wird Hypothese 3 verworfen.

³⁹⁰ Auch für die Aussage „Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.“ erreicht die Kontrollversion die höchste Zustimmung. Die Frage war jedoch negativ formuliert, so dass es sich um geringste Zustimmung handelt.

9.3.3.3 Stabilität der Effekte

Im Gegensatz zu Experiment II konnte für Experiment III die Unabhängigkeit des Einflusses des Furchtappells aufgrund der geringen Samplegröße nicht berechnet werden. Für Interaktionseffekte zwischen Fallbeispielen und Furchtappellen gilt dasselbe. Darum wird direkt die Stabilität der Einflüsse analysiert: Die dritte Forschungsfrage überprüft die Stabilität der Einflüsse der Broschüre auf Erinnerung und Wissen, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit sowie Einstellungen Kranker. Dafür wurden die entsprechenden Variablen zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre noch einmal abgefragt (s. FB3) und anschließend in gepaarten t-Tests mit den Werten des ersten Messzeitpunkts verglichen (s. Tabelle 41). Es konnten keinerlei signifikante Unterschiede festgestellt werden. Tendenziell erinnerten sich Kranke nach vierzehn Tagen etwas besser an die genannten Hilfsangebote und wissen, welche Medikamente süchtig machen, während sie weniger über Benzodiazepin und die Folgen von Medikamentensucht wussten. Tendenziell nahmen auch persönliche Risikowahrnehmung sowie wahrgenommene Reaktionswirksamkeit ab, während allgemeine Risikowahrnehmung und Selbstwirksamkeit zunahmen. Abgesehen von diesen leichten Unterschieden, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Effekte relativ stabil bleiben (zumindest für einen Zeitraum von zwei Wochen). Um zu berechnen, ob diese Unterschiede von den unterschiedlichen Fallbeispiel- und Furchtappellversionen unabhängig sind, wurde jeweils die Differenz der Variablen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt berechnet und als neue Variable gespeichert. Als AVn dienten sie in einfaktoriellen Varianzanalysen der Überprüfung des Einflusses der Fallbeispiel- und Furchtappellversionen. Bezüglich der Fallbeispielversion zeigte sich lediglich für die allgemeine Risikowahrnehmung ein nennenswerter Einfluss: Kranke, die keine Fallbeispiele sahen, schätzen das allgemeine Risiko der Medikamentensucht zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre deutlich höher ein (+14,38 Prozent) als Kranke, die eher positive oder eher negative Fallbeispiele gesehen hatten (+0,6 und -2,06 Prozent). Dazwischen lagen Kranke mit ausgewogenen Fallbeispielen (+4,61 Prozent, $p=0,037$, s. Tabelle 41). Die unterschiedliche Furchtappellversion konnte zwei signifikante Einflüsse hervorrufen. Erneut führte die Kontrollversion ohne Furchtappell zu höheren allgemeinen Risikoeinschätzungen (+14,38 Prozent) als die Versionen mit mittlerem und starkem Furchtappell (-1,09 und -0,39 Prozent). Dazwischen lag die Version mit dem leichten Furchtappell (+4,91 Prozent, $p=0,041$). Für das Wissen zu Benzodiazepin unterschieden sich die Gruppen wie folgt: Kranke, die die Kontrollversion sahen, wussten zwei Wochen später deutlich mehr (+0,50) als Kranke mit leichtem Furchtappell (-0,63). Kranke, die den mittleren und starken Furchtappell gesehen haben, lagen mit ihrem Wissen dazwischen (0,0 und -0,29, s. Tabelle 41).

Tabelle 41: Experiment III – Stabilität der Effekte

	Gesamt				Fallbeispielversion (Differenz)					Furchtappellversion (Differenz)				
	AM ₁₂	AM ₁₃	AM _{dif}	t	eher positiv	ausgewogen	eher negativ	KV	F	leicht	mittel	stark	KV	F
Erinnerung Hilfe	1,73	1,84	0,11	0,54	0,18	-0,18	0,22	0,33	0,30	0,75	-0,47	0,38	0,33	2,26
Wissen Benzo.	0,49	0,29	-0,20	1,47	-0,29	-0,33	-0,24	0,50	1,12	-0,63^b	0,00^{ab}	-0,29^{ab}	0,50^a	2,37
Wissen Folgen	3,98	3,87	-0,11	0,86	-0,14	-0,06	-0,00	-0,50	0,44	-0,20	0,05	-0,07	-0,50	0,58
Wissen	0,88	0,97	0,09	1,36	0,20	0,08	-0,00	-0,00	0,48	-0,00	0,07	0,40	-0,00	1,46
Medikamente														
Risiko allg. (%)	21,11	23,63	2,52	1,47	0,60^b	4,61^{ab}	-2,06^b	14,38^a	3,04*	4,91^{ab}	-1,09^b	-0,39^b	14,38^a	2,96*
Risiko pers. (%)	10,46	9,56	-0,90	0,38	-1,45	-1,57	-1,55	3,60	0,16	-2,91	-1,85	0,36	3,60	0,24
Reaktions- wirksamkeit (%)	51,96	45,14	-6,82	2,08	-1,73	-7,61	-10,24	-7,50	0,32	-9,62	-5,58	-5,13	-7,50	0,11
Selbst- Wirksamkeit	4,12	4,45	0,33	1,56	0,83	0,28	-0,07	0,50	0,86	0,25	0,60	0,07	0,50	0,34
Einstellungen (Item 4)	4,59	4,61	0,02	0,14	0,13	0,17	-0,18	-0,17	0,49	0,06	0,21	-0,20	-0,17	0,56
Einstellungen (Item 7)	2,67	2,72	0,06	0,21	-0,40	0,24	-0,06	1,00	0,79	-0,36	-0,00	0,13	1,00	0,67

Basis: n (gesamt)=34-56, n (FB eher positiv)=11-15, n (FB ausgewogen)=11-18, n (FB eher negativ)=7-17, n (FA leicht negativ)=8-16, n (FA negativ)=15-19, n (FA stark negativ)=4-15, n (Kontrollversion)=4-6. Gepaarte t-Tests, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

Insgesamt zeigten sich jedoch keine systematischen Unterschiede für Fallbeispiel- und Furchtappellversion zwischen den Messzeitpunkten.

Da sich keine systematischen Unterschiede zeigten, sind die beobachteten Effekte auch bei Kranken für einen Zeitraum von zwei Wochen stabil und von Fallbeispiel- und Furchtappellversion unabhängig.

9.4 Fazit IV: Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen in Gesundheitsbroschüren für erkrankte Personen

Abschließend steht die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse, erneut durch die Darstellung in Tabellen. Darauf folgt eine kurze Zusammenfassung des Vergleichs kranker und gesunder Versuchspersonen und am Ende wird auf Limitationen der Studie eingegangen.

9.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Gegensatz zu gesunden Versuchspersonen (Experiment II) konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen bei Kranken einige – wenn auch wenige – Effekte bewirken. So zeigte sich ein Unterschied bei der Kausalattribution: Kranke, die die Kontrollversion ohne Fallbeispiel sahen, schätzten das Eigenverschulden am höchsten und Kranke, die die ausgewogene Fallbeispielversion sahen am geringsten ein (s. Auswertung Forschungsfrage 1b). Auch die Verhaltensintentionen der Kranken ließen sich beeinflussen: Kranke, die überwiegend negativ formulierte Fallbeispiele sahen zeigten höhere Verhaltensintentionen als die anderen Gruppen (s. Auswertung Hypothese 1b). Allerdings konnten die unterschiedlichen Fallbeispielversionen weder Erinnerung und Wissen, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, tatsächliches Verhalten, Reaktions- und Selbstwirksamkeit noch die Einstellungen beeinflussen (s. Auswertung Forschungsfrage 1 und Hypothesen 1 und 2). Auch konnte ein starker Furchtappell nicht wie erwartet die AVn stärker beeinflussen als ein mittlerer oder leichter Furchtappell (s. Auswertung Hypothese 3). Die beobachteten Effekten waren jedoch über einen Zeitraum von zwei Wochen stabil (s. Auswertung Forschungsfrage 2). Während es im Kontext von Experiment II bezüglich des Einflusses von Fallbeispiel- und Furchtappellversion keinerlei signifikante Effekte gab, zeigten sich bei Experiment III also vereinzelt signifikante Unterschiede. Es wurde aber auch diesmal nicht deutlich, welche der Fallbeispielversionen bei einer erkrankten Zielgruppe am vielversprechendsten ist. Aufschluss soll erneut die tabellarische Auflistung (s. Tabelle 42) von signifikanten und lediglich tendenziellen Effekten in einer Übersichtstabelle liefern:

Tabelle 42: Experiment III – Übersicht Einfluss der Fallbeispielversion (signifikant und tendenziell)

		Fallbeispielversion			Kontrollversion
		eher positiv	aus-gewogen	eher negativ	
Wissen Benzodiazepin	tendenziell				-
Wissen Folgen	tendenziell.	-	+	+	+
Wissen Medikamente (Aufputzmittel)	signifikant			-	+
Wissen Medikamente (Schmerzmittel)	signifikant	+	+	-	
Kausalattribution ¹	signifikant		-		+
Allgemeine Risikowahrnehmung	tendenziell	+			-
Persönliche Risikowahrnehmung	tendenziell		+		-
Reaktionswirksamkeit	tendenziell	-	+		+
Selbstwirksamkeit	tendenziell	-		+	
Einstellungen					
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	tendenziell				+
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	tendenziell				+
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	tendenziell				+
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	tendenziell				+
Verhaltensintention (Index)	signifikant			+	
Verhalten (Index)	tendenziell	+	+	+	-
Vergleich positive vs. negative Effekte		3:4	6:0 ¹	4:2	7:5 ¹

Der jeweils stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. Es fehlen die AVn „Erinnerung Hilfe“ und „emotionale Reaktion auf die Broschüre“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Kausalattribution“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

Nach dieser Darstellung erwiesen sich ausgewogene Fallbeispiele am erfolgversprechendsten. Versuchspersonen, die die ausgewogenen Fallbeispiele sahen, wussten tendenziell mehr zu den Folgen von Medikamentensucht und signifikant mehr zum Suchtpotential von Schmerzmitteln, nahmen ein tendenziell höheres allgemeines Risiko und eine tendenziell höhere Reaktionswirksamkeit wahr, erwiesen sich nach zwei Wochen tendenziell aktiver und waren signifikant weniger der Meinung, dass Medikamentenabhängige selbst an ihrem Schicksal schuld sind als die anderen Gruppen. Das zweitbeste Ergebnis erzielten Versuchspersonen mit der Kontrollversion. Sie zeigten

zwar die meisten positiven aber auch die meisten negativen Effekte. Tendenziell wussten sie mehr zu den Folgen von Medikamentensucht und signifikant mehr zum Suchtpotential von Aufputzmitteln, nahmen eine tendenziell höhere Reaktionswirksamkeit wahr, waren tendenziell eher der Meinung, es sei wichtig nicht zu viele Medikamente einzunehmen, möglichst viele Menschen sollten über die Gefahren der Sucht Bescheid wissen, es sei wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und man solle, ehe man Medikamente einnimmt, mit einem Arzt oder Apotheker sprechen. Allerdings wussten sie tendenziell weniger zum Wirkstoff Benzodiazepin, schrieben die Schuld signifikant häufiger den Medikamentensüchtigen selbst zu, nahmen tendenziell weniger allgemeines als auch persönliches Risiko wahr und waren tendenziell weniger aktiv als die anderen Gruppen. An dritter Stelle liegen die eher negativen Fallbeispiele. Versuchspersonen, die sie sahen, wussten tendenziell mehr zu den Folgen von Medikamentensucht, nahmen eine tendenziell höhere Selbstwirksamkeit wahr, wollten ihr Verhalten signifikant deutlicher ändern und waren am Ende zumindest tendenziell aktiver als die anderen Gruppen. Allerdings wussten sie signifikant am wenigsten zum Suchtpotential von Aufputz- und Schmerzmitteln. Das Schlusslicht bilden wie schon in Experiment II die eher positiven Fallbeispiele. Sie konnten zwar signifikant das Wissen zum Suchtpotential von Schmerzmitteln und tendenziell die allgemeine Risikowahrnehmung und das Verhalten befördern, doch sie führten zu tendenziell weniger Wissen bezüglich der Folgen von Medikamentensucht und tendenziell geringerer Reaktions- und Selbstwirksamkeit. Für erkrankte Personen scheinen nach dieser Betrachtungsweise ausgewogene Fallbeispiele am vielversprechendsten, während überwiegend negative und der Verzicht auf Fallbeispiele zu fast ebenso vielen negativen wie positiven Effekten führt und die negativen Effekte bei überwiegend positiven Fallbeispielen überwiegen.

Auch bezüglich der unterschiedlichen Furchtappellversionen zeigten sich bei Kranken kaum signifikante Effekte. Hier kann die tabellarische Darstellung tendenzieller und signifikanter Unterschiede zwischen den verschiedenen Furchtappellversionen wieder mehr Klarheit verschaffen (s. Tabelle 43):

Im Gegensatz zu den Gesunden aus Experiment II wirkte bei Kranken der mittlere Furchtappell am besten. Versuchspersonen, die diese Version sahen, erinnerten sich tendenziell besser an den Furchtappell und an die Hilfsangebote, schrieben die Schuld für die Sucht signifikant seltener den Betroffenen zu, nahmen tendenziell ein höheres allgemeines und persönliches Risiko sowie tendenziell höhere Reaktions- und Selbstwirksamkeit wahr, waren signifikant stärker der Meinung, es sei bedenklich, dass so viele Menschen von der Sucht betroffen sind und waren in den zwei Wochen nach der Stimuluspräsentation tendenziell aktiver als die anderen Gruppen.

Tabelle 43: Experiment III – Übersicht Einfluss der Furchtappellversion (signifikant und tendenziell)

		Furchtappellversion			Kontrollversion
		leicht	mittel	stark	
Erinnerung Foto	tendenziell		+	-	
Erinnerung Hilfe	tendenziell		+	-	
Wissen Benzodiazepin	tendenziell	+			-
Wissen Folgen	tendenziell	+		-	+
Wissen Medikamente (Aufputzmittel)	signifikant		-	-	+
Kausalattribution ¹	signifikant	-	-	-	+
Allgemeine Risikowahrnehmung	tendenziell		+		-
Persönliche Risikowahrnehmung	tendenziell		+		-
Reaktionswirksamkeit	tendenziell		+	-	
Selbstwirksamkeit	tendenziell	-	+		
Einstellungen					
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	signifikant		+		-
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	tendenziell			-	+
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	tendenziell				+
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	tendenziell		-		+
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	tendenziell		-		+
Verhaltensintention (Index)	tendenziell			+	
Verhalten (Index)	tendenziell		+		-
Vergleich positive vs. negative Effekte		3:1 ¹	9:3 ¹	2:6 ¹	6:6 ¹

Der jeweils stärkste Einfluss ist durch ein „+“, der jeweils schwächste Einfluss durch ein „-“ gekennzeichnet. Handelt es sich um einen signifikanten Effekt, ist die Zeile fett markiert. Es fehlen die AVn „negative und positive Emotionen auf das Bild“, da keine Unterschiede feststellbar waren.

¹ Ein Minuszeichen beim Aspekt „Kausalattribution“ wird positiv, ein Pluszeichen negativ interpretiert.

Nur drei positive Effekte konnte der leichte Furchtappell hervorrufen: Kranke, die ihn gesehen hatten, wussten tendenziell mehr zu Benzodiazepin und den Folgen von Medikamentensucht und schrieben die Schuld für die Sucht signifikant seltener den Betroffenen zu. Sie nahmen aber tendenziell eine geringere Selbstwirksamkeit wahr als die anderen Gruppen. Versuchspersonen, die die Kontrollversion ohne Furchtappell sahen, wussten dagegen signifikant mehr zum Suchtpotential von Aufputzmitteln,

9. Experiment III: Gesundheitsbroschüre mit Kombination aus Fallbeispielen und Furchtappell – Erkrankte

tendenziell mehr zu den Folgen und waren tendenziell eher der Meinung, es sei wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, möglichst viele Menschen sollten über die Gefahren der Sucht Bescheid wissen, es sei wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und man solle, ehe man Medikamente einnimmt, mit einem Arzt oder Apotheker sprechen. Sie wussten aber tendenziell weniger zu Benzodiazepin, waren signifikant deutlicher der Meinung, Medikamentenabhängige seien selbst schuld an ihrem Schicksal, nahmen tendenziell weniger allgemeines und persönliches Risiko wahr, waren signifikant weniger der Meinung, es sei bedenklich, dass so viele Menschen von Medikamentensucht betroffen sind und waren in den zwei Wochen nach dem Lesen der Broschüre tendenziell weniger aktiv als die anderen Gruppen. Das Schlusslicht bildet der starke Furchtappell. Versuchspersonen, die ihn gesehen hatten, waren lediglich signifikant seltener der Meinung Medikamentensüchtige seien selbst Schuld an ihrem Schicksal und zeigten tendenziell mehr Intentionen ihr Verhalten zu ändern als die anderen Gruppen. Außerdem wussten sie signifikant weniger zum Suchtpotential von Aufputzmitteln, erinnerten sie sich tendenziell schlechter an den Furchtappell und an die Hilfsangebote, wussten tendenziell weniger zu den Folgen von Medikamentensucht, nahmen tendenziell eine geringere Reaktionswirksamkeit wahr und waren tendenziell weniger der Meinung, dass es wichtig ist, nicht zu viele Medikamente einzunehmen. Somit scheint im Gegensatz zu nicht erkrankten Personen für Erkrankte ein mittlerer Furchtappell am effektivsten zu sein, in weitem Abstand gefolgt von einem leichten Furchtappell. Der Verzicht auf einen Furchtappell führt hingegen zu mehr negativen als positiven Effekten und ein starker Furchtappell zu deutlich mehr negativen als positiven Effekten.

9.4.2 Vergleich gesunder und kranker Versuchspersonen

Die kranken Versuchspersonen unterschieden sich in einigen Aspekten von den gesunden Versuchspersonen. Sie beurteilten die Broschüre positiver als Gesunde (MW 4,1 vs. 3,9), befanden den Furchtappell aber als weniger typisch für eine Gesundheitsbroschüre (MW 2,8 vs. 3,3, s. Kapitel 3.8.1).

Kranke informierten sich vor allem über Bekannte zum Thema Medikamentensucht (MW 1,9), während sich Gesunde vor allem im Fernsehen informierten (MW 1,5). Suchtkranke schätzten die Verbreitung von Medikamentensucht deutlich höher ein als Gesunde (25 vs. 16 Prozent), wissen aber über das Suchtpotential von Schmerzmitteln, Aufputzmitteln, Hustensaft und vor allem Benzodiazepin besser Bescheid (97 vs. 94, 94 vs. 90, 61 vs. 45, 69 vs. 20 Prozent).³⁹¹ Kranke fühlen sich insgesamt kränker und mussten häufiger Medikamente einnehmen als Gesunde (MW 3,2 vs. 2,7, 3,4 vs. 2,6). Sie fühlen sich eher belastet und nehmen häufiger Tabletten gezielt zur

³⁹¹ Allein das Suchtpotential von Hormonpräparaten schätzen sie geringer ein (26 vs. 31 Prozent).

Stressbewältigung ein (MW 2,8 vs. 2,5, 2,1 vs. 1,3). Zwar interessieren sie sich ebenso für Gesundheitsthemen wie Gesunde (beide MW 3,5), stufen sich aber als weniger gesundheitsbewusst ein (MW 3,0 vs. 3,7, s. Kapitel 8.3.2).

Kranke reagierten auf die Broschüre als Ganzes emotionaler als Gesunde (MW 3,0 vs. 2,6) und waren weniger der Meinung, dass Medikamentensüchtige an ihrem Schicksal selbst schuld sind als Gesunde (MW 2,2 vs. 2,6). Bezüglich der Furchtappellkomponenten liegen Kranke bei den Bedrohungscomponenten deutlich über Gesunden: Sie glauben, dass mehr Menschen in Deutschland medikamentensüchtig sind (22 vs. 16 Prozent) und stufen dementsprechend das persönliche Risiko an Medikamentensucht zu erkranken höher ein (12 vs. 8 Prozent). Bezüglich der Bewältigungskomponenten liegen sie hinter den Einschätzungen der Gesunden zurück: Reaktionswirksamkeit (50 vs. 58 Prozent) und Selbstwirksamkeit (MW 4,1 vs. 4,7). Dennoch sind ihre Verhaltensintentionen und ihr tatsächliches Verhalten ausgeprägter (MW 3,3 vs. 2,6, 2,6 vs. 1,9). Sie sind eher der Meinung, sie sollten ihren Medikamentenkonsum verringern (MW 2,7 vs. 1,7). Kaum Unterschiede zeigten sich beim Wissen, bei der Reaktanz und der Wahrnehmung neuer Informationen sowie den Einstellungen (s. Kapitel 8.3.3).

9.4.3 Einschränkung der Ergebnisse

Im Grunde genommen gelten für Experiment III – mit Ausnahme der Stichprobe, die diesmal aus Kranken bestand – dieselben Einschränkungen wie schon bei Experiment II dargestellt: Operationalisierung des Furchtappells, Auswahl des Themas, Zusammensetzung des Samples, einmalige Präsentation des Furchtappells und eine mögliche Konfundierung bezüglich der dargestellten Hilfsangebote (s. Kapitel 8.4.3). Auch die Zusammensetzung der Fallbeispiele kann kritisiert werden und hätte im Kontext bereits Erkrankter einer Ergänzung bedurft, denn in der Broschüre fehlte beispielsweise das Schicksal einer alkohol- oder drogensüchtigen Person, die auch Medikamente missbraucht. Das lag jedoch daran, dass sich erst im Zuge der Erhebung gezeigt hatte, wie schwierig es ist, Medikamentenabhängige zu befragen (s. Kapitel 9.2).

„Der moderne Patient macht, was er will, aber er will nicht, was er soll.“ (Westerhoff 2010: 16)

10. Resümee

Zu Beginn dieser Arbeit stand die Frage, wie man massenmediale Gesundheitsbotschaften so konzipiert, dass sie die Rezipienten erreichen, ihre Aufmerksamkeit auf die für sie relevanten Aspekte lenken, um damit die Auseinandersetzung mit den Bot-

schaftsinhalten und letztlich eine Verhaltensänderung zu fördern. Dabei wurde auf die diskrepante Rolle der Massenmedien in der Gesundheitskommunikation hingewiesen, die zwar den Einzelnen dazu bewegen soll, sein Verhalten zu ändern, sich zugleich aber immer an eine große Zielgruppe richtet (s. Kapitel 2.1.3). Um diesem Problem zu begegnen, schien die Kombination der beiden Kommunikationsstrategien Fallbeispiel und Furchtappell vielversprechend. Sie können – wie die theoretischen Ausführungen der Kapitel drei bis fünf untermauerten – das Potential haben durch involvierende und relevante Aspekte die Verständlichkeit der oft komplexen Gesundheitsbotschaften zu fördern und lassen sich auf unterschiedliche Zielgruppen (Alter, soziale Schicht, Krankheitsphasen etc.) zuschneiden (s. Kapitel 2.3.3 und 2.3.4). So erreichen sie die Rezipienten über die affektive Ebene auch auf der kognitiven und Verhaltensebene (s. Kapitel 2.4.2).

10.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse³⁹²

Hierauf aufbauend lautete die zentrale Annahme von Experiment I, dass Gesundheitsflyer, die spezifische Krankheitsinformationen durch ein Fallbeispiel kombiniert mit einem negativen Bild präsentieren, einen stärkeren Einfluss auf Wissen, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Verhaltensintention und Verhalten haben als Gesundheitsflyer, die die Informationen in Form von summarischen Realitätsbeschreibungen begleitet von einem positiven oder neutralem Bildern darstellen. Diese Vermutung ließ sich nicht bestätigen und es konnte auch keine andere vielversprechende Kombination von Text- und Bildversion ermittelt werden. Der Fallbeispieleffekt für sich allein betrachtet führte ebenfalls nur vereinzelt zu signifikanten Unterschieden und bezüglich der unterschiedlichen Bildversionen ließen sich lediglich Tendenzen aufzeigen. Durch eine zusammenfassende tabellarische Darstellung der Ergebnisse zeigte sich jedoch, dass das Fallbeispiel im Vergleich zur summarischen Realitätsbeschreibung öfter tendenzielle und vereinzelt signifikante Effekte hervorrufen konnte (s. Kapitel 7.4.1). Folglich scheint für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation ein Fallbeispiel effektiver zu sein als eine summarische Realitätsbeschreibung. Bezüglich des Bildes lieferte auch die tabellarische Interpretation keinen Aufschluss darüber, ob ein positives oder negatives Bild besser für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation geeignet ist.

Ein Vergleich mit der Studie von Rossmann & Pfister (2008) zeigte zudem, dass die Ergebnisse unabhängig vom Thema (Adipositas versus Krebs durch Mobilfunkstrahlung), der Valenz der Furchtappelle (neutral, leicht und stark negativ versus positiv, neutral und negativ) und dem Versuchspersonensample sind (nicht studentische versus studentische Versuchspersonen). Es lag also weder am Thema, der Variation des

³⁹² Die Zusammenfassung an dieser Stelle fällt relativ knapp aus, da die zentralen Ergebnisse schon im Kontext jedes einzelnen Experiments zusammengefasst wurden (s. Kapitel 7.4.1, 8.4.1 und 9.4.1).

Furchtappells oder dem Sample, dass keine signifikanten Fallbeispiel- und Furchtappelleffekte auftraten.

Aufgrund der Ergebnisse von Experiment I schien die Operationalisierung mit nur einem Fallbeispiel versus summarische Realitätsbeschreibung ungeeignet, um die entsprechenden Effekte zu erzielen. Darum wurden in eine Broschüre mehrere Fallbeispiele integriert, die besser und anschaulicher wirken sollten als eines. Folglich ging Experiment II von der zentrale Fragestellung aus, wie die Verteilung mehrerer Fallbeispiele gestaltet und mit welcher Furchtappellausprägung sie kombiniert sein sollte, um möglichst positive Effekte auf Erinnerung und Wissen, emotionale Reaktion, allgemeine und persönliche Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit, Einstellungen, Verhaltensintentionen und tatsächliches Verhalten der Versuchspersonen zu bewirken. Erneut zeigte sich, wie zuvor bei Experiment I, keine vielversprechende Kombination der Fallbeispiel- und Furchtappellversionen. Auch konnten weder die unterschiedlichen Fallbeispiel- noch die verschiedenen Furchtappellversionen für sich allein genommen signifikante Unterschiede hervorrufen. Lediglich beim Vergleich der zehn unterschiedlichen Broschürenversionen waren vereinzelte, aber unsystematische signifikante Ergebnisse feststellbar, die jedoch keinen allgemeinen Trend andeuteten. Erst durch die tabellarische Darstellung der tendenziellen Ergebnisse zeigte sich, dass überwiegend negative Fallbeispiele am vielversprechendsten waren. Bei den Furchtappellen erwies sich durch die Darstellung der Tendenzen ein leichter Furchtappell am erfolgreichsten. Dieses Ergebnis spiegelte sich auch bei der tabellarischen Interpretation der einzelnen Broschürenversionen wider: Hier schnitt die Version mit den negativen Fallbeispielen und dem leichten Furchtappell (Version 7) mit Abstand am besten ab (s. Kapitel 8.4.1). Damit scheint – obwohl sich keine Interaktionseffekte zwischen Fallbeispiel- und Furchtappellversion ermitteln ließen – die Kombination aus überwiegend negativen Fallbeispielen mit einem leichten Furchtappell für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation am aussichtsreichsten. Überraschend war hingegen, dass auch die Kontrollversion ohne Fallbeispiele und Furchtappelle relativ gut abschnitt und mehr (tendenzielle) Effekte hervorrufen konnte als überwiegend positive und ausgewogene Fallbeispiele sowie ein mittlerer oder starker Furchtappell. Dieser positive Effekt der Kontrollversion verlor sich jedoch bei der Betrachtung der einzelnen Broschürenversionen, in denen die Kontrollversion im Vergleich zu den anderen Broschürenversionen nur durchschnittliche Ergebnisse erzielte.

Das dritte Experiment ging von denselben Prämissen aus wie das zweite Experiment, war identisch aufgebaut, wurde jedoch mit (sucht-)kranken anstatt gesunden Personen durchgeführt. Hier zeigten sich sowohl für die Fallbeispiel- als auch die Furchtappellversion nur vereinzelte signifikante, aber unsystematische Effekte. Durch die tabellarische Interpretation der Ergebnisse erwiesen sich nun ausgewogene Fallbeispiele als

aussichtsreich. Bezüglich des Furchtappells zeigte sich, anders als bei gesunden Personen, ein mittlerer Furchtappell am vielversprechendsten. Bemerkenswert ist, dass hier der Verzicht auf den Furchtappell häufiger zu negativen Effekten führte und der starke Furchtappell am schlechtesten abschnitt (s. Kapitel 9.4.1).

Somit sind drei zentrale Tendenzen feststellbar:

- (1) Für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation scheint ein Fallbeispiel effektiver als eine summarische Realitätsbeschreibung (s. Experiment I).
- (2) Die Kombination aus überwiegend negativen Fallbeispielen mit einem leichten Furchtappell deutet sich als aussichtsreich an (s. Experiment II).
- (3) Bei kranken Personen erwiesen sich ausgewogene Fallbeispiele und ein mittlerer Furchtappell am vielversprechendsten (s. Experiment III).

Die letzten beiden Aspekte deuten darauf hin, dass Fallbeispiele und Furchtappelle bei Zielgruppen, die sich in verschiedenen Krankheitsstadien befinden, unterschiedlich wirken. Entgegen der Literatur und den einschlägigen Meta-Analysen (s. Kapitel 4.3.8) wirkte bei Gesunden nicht der starke, sondern der schwache Furchtappell am besten. Bei Kranken hingegen bestätigte sich – zumindest tendenziell – die früh propagierte umgekehrte U-Funktion zur Wirksamkeit von Furchtappellen (s. DMs, Kapitel 4.3.2). Und anders als erwartet, waren die überwiegend positiven Fallbeispiele sowohl bei Gesunden als auch Kranken am wenigsten erfolgversprechend.

Damit scheint ein weiteres Mal belegt, dass verschiedene Zielgruppen unterschiedlich aufbereiteter Botschaften bedürfen. Dies bestätigte die vorliegende Studie außerdem beim Vergleich von gesunden und kranken Versuchspersonen (s. Kapitel 9.4.2). Hier zeigte sich beispielsweise, dass Kranke ein anderes Informationsverhalten haben als Gesunde und sich überwiegend bei Bekannten informieren. Dies unterstreicht die Bedeutung der interpersonalen Kommunikation für schon erkrankte Personen. Auch die Aspekte, dass sie die Verbreitung von Medikamentensucht deutlich überschätzten,³⁹³ ihr eigenes Erkrankungsrisiko höher bewerteten, mehr zum Suchtpotential der einzelnen Substanzen wussten, emotionaler auf die Broschüre reagierten, die Schuld an der Sucht deutlich weniger den Süchtigen selbst zuschrieben und auf der anderen Seite Reaktions- und Selbstwirksamkeit geringer einschätzten als Gesunde, deutet darauf hin, dass Kranke andere Botschaften benötigen als Gesunde. Dass sie häufiger Verhaltensintentionen äußerten und tatsächliches Verhalten zeigten als Gesunde, ist wohl eine Folge des Krankheitsstadiums, denn nur wer ein ungesundes Verhalten aufweist, kann dieses auch verändern.

In dieselbe Richtung weisen die Haupteffekte, die sich bei der Analyse der Interaktionseffekte zeigten: Frauen und Menschen mit hohen emotionalen Reaktionen (Expe-

³⁹³ Sowohl vor als auch nach dem Lesen der Broschüre.

riment I), außerdem Ältere, am Thema Interessierte, Betroffene (Experiment II) reagierten anders auf die Gesundheitsbotschaften als Männer, Menschen mit geringer emotionaler Reaktion, Jüngere, am Thema Uninteressierte und Menschen, die nicht betroffen sind (s. Kapitel 7.4.2, 8.4.2). Da diese IVn jedoch keine Interaktionseffekte mit Fallbeispiel- und Furchtappellversionen hervorriefen (s. Kapitel 7.3.2.5, 8.3.3.5), bleibt dieser Aspekt auf einer übergeordneten Ebene zu beachten.

10.2 Limitationen der Experimente

Durch die unterschiedlichen Operationalisierungen der Experimente wurden beide Typen von Fallbeispielen untersucht: ein besonders typisches Einzelschicksal (Experiment I) und mehrere Fallbeispiele nebeneinander (Experiment II und III). Für beide Umsetzungsformen zeigten sich jeweils eine Reihe von Limitationen (s. Tabelle 44).

Tabelle 44: Limitationen der einzelnen Experimente

Limitationen der einzelnen Experimente		
Experiment I	Experiment II	Experiment III ¹
Nur ein Fallbeispiel verwendet	→ Zusammenspiel mehrerer Fallbeispiele verschiedener Geschlechter, Alters- und Berufsgruppen	Keine alkohol- oder drogen-süchtigen Fallbeispiele dargestellt
Form der summarischen Realitätsbeschreibung	→ Summarische Realitätsbeschreibung nicht mehr explizit untersucht	
Keine Kontrollgruppe	→ Kontrollgruppe eingeführt	
Operationalisierung des Bildes (positiv, neutral, negativ)	→ Verändert in leichten, mittleren und starken Furchtappell; dennoch kann auch diese Operationalisierung kritisiert werden	
Thema: Krebs durch Mobilfunkstrahlung	→ Thema: Medikamentensucht; doch auch dieses Thema kann kritisiert werden	
Studentische Versuchspersonen	→ Keine studentische Versuchsgruppe; aber nur gesunde Personen	
Keine Vorhermessung	→ Vorhermessung, die aber vor allem intervenierende Variablenmaß	
„forced exposure“	→ stattdessen: Selbstselektion	

¹ Mit Ausnahme expliziter Limitationen für Experiment III gelten dieselben Einschränkungen wie für Experiment II.

Das erste Experiment war durch eine Reihe von Limitationen gekennzeichnet, die die Umsetzung des zweiten Experiments beeinflussten. So wurden nun statt nur einem Fallbeispiel mehrere Fallbeispiele verwendet und auf ihre Zusammensetzung hin untersucht. Die gegenüberstellende Analyse von Fallbeispiel und summarischer Realitätsbeschreibung – die in der klassischen Fallbeispielforschung selten umgesetzt wird (s. Kapitel 3.4.1) und sich damit kaum mit anderen Fallbeispielstudien vergleichen lässt

– entfiel zugunsten dieser neuen Untersuchungsanlage, dafür wurde zusätzlich eine Kontrollgruppe untersucht, die weder Fallbeispiele noch Furchtappell präsentiert bekam. Die folgenden Kritikpunkte wurden zwar verbessert, blieben jedoch auch im zweiten Experiment nicht frei von Limitationen: So wurde der Furchtappell anders operationalisiert. Die Versuchspersonen erhielten statt eines positiven, neutralen oder negativen Bildes – wobei fraglich bleibt, ob ein positives Bild überhaupt als Furchtappell bezeichnet werden sollte – einen leichten, mittleren oder starken Furchtappell präsentiert. Dieser Furchtappell befand sich nun auch nicht mehr direkt über dem Text des Fallbeispiels oder der summarischen Realitätsbeschreibung, sondern war auf der Titelseite platziert, um eine Verwechslung als Illustration des Fallbeispiels auszuschließen. Dennoch ließ sich auch diese Operationalisierung kritisieren, da es sich nicht um besonders schreckliche und abstoßende Bilder handelte, wie sie in der Furchtappellforschung häufig verwendet werden und denen besonders starke Effekte unterstellt werden (vgl. Witte & Allen 2000: 603). Im zweiten Experiment wurde statt dem eher hypothetischen Thema „Krebs durch Mobilfunk“ das besser belegte, aber relativ „unspektakuläre“ Thema „Medikamentensucht“ verwendet. Zwar konnten durch die Auswahl dieser Themen Deckeneffekte vermieden werden, doch im Grunde handelte es sich bei keinem der beiden Themen um ein klassisches Furchtappellthema.

Während im ersten Experiment nur studentische Versuchspersonen untersucht wurden, handelte es sich im zweiten Experiment um eine quotierte, nicht studentische Stichprobe (im Alter zwischen 15 und 84 Jahren), die sich jedoch aus gesunden Personen zusammensetzte und damit keinerlei Rückschlüsse darauf zuließ, wie erkrankte Personen auf die Broschüre reagieren. Aus diesem Grund wurde Experiment III durchgeführt, in dessen Rahmen die Broschüre Alkohol- und Drogensüchtigen vorgelegt wurde, da zum einen medikamentensüchtige Personen schwer greifbar sind und Alkohol- und Drogensüchtige häufig neben ihrer eigentlichen Sucht an einer sekundären Medikamentensucht leiden (s. Kapitel 9.1). Allerdings war die Broschüre auf diesen Personenkreis nicht optimal zugeschnitten, da bei den dargestellten Fallbeispielen keines dabei war, das zusätzlich zur Medikamentensucht auch alkohol- oder drogensüchtig war.

Im Rahmen von Experiment I hatte keine Vorhermessung stattgefunden. Diese wurde im zweiten Experiment zwar verändert, doch wurden in der Vorhermessung vor allem IVn abgefragt, um die Versuchspersonen nicht schon vorab auf das eigentliche Untersuchungsziel aufmerksam zu machen. Allerdings konnten so erneut keine Aussagen über die Entwicklung der AVn gemacht werden.

Während die Versuchspersonen im ersten Experiment das Stimulusmaterial mehr oder weniger unfreiwillig im Rahmen eines Seminars lasen, wurden die Versuchspersonen in Experiment II gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen möchten. Dies ent-

sprach wiederum einer Selbstselektion, die ebenfalls zur Verzerrung der Ergebnisse führen kann.

Insgesamt wird damit deutlich, dass es durchaus eine Herausforderung darstellt, optimale Untersuchungsbedingungen zu schaffen.

10.3 Diskussion

Im fünften Kapitel dieser Arbeit wurden fünf Prämissen zur Anwendung von Furchtappellen vorgestellt, die nach Ansicht der Autorin auch für die Kombination von Fallbeispielen mit Furchtappellen relevant sind. Diese Prämissen von Witte & Allen (2000) wurden in allen Experimenten eingehalten: (1) Es erfolgte ein vorsichtiger und behutsamer Einsatz des furchterregenden Bildes und/oder Statements (s.u.). (2) Die Bewältigungskomponente war durch Personalisierung in Form von einem (Experiment I) oder mehreren Fallbeispielen (Experiment II und III) effektiv gestaltet. (3) Durch die Darstellung eines besonders typischen (Experiment I) oder verschiedener Fallbeispiele aus unterschiedlichen Alters- und Sozialschichten (Experiment II und III) wurde das Thema als ernst und relevant präsentiert. (4) Dass starke Furchtappelle nur in Kombination ebenso starker Wirksamkeitsbotschaften wirken, sollte durch die Fallbeispiele gewährleistet werden. Sie stellten die Fähigkeiten dar, verschiedene Verhaltensweisen auszuführen. So sollten die Versuchspersonen den Eindruck gewinnen, dass das empfohlene Verhalten die Bedrohung erfolgreich verhindern kann und problemlos durchführbar ist. (5) Durch die Schilderung möglicher Probleme bei der Umsetzung des neuen Verhaltens, waren zugleich Barrieren, das Verhalten durchzuführen, integriert.

Trotz der Umsetzung dieser Prämissen zeigten sich in allen drei Experimenten nur vereinzelt signifikante Effekte. Aus diesem Grund werden nun einige Aspekte dargestellt, die diskutabel sind, auf mögliche weitere Verbesserungs- und Erweiterungsvorschläge verweisen und in weiteren Studien durch entsprechende Umsetzung zur Klärung der Wirkung von Fallbeispielen und Furchtappellen beitragen können. Dazu zählen die Dramatik der beiden Stilmittel, spezielle Fallbeispiel- und Furchtappellaspekte, das präsentierte Thema, Schwerpunkte bei Messung und Wirkvorstellung, aber auch das Gesundheitsverhalten an sich, die Integration der Zielgruppe und dabei speziell die Verknüpfung mit dem SOC sowie die Einbettung in den sozialen Kontext.

10.3.1 Dramatik der Stilmittel

In keinem der Experimente kamen besonders dramatische Fallbeispiele oder besonders dramatische Furchtappelle zum Einsatz. Sie wurden vielmehr bedachtsam ausgewählt, realistisch dargestellt und vorsichtig eingesetzt, um weder lächerlich noch abstoßend zu wirken. Dies hat zwar den Vorteil, dass defensive Reaktionen reduziert und Abnutzungseffekte verhindert werden, dennoch könnte hierin auch ein Grund lie-

gen, dass sich nur wenige signifikante Effekte gezeigt haben. Möglicherweise war also der Furchtappell zu schwach bzw. zu wenig abstoßend und schrecklich, um stärkere Effekte hervorzurufen. Oder aber die Fallbeispiele haben die durch den Furchtappell geweckte Bedrohung zu sehr abgeschwächt, woraufhin eine intensive Auseinandersetzung mit den Botschaftsinhalten und letztlich ein Handlungsbedarf nicht mehr notwendig erschien. Andererseits weist das positive Abschneiden der Kontrollversion in Experiment II darauf hin, dass man entweder nur gut geeignete Fallbeispiele und Furchtappelle verwenden oder besser ganz auf die beiden Kommunikationsstrategien verzichten sollte.

10.3.2 Fallbeispielaspekte

Da positive Gesundheitsbotschaften in der Regel als effektiv angesehen werden (vgl. Botta et al. 2008: 375), erschien auch die Darstellung überwiegend positiver Fallbeispiele als solch positive Botschaft. Allerdings führten sowohl bei Gesunden als auch Kranken (Experiment II und III) gerade die überwiegend positiven Fallbeispiele zu schlechteren Ergebnissen als die anderen Fallbeispielversionen oder die Kontrollversion. Dieser Aspekt sollte in weiteren Untersuchungen im Kontext anderer Gesundheitsthemen analysiert werden. Möglicherweise hatte die Darstellung der Fallbeispiele dazu geführt, dass sie von den Versuchspersonen als Stereotype wahrgenommen wurden. In der Folge könnte dann der Eindruck entstanden sein, dass sie selbst nicht zur gefährdeten Gruppe gehören (vgl. Leppin 2001: 114-115). Auch diesem Aspekt sollte in Zukunft Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Außerdem könnten nachfolgende Untersuchungen beispielsweise durch die Differenzierung von dramatischen und eher normalen bzw. gemäßigten Fallbeispielen weitere Klarheit über deren Wirkungsweise liefern. Dasselbe gilt für die unterstellte Tatsache, dass im Bereich der Gesundheitskommunikation ebenso wie bei Werbung und PR verzerrte (Fall-)Beispiele geradezu erwartet werden (vgl. Zillmann & Brosius 2000: 14, s. Kapitel 5.6.1). Studien haben gezeigt, dass Reaktionswirksamkeit nicht nur im Kontext von Furchtappellen, sondern auch bei Humorappellen zentral für die Wirksamkeit von Gesundheitsbotschaften sein kann (vgl. Lewis, Watson & White 2010: 462-464). Dies liefert die Grundlage für die Analyse der Kombination von Fallbeispielen mit Humoraspekten.

10.3.3 Diskrepanz zwischen neuer Information, Bedrohung und Wirksamkeit des Furchtappells

Häufig – auch in der vorliegenden Untersuchung – wurde nur gemessen, wie groß die Versuchspersonen ihr persönliches Risiko einschätzen, während ihnen keine Möglichkeit gegeben wurde zu sagen, ob sie die dargestellte Bedrohung bislang überhaupt wahrgenommen haben (vgl. Milne et al. 2000: 135). So wird immer wieder betont, dass

es für die Wirksamkeit von Gesundheitsbotschaften bedeutsam ist, dass sie für die Rezipienten neu ist und, dass die Bedrohung bei Furchtappellen bislang noch nicht wahrgenommen wurde. Das entspricht der allgemeinen Ansicht, dass sich Aufmerksamkeit in den Medien vor allem dadurch erreichen lässt, indem die Aspekte Neuheit, Dramatisierung und visuelle Auffälligkeit vorhanden sind (vgl. Kerr & Rossmann 2007: 201).³⁹⁴ Dies steht im Widerspruch zur Vermutung, Furchtappelle seien in der Gesundheitsförderung vor allem dann sinnvoll und erfolgversprechend, wenn sich die Zielgruppe bereits von einem Problem betroffen fühlt (vgl. z.B. Vögele 2007: 297). Es wird also unterstellt, ein Furchtappell wirke vor allem dann, wenn die Information neu ist, sich die Zielgruppe aufgrund der neuen Information direkt von dem Problem betroffen fühlt, die negativen Konsequenzen in naher Zukunft erwartet und sie durch die empfohlenen Verhaltensweise aber abwenden kann. Dies ist jedoch in sich ein Widerspruch.

10.3.4 Thema

Auch das Thema ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Wie erwähnt handelte es sich bei den beiden untersuchten Themen nicht um klassische Furchtappellthemen. Doch gerade die Wirkung von Furchtappellen hängt entscheidend vom Thema ab (vgl. Averbeck et al. 2011: 46). Für die vorliegende Arbeit wurden die Themen mit der Prämisse ausgewählt, möglichst wenige Deckeneffekte hervorzurufen. Allerdings führe ein Furchtappell bei Themen, zu denen die Versuchspersonen nur wenig wissen, weniger zu Furcht, sondern zur Beherrschung der präsentierten Information (systematische Verarbeitung). Gänzlich ohne vorheriges Wissen scheint hingegen größere Furcht und die dargebotene Information nicht zu beherrschen (heuristische Information, vgl. ebd.: 49).

Auch die Tatsache, dass im Kontext der verwendeten Themen nicht eine konkrete Handlung, sondern verschiedene mögliche Verhaltensweisen erwähnt wurden, könnte zu den schwachen Ergebnissen beigetragen haben. So sind beispielsweise direkt präventive Maßnahmen, wie die Nutzung von Kondomen zum Schutz vor AIDS/HIV, Screening Verhalten, um eine Krankheit zu entdecken, oder Schutzmaßnahmen, wie Impfungen, leichter zu erfassen (vgl. auch Siu 2010: 580, Boster & Mongeau 1984: 364).

Außerdem scheinen Themen, die schwerwiegende medizinische Risiken illustrieren und deren Folgen kurzfristig auftreten (z.B. das Sterberisiko infolge einer Operation), eher eine Bedrohung darzustellen als Themen mit eher unwahrscheinlichen oder zukünftigen Folgen (vgl. Leppin 2001: 109). Zu letzteren zählen zweifelsohne die beiden in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Themen. Um stärkere Effekte zu erzielen, scheinen demnach Themen mit direkten und gewichtigen Folgen besser geeignet.

³⁹⁴ Das entspricht der Nachrichtenwerttheorie (vgl. z.B. Galtung & Ruge 1974).

Obendrein sind Suchtthemen generell speziell. Schließlich ließe sich das Suchtverhalten prinzipiell leicht lösen, indem man es einstellt. Doch auch bei klarer und nachvollziehbarer Darstellung und anscheinend einfacher Umsetzbarkeit des neuen Verhaltens bleibt die Wurzel des Problems, die Unfähigkeit das empfohlene Verhalten auszuführen oder das falsche Verhalten bleiben zu lassen, erhalten. Und genau das macht eine Sucht aus (vgl. z.B. Hoeken & Geurts 2005: 246). Es kommt hinzu, dass Suchtverhalten von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird,³⁹⁵ weshalb man Sucht als ein System komplexer Wechselwirkungen betrachten und verstehen muss (vgl. Leonarz 2009: 220), in dessen Zusammenhang Einstellungs-, Intentions- und Verhaltensänderungen nur schwer anzuregen und umzusetzen sind.

10.3.5 Schwerpunkt der Messung/Wirkvorstellung

Ausgehend von der Vorstellung, dass Fallbeispiele und Furchtappelle in Kombination sämtliche originären Furchtappellkomponenten ideal abdecken, lag das besondere Augenmerk dieser Arbeit auf der Wirkungsebene von Fallbeispielen und Furchtappellen und dabei auf den Effekten auf Erinnerung, Wissen, Emotionen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten der Versuchspersonen. Eine solche Vorgehensweise wird kritisiert, da sie nicht berücksichtige, warum sich Menschen Gesundheitsbotschaften zu- oder abwenden (vgl. Hastall 2011: 20). Möglicherweise hätte also eine Verlegung des Schwerpunkts auf vorgelagerte Effekte andere bzw. deutlichere Resultate geliefert. Zu nennen sind hier beispielsweise die Aufmerksamkeit der Rezipienten auf das Thema an sich sowie die Fallbeispiele. Vertiefend hätte sich die Analyse der wahrgenommenen Bedeutsamkeit von Thema und Fallbeispielen angeboten. Auch die Wahrnehmung von sozialen Kategorien, die durch die Fallbeispiele repräsentiert wurden, und ob sich die Rezipienten durch die Fallbeispiele konkret angesprochen fühlten, hätten weitere Erkenntnisse liefern können. Zusätzlich hätte überprüft werden können, ob vorhandene Wissenslücken geschlossen wurden und welche Botschafts- und Informationsbestandteile die Rezipienten besonders sinnvoll und damit als für sich relevant ansahen. Desweiteren wäre eine bessere Ausdifferenzierung des Fragebogens, ob sich die Versuchspersonen am besten an diejenigen Fallbeispiele erinnerten, die ihrer Altersgruppe entsprachen, aufschlussreich gewesen. Also die Tatsache, ob sich Ältere eher an die älteren und Jüngere eher an die jüngeren Fallbeispiele erinnern. Dasselbe gilt für die Erinnerung an Fallbeispiele, die den Versuchspersonen sozial ähnlich sind. Auch die Frage, ob die Fallbeispiele aus Sicht der Versuchspersonen hohe Wirksamkeit transportierten, scheint für weitere Untersuchungen relevant. Zudem sollte die Frage geklärt werden, ob ein Furchtappell tatsächlich dazu führt, dass Rezipienten die

³⁹⁵ Dazu zählen Persönlichkeitsmerkmale, Umwelt, Lebensbedingungen, pharmakologische Wirkungsweise der Drogen, Zugänglichkeit und Preise der Suchtmittel, Lebenssituation und das soziale Umfeld der Person (vgl. Leonarz 2009: 220).

beigefügten Fallbeispiele intensiver lesen. All diese Aspekte wurden in der vorliegenden Arbeit aus forschungsökonomischen Gründen nicht erfasst, könnten aber in zukünftigen Studien relevant sein und möglicherweise zur Klärung der Wirksamkeit von Fallbeispielen und Furchtappellen im Gesundheitskontext beitragen. Dabei könnte erneut eine Operationalisierung im Sinne der TRA sinnvoll sein, obwohl sich weder im Zuge von Experiment II noch bei Experiment III Einstellungen als richtunggebend für nachfolgende Verhaltensintentionen und das tatsächliche Verhalten der Versuchspersonen erwiesen haben. Dennoch scheint eine übereinstimmende Operationalisierung der drei AVn auch für die Zukunft sinnvoll, da dies möglicherweise bei anderen Themen anders aussieht. Aufbauend auf einer differenzierteren und getrennten sowie kombinierten Erfassung der Fallbeispiel- und Furchtappelleffekte, ließen sich in weiteren Untersuchungen Pfadanalysen durchführen. Diese könnten Hinweise darauf liefern, welche originären Furchtappellkomponenten (Bedrohungs- und/oder Bewältigungskomponente) die beiden Strategien jeweils konkret ansprechen bzw. beeinflussen.

10.3.6 Gesundheitsverhalten

Ein generelles Problem im Gesundheitskontext besteht darin, dass man im Grunde nicht weiß, was die Rezipienten allgemein über ihren Körper, Krankheitsanzeichen, gesunde Lebensweise oder Präventivverhalten – unabhängig von dem in den Gesundheitsbotschaften vermittelten Informationen – wissen (vgl. auch Dierks & Seidel 2009: 315) und wie sie damit umgehen. Hinzu kommt, dass Krankheiten meist nicht monokausal determiniert sind und vielmehr „einer komplexen multifaktoriell bestimmten Ätiologie“³⁹⁶ (Leppin 2001: 112) unterliegen. Folglich existieren auch keine vollständigen Kausalmodelle, die alle relevanten Einflussfaktoren und deren Zusammenwirken erklären (vgl. ebd.). Doch selbst, wenn man den Menschen einfache und konkrete Handlungsanweisungen darlegt, führen sie dieses für sie vorteilhafte Verhalten nicht ohne Weiteres aus (vgl. z.B. Bandura 2001: 274). So halten sich beispielsweise die Hälfte chronisch Kranker nicht an ihren Behandlungsplan (vgl. Westerhoff 2010: 16), obwohl gerade sie in der Regel gut informiert sind. Solche komplexen Zusammenhänge lassen sich im Rahmen eines Experiments nicht zusätzlich erheben, hierzu wären ausführliche Einzelinterviews nötig.

Außerdem gestaltet sich eine genaue Messung von Ergebnissen im Bereich der Gesundheitsförderung insgesamt schwierig, da man die Versuchspersonen im Grunde über einen längeren Zeitraum hinweg und genauestens beobachten müsste (vgl. Crosby et al. 2007: 9-10), denn die Antworten auf letztlich rein hypothetische Fragen bergen immer einen gewissen Unsicherheitsfaktor in sich.

³⁹⁶ Lehre von den Krankheitsursachen (DUDEN "Fremdwörterbuch" (4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) 1982: 91).

10.3.7 Integration der Zielgruppe

Von besonderer Bedeutung für die Gestaltung von Gesundheitsbotschaften – auch und gerade in Kombination mit den Kommunikationsstrategien Fallbeispielen und Furchtappellen – ist es, so viel wie möglich über die Zielgruppe zu wissen. Darum sollte die Zielgruppe frühzeitig in den Planungsprozess eingebunden werden (vgl. Scheufele & Wimmer 2006: 44-45). Allerdings kann dies nicht nur lohnenswert, sondern auch ernüchternd sein (vgl. Slater 2007: 332). Darum gilt es die Reaktionen der Zielgruppe möglichst unvoreingenommen wahrzunehmen und zu integrieren. Im Kontext der Furchtappellforschung wird beispielsweise auf die Bedeutung der für die Zielgruppe relevantesten Bedrohung verwiesen (vgl. Botta et al. 2008: 379-380). Auch in der Kombination von Fallbeispielen und Furchtappell scheint dies wesentlich. Denn mit genauer Kenntnis der Ängste der Zielgruppe lassen sich Bedrohungs- und Bewältigungskomponenten durch die beiden Kommunikationsstrategien entsprechend gestalten und können dann in der Folge möglicherweise auch wirksamer sein. Allerdings muss darauf verwiesen werden, dass sich Individuen auch innerhalb einer eng eingegrenzten Zielgruppe enorm – gerade was wahrgenommene Bedrohung und realistisch angesehene Bewältigung betrifft – unterscheiden können (s. Kapitel 4.4). Und so gibt es letztlich keinen „Maßstab dafür, was in jedem *Einzelfall* eine adäquate Risikoeinschätzung ist.“ (Leppin 2001: 112, kursiv im Original) Die Konzentration auf die Hauptrisikogruppen, wie von manchen Autoren vorgeschlagen (vgl. Marx et al. 2009: 612, 617), könnte hier Abhilfe schaffen.

10.3.8 Verknüpfung mit dem Stages-of-Change Model

Im Hinblick auf die Integration verschiedener Zielgruppen scheint eine Verknüpfung mit dem SOC (vgl. Prochaska, DiClemente & Norcross 1992; Prochaska et al. 1994, s. Kapitel 2.1.4) fruchtbar. So wurde kritisiert, dass viele Kampagnen, die auf eine Verhaltensänderung der Rezipienten zielen, nicht beachten, dass die Zielgruppe noch weit von dem Gedanken an eine Änderung ihrer Gewohnheiten entfernt ist. Darum sei es sinnvoller, die Zielsetzung in mehrere Teilschritte zu untergliedern (vgl. Slater 1999: 350). Speziell in Bezug auf Furchtappelle wurde hierauf verwiesen (Nabi et al. 2008: 200), doch dies gilt auch für die Kombination von Fallbeispielen und Furchtappellen. Möglicherweise könnte ein Zuschnitt der beiden Kommunikationsstrategien auf das Stadium der Verhaltensänderung der Versuchspersonen zu deutlicheren Effekten führen. Dies hatte sich in der vorliegenden Untersuchung beim Vergleich von Gesunden und Kranken gezeigt. So wirkte bei Kranken tendenziell ein mittlerer Furchtappell und bei Gesunden ein schwacher Furchtappell am besten (s. Kapitel 8.4.1 und 9.4.1). Auch Nabi et al. (2008) betonen im Kontext von Furchtappellen und SOC, dass Personen in unterschiedlichen Stadien des Verhaltensänderungsprozesses unterschiedliche Bot-

schaften benötigen, um zu handeln. Dabei vermuten sie, dass bei Personen in frühen Stadien der Verhaltensänderung emotionale Botschaften weniger erfolgreich sind. Personen, die sich schon näher am Handlungsprozess befinden und folglich besser informiert sind, benötigen dagegen einen eher subjektiven Furchtappell, da sich bei ihnen Furcht allein durch das schon vorhandene Vorwissen einstellt (vgl. ebd.: 199-200). Außerdem betonen sie, dass Personen, die schon viel wissen, besser auf Botschaften reagieren, die weniger emotionsgeladen sind (vgl. ebd.). Dem Zusammenhang von Krankheitsstadium und Wirkweise von Fallbeispielen und Furchtappellen sollte darum auch weiterhin Aufmerksamkeit gewidmet werden.

10.3.9 Einbettung in den sozialen Kontext

Schon in den 1990er Jahren wurde der Zusammenhang von Gesundheit und kollektivem Verhalten betont, das sich im sozialen Kontext abspielt und durch Kommunikationsprozesse, aber auch durch Kontakte und Beziehungen beeinflusst wird (vgl. Finnegan & Viswanath 1990: 21).

“Although many public health educators (and mass communication researchers) remain somewhat pessimistic about the potential of the mass media to effect long-term changes in behavior, most would now agree that the mass media can be effective in increasing awareness of health issues. The mass media also can be effective in stimulating attitude and behavior change, especially if media messages are supplemented with interpersonal and community structures that support such changes (...)” (Brown & Einsiedel 1990: 153)

Diese Aussage betont also das Wirkpotential massenmedialer Gesundheitsbotschaften, wobei jedoch die Einbettung in vorgegebene Umgebungsstrukturen und begleitende interpersonale Kommunikation von großer Bedeutung sind. Diese letztgenannten Aspekte konnten zwar im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus forschungsökonomischen Gründen nicht berücksichtigt werden, dennoch darf man ihre Bedeutung nicht unterschätzen. Massenmediale Gesundheitsbotschaften scheinen nur dann langfristig Erfolg zu haben, wenn sowohl das soziale als auch politische Umfeld die Verhaltensänderung fördert bzw. die Voraussetzungen dafür bereitstellt (vgl. McMillan & Conner 2007: 249, Brown & Einsiedel 1990: 158).

Zudem geht man davon aus, dass sich eine evidente Einstellungs- oder Verhaltensänderung nicht allein auf Basis einer einzigen Botschaft oder Kampagne durchsetzt. Vielmehr sind dazu Gespräche in Familie, Schule oder Freundeskreis von Bedeutung (vgl. Leonarz 2009: 216, Bonfadelli 2006: 98, Cline 1990). „Als Input solcher Gespräche dürften indes wahrgenommene Sujets von (Gesundheitsbotschaften und) Kampagnen eine entscheidende Rolle spielen“ (Leonarz 2009: 216) und sollen es auch, um

die soziale Wahrnehmung zu stärken und dadurch das Gesundheitsverhalten zu fördern (vgl. Morgan 2009: 29).

10.4 Ausblick

Bei der Vermittlung von Gesundheitsaspekten handelt es sich meist um komplexe Sachverhalte. Umso größer ist die Bedeutung von klaren und eindeutigen Botschaften. Mangelt es daran, können Kampagnen scheitern (s. Kapitel 2.4.3). Darum erschien es schlüssig, zur klaren und einfachen Darstellung komplexer Sachverhalte die Kombination aus Fallbeispiel(en) und Furchtappell einzusetzen. Trotz der festgestellten schwachen Effekte geht die Autorin der vorliegenden Arbeit weiterhin davon aus, dass Furchtappelle in Kombination von Fallbeispielen sowohl Bedrohungs- als auch Bewältigungskomponenten vermitteln können und so dazu beitragen, komplexe und abstrakte Probleme inklusive ihrer Risiken und Lösungsmöglichkeiten nachvollziehbar und persönlich relevant darzustellen. Möglicherweise gilt auch hier der Schluss „Fear-arousing persuasive communications frequently incorporate so many types of information that the results can be difficult to interpret.“ (Sherer & Rogers 1984: 321), was sich durch die Kombination mit Fallbeispielen zusätzlich steigert. Hinzu kommt, dass es nicht sinnvoll erscheint, auf emotionale Appelle aufgrund möglicher Manipulationsgefahr völlig zu verzichten. Denn viele gesundheitsschädliche Produkte und die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen, wie Rauchen oder ungesunde Ernährung, werden in der Werbung hochemotional und imageträchtig präsentiert. Nüchterne und trockene Informationen scheinen hier nicht den geeigneten Gegenpart zu liefern (vgl. auch Loss & Nagel 2009: 510). Auch hat das vorhergehende Kapitel noch einmal eindrücklich geschildert, welche enorme Komplexität sich in der Forschung zu effektiven Gesundheitsbotschaften und -kampagnen verbirgt – selbst, wenn man „nur“ zwei Kommunikationsstrategien analysiert. So bleiben noch viele Fragen ungeklärt, die andererseits weitere relevante Forschungsanreize liefern. Hinzu kommen zusätzliche Aspekte, abgeleitet aus der klassischen Fallbeispielforschung, die für zukünftige Untersuchungen relevant sein könnten. Hierzu zählt beispielsweise die Frage, ob Ähnlichkeit und Bebilderung, anders als in klassischen Fallbeispielsettings, im Gesundheitskontext nicht doch einen Einfluss haben. Dies wäre auch im Hinblick auf segmentierte Zielgruppenansprache von Interesse (s. Kapitel 3.6.3). Daneben bieten sich neben der Variation der Valenz der Fallbeispiele, wie in der vorliegenden Untersuchung, Analysen zur optimalen Anzahl der verwendeten Fallbeispiele an (s. Kapitel 3.6.5). Auch könnte der parallelen Wirkung der summarischen Realitätsbeschreibung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden (s. Kapitel 3.6.2, 3.7.1) und verschiedene Rezipientenmerkmale (wie Voreinstellungen oder Interesse am Thema, s. Kapitel 3.6.6, 3.7.2) weiter analysiert werden. Detaillierter könnten außerdem Aspekte wie die Wirkung auf

Verständnis, Nachvollziehbarkeit, Verarbeitung, Wahrnehmung von Eigenverantwortlichkeit, weitere Emotionen sowie der Einfluss von sozialer Bewährtheit und persönlicher Relevanz in weitere Untersuchungen mit eingebunden werden (s. Kapitel 5.4). Auch bezüglich der verwendeten Furchtappelle sind Fragen offen. Beispielsweise welche Rolle Rezipientenmerkmale wie chronische Furcht, Selbstbewusstsein oder eigene Erfahrung im Kontext von Gesundheitsthemen und im Zusammenspiel von Fallbeispiel und Furchtappell haben (s. Kapitel 4.4). Aber auch, ob Furchtappelle im Zusammenspiel tatsächlich die Aufmerksamkeit der Rezipienten fördern, welche relevanten Emotionen sie neben Furcht wecken und in welchem Ausmaß, zudem inwieweit sie die Risikowahrnehmung steigern und ob sie die Informationsaufnahme tatsächlich erleichtern können (s. Kapitel 5.5).

Generell sollte man bei der Förderung von Gesundheit über massenmediale Botschaften „nicht davor zurückschrecken, kreativ zu sein“ (Kerr & Rossmann 2007: 199), denn letztlich machen bessere Gesundheitsbotschaften und „Kampagnen (...) diese Welt sicher nicht schlechter“ (Röttger 2009: 16). In diesem Sinne gilt auch für die äußerst komplexe Forschung zu Fallbeispielen und Furchtappellen im Gesundheitskontext:

„Es geht nicht darum, etwas perfekt zu machen, sondern darum, es besser zu machen.“
(Lars-Hendrik Röller zit. n. Storn 2011: 25)

Literaturverzeichnis

Abraham, S., Sheeran, P., Abrams, D. & Spears, R. (1994). Exploring teenagers' adaptive and maladaptive thinking in relation to the threat of HIV infection. *Psychology and Health, 9*(4), 253-272.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Hrsg.), *Action-Control: From cognition to behavior* (S. 11-39). Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Algie, J. & Rossiter, J. (2010). Fear patterns: A new approach to designing road safety advertisement. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 38*(4), 264-279.

Allen, M. & Preiss, R. (1997). Comparing the persuasiveness of narrative and statistical evidence using meta-analysis. *Communication Research Reports, 14*(2), 125-131.

Allen, M., Preiss, R. & Gayle, B. (2006). Meta-analytic examination of the base-rate fallacy. *Communication Research Reports, 23*(1), 45-61.

Allison, P. (1992). The cultural evolution of beneficent norms. *Social Forces, 71*(2), 279-301.

Ambady, N. & Rosenthal, R. (1993). Half a minute: Predicting teacher evaluations from thin slices of nonverbal behavior and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(3), 431-441.

Ancker, J., Chan, C. & Kukafka, R. (2009). Interactive graphics for expressing health risks: Development and qualitative evaluation. *Journal of Health Communication 14*(5), 461-475.

Andrews, J. (1995). The effectiveness of alcohol warning labels: A review and extension. *American Behavioral Scientist, 38*(4), 622-632.

Aristoteles (1995). *Rhetorik*. Übersetzt und herausgegeben von G. Krapinger: UTB für Wissenschaft.

Aristoteles (1999). *Rhetorik*. Übersetzt mit Bibliographie, Erläuterungen und Nachwort von F. Sieveke. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Armstrong, K., Fitzgerald, G., Schwartz, J. & Ubel, P. (2001). Using survival curve comparisons to inform patient decision making: Can a practice exercise improve understanding? *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 482–485.

Aronson, E., Wilson, T., Akert, R., Wilson, T. & Akert, R. (2004). *Sozialpsychologie*. München u.a.: Pearson Studium.

Atkin, C. (2001). *Impact of public service advertising: Research evidence and effective strategies*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.

Aust, C. & Zillmann, D. (1996). Effects of victim exemplification in television news on viewer perception of social issues. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 73(4), 787-803.

Austin, E. (1995). Reaching young audiences: Developmental considerations in designing health messages. In E. Maibach & R. Parrott (Hrsg.), *Designing health messages* (S. 114-144). Thousand Oaks: Sage.

Averbeck, J., Jones, A. & Robertson, K. (2011). Prior knowledge and health messages: An examination of affect as heuristics and information as a systematic processing for fear appeals. *Southern Communication Journal*, 76(1), 35-54.

Baek, T. & Yu, H. (2009). Online health promotion strategies and appeals in the USA and South Korea: A content analysis of weight-loss websites, 19(1), 18-38.

Baessler, E. & Burgoon, J. (1994). The temporal effects of story and statistical evidence on belief change. *Communication Research*, 21(5), 582-602.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1979). *Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1992). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265-299.

Bandura, A., Adams, N., Hardy, A. & Howells, G. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4(1), 39-66.

Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(1), 3-11.

Bar-Hillel, M. (1980). The base-rate fallacy in probability judgements. *Acta Psychologica*, 44(3), 211-233.

Bar-Hillel, M. & Fischhoff, B. (1981). When do base rates affect prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(4), 671-680.

Barth, J. & Bengel, J. (1998). *Prävention durch Angst?* Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Barth, J. (2000). *Tabakprävention durch Angst: Die Wirkung furchtinduzierender Medien bei Jugendlichen*. Münster u.a.: Waxmann.

Bauer, U., Bittlingmayer, U. & Richter, M. (2008). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 13-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Baumann, E. (2006). Auf der Suche nach der Zielgruppe. Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In J. Böcken, B. Braun, R. Amhof & M. Schnee (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (S. 117-153). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Baumann, E., Harden, L. & Scherer, H. (2003). Zwischen Promi-Tick und Gen-Defekt.

Medien & Kommunikationswissenschaft, 51(3-4), 431-454.

Beaudoin, C. (2002). Exploring antismoking ads: Appeals, themes, and consequences. *Journal of Health Communication*, 7(2), 123-137.

Beck, K. & Davis, C. (1978). Effects of fear-arousing communications and topic importance on attitude change. *The Journal of Social Psychology*, 104(1), 81-95.

Beck, K. & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44(3), 204-217.

Beck, K. & Lund, A. (1981). The effects of health seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-415.

Becker, M. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.

Bending, A. (1956). The development of a short form of the manifest anxiety scale. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 384.

Benet, S., Pitts, R. & LaTour, M. (1993). The appropriateness of fear appeal use for health care marketing to the elderly: Is it ok to scare Granny? *Journal of Business Ethics*, 12(1), 45-55.

Bentele, G. & Seidenglanz, R. (2005). Vertrauen und Glaubwürdigkeit. In G. Bentele, R. Fröhlich & P. Szyszka (Hrsg.), *Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln* (S. 346-360). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Berelson, B. & Salter, P. (1946). Majority and minority Americans: An analysis of magazine fiction. *Public Opinion Quarterly*, 10(2), 168-190.

Berndt, C. (2009). Die Pille davor. *Süddeutsche Zeitung*, 65(128), 12.

Betsch, C. & Könen, T. (2010). Der Einfluss von Furchtappellen im Kontext impfkritischer Internetseiten. *Kinder- und Jugendmedizin*, 10(3), 159.

Betsch, C., Ulshöfer, C., Renkewitz, F. & Betsch, T. (2011). The influence of narrative v. statistical information on perceiving vaccination risks. *Medical Decision Making*, zu-

nächst online publiziert. Online <http://mdm.sagepub.com/content/early/2011/03/29/0272989X11400419> (abgerufen am 01.09.2011).

Bleicher, J. & Lampert, C. (2003). Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine Einleitung. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 347-352.

Blumler, J. & Katz, E. (Hrsg.). (1974). *The uses of mass communications. Current perspectives on gratifications research*. London: Sage.

Boes, U. (1997). *Medizin als Bildthema in Publikumszeitschriften*. Bochum: Universitätsverlag.

Bonfadelli, H. (2004). *Medienwirkungsforschung I*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Bonfadelli, H. & Friemel T. (2006). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Borch, S. & Wagner, S. (2009). Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 59-87). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Borgida, E. & Nisbett, R. (1977). The differential impact of abstract vs. concrete information on decisions. *Journal of Applied Social Psychology*, 7(3), 258-271.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin u.a.: Springer.

Boster, F. & Mongeau, P. (1984). Fear-arousing persuasive messages. In R. Bostrom & B. Westley (Hrsg.), *Communication Yearbook* (Bd. 8, S. 330-375). Beverly Hills, CA u.a.: Sage.

Botta, R., Dunker, K., Fenson-Hood, K., Maltarich, S. & McDonald, L. (2008). Using a relevant threat, EPPM and interpersonal communication to change hand-washing behaviours on campus. *Journal of Communication in Healthcare*, 1(4), 373-381.

Brehm, J. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.

Brewer, N., Chapman, G., Gibbons, F., Gerrard, M., McCaul, K. & Weinstein, N.

(2009). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology, 26*(2), 136-145.

Brosius, H.-B. (1995). *Alltagsrationalität in der Nachrichtenrezeption*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Brosius, H.-B. (1996). Der Einfluß von Fallbeispielen auf Urteile der Rezipienten. Die Rolle der Ähnlichkeit zwischen Fallbeispiel und Rezipient. *Rundfunk und Fernsehen, 44*(1), 51-69.

Brosius, H.-B. (2003). Exemplars in the news: A theory of the effects of political communication. *Communication and Emotion. Essays in Honor of Dolf Zillmann* (S. 179-194). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Brosius, H.-B. & Bathelt, A. (1994). The utility of exemplars in persuasive communication. *Communication Research, 21*(1), 48-78.

Brosius, H.-B., Breinker, C. & Esser, F. (1991). Der "Immermehrismus": Journalistisches Stilmittel oder Realitätsverzerrung? *Publizistik, 36*(4), 407-427.

Brosius, H.-B., Koschel, F. & Haas, A. (2008). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung* (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Brosius, H.-B. & Mundorf, N. (1990). Eins und eins ist ungleich zwei: Differentielle Aufmerksamkeit, Lebhaftigkeit von Information und Medienwirkung. *Publizistik, 35*(4), 398-407.

Brosius, H.-B., Schweiger, W. & Rossmann, C. (2000). Auf der Suche nach den Ursachen des Fallbeispieleffekts: Der Einfluss von Anzahl und Art der Urheber von Fallbeispielinformation. *Medienpsychologie, 12*(3), 153-175.

Brouwers, M. & Sorrentino, R. (1993). Uncertainty orientation and protection motivation theory: The role of individual differences in health compliance. *Journal of Personality Social Psychology, 65*(1), 102-112.

Brown, J. & Einsiedel, E. (1990). Public health campaigns: Mass media strategies. In E. Ray & L. Donohew (Hrsg.), *Communication and health: Systems and applications* (S. 153-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Brown, M. & Potosky, A. (1990). The presidential effect: The public health response to media coverage about Ronald Reagan's colon cancer episode. *Public Opinion Quarterly*, 54(3), 317-329.

Bulitta, E. & Bulitta, H. (1993). *Das Krüger Lexikon der Synonyme*. Frankfurt am Main: Wolfgang Krüger Verlag.

Bull, F., Holt, C., Kreuter, M., Clark, E. & Scharff, D. (2001). Understanding the effects of printed health education materials: Which features lead to which outcomes? *Journal of Health Communication*, 6(3), 265-279.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1975). *Die Darstellung der Frau und die Behandlung von Frauenfragen im Fernsehen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Gesundheit (2003). *Drogen und Suchtbericht 2003*. Online https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1%5Bpublication%5D=304&tx_rsmpublications_pi1%5Baction%5D=show&tx_rsmpublications_pi1%5Bcontroller%5D=Publication&cHash=c4a8dcc200d9c04121b50cf70ac405b2 (abgerufen am 20.07.2011).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). *Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Online <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/?sid=-1&sub=15> (abgerufen am 11.05.2010).

Bundeszentrale für politische Bildung (2011). *Gesundheitsausgaben nach Ausgaben-trägern, in Millionen Euro und Anteile in Prozent, 2006*. Online http://www.bpb.de/wissen/6G93DG,0,Entwicklung_der_Ausgaben_im_Gesundheitswesen.html (abgerufen am 06.06.2011).

Burnett, J. & Wilkes, R. (1980). Fear appeals to segments only. *Journal of Advertising Research*, 20(5), 21-24.

Cacioppo, J., Petty, R. & Morris, K. (1983). Effects of need for cognition on message evaluation, recall, and persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4),

805-818.

Callison, C., Gibson, R. & Zillmann, D. (2009). How to report quantitative information in news stories. *Newspaper Research Journal*, 30(2), 43-55.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 752-766.

Chaiken, S. (1987). The heuristic model of persuasion. In M. Zanna, J. Olson & C. Herman (Hrsg.), *Social influence: The ontario symposium (Bd. 5, S. 3-39)*.

Chaiken, S., Liberman, A. & Eagly, A. (1989). Heuristic and semantic information processing within and beyond the persuasion context. In J. Uleman & J. Bargh (Hrsg.), *Unintended thought: Limits of awareness, intention, and control (S. 212-252)*. New York: Guilford.

Chaiken, S. & Stangor, C. (1987). Attitudes und attitude change. *Annual Review of Psychology*, 38, 575-630.

Chan, K., Prendergast, G., Grønhøj, A. & Bech-Larsen, T. (2011). The role of socializing agents in communicating healthy eating to adolescents: A cross-cultural study. *Journal of International Consumer Marketing*, 23(1), 59-74.

Chang, C. (2007). Interactive effects of message framing, product perceived risk and mood – the case of travel healthcare product advertising. *Journal of Advertising Research*, 47(1), 51-65.

Chang, H. (2003). *Counteracting the biasing effects of unrepresentative news exemplification on issue perception: implications of the base-rate fallacy research from psychology*. Beitrag zur Tagung „Annual meeting of the International Communication Association“, San Diego, CA.

Chapman, S., McLeod, K., Wakefield, M. & Holding, S. (2005). Illness on breast cancer screening: Kylie Minogue's breast cancer diagnosis. *Medical Journal of Australia*, 183(5), 247-250.

Cho, H., Hall, J., Kosmoski, C., Fox, R. & Mastin, T. (2010). Tanning, skin cancer risk, and prevention: A content analysis of eight popular magazines that target female readers, 1997–2006. *Health Communication*, 25(1), 1-10.

Cho, H. & Salmon, C. (2006). Fear appeals for individuals in different stages of change: Intended and unintended effects and implications on public health campaigns. *Health Communication*, 20(1), 91-99.

Cialdini, R. (2001). *Influence*. Boston u.a.: Allyn and Bacon.

Cialdini, R. (2007). *Die Psychologie des Überzeugens: Ein Handbuch für alle, die ihren Mitmenschen und sich selbst auf die Schliche kommen wollen*. Bern: Huber.

Cialdini, R., Maner, J. & Gerend, M. (2007). Persuasion. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 267-279). München: Urban & Fischer.

Cismaru, M., Nagpal, A. & Krishnamurthy, P. (2009). The role of cost and response-efficacy in persuasiveness of health recommendations. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 135-141.

Cline, R. (1990). Small group communication in health care. In E. Ray & L. Donohew (Hrsg.), *Communication and health: Systems and applications* (S. 69-91). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, E., Shumate, M. & Gold, A. (2007). Anti-smoking media campaign messages: Theory and practice. *Health Communication*, 22(2), 91-102.

Conditte, M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 648-658.

Covello, V., von Winterfeldt, D. & Slovic, P. (1986). Risk communication: A review of the literature. *Risk Abstracts*, 3(4), 171-182.

Crosby, R., Salazar, L., DiClemente, R. & Wingood, G. (2007). Gesundheitsförderung im Überblick. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 2-16). München: Urban & Fischer.

Croyle, R. & Hunt, J. (1991). Coping with health threat: Social influence processes in reaction to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 382-389.

Dabbs, J. & Leventhal, H. (1966). Effects of varying the recommendations in a fear-arousing communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(5), 524-531.

DAK Gesundheitsreport (2009). *Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz*. Berlin: IGES Institut GmbH.

Daschmann, G. (1992). *Der Einfluß von Sprecherrolle und Lebhaftigkeit auf Hörerurteile*. Unveröffentlichte Magisterarbeit, Institut für Publizistik Mainz, zit. n. G. Daschmann (2001), *Der Einfluss von Fallbeispielen auf Leserurteile: Experimentelle Untersuchungen zur Medienwirkung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Daschmann, G. (2001). *Der Einfluss von Fallbeispielen auf Leserurteile: Experimentelle Untersuchungen zur Medienwirkung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Daschmann, G. (2004). Labordaten versus Felddaten – Theoretische Überlegungen und ein empirisches Beispiel zu den Implikationen der Verwendung studentischer Versuchsgruppen in Laborexperimenten. In W. Wirth, E. Lauf & A. Fahr (Hrsg.), *Forschungslogik und -design in der Kommunikationswissenschaft* (Bd. 1, S. 88-114). Köln: Von Halem.

Daschmann, G. (2007). Beispielhafte Willkür? Was Journalisten über den Umgang mit Beispielen denken. In W. Möhring, W. Schütz & D. Stürzebecher (Hrsg.), *Journalistik und Kommunikationsforschung. Festschrift für Beate Schneider* (S. 233-251). Berlin: VISTAS.

Daschmann, G. & Brosius, H.-B. (1997). Ist das Stilmittel die Botschaft? *Rundfunk und Fernsehen*, 45(4), 486-504.

Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.

Dejong, W. & Wallack, L. (1999). A critical perspective on the drug czar's antidrug media campaign. *Journal of Health Communication*, 4(2), 155-160.

Dejong, W., Wolf, R. & Austin, S. (2001). U.S. federally funded television public service announcements (PSAs) to prevent HIV/AIDS: A content analysis. *Journal of Health Communication*, 6(3), 249-263.

Derzon, J. & Lipsey, M. (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use knowledge, attitudes and behavior. In W. D. Crano & M. Burgoon (Hrsg.), *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research* (S. 231-258). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dessart, G. (2011). *Public service announcements*. Online <http://www.museum.tv/eotvsection.php?entrycode=publicservic> (abgerufen am 29.03.2011).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2009a). *Medikamenten-Missbrauch*. Informationsfilm online: <http://www.dhs.de/web/suchtstoffe/medikamente.php?flashvideo=Medikamenten-Missbrauch.flv&skinfile=video-flash-de-skin2.swf&autoplay=true&loop=false> (abgerufen am 09.08.2009).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2009b). *Medikamente*. Informationsbroschüre online: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinformationen_Medikamente_2009.pdf (abgerufen am 07.01.2010).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2009c). *Nicht mehr alles schlucken! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch*. Online http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/dhs_handbuch_netz.pdf (abgerufen am 16.11.2009).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2011). *Beruhigungs- und Schlafmittel: Benzodiazepine*. Online <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/medikamente/benzodiazepine.html> (abgerufen am 07.01.2011).

Deutscher Verkehrssicherheitsrat (2008). *„Runter vom Gas!“* Online <http://www.dvr.de/presse/informationen/849.htm> (abgerufen am 20.07.2011).

Dickinson, D., Raynor, D. & Duman, M. (2001). Patient information leaflets for medicines: Using consumer testing to determine the most effective design. *Patient Education and Counselling*, 43(2), 147-159.

DiClemente, R., Salazar, L., Crosby, R. & Wingood, G. (2007). Interventionsstrategien. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfa-*

den für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung (S. 206-219). München: Urban & Fischer.

Diekmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Diem, E., Schwarz, C., Adlkofer, F., Jahn, O. & Rüdiger, H. (2005). Non-thermal DNA breakage by mobile-phone radiation (1800 MHz) in human fibroblasts and in transformed GFSH-R17 rat granulosa cells in vitro. *Mutation Research*, 583, 178-183.

Dierks, M. & Schwartz, F. (2001). Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 290-306). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Dierks, M. & Seidel, G. (2009). Stärkung von Empowerment durch Gesundheitsbildung. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 309-327). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dillard, J. (1994). *Rethinking the study of fear appeals*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Washington, DC.

Dillard, J. & Anderson, J. (2004). The role of fear in persuasion. *Psychology & Marketing*, 21(11), 909-926.

Dominick, J. (1973). Crime and law enforcement on prime-time television. *Public Opinion Quarterly*, 37(2), 241-250.

Donohew, L. (1990). Public health campaigns: Individual message strategies and a model. In E. Ray & L. Donohew (Hrsg.), *Communication and health: Systems and applications* (S. 136-152). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Donovan, R. (2007). Zielgruppen und Zielverhalten. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Morretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 220-236). München: Urban & Fischer.

Doob, L. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological Review*, 54(3), 135-156.

DUDEN (1982). *Fremdwörterbuch* (4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Mannheim u.a.: Meyers Lexikonverlag.

DUDEN (1989). *Deutsches Universalwörterbuch A-Z* (2., völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage). Mannheim u.a.: Dudenverlag.

Dutta-Bergman, M. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication, 16*(3), 273-288.

Dutta-Bergman, M. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation. *Health Communication, 18*(2), 103-112.

Eagly, A. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Edwards, W. (1954). The theory of decision-making. *Psychological Bulletin, 51*(4), 380-417.

Edwards, W. (1961). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology, 12*, 473-498.

Elkeles, T. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 87-107). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ettema, J., Brown, J. & Luepker, R. (1983). Knowledge gap effects in a health information campaign. *Public Opinion Quarterly, 47*(4), 516-527.

Fagerlin, A., Wang, C. & Ubel, P. (2005). Reducing the influence of anecdotal reasoning on people's health care decisions: Is a picture worth a thousand statistics? *Medical Decision Making, 25*(4), 398-405.

Felix Burda Stiftung (2011). *Schirmherrschaft*. Online <http://www.darmkrebs.de/news/?news=7> (abgerufen am 09.05.2011).

Femers, S. (2009). Aktuelle Altersbilder in der Werbung – Herausforderung für die Wirtschaftskommunikation. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 329-349). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford CA: Stanford University Press.

Fiedler, K. & Bless, H. (2003). Soziale Kognition. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 125-163). Berlin u.a.: Springer-Verlag.

Fieldhouse, P. (1996). *Food and nutrition: Customs and culture*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Finnegan, J. & Viswanath, K. (1990). Health and communication: Medical and public health influences on the research agenda. In E. Ray & L. Donohew (Hrsg.), *Communication and health: Systems and applications* (S. 9-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitudes, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA : Addison-Wesley.

Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.

Fiske, S. & Taylor, S. (1991). *Social cognition*. New York, NY u.a.: MacGraw-Hill.

Flay, B. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*, 77(2), 153-160.

Flay, B. & Burton, D. (1990). Effective mass communication strategies for health campaigns. In C. Atkin & L. Wallack (Hrsg.), *Mass communication and public health* (S. 129-146). Newbury Park, CA u.a.: Sage.

Flora, J., Maccoby, N. & Farquhar, J. (1989). Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The stanford community studies. In R. Rice & C. Atkin (Hrsg.), *Public communication campaigns* (S. 233-252). Newbury Park u.a.: Sage.

Floyd, D., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.

Foster, K. (2009). *Abschluss des Deutschen Mobilfunk Forschungsprogramms zu Gesundheitsrisiken des Mobilfunks*. Online http://www.fgf.de/publikationen/newsletter/einzel/NL_09-02/FGF-NL_2-2009_3-DMF.pdf (abgerufen am 01.09.2011).

Franck, G. (2007). *Ökonomie der Aufmerksamkeit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Frederikson, L. & Bull, P. (1994). Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations. *Patient Education and Counselling*, 25(1), 51-57.

Freimuth, V., Hammond, S., Edgar, T. & Monahan, J. (1990). Reaching those at risk: A content-analytic study of AIDS PSAs. *Communication Research*, 17(6), 775-791.

Freimuth, V., Massett, H. & Meltzer, W. (2006). A descriptive analysis of 10 years of research published in the journal of health communication. *Journal of Health Communication*, 11(1), 11-20.

Frijda, N. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43(5), 349–358.

Fromm, B., Baumann, E. & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fromm, B. & Bente, G. (2008). Mammografie-Screening-Programm: Was Screening und Science-Fiction gemeinsam haben. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(46), A2454-A2456.

Füssler, C. (2011). Daten sichtbar machen. *Die Zeit*, 66(20), 40.

Fuhljahn, H. & Stratenwerth, I. (2009). Zum Arzt oder zum Dealer? *Brigitte* (15), 78-81.

Galtung, J. & Ruge, M. (1965). The structure of foreign news. The presentation of the Congo, Cuba and Cyprus Crisis in four foreign newspapers. *Journal of Peace Research*, 2(1), 64-91.

Galtung, J. & Ruge, M. (1974). Structuring and selecting news. In S. Cohen & J. Young (Hrsg.), *The manufacture of news. Social problems, deviance, and the mass media* (S. 62-72). London: Sage.

Gan, S., Hill, J., Pschernig, E. & Zillmann, D. (1996). The hebron massacre. Selective

reports of jewish reactions, and perceptions of volatility in Israel. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 40(1), 122-131.

Gassmann, C., Vorderer, P. & Wirth, W. (2003). Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspendebereitschaft. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 478-496.

Gerbner, G. & Gross, L. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 172-194.

Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. & Signorielli, N. (1986). Living with television: The dynamics of the cultivation process. In J. Bryant & D. Zillmann (Hrsg.), *Perspectives on media effects* (S. 17-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Geyer, S. (2008). Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 125-142). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gibson, R., Gan, S., Hill, J., Hoffmann, K. & Seigler, P. (1994). *A content analysis of exemplification in american magazine and broadcast news*. Unveröffentlichte Rohdaten, zit. n. D. Zillmann & H.-B. Brosius (2000), *Exemplification in communication*. Mahwah, N.J u.a.: Erlbaum.

Gibson, R. & Zillmann, D. (1993). The impact of quotation in news reports on issue perception. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 70, 793-800.

Gibson, R. & Zillmann, D. (1994). Exaggerated versus representative exemplification in news reports: Perception of issues and personal consequences. *Communication Research*, 21(5), 603-624.

Gibson, R. & Zillmann, D. (1998). Effects of citation in exemplifying testimony on issue perception. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 75(1), 167-176.

Gibson, R. & Zillmann, D. (2000). Reading between the photographs: The influence of incidental pictorial information on issue perception. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 77(2), 355-366.

Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Schwartz, L. & Woloshin, S. (2008). Helping doctors and patients make sense of health statistics, *8*(2), 53-96.

Glanz, K. (1985). Nutrition education for risk factor reduction and patient education: A review. *Preventive Medicine, 14*, 721-752.

Glaser, R. (2009). *Einschätzung des Deutschen Mobilfunk Forschungsprogramms (DMF) aus Sicht eines Biophysikers*. Online http://www.fgf.de/publikationen/newsletter/einzel/NL_09-02/FGF-NL_2-2009_3-DMF.pdf (abgerufen am 25.06.2010).

Gleicher, F. & Petty, R. (1992). Expectations of reassurance influences the nature of fear-stimulated attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 28*(1), 86-100.

Göpfert, W. (2001a). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 131-141). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Gold, S., Schulz, K. & Koch, U. (2001). *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze. Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien*. Köln: BZgA.

Gore, T. & Campanella, C. (2005). Testing the theoretical design of a health risk message: Reexamining the major tenets of the extended parallel process model. *Health Education & Behavior, 32*(1), 27-41.

Gottwald, F. (2006). *Gesundheitsöffentlichkeit*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Green, E. & Witte, K. (2006). Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? *Journal of Health Communication, 11*(3), 245-259.

Greenberg, B., Simmons, K., Hogan, L. & Atkin, C. (1980). Three seasons of television characters: A demographic analysis. *Journal of Broadcasting, 24*(1), 134-155.

Greenwood, E. (1967). Das Experiment in der Soziologie. In R. König (Hrsg.), *Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung* (S. 171-220). Köln u.a.: Kiepenheuer & Witsch.

Gregory, J. (2002). Social issues infotainment: Using emotion and entertainment to attract readers' attention in social issues leaflets. *Information Design Journal*, 11(1), 67-81.

Griffeth, R. & Rogers, R. (1976). Effects of fear-arousing components of driver education on students' safety attitudes and simulator performance. *Journal of Educational Psychology*, 68, 501-506.

Haase, H. (1986). Testimonial-Werbung. In H. Haase & K.-F. Koepler (Hrsg.), *Fortschritte der Marktpsychologie – Werbung und Kommunikation* (Bd. 4, S. 125-141). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Hale, J. & Dillard, J. (1995). Fear appeals in health promotion campaigns. In E. Maibach & R. Parrott (Hrsg.), *Designing health messages* (S. 65-80). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hale, J., Lemieux, R. & Mongeau, P. (1995). Cognitive processing of fear-arousing message content. *Communication Research*, 22(4), 459-475.

Haller, M. (2006). *Die Reportage*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Hamill, R., Wilson, T. & Nisbett, R. (1980). Intensitivity to sample bias: Generalizing from atypical cases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(4), 578-589.

Hastall, M. (2011). *Kommunikation von Gesundheitsrisiken in Massenmedien*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Hastie, R. (1981). Schematic principles in human memory. In T. Higgins, P. Herman & M. Zanna (Hrsg.), *Social cognition: The ontario symposium on personality and social psychology* (Bd. 1, S. 39-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hautzinger, N. (2003). *Pharmakommunikation im Internetzeitalter. Theorie und Praxis eines patientenorientierten Kommunikationsmanagement am Beispiel der Pharmabranche Schweiz*. München: Reinhard Fischer.

Hawkey, G. & Hawkey, C. (1989). Effect of information leaflets on knowledge in patients with gastrointestinal diseases. *Gut*, 30(11), 1641-1646.

Hein, J., Rapp, M. & Heinz, A. (2007). Der Comic als Kunstform am Beispiel der Epi-

lepsie. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(44), A2997-A3000.

Henley, N. & Donovan, R. (2003). Young people's response to death threat appeals: Do they really feel immortal? *Health Education Research*, 18(1), 1-14.

Higbee, K. (1969). Fifteen years of fear arousal: Research on threat appeals: 1953-1968. *Psychological Bulletin*, 72(6), 426-444.

Hoeken, H. & Geurts, D. (2005). The influence of exemplars in fear appeals on the perception of self-efficacy and message acceptance. *Information Design Journal + Document Design*, 13(3), 238-248.

Hoeken, H. & Hustinx, L. (2007). The impact of exemplars on responsibility stereotypes in fund-raising letters. *Communication Research*, 34(6), 596-617.

Hornik, R. (2002). *Public health communication*. Mahwah, NJ u.a.: Erlbaum.

Hornikx, J. (2005). A review of experimental research on the relative persuasiveness of anecdotal, statistical, causal, and expert evidence. *Studies in Communication Sciences*, 5(1), 205-216.

Hornikx, J. (2007). Is anecdotal evidence more persuasive than statistical evidence? A comment on classic cognitive psychological studies. *Studies in Communication Sciences*, 7(2), 151-164.

Hovland, C. & Janis, I. (1970). An overview of persuability research. In K. Sereno & C. Mortensen (Hrsg.), *Foundations of communication theory* (S. 222-233). New York: Harper & Row.

Hovland, C., Janis, I. & Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. Westport: Greenwood Press.

Huber, O. (2000). *Das psychologische Experiment: Eine Einführung*. Bern u.a.: Huber.

Huck, I. (2005). *Das Beeinflussungspotenzial von CRM-Kurven und Fallbeispielen in Fernsehsendungen. Ein Experiment zur Medienwirkung*. Unveröffentlichte Magisterarbeit, LMU München.

Hull, C. (1943). *The principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hull, C. (1951). *Essentials of behavior*. New Haven: Yale University Press.

Hunt, P. (1995). Development and evaluation of the Changing what you eat resources for primary care. *Health Education Journal*, 54(4), 405-414.

Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation - eine Einführung. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation - vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 9-21). Bern u.a.: Huber.

Hyman, H. & Sheatsley, P. (1947). Some reasons why information campaigns fail. *Public Opinion Quarterly*, 11(3), 412-423.

Informationszentrum Mobilfunk (IZMF) (2011). *Wie verändert das Handy den Alltag von Kindern und Jugendlichen?* Online <http://www.izmf.de/html/de/1474.html> (abgerufen am 21.07.2011).

Irwin, C. & Millstein, S. (1986). Biopsychosocial correlates of risk taking behaviors during adolescence: Can the physician intervene? *Journal of Adolescent Health Care*, 7 (2), 82-96.

Iyengar, S. & Kinder, D. (1987). *News that matters. Television and american opinion*. Chicago u.a.: The University of Chicago Press.

Iyengar, S. (1991). *Is anyone responsible? How television frames political issues*. Chicago u.a.: The University of Chicago Press.

Jackob, N. (2004). Der Tod planscht mit. Furchtappelle als Instrument der Gesundheitskommunikation. *Fachjournalist*, 13(4), 15-19.

Janis, I. & Leventhal, H. (1968). Human reaction to stress. In E. Borgatta & W. Lambert (Hrsg.), *Handbook of personality theory and research* (S. 1041-1085).

Janis, I. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In Berkowitz, L. (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (Bd. 3, S. 166-224). New York: Academic Press.

Janis, S. & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78-92.

Jansen, C., Hoeken, H., Ehlers, D. & Silk, v. d. F. (2008). Cultural differences in the perceptions of fear and efficacy in South Africa. In P. Swanepoel & H. Hoeken (Hrsg.), *Adapting health communication to cultural needs* (S. 107-128). Amsterdam u.a.: John Benjamins Publishing Company.

Janssens, W. & De Pelsmacker, P. (2007). Fear appeal in traffic safety advertising: The moderating role of medium context, trait anxiety, and differences between drivers and non-drivers. *Psychologica Belgica*, 47(3), 173-193.

Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Jazbinsek, D. (2000). Gesundheitskommunikation. In D. Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation* (S. 11-31). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Jenkinson, C. (1989). *Measuring health status and quality of life*. Online <http://qb.soc.surrey.ac.uk/topics/health/jenkinson.htm> (abgerufen am 09.01.2011).

Jensen, J. (2008). Scientific uncertainty in news coverage of cancer research: Effects of hedging on scientists' and journalists' credibility. *Human Communication Research*, 34(3), 347-369.

Jepson, C. & Chaiken, S. (1990). Chronic issue-specific fear inhibits systematic processing of persuasive communications. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(2), 61-84.

Job, R. (1988). Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American Journal of Public Health*, 78(2), 163-167.

Johnson, E. & Tversky, A. (1984). Representations of perception of risk. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113(1), 55-70.

Kahneman, D. & Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgement of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3(3), 430-454.

Kahneman, D. & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80(4), 237-251.

Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under

risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291.

Kai, J. (1994). 'Baby check' in the inner city – Use and value to parents. *Family Practice*, 11(3), 245-250.

Kaltenborn, K. (2001). Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 36-69). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Keller, R. (2008). *Wann wirken Spendenaufrufe?* München: Fischer.

Kepplinger, H. (1984). Instrumentelle Aktualisierung. *Publizistik*, 29(1-2), 94.

Kerr, J. & Rossmann, C. (2007). Moderne Lebenswelten. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 185-203). München: Urban & Fischer.

Kim, H., Bigman, C., Leader, A., Lerman, C. & Cappella, J. (2010). *Narrative health communication and behavior change: The influence of exemplars in the news on intention to quit smoking*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Singapore.

Kim, N. & Sanders, M. (2010). *Is it better to promote fear or prevent beauty?* Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Singapore.

Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F. & Zabin, L. (1994). School-based programs to reduce sexual behaviours: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109(3), 339-360.

Klammer, B. (2005). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung für Kommunikationswissenschaftler und Journalisten*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Klapper, T. (1960). *The effects of mass communication*. Glencoe: Free Press.

Klimmt, C. (2011). *Das Elaboration-Likelihood-Modell*. Baden-Baden: Nomos.

Kline, K. (1995). *Applying Witte's extended parallel process model to pamphlets urging women to engage in BSE: Where are the efficacy messages?* Beitrag zur Tagung „An-

nual Meeting of the Speech Communication Association", San Antonio.

Kline, K. & Mattson, M. (2000). Breast self-examination pamphlets: A content analysis grounded in fear appeal research. *Health Communication, 12*(1), 1-21.

Kocher, K. (1993). *STOP AIDS. Die Stop Aids-Story 1987-1992*. Bern: Aids Info Docu Schweiz.

Kohn, P., Goodstadt, M., Cood, G., Sheppard, M. & Chan, G. (1982). Ineffectiveness of threat appeals about drinking and driving. *Accident Analysis & Prevention, 14*(6), 457-464.

Kreps, G. (2003). Trends and directions in health communication research. *Medien & Kommunikationswissenschaft, 51*(3-4), 353-365.

Kreps, G. & Thornton, B. (1992). *Health communication: Theory and practice* (2. Auflage). Prospect Heights, I.L.: Waveland Press.

Kreuter, M., Strecher, V. & Glassman, B. (1999). One size does not fit all: The case for tailoring print materials, *Annals of Behavioral Medicine, 21*(4), 276-283.

Krisher, H., Darley, S. & Darley, J. (1973). Fear-provoking recommendations, intentions to take preventive actions, and actual preventive actions, *Journal of Personality and Social Psychology, 26*(2), 301-308.

Kröger, C. (2002). *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 18)*. Köln: BZgA.

Kunczik, M. & Zipfel, A. (2005). *Publizistik*. Köln: Böhlau Verlag.

Lang, A. (1996). The logic of using inferential statistics with experimental data from nonprobability samples: Inspired by Cooper, Dupagne, Potter, and Sparks. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 40*(3), 422-439.

Lang, P. (1978). Toward a psychophysiological definition. In H. Akiskal & W. Webb (Hrsg.), *Psychiatric diagnosis: Explorations of biological predictors* (S. 365-389). New York: Spectrum.

Lang, P. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C. Izard, J. Kagan & R. Zajonc (Hrsg.), *Emotions, cognition, and behavior* (S. 192-226). New York, NY: Cambridge University Press.

LaTour, M. & Rotfeld, H. (1997). There are threats and (maybe) fear-caused arousal: Theory and confusions of appeals to fear and fear arousal itself. *Journal of Advertising*, 26(3), 45-59.

Lazer, W. & Kelley, E. (1973). *Social marketing: perspectives and viewpoints*. Homewood: Irwin.

Lee, M. & Shin, M. (2010). *Physiological, cognitive, and emotional responses to counter alcohol abuse messages based on sensation seeking tendency: Fear vs. humor*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Singapore.

Lehmkuhl, M. (2006). *Massenmedien und interpersonale Kommunikation*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Lemal, M. (2009). *Watching health threats on the news: Predicting health risk perceptions, fear and behavior intentions*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Chicago.

Leonarz, M. (2009). Vorne ansetzen, um hinten zu sparen. In U. Röttger (Hrsg.), *PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 213-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Leppin, A. (2001). Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategie der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 107-127). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Lerman, C., Trock, B., Rimer, B., Jepson, C., Brody, D. & Boyce, A. (1991). Psychological side effects of breast cancer screening. *Health Psychology*, 10(4), 259-267.

Leshner, G., Vultee, F., Bolls, P. & Moore, J. (2010). When a fear appeal isn't just a fear appeal: The effects of graphic anti-tobacco messages. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 54(3), 485-507.

Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology* 5 (Bd. 5, S. 119-186). New York: Academic Press Inc.

Leventhal, H. (1971). Fear appeals and persuasion: The differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health*, 61(8), 1208-1224.

Leventhal, H. & Hirschmann, R. (1982). Social psychology and prevention. In G. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social Psychology of Health and Illness* (S. 183-226). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Leventhal, H., Jones, S. & Trembly, G. (1966). Sex differences in attitude and behavior change under conditions of fear and specific instructions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2(4), 387-399.

Leventhal, H. & Niles, P. (1964). A field experiment of fear arousal with data on the validity of questionnaire measures. *Journal of Personality*, 32(3), 459-479.

Leventhal, H., Safer, M. & Panagis, D. (1983). The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Health Education Quarterly*, 10(1), 3-29.

Lewis, I., Watson, B. & White, K. (2010). Response efficacy: The key to minimizing rejection and maximizing acceptance of emotion-based anti-speeding messages. *Accident Analysis and Prevention*, 42(2), 459-467.

Lieberman, A. & Chaiken, S. (1992). Defensive processing of personally relevant health messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(6), 669-679.

Loss, J. & Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 52(5), 502-511.

Luszczynska, A. & Sutton, S. (2007). Einstellungen und Erwartungen. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 75-90). München: Urban & Fischer.

Maccoby, N. (1980). Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The stanford community studies. In L. Bond & J. Rosen (Hrsg.), *Competence and cop-*
362

ing during adulthood (S. 195-218). Hanover u.a.: University Press of New England.

Maddux, J. & Rogers, R. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479.

Maibach, E. & Cotton, D. (1995). Moving people to behavior change. In E. Maibach & R. Parrott (Hrsg.), *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health* (S. 41-64). London: Thousand Oaks.

Maier, J. (2008). Eine Pille für die Eins. *Die Zeit*, 63(52), 39.

Manstead, A. (1999). Fear Appeals. In A. Manstead & M. Hewstone (Hrsg.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology* (S. 249-250). Oxford u.a.: Blackwell.

Marx, J., Gube, C., Faldum, A., Kuntze, H., Nedelmann, M., Haertle, B., Dieterich, M. & Eicke, B. (2009). An educational multimedia campaign improves stroke knowledge and risk perception in different stroke risk groups. *European Journal of Neurology*, 16(5), 612-618.

McArthur, L. (1981). What grabs you? The role of attention in impression formation and causal attribution. In E. Higgins, C. Herman & M. Zanna (Hrsg.), *Social cognition. The ontario symposium* (Bd. 1, S. 201-246). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

McCaul, K., Branstetter, A., Schröder, D. & Glasgow, R. (1996). What is the relationship between breast cancer risk and mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15(6), 423-429.

McCaul, K. & Tulloch, H. (1999). Cancer screening decisions. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 52-58.

McCombs, M. & Shaw, D. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176-187.

McCracken, G. (1989). Who is the celebrity endorser? Cultural foundations of the endorsement process. *Journal of Consumer Research*, 16(3), 310-321.

McCroskey, J. (1969). A summary of experimental research on the effects evidence in persuasive communication. *Quarterly Journal of Speech*, 55(2), 169-176.

McGuire, W. (1968a). Personality and attitude change: An information processing theory. In A. Greenwald, T. Brock & T. Ostrom (Hrsg.), *Psychological Foundations of Attitudes* (S. 171-196). San Diego: Academic Press.

McGuire, W. (1968b). Personality and susceptibility to social influence. In E. Borgatta & W. Lambert (Hrsg.), *Handbook of Personality Theory and Research* (S. 1130-1180). Chicago: Rand McNally.

McGuire, W. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Hrsg.), *The handbook of social psychology* (Bd. 32, 2. Auflage, S. 163-314). Reading, MA : Addison-Wesley.

McGuire, W. (1989). Theoretical foundations of campaigns. In R. Rice & C. Atkin (Hrsg.), *Public communication campaigns* (S. 43-65). Newbury Park: Sage.

McKenna, J. & Davis, M. (2007). Das Problem der Verhaltensänderung. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 30-43). München: Urban & Fischer.

McMillan, B. & Conner, M. (2007). Motivierung zur persönlichen Verhaltensänderung. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 237-252). München: Urban & Fischer.

McQueen, A., Vernon, S., Meissner, H. & Rakowski, W. (2008). Risk perceptions and worry about cancer: Does gender make a difference? *Journal of Health Communication*, 13(1), 56-79.

Meehl, P. & Rosen, A. (1955). Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52(3), 194-216.

Mewborn, C. & Rogers, R. (1979). Effects of threatening and reassuring components of fear appeals on physiological and verbal measures of emotion and attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15(3), 242-253.

Meyer, W.-U., Reisenzein, R. & Schützwohl, A. (2001). *Einführung in die Emotionspsychologie. Die Emotionstheorien von Watson, James und Schachter* (Bd. 1, 2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Meyer, W.-U. & Schmalz H.-D. (1978). Die Attributionstheorie. In D. Frey (Hrsg.), *Kognitive Theorien der Sozialpsychologie* (S. 98-137). Bern: Verlag Hans Huber.

Meyerowitz, B. & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500-510.

Mielck, A. (2008). Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 167-187). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Miller, G. (1963). Studies on the use of fear appeals: A summary and analysis. *Central States Speech Journal*, 24(May), 117-125.

Miller, N. & Zimbardo, P. (1966). Motives for fear-induced affiliation: Emotional comparison or interpersonal similarity? *Journal of Personality*, 34(4), 481-503.

Milne, S., Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), 106-143.

Mongeau, P. (1998). Another look at fear-arousing persuasive appeals. In M. Allen & R. Preiss (Hrsg.), *Persuasion – Advances through meta-analysis* (S. 53-68). Cresskill, NJ: Hampton Press.

Morgan, S. (2009). The intersection of conversation, cognitions, and campaigns: The social representation of organ donation. *Communication Theory*, 19(1), 29-48.

Moser, M. (2008). *Mobile telecommunication self-commitment and German mobile telecommunication research programme*. Online http://www.emf-forschungsprogramm.de/abschlussphase/DMF_FinalConference_June2008_Moser.pdf (abgerufen am 20.05.2010).

Mowrer, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.

Mowrer, O. (1956). Two-factor learning theory reconsidered with special reference to

secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychological Review*, 63(2), 114-128.

Murphy, S. & Smith, C. (1995). Crutches, confetti or useful tools? Professionals, views on and use of health education leaflets. *Health Education Research*, 8(2), 205-215.

Murray-Johnson, L., Witte, K., Liu, W., Hubbell, A., Sampson, J. & Morrison, K. (2001). Addressing cultural orientations in fear appeals: Promoting AIDS-protective behaviors among Mexican immigrant and African American adolescents and American and Taiwanese college students. *Journal of Health Communication*, 6(4), 335-358.

Muthusamy, N., Levine, T. & Weber, R. (2009). Scaring the already scared. *Journal of Communication*, 59(2), 317-344.

Nabi, R., Roskos-Ewoldsen, D. & Dillman Carpentier, F. (2008). Subjective knowledge and fear appeal effectiveness: Implications for message design. *Health Communication*, 23(2), 191-201.

Närhi, U. (2007). Sources of medicine information and their reliability evaluated by medicine users. *Pharmacy World & Science*, 29(6), 688-694.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Neumann, P. (2006). *Markt- und Werbepsychologie* (Bd. 3). Gräfelfing: Fachverlag Wirtschaftspsychologie: Fachverlag Wirtschaftspsychologie.

Nieding, G. & Ohler, P. (2004). Laborexperimentelle Methoden. In R. Mangold, P. Vorderer & G. Bente (Hrsg.), *Lehrbuch der Medienpsychologie* (S. 528-542). Göttingen u.a.: Hogrefe-Verlag.

Nisbett, R. & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Noelle-Neumann, E. (2001). *Die Schweigespirale*. München: Langen Müller.

Noelle-Neumann, E. & Petersen, T. (1996). *Alle nicht jeder. Einführung in die Methoden der Demoskopie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

O'Keefe, D. (2002). *Persuasion* (2. Auflage). Thousand Oaks u.a.: Sage.

O'Keefe, D. & Jensen, J. (2009). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors. *Journal of Communication*, 59(2), 296-316.

Oppenheim, A. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Pinter.

Ordonana, J., González-Javier, F., Espin-López, L. & Gómez-Amor, J. (2009). Self-report and psychophysiological responses to fear appeals. *Human Communication Research*, 35(2), 195-220.

Passyn, K. & Sujan, M. (2006). Self-accountability emotions and fear appeals: Motivation behavior. *Journal of Consumer Research*, 32(4), 583-589.

Peinado, S. (2009). *Threat and efficacy messages in newspaper articles on heart disease and type 2 diabetes*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the International Communication Association“, Chicago.

Perkins, J. (1999). *Effects of information source quantity and personal experience in issue exemplification*. Unveröffentlichte Dissertation, University of Alabama, Tuscaloosa, zit. n. D. Zillmann (2006), Exemplification effects in the promotion of safety and health. *Journal of Communication*, 56(s1), S221-S237.

Perloff, R. (1993). *The dynamics of persuasion*. Hillsdale, NJ u.a.: Erlbaum.

Perry, S. & Gonzenbach, W. (1997). Effects of news exemplification extended: Considerations of controversiality and perceived future opinion. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 41(2), 229-244.

Peter, C. (2009). *Der Einfluss von Fallbeispielen und statistischer Information in der Politikberichterstattung*. Unveröffentlichte Masterarbeit, LMU München.

Peter, C. & Brosius, H.-B. (2010). Grenzen der Wirksamkeit von Fallbeispielen? *Publizistik*, 55(3), 275-288.

Peters, H. (1991). Durch Risikokommunikation zur Technikakzeptanz? Die Konstruktion von Risiko"wirklichkeiten" durch Experten, Gegenexperten und Öffentlichkeit. In J.

- Krüger & S. Russ-Mohl (Hrsg.), *Risikokommunikation* (S. 11-66). Berlin: Edition Sigma.
- Petersen, L.-E. & Lieder, F. (2006). Die Effektivität von schriftlichen und graphischen Warnhinweisen auf Zigaretenschachteln. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(4), 245-258.
- Petersen, L., Doll, J. & Jürgensen, S. (1997). Systematische und heuristische Informationsverarbeitung beim Betrachten einer Infotainmentsendung. *Medienpsychologie*, 9(1), 24-40.
- Petty, R. & Cacioppo, J. (1979). Issue involvement can increase or decrease persuasion by enhancing message-relevant cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1915-1926.
- Petty, R. & Cacioppo, J. (1986). *Communication and Persuasion*. New York: Springer.
- Petty, R., Cacioppo, J. & Schumann, D. (1983). Central and peripheral routes to advertising effectiveness: The moderating role of involvement. *Journal of Consumer Research*, 10(2), 135-146.
- Plutchik, R. (1991). *The emotions*. Lanham, Maryland: University Press of America.
- Plutchik, R. (2003). *Emotions and life*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pott, E. (2009). Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 199-217). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Potter, W. (1991). The relationship between first- and second-order measures of cultivation. *Human Communication Research*, 18(1), 92-113.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J., Redding, C. & Evers, K. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (S. 97-121). San Francisco, CA: Wiley & Sons.

Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L., Redding, C., Rosenbloom, D. & Rossi, S. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*(1), 39-46.

Quick, B. & Stephenson, M. (2008). Examining the role of trait reactance and sensation seeking on perceived threat, state reactance, and reactance restoration. *Human Communication Research, 34*(3), 448-476.

Rabbata, S. (2009). Arzneimittelmissbrauch: 800 000 "dopen" sich regelmäßig für den Job. *Deutsches Ärzteblatt, 106*(8), A316.

Radoschewski, M. & Bellach, B. (1999). Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Das Gesundheitswesen, 61*(2), 191-199.

Ray, M. & Wilkie, W. (1970). Fear: The potential of an appeal neglected by marketing. *Journal of Marketing, 34*(1), 54-62.

Reardon, K. (1989). The potential role of persuasion in adolescent AIDS prevention. In R. Rice & C. Atkin (Hrsg.), *Public communication campaigns* (S. 273-289). Newbury Park, CA: Sage.

Reinard, J. (1988). The empirical study of the persuasive effects of evidence: The status after fifty years of research. *Human Communication Research, 15*(1), 3-59.

Reinard, J. (1998). The persuasive effects of testimony assertion evidence. In M. Allen & R. Preiss (Hrsg.), *Persuasion: Advances through meta-analysis*. Cresskill, NJ: Hampton.

Renckstorf, K. (1996). Social action perspectives in mass communication research. *Communications, 21*(1), 5-26.

Rice, M., Huston, A. & Wight, J. (1984). Fernsehspezifische Formen und ihr Einfluss auf Aufmerksamkeit, Verständnis und Sozialverhalten der Kinder. In M. Meyer (Hrsg.), *Wie verstehen Kinder Fernsehprogramm?* (S. 17-49). München u.a.: Saur.

Rice, R. & Atkin, C. (1989) (Hrsg.). *Public communication campaigns* (2. Auflage). Newbury Park u.a.: Sage.

Rimal, R. & Real, K. (2003). Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. *Human Communication Research*, 29(3), 370-399.

Ringlstetter, M., Kaiser, S., Knittel, S. & Bode, P. (2007). Der Einsatz von Prominenz in der Medienbranche: eine Analyse des Zeitschriftensektors. In T. Schierl (Hrsg.), *Prominenz in den Medien. Zur Genese und Verwertung von Prominenten in Sport, Wirtschaft und Kultur* (S. 122-141). Köln: Herbert von Halem Verlag.

Rippetoe, P. & Rogers, R. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 596-604.

Roche-Lexikon Medizin (1987, 2., neubearbeitete Auflage). München u.a.: Urban und Schwarzenberg.

Röttger, U. (2009). Campaigns (f)or a better world? In U. Röttger (Hrsg.), *PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 9-23). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rogers, E. & Storey, D. (1987). Communication campaigns. In C. Berger & S. Chaffee (Hrsg.), *Handbook of communication science* (S. 817-846). Newbury Park, CA: Sage.

Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.

Rogers, R. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection and motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Hrsg.), *Social Psychophysiology: a sourcebook* (S. 153-176). New York: Guilford.

Rogers, R. & Mewborn, C. (1976). Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(1), 54-61.

Rosenbrock, R. (1987). *Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*. Hamburg: VSA Verlag.

Rosenstock, I. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, 50(31), 295-302.

Rosenstock, I. (1974). The HBM and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

Roski, R. (2009a). Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 3-31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Roski, R. (2009b) (Hrsg.). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Roski, R. & Schikorra, S. (2009). Informations- und Medienverhalten von Versicherten und Patienten. Eine Segmentierung von Barmer Versicherten. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder* (S. 107-130). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Roskos-Ewoldsen, D., Yu, J. & Rhodes, N. (2004). Fear appeal messages affect accessibility of attitudes toward the threat and adaptive behaviors. *Communication Monographs*, 71(1), 49-69.

Rossmann, C. (2008). *Fiktion Wirklichkeit. Ein Modell der Informationsverarbeitung im Kultivierungsprozess*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Rossmann, C. (2011). *Theory of reasoned action – theory of planned behavior*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Rossmann, C. & Brosius, H.-B. (2005). Vom hässlichen Entlein zum schönen Schwan? Zur Darstellung und Wirkung von Schönheitsoperationen im Fernsehen. *Medien und Kommunikationswissenschaft*, 53(4), 507-532.

Rossmann, C. & Pfister, T. (2008). Zum Einfluss von Fallbeispielen und furchterregenden Bildern auf die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern zum Thema Adipositas. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 56(3-4), 368-391.

Ruiter, R., Abraham, C. & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology and Health*, 16(6), 613-630.

Ruiter, R., Verplanken, B., Kok, G. & Werrij, M. (2003a). The role of coping appraisal in reactions to fear appeals: Do we need threat information? *Journal of Health Psychology*, 8(4), 465-474.

Ruiter, R., Kok, G., Verplanken, B. & van Eersel, G. (2003b). Strengthening the persuasive impact of fear appeals: The role of action framing. *Journal of Social Psychology*, 143(3), 397-400.

Ruiter, R., Verplanken, B., De Cremer, D. & Kok G. (2004). Danger and fear control in response to fear appeals: The role of need of cognition. *Basic and Applied Social Psychology*, 26(1), 13-24.

Salmon, C. & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. In B. Thompson, A. Dorsey, K. Miller & R. Parrott (Hrsg.), *Handbook of health communication* (S. 449-472). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sanner, M., Hedman, H. & Tufveson, G. (1995). Evaluation of an organ-donor-card campaign in Sweden. *Clinical Transplantation*, 9(4), 326-333.

Sauter, D., Eisner, F., Ekman, P. & Scott, S. (2010). Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. *PNAS*, 107(6), 2408-2412.

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

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

Scheufele, B. & Wimmer, J. (2006). Zur Problematik soziodemographischer Variablen im Rahmen der Mediennutzungsforschung. In W. Wirth (Hrsg.), *Anwendungsfelder in der Kommunikationswissenschaft* (Bd. 2, S. 292-310). Köln: Halem.

Schmidt, S. (2004). *Handbuch Werbung*. Münster: Lit Verlag.

Schmidt-Atzert, L. & Hüppe, M. (1996). Emotionsskalen EMO 16. Ein Fragebogen zur Selbstbeschreibung des aktuellen emotionalen Gefühlszustandes. *Diagnostica*, 42(3), 242-267.

Schnabel, P.-E. (2008). Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung – Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 480-510). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schnabel, P.-E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (33-55). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schönbach, K. (2009). *Verkaufen, Flirten, Führen. Persuasive Kommunikation – ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schoenbachler, D. & Whittler, T. (1996). Adolescent processing of social and physical threat communications. *Journal of Advertising*, 25(4), 37-54.

Scholl, M. (2009). Zielgruppen für Pharmaunternehmen – Segmentierung als Methode der Komplexitätsreduktion. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation* (S. 153-167). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schrader, C. (2011). Verdächtige Handy-Strahlung. *Süddeutsche Zeitung*, 67(126), 16.

Schriver, K. (1997). *Dynamics in document design*. New York, NY u.a.: Wiley.

Schulz, W. (2000). Kommunikationsprozess. In E. Noelle-Neumann, W. Schulz & J. Wilke (Hrsg.), *Fischer Lexikon Publizistik Massenkommunikation* (S. 140-171).

Schwarz, C., Kratochvil, E., Pilger, A., Kuster, N., Adlkofer, F. & Rüdiger, H. (2008). Radiofrequency electromagnetic fields (UMTS, 1,950 MHz) induce genotoxic effects in vitro in human fibroblasts but not in lymphocytes. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(6), 755-767.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10(2), 47-51.

Schweiger, W. (2007). *Theorien der Mediennutzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sherer, M. & Rogers, R. (1984). The role of vivid information in fear appeals and attitude change. *Journal of Research in Personality*, 18(3), 321-334.

Shih, T., Wijaya, R. & Brossard, D. (2008). Media coverage of public health epidemics: Linking framing and issue attention cycle toward an integrated theory of print news coverage of epidemics. *Mass Communication & Society*, 11(2), 141-160.

Shin, M., van de Vord, R. & Chen, Y. (2007). *Physical threat versus social threat: Effets of antidrug PSAs on the viewer's cognitive and emotional responses*. Beitrag zur Tagung „Meeting of the National Communication Association“, Atlanta, GA.

Siegert, G. (2003). Vorwort zu "Pharmakommunikation im Internetzeitalter". In N. Hautzinger (Hrsg.), *Pharmakommunikation im Internetzeitalter. Theorie und Praxis eines patientenorientierten Kommunikationsmanagement am Beispiel der Pharmabranche Schweiz* (S. 13). München: Reinhard Fischer.

Siegmund-Schultze, N. & Zykla-Menhorn, V. (2008). Daten zu Handystrahlung gefälscht. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), A1267.

Siewing, Rolf (Hrsg.). (1985). *Lehrbuch der Zoologie* (Bd. 2 Systematik, 3. Auflage). Stuttgart u.a.: Gustav Fischer Verlag.

Signitzer, B. (2001). Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation* (S. 22-35). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Singhal, A. & Rogers, E. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Mahwah, NJ u.a.: Erlbaum.

Sirigatti, S. (2006). Foreword to "The internet and health care". In M. Murero & R. Rice (Hrsg.), *The internet and health care* (S. xvii-xx). Mahwah, NJ u.a.: Erlbaum.

Siu, W. (2010). Fear appeals and public service advertising: Applications to influenza in Hong Kong. *Health Communication*, 25(6-7), 580.

Slater, M. & Rouner, D. (2002). Entertainment-education and elaboration-likelihood: Understanding the processing of narrative persuasion. *Communication Theory*, 12(2), 173-191.

Slater, M. (1999). Integrating application of media effects, persuasion, and behavior change theories to communication campaigns: A stages-of-change framework. *Health Communication*, 11(4), 335-354.

Slater, M. (2006). Specification and misspecification of theoretical foundations and logic models for health communication campaigns. *Health Communication*, 20(2), 149-157.

Slater, M. (2007). Medial vermittelte Kommunikation. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Morretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 328-342). München: Urban & Fischer.

Slavin, S., Batrouney, C. & Murphy, D. (2007). Fear appeals and treatment-side effects: An effective combination for HIV-prevention? *AIDS Care*, 19(1), 130-137.

Smerecnik, C., Mesters, I., de Vries, N. & de Vries, H. (2009). Alerting the general population to genetic risks: The value of health messages communicating the existence of genetic risks factors for public health promotion. *Health Psychology*, 28(6), 734-745.

Smerecnik, C. & Ruiters, R. (2010). Fear appeals in HIV prevention: The role of anticipated regret. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 550-559.

Snyder, L. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 9(2), S32-S40.

Snyder, L. & Hamilton, M. (2002). A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior, emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In R. Hornik (Hrsg.), *Public health communication. Evidence for behavior change* (S. 357-383). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). *STAI manual for the state-trait inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Statistisches Bundesamt (2011). *Bevölkerungsstand*. Online <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerung.psml> (abgerufen am 04.09.2011).

Steffensen, B., Below, N. & Merenyi, S. (2009). *Neue Ansätze zur Risikokommunikation*. Darmstadt: Sofia Berichte sb02.

Stephenson, M. (2002). Anti-drug public service announcements targeting parents: An analysis and evaluation. *Southern Communication Journal*, 67(4), 335-350.

Stephenson, M. & Witte, K. (1998). Fear, threat, and perceptions of efficacy from frightening skin cancer messages. *Public Health Reviews*, 26(2), 147-174.

Storn, A. (2011). Merkels Neuer. *DIE ZEIT*, 66(24), 25.

Stuyck, S. (1990). Public health and the media: Unequal partners? In C. Atkin & L. Wallack (Hrsg.), *Mass communication and public health* (S. 71-77). Newbury Park u.a.: Sage.

Sutton, S. (1982). Fear-arousing communications: A critical examination of theory and research. In J. Eiser (Hrsg.), *Social psychology and behavioral medicine* (S. 303-337). London: Wiley.

Sutton, S. (1992). Shock tactics and the myth of the inverted U. *British Journal of Addiction*, 87(4), 517-519.

Sweet, K., Willis, S., Ashida, S. & Westman, J. (2003). Use of fear-appeal techniques in the design of tailored cancer risk communication messages: Implications for healthcare providers. *Journal of Clinical Oncology*, 21(17), 375-376.

Tamborini, R. & Mettler, J. (1990). Emotional reactions to film: A model of empathic processes. Beitrag zur Tagung „Meeting of the Speech Communication Association“, Chicago, IL.

Tanner, J., Hunt, F. & Eppright, D. (1991). The protection motivation model: A normative model of fear appeals. *Journal of Marketing*, 55(3), 36-45.

Taylor, J. (1953). A personality test for manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.

Taylor, S. & Fiske, S. (1978). Salience, attention, and attribution: Top of the head phenomena. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (Bd. 11, S. 249-288). New York: Academic Press.

Taylor, S. & Thompson, S. (1982). Stalking the elusive "vividness" effect. *Psychological Review*, 89(2), 155-181.

The INTERPHONE Study Group (2010). Brain tumor risk in relation to mobile telephone use: Results of the INTERPHONE international case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 39(3), 675-694.

Thomas, J. (1994). New approaches to achieving dietary change. *Current Opinion in Lipidology*, 5(1), 36-41.

Tichenor, P., Donohue, G. & Olien, C. (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 34(2), 159-170.

Ueding, G. (1976). *Einführung in die Rhetorik*. Stuttgart: J.B. Metzler.

Ulich, D. & Mayring, P. (2003). *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Ullrich-Kleinmanns, J., Jungaberle, H., Weinhold, J. & Verres, R. (2008). Muster und Verlauf des Konsums psychoaktiver Substanzen im Jugendalter – Die Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung. *Suchttherapie*, 9(1), 12-21.

Um, N. (2008). Exploring the effects of single vs. multiple products and multiple celebrity endorsements. *Journal of Management and Social Sciences*, 4(2), 104-114.

Vögele, C. (2007). Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 293-312). München: Urban & Fischer.

Walther, J. & Williams, D. (1988). *A review of recent research on stories*. Beitrag zur Tagung „Annual Meeting of the Speech Communication Association“, New Orleans.

Waters, E., Sullivan, H., Hesse, B. & Nelson, W. (2009). What is my cancer risk? How internet-based cancer risk assessment tools communicate individualized risk estimates to the public: Content analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 11(3), e33. URL: <http://www.jmir.org/2009/3/e33/> (abgerufen am 08.06.2011).

Waugh, N. & Norman, D. (1965). Primary memory. *Psychological Review*, 72(2), 89-104.

Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions. An attributional approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Weinstein, N. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 335-386.

Weinstein, N. & Sandman, P. (1992). A model of precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3), 170-180.

Weitkunat, R. & Moretti, M. (2007). Gesundheit und Verhalten. In J. Kerr, R. Weitkunat

& M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 17-29). München: Urban & Fischer.

Westerhoff, N. (2010). Der widerspenstige Kranke. *Süddeutsche Zeitung*, 66(20), 16.

Weyers, S. (2008). Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 257-270). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wiebe, G. (1951). Merchandising commodities and citizenship in television. *Public Opinion Quarterly*, 15(4), 679-691.

Wilson, M., Northcraft, G. & Neale, M. (1989). Information competition and vividness effects in on-line judgments. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44(1), 132-139.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329-349.

Witte, K. (1994). Fear control and danger control. A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communication Monographs*, 61(2), 113-134.

Witte, K. (1995). Generating effective risk messages: How scary should your risk communication be? *Communication Yearbook*, 18(1), 229-254.

Witte, K. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel processing model to explain fear appeal successes and failures. In P. Anderson & L. Guerrero (Hrsg.), *Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications, and contexts* (S. 423-450). San Diego, CA: Academic Press.

Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals. Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 591-615.

Witte, K., Berkowitz, J., Cameron, K. & McKeon, J. (1998a). Preventing the spread of genital warts: using fear appeals to promote self-protective behaviors. *Health education & behavior*, 25(5): 571-585.

Witte, K., Cameron, K., Lapinski, M. & Nzyuko, S. (1998b). A theoretically based eval-

uation of HIV/AIDS prevention campaigns along the trans-Africa highway in Kenya. *Journal of Health Communication*, 3(4), 345-363.

Wong, N. & Capella, J. (2007). *Antismoking threat and efficacy appeals: Effects on smoking cessation intentions for smokers with low and high readiness to quit*. Beitrag zur Tagung „Meeting of the National Communication Association“, Atlanta, GA.

Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.

Zajonc, R. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117-123.

Zak-Place, J. & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.

Zielmann, S. (2009). Chancen und Hindernisse internationaler Gesundheitskampagnen. Die Anti-Rauchen-Kampagne "Help – für ein rauchfreies Leben" der EU. In U. Röttger (Hrsg.), *PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit (4., überarbeitete und erweiterte Auflage*, S. 197-211). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zillmann, D. (2002). Exemplification theory of media influence. In J. Bryant & D. Zillmann (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (S. 19-41). Mahwah, NJ u.a.: Erlbaum.

Zillmann, D. (2006). Exemplification effects in the promotion of safety and health. *Journal of Communication*, 56(s1), S221-S237.

Zillmann, D. & Brosius, H.-B. (2000). *Exemplification in communication*. Mahwah, NJ u.a.: Erlbaum.

Zillmann, D. & Gan, S. (1996). Effects of threatening images in news programs on the perception of risk to others and self. *Medienpsychologie*, 8(4), 288-305.

Zillmann, D., Gibson, R., Ordman, V. & Aust, C. (1994). Effects of upbeat stories in broadcast news. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 38(1), 65-78.

Zillmann, D., Gibson, R. & Sargent, S. (1999). Effects of photographs in news-

magazine reports on issue perception. *Media Psychology*, 1(3), 207-228.

Zillmann, D., Gibson, R., Sundar, S. & Perkins, J. (1996). Effects of exemplification in news reports on the perception of social issues, 73(2), 427-444.

Zillmann, D. & Knobloch, S. (2001). Effects of photographs on the selective reading of news reports. *Media Psychology*, 3(4), 301-324.

Zillmann, D., Perkins, J. & Sundar, S. (1992b). Impression-formation effects of printed news varying in descriptive precision and exemplifications. *Medienpsychologie*, 4(3), 168-185, 239-240.

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) (2004a). bella donna I. Zeitschrift online www.bernergesundheits.ch/de/themen/medikamente.38/pravention.85/bella-donna-i.303.html (abgerufen am 04.01.2011).

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) (2004b). *Projektbericht bella donna*. Projektbericht online http://www.bernergesundheits.ch/download/Schlussbericht_bella_donna.pdf (abgerufen am 07.01.2011).

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) (2004c). *Zeitschrift „bella donna“ Schlussauswertung der Evaluation*. Online http://www.bernergesundheits.ch/download/Resultate_LeserInnenbefragung_belladonna.pdf (abgerufen am 07.01.2011).

Anhang

A Methode Experiment I

Abbildung A.1: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet)



In Abbildung A.1 sind von links nach rechts die Seiten „einzuklappende Innenseite“, „Rückseite“ und „Vorderseite des Flyers“ dargestellt. Diese Seiten waren in allen sechs Versionen des Flyers identisch. Abbildung A.2 bis Abbildung A.7 zeigen die Innenseiten der sechs Versionen. Variiert ist jeweils die mittlere Spalte bzw. Innenseite. Die beiden äußeren Spalten bzw. Innenseiten sind in allen sechs Versionen unverändert.

Abbildung A.2: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – positives Fallbeispiel



Abbildung A.3: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – neutrales Fallbeispiel

	Informationen		Probleme	
<p>Seit dem Jahr 2006 liegt die Verbreitung von Handys in Deutschland statistisch bei 100%. Dass Handys Strahlung aussenden, ist den meisten bekannt. Der Gefahren für die eigene Gesundheit sind sich allerdings die wenigsten bewusst.</p>		<p>Nancy ist 22 Jahre alt, als sie im März 2004 die Diagnose „Glioblastom“ erhält.</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen?</p>
<p>Wie wirkt die Strahlung auf uns?</p>		<p>Zunächst sind es Kopfschmerzen. Sie denkt an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Uni. Niemals hätte sie Krebs vermutet. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht mehr ab, ihr wird immer häufiger übel. Eines Abends Weg se be- plötzlich Sehstö-</p> <p>„Ein Glioblastom ist ein bösartiger Hirntumor.“</p> <p>auf dem nach Hau- kommt sie heftige rungen.</p>		<p>Die Strahlung von Mobiltelefonen hat einen Einfluss auf Körperzellen und Gehirn.</p>
<p>Beim Telefonieren erzeugen Handys Strahlungsfelder direkt am Kopf.</p> <p>Wenn wir dieser Strahlung ausgesetzt sind, nimmt unser Körper Energie auf und erwärmt sich. Doch sobald einzelne Körperteile um mehr als 1°C erwärmt werden, kommt es zu gesundheitlichen Problemen.</p>		<p>Sie geht zum Arzt, der ein MRT veranlasst. Als der Tomograph ihr Gehirn optisch in Scheiben schneidet, bekommt sie Angst. Die Ärztin eröffnet das Gespräch mit den Worten „Ich habe leider keine guten Nachrichten für Sie...“. In der rechten Hälfte ihres Gehirns wächst ein Glioblastom, ein bösartiger Hirntumor.</p>		<p>Eine dauerhafte Belastung durch die elektromagnetischen Felder von Handys kann zu Tumorentstehung beitragen. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen ein erhöhtes Risiko für Hirntumore besteht.</p>
<p>Beim Überschreiten dieses Wertes über einen längeren Zeitraum können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden, vor allem in unserem Gehirn.</p> <p>Die Strahlung, die beim Telefonieren mit dem Handy direkt an unserem Kopf auftritt, ist sehr viel stärker als die Strahlung, die uns von benachbarten Sendemasten erreicht.</p>		<p>Trotz der Operation, bei der ihr die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, muss sie damit rechnen, dass er wieder kommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen.</p>		<p>Schützen Sie sich rechtzeitig durch den richtigen Umgang mit Ihrem Handy!</p> <p>Welche Warnzeichen gibt es?</p> <p>Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können der Anfang sein, denn wie beim Rauchen passieren die Veränderungen des Körpers langsam und unbemerkt.</p>

Abbildung A.4: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – negatives Fallbeispiel

	Informationen		Probleme	
<p>Seit dem Jahr 2006 liegt die Verbreitung von Handys in Deutschland statistisch bei 100%. Dass Handys Strahlung aussenden, ist den meisten bekannt. Der Gefahren für die eigene Gesundheit sind sich allerdings die wenigsten bewusst.</p>		<p>Nancy ist 22 Jahre alt, als sie im März 2004 die Diagnose „Glioblastom“ erhält.</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen?</p>
<p>Wie wirkt die Strahlung auf uns?</p>		<p>Zunächst sind es Kopfschmerzen. Sie denkt an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Uni. Niemals hätte sie Krebs vermutet. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht mehr ab, ihr wird immer häufiger übel. Eines Abends Weg se be- plötzlich Sehstö-</p> <p>„Ein Glioblastom ist ein bösartiger Hirntumor.“</p> <p>auf dem nach Hau- kommt sie heftige rungen.</p>		<p>Die Strahlung von Mobiltelefonen hat einen Einfluss auf Körperzellen und Gehirn.</p>
<p>Beim Telefonieren erzeugen Handys Strahlungsfelder direkt am Kopf.</p> <p>Wenn wir dieser Strahlung ausgesetzt sind, nimmt unser Körper Energie auf und erwärmt sich. Doch sobald einzelne Körperteile um mehr als 1°C erwärmt werden, kommt es zu gesundheitlichen Problemen.</p>		<p>Sie geht zum Arzt, der ein MRT veranlasst. Als der Tomograph ihr Gehirn optisch in Scheiben schneidet, bekommt sie Angst. Die Ärztin eröffnet das Gespräch mit den Worten „Ich habe leider keine guten Nachrichten für Sie...“. In der rechten Hälfte ihres Gehirns wächst ein Glioblastom, ein bösartiger Hirntumor.</p>		<p>Eine dauerhafte Belastung durch die elektromagnetischen Felder von Handys kann zu Tumorentstehung beitragen. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen ein erhöhtes Risiko für Hirntumore besteht.</p>
<p>Beim Überschreiten dieses Wertes über einen längeren Zeitraum können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden, vor allem in unserem Gehirn.</p> <p>Die Strahlung, die beim Telefonieren mit dem Handy direkt an unserem Kopf auftritt, ist sehr viel stärker als die Strahlung, die uns von benachbarten Sendemasten erreicht.</p>		<p>Trotz der Operation, bei der ihr die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, muss sie damit rechnen, dass er wieder kommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen.</p>		<p>Schützen Sie sich rechtzeitig durch den richtigen Umgang mit Ihrem Handy!</p> <p>Welche Warnzeichen gibt es?</p> <p>Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können der Anfang sein, denn wie beim Rauchen passieren die Veränderungen des Körpers langsam und unbemerkt.</p>

Abbildung A.5: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – positive summarische Realitätsbeschreibung

	Informationen		Probleme	
<p>Seit dem Jahr 2006 liegt die Verbreitung von Handys in Deutschland statistisch bei 100%. Dass Handys Strahlung aussenden, ist den meisten bekannt. Der Gefahren für die eigene Gesundheit sind sich allerdings die wenigsten bewusst.</p>		<p>Pro Jahr erkranken in Deutschland circa fünf von 1000 jungen Menschen an Hirntumoren.</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen? Die Strahlung von Mobiltelefonen hat einen Einfluss auf Körperzellen und Gehirn. Eine dauerhafte Belastung durch die elektromagnetischen Felder von Handys kann zu Tumorentstehung beitragen. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen ein erhöhtes Risiko für Hirntumore besteht.</p>
<p>Wie wirkt die Strahlung auf uns? Beim Telefonieren erzeugen Handys Strahlungsfelder direkt am Kopf. Wenn wir dieser Strahlung ausgesetzt sind, nimmt unser Körper Energie auf und erwärmt sich. Doch sobald einzelne Körperteile um mehr als 1°C erwärmt werden, kommt es zu gesundheitlichen Problemen.</p>		<p>Zunächst sind es Kopfschmerzen. Die Leute denken an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Arbeit. Aber keinesfalls vermuten sie Krebs. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht immer kommen oder Sehstörung hinzu. Gewissheit können Patienten nur über den Kernspintomographen (MRT) erlangen. Der Tomograph erzeugt mittels magnetischer Felder Schnittbilder vom menschlichen Gehirn, auf denen auch kleinste Missbildungen zu erkennen sind. Nach einem MRT erhalten die Patienten nicht immer gute Nachrichten, die häufige Diagnose ist „Glioblastom“, ein bösartiger Hirntumor.</p>		<p>Auch die Experten der Deutschen Mobilfunkforschung (DMFF) kommen nach sorgfältiger Bewertung aller bisherigen Studien zu dem Ergebnis, dass Handys tatsächlich zur Krebsentstehung beitragen können. Schützen Sie sich rechtzeitig durch den richtigen Umgang mit Ihrem Handy!</p>
<p>Beim Überschreiten dieses Wertes über einen längeren Zeitraum können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden, vor allem in unserem Gehirn. Die Strahlung, die beim Telefonieren mit dem Handy direkt an unserem Kopf auftritt, ist sehr viel stärker als die Strahlung, die uns von benachbarten Sendemasten erreicht.</p>		<p>Trotz Operationen, bei denen die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, müssen Patienten damit rechnen, dass er wiederkommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen.</p>		<p>Welche Warnzeichen gibt es? Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können der Anfang sein, denn wie beim Rauchen passieren die Veränderungen des Körpers langsam und unmerklich.</p>

Abbildung A.6: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – neutrale summarische Realitätsbeschreibung

	Informationen		Probleme	
<p>Seit dem Jahr 2006 liegt die Verbreitung von Handys in Deutschland statistisch bei 100%. Dass Handys Strahlung aussenden, ist den meisten bekannt. Der Gefahren für die eigene Gesundheit sind sich allerdings die wenigsten bewusst.</p>		<p>Pro Jahr erkranken in Deutschland circa fünf von 1000 jungen Menschen an Hirntumoren.</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen? Die Strahlung von Mobiltelefonen hat einen Einfluss auf Körperzellen und Gehirn. Eine dauerhafte Belastung durch die elektromagnetischen Felder von Handys kann zu Tumorentstehung beitragen. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen ein erhöhtes Risiko für Hirntumore besteht.</p>
<p>Wie wirkt die Strahlung auf uns? Beim Telefonieren erzeugen Handys Strahlungsfelder direkt am Kopf. Wenn wir dieser Strahlung ausgesetzt sind, nimmt unser Körper Energie auf und erwärmt sich. Doch sobald einzelne Körperteile um mehr als 1°C erwärmt werden, kommt es zu gesundheitlichen Problemen.</p>		<p>Zunächst sind es Kopfschmerzen. Die Leute denken an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Arbeit. Aber keinesfalls vermuten sie Krebs. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht immer kommen oder Sehstörung hinzu. Gewissheit können Patienten nur über den Kernspintomographen (MRT) erlangen. Der Tomograph erzeugt mittels magnetischer Felder Schnittbilder vom menschlichen Gehirn, auf denen auch kleinste Missbildungen zu erkennen sind. Nach einem MRT erhalten die Patienten nicht immer gute Nachrichten, die häufige Diagnose ist „Glioblastom“, ein bösartiger Hirntumor.</p>		<p>Auch die Experten der Deutschen Mobilfunkforschung (DMFF) kommen nach sorgfältiger Bewertung aller bisherigen Studien zu dem Ergebnis, dass Handys tatsächlich zur Krebsentstehung beitragen können. Schützen Sie sich rechtzeitig durch den richtigen Umgang mit Ihrem Handy!</p>
<p>Beim Überschreiten dieses Wertes über einen längeren Zeitraum können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden, vor allem in unserem Gehirn. Die Strahlung, die beim Telefonieren mit dem Handy direkt an unserem Kopf auftritt, ist sehr viel stärker als die Strahlung, die uns von benachbarten Sendemasten erreicht.</p>		<p>Trotz Operationen, bei denen die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, müssen Patienten damit rechnen, dass er wiederkommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen.</p>		<p>Welche Warnzeichen gibt es? Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können der Anfang sein, denn wie beim Rauchen passieren die Veränderungen des Körpers langsam und unmerklich.</p>

Abbildung A.7: Experiment I – Flyer (nicht gefaltet) – negative summarische Realitätsbeschreibung

	Informationen		Probleme		
<p>Seit dem Jahr 2006 liegt die Verbreitung von Handys in Deutschland statistisch bei 100%. Dass Handys Strahlung aussenden, ist den meisten bekannt. Der Gefahren für die eigene Gesundheit sind sich allerdings die wenigsten bewusst.</p>		<p>Pro Jahr erkranken in Deutschland circa fünf von 1000 jungen Menschen an Hirntumoren.</p> <p>Zunächst sind es Kopfschmerzen. Die Leute denken an Stress: Umzug, neue Stadt, neue Arbeit. Aber keinesfalls vermuten sie Krebs. Nach und nach klingen die Kopfschmerzen nicht immer kommen oder Sehstörungen hinzu. Gewissheit können Patienten nur über den Kernspintomographen (MRT) erlangen. Der Tomograph erzeugt mittels magnetischer Felder Schnittbilder vom menschlichen Gehirn, auf denen auch kleinste Missbildungen zu erkennen sind. Nach einem MRT erhalten die Patienten nicht immer gute Nachrichten, die häufige Diagnose ist „Glioblastom“, ein bösartiger Hirntumor.</p> <p>Trotz Operationen, bei denen die Ärzte den Tumor vollständig entfernen, müssen Patienten damit rechnen, dass er wiederkommen kann. Besonders Belastungen wie Strahlung direkt am Kopf würden das Glioblastom wieder wachsen lassen.</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen?</p> <p>Die Strahlung von Mobiltelefonen hat einen Einfluss auf Körperzellen und Gehirn.</p> <p>Eine dauerhafte Belastung durch die elektromagnetischen Felder von Handys kann zu Tumorentstehung beitragen. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen ein erhöhtes Risiko für Hirntumore besteht.</p>	
<p>Wie wirkt die Strahlung auf uns?</p> <p>Beim Telefonieren erzeugen Handys Strahlungsfelder direkt am Kopf.</p> <p>Wenn wir dieser Strahlung ausgesetzt sind, nimmt unser Körper Energie auf und erwärmt sich. Doch sobald einzelne Körperteile um mehr als 1°C erwärmt werden, kommt es zu gesundheitlichen Problemen.</p>		<p>„Ein Glioblastom ist ein bösartiger Hirntumor.“</p> <p>mehr ab, häufiger Übelkeit heftige rungen</p>		<p>Kann Handy-Strahlung Krebs auslösen?</p> <p>Auch die Experten der Deutschen Mobilfunkforschung (DMFF) kommen nach sorgfältiger Bewertung aller bisherigen Studien zu dem Ergebnis, dass Handys tatsächlich zur Krebsentstehung beitragen können. Schützen Sie sich rechtzeitig durch den richtigen Umgang mit Ihrem Handy!</p>	
<p>Beim Überschreiten dieses Wertes über einen längeren Zeitraum können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden, vor allem in unserem Gehirn.</p> <p>Die Strahlung, die beim Telefonieren mit dem Handy direkt an unserem Kopf auftritt, ist sehr viel stärker als die Strahlung, die uns von benachbarten Sendemasten erreicht.</p>		<p>Welche Warnzeichen gibt es?</p> <p>Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können der Anfang sein, denn wie beim Rauchen passieren die Veränderungen des Körpers langsam und unmerklich.</p>			

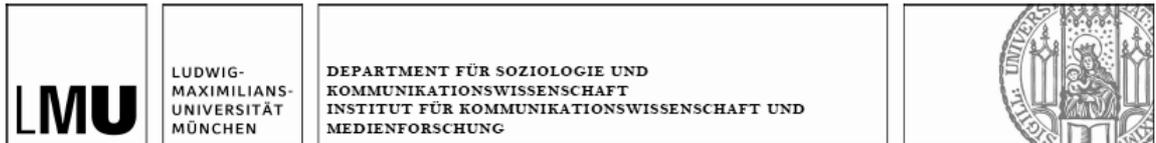
Abbildung A.8: Experiment I – Logo „Deutsche Mobilfunkforschung“



© Deutsche Mobilfunkforschung
 Buchenhainweg 19
 20095 Hamburg

info@deutsche-mobilfunkforschung.de

Abbildung A.9: Experiment I – Fragebogen 1



Projekt „Qualität von Informationsflyern zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München

Dr. Constanze Rossmann
Telefon: +49 89 2180 - 9413
Telefax: +49 89 2180 - 9443
E-Mail: rossmann@ifkw.lmu.de

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9448
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

Nur vom Interviewer auszufüllen!
Initialen VL: _____
ID: _____

T	1	2	3	4	5	6
Z	1					

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich bereit erklärt, an unserer Studie zur Qualität von Gesundheitsflyern teilzunehmen. Hierfür möchten wir Ihnen an dieser Stelle herzlich danken.

Als universitäre Einrichtung sind wir für unsere Grundlagenforschung auf Freiwillige angewiesen. Da heutzutage viele Marktforschungsinstitute Daten von den Bürgern – z. T. für kommerzielle Zwecke – einholen wollen, ist es keine Selbstverständlichkeit, dass man Freiwillige für Studien findet. Wir wissen daher Ihre Bereitschaft in ganz besonderem Maße zu schätzen!

Vorab einige Informationen zum Hintergrund der vorliegenden Studie:

- Sie wird vom **Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München** durchgeführt.
- Es stehen **keinerlei kommerzielle Interessen** hinter dieser Studie. Es handelt sich um reine Grundlagenforschung.
- Alle Informationen dieser Studie werden **streng vertraulich** behandelt. Die Fragebögen werden bei der Dateneingabe **vollständig anonymisiert**. Das heißt, es werden keinerlei Daten unter Ihrem Namen gespeichert.

Füllen Sie diesen Fragebogen bitte so vollständig wie möglich aus und bedenken Sie dabei, dass Ihre persönliche Meinung zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Dr. Constanze Rossmann

(Projektleiter)

Tanja Pfister, M.A.

Bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. Constanze Rossmann (rossmann@ifkw.lmu.de) oder Tanja Pfister, M.A. (pfister@ifkw.lmu.de). Wir beantworten sehr gerne Ihre Fragen. Falls Sie sich für die Ergebnisse der Studie interessieren, senden Sie uns ebenfalls eine E-Mail. Nach Abschluss der Auswertung schicken wir Ihnen gerne eine entsprechende Dokumentation zu.

1. Sie haben gerade einen Gesundheitsflyer gelesen. Was halten Sie ganz allgemein von diesem Flyer? Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Begriffe Ihrer Meinung nach auf den Flyer zutreffen. Wenn Sie den Flyer z.B. vertrauenswürdig finden, machen Sie ein Kreuz ganz links, wenn er Ihnen suspekt erscheint, machen Sie das Kreuz ganz rechts. Dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Ich halte den Flyer für ...

vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	suspekt				
sachlich	<input type="checkbox"/>	emotional				
verständlich	<input type="checkbox"/>	unverständlich				
überzeugend	<input type="checkbox"/>	nicht überzeugend				
anschaulich	<input type="checkbox"/>	abstrakt				
gut gemacht	<input type="checkbox"/>	schlecht gemacht				
informativ	<input type="checkbox"/>	nicht informativ				
seriös	<input type="checkbox"/>	unseriös				
aggressiv	<input type="checkbox"/>	zurückhaltend				
glaubwürdig	<input type="checkbox"/>	unglaubwürdig				
interessant	<input type="checkbox"/>	uninteressant				
aufdringlich	<input type="checkbox"/>	dezent				
ansprechend	<input type="checkbox"/>	nicht ansprechend				

2. Können Sie sich an das Foto innen in der Mitte des Flyers (es zeigt eine Frau) erinnern?

Ja

Nein → weiter mit Frage 4 (S.3)

3. Wie würden Sie dieses Foto beurteilen? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf das Foto zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn eine Aussage voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Foto passt gut zum Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto zeigt, wie es Menschen gehen kann, die viel mit dem Handy telefonieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto ist ein typisches „Krankheitsbild“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsflyern nerven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das ist ein typisches Foto für einen Gesundheitsflyer. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto bildet die Realität ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken, wie viele Gesundheitsflyer haben Sie sich in dieser Zeit angesehen?

keinen 1 bis 2 3 bis 4 5 und mehr

5. Denken Sie nun noch mal an den Flyer insgesamt. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die geschilderte Situation nimmt mich persönlich mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die dargebotenen Informationen finde ich angst- und besorgniserregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal der Betroffenen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der Informationen im Flyer mache ich mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal der Betroffenen macht mich wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Betroffenen tun mir leid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Betrachten des Flyers dachte ich: „Was geht mich das an?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Flyer ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es freut mich, wenn es den Betroffenen wieder besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte nicht mit solch gravierenden Folgen gerechnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die möglichen Spätfolgen machen mich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachdem ich den Flyer gelesen habe, schäme ich mich für mein eigenes Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich wirklich etwas an mir ändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Im Folgenden finden Sie nun einige Aussagen zum Thema Krebs. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen Ihrer Meinung nach auf Sie zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe mich mit dem Thema Krebs auseinandergesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich gerne beraten lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema betrifft mich persönlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema Krebs und seine Folgen sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LMU

Bitte umblättern!

7. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

Einer meiner Eltern ist an Krebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>
Einer meiner Geschwister ist an Krebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>
Einer aus meiner restlichen Verwandtschaft ist an Krebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>
Ein guter Freund/eine gute Freundin ist an Krebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>

8. Nun geht es um das Thema Handystrahlung. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Thema Mobilfunkstrahlung wird viel zu stark aufgebauscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder sollte sein Handy nachts ausschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leute, die sich über Mobilfunkantennen in ihrer Nähe aufregen, sind hysterisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Handy in Hosen- oder Brusttasche zu tragen, ist leichtsinnig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gefährdung der Gesundheit durch Handystrahlung darf nicht unterschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schalte ich mein Handy für ein paar Stunden aus, habe ich Angst etwas zu verpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte immer erreichbar sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass längere Telefonate mit dem Handy Kopfschmerzen erzeugen, halte ich für ein Gerücht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Meinung nach ist es sehr wichtig, strahlenarme Handys zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, die stundenlang mit dem Handy telefonieren, sind meiner Meinung nach leichtsinnig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein gesundheitsbewusster Umgang mit dem Handy ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Können Sie sich an die Gefahren der Mobilfunkstrahlung für die eigene Gesundheit erinnern? Bitte kreuzen Sie an, welche im Flyer genannt sind.

- | | |
|--|--------------------------|
| Durch die Strahlung können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden. | <input type="checkbox"/> |
| Bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen besteht ein erhöhtes Risiko für Hirntumore. | <input type="checkbox"/> |
| Auch bei seltenen und kurzen Telefonaten mit dem Handy besteht ein erhöhtes Risiko für Hirntumore. | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können erste Anzeichen sein. | <input type="checkbox"/> |
| Handys können zur Krebsentstehung beitragen. | <input type="checkbox"/> |
| Die intensive und lang andauernde Nutzung von Mobiltelefonen kann einen Schlaganfall verursachen. | <input type="checkbox"/> |
| Es besteht kein Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und Tinnitus und Mobilfunkstrahlung. | <input type="checkbox"/> |

10. Wissen Sie, was man beim Telefonieren mit dem Handy beachten sollte, um sich vor Mobilfunkstrahlung zu schützen? Bitte kreuzen Sie alle Möglichkeiten an, die Ihrer Meinung nach zutreffen.

Man sollte ...

- | | |
|--|--------------------------|
| ... beim Versenden von SMS das Handy weit vom Körper entfernt halten. | <input type="checkbox"/> |
| ... nur kurz mit dem Handy telefonieren und für längere Telefonate das Festnetz benutzen. | <input type="checkbox"/> |
| ... das Handy nicht in Körpfernähe aufbewahren. | <input type="checkbox"/> |
| ... eine Kette aus Bergkristallen an das Handy binden, um die Strahlung abzufangen. | <input type="checkbox"/> |
| ... nachts das Handy ausschalten. | <input type="checkbox"/> |
| ... nicht bei schlechtem Empfang telefonieren, da das Handy dann mit höherer Leistung strahlt. | <input type="checkbox"/> |
| ... Headsets benutzen, um den Abstand zwischen Kopf und Antenne zu vergrößern. | <input type="checkbox"/> |
| ... beim Telefonieren einige Meter Abstand zu anderen Personen halten, da sie mitbestrahlt werden. | <input type="checkbox"/> |
| ... das Handy in eine Schutzhülle stecken, um die Strahlung einzudämmen. | <input type="checkbox"/> |

11. Wie sehen Ihre Pläne bezüglich Ihrer Handynutzung aus? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme weniger zu	teils/teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich habe vor, mein Handy nachts auszuschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mein Handy bewusst nicht direkt am Körper tragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane, mein Handy in Zukunft beim Schlafen außer Reichweite des Kopfes zu legen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir vorstellen, meine Handynutzung bewusst einzuschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, mich weiter über dieses Thema zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mehr mit Headset telefonieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane, wenn es möglich ist, das Festnetz dem Handy vorzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir vorstellen, in Zukunft ganz auf mein Handy zu verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, zur Krebsvorsorge zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meine Handy-Nutzungsgewohnheiten überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Was glauben Sie, wie hoch ist das Risiko für Sie, aufgrund der Handystrahlung an den folgenden Krankheiten zu erkranken?

	sehr niedrig	eher niedrig	mittel	eher hoch	sehr hoch	ich bin bereits daran erkrankt
Hirntumor	<input type="checkbox"/>					
Migräne	<input type="checkbox"/>					
Tinnitus	<input type="checkbox"/>					

13. Und wie häufig machen Sie sich Sorgen, aufgrund der Handystrahlung an diesen Krankheiten zu erkranken?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	ich bin bereits daran erkrankt
Hirntumor	<input type="checkbox"/>					
Migräne	<input type="checkbox"/>					
Tinnitus	<input type="checkbox"/>					

LMU

Bitte umblättern!

14. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland erkranken jährlich an einem Hirntumor, der durch Handystrahlung ausgelöst wurde? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

15. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland leiden aufgrund der Handystrahlung unter gesundheitlichen Problemen?

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

Zuletzt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

16. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

17. Sind Sie ...

weiblich

männlich

18. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

kein allgemeiner Schulabschluss

Haupt-/Volksschulabschluss

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Abitur/Fachabitur

Hochschulabschluss/Fachhochschulabschluss

Damit wir wissen, dass der Fragebogen von heute und der Fragebogen in zwei Wochen zu einer Person gehören, bitten wir Sie noch um eine Angabe. Keine Sorge, mit dieser Angabe können wir Sie namentlich nicht wiedererkennen. **Sie bleiben anonym.** Wie alle Angaben wird auch diese streng vertraulich behandelt und nicht an andere weitergegeben.

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Hier ein Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Abbildung A.10: Experiment I – Fragebogen 2



Projekt „Qualität von Informationsflyern zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München

Dr. Constanze Rossmann
Telefon: +49 89 2180 - 9413
Telefax: +49 89 2180 - 9443
E-Mail: rossmann@ifkw.lmu.de

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9448
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

Nur vom Interviewer auszufüllen!

Initialen VL: _____

ID: _____

T	1	2	3	4	5	6
Z	2					



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

DEPARTMENT FÜR SOZIOLOGIE UND
KOMMUNIKATIONSWISSENSCHAFT
INSTITUT FÜR KOMMUNIKATIONSWISSENSCHAFT UND
MEDIENFORSCHUNG



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie hatten sich vor zwei Wochen dazu bereit erklärt, an unserer Studie zur Qualität von Gesundheitsflyern teilzunehmen. Hierfür möchten wir Ihnen nochmals herzlich danken.

Vorab wieder einige Informationen zum Hintergrund der vorliegenden Studie:

- Sie wird vom Institut **für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München** durchgeführt.
- Es stehen **keinerlei kommerzielle Interessen** hinter dieser Studie. Es handelt sich um reine Grundlagenforschung.
- Alle Informationen dieser Studie werden **streng vertraulich** behandelt. Die Fragebögen werden bei der Dateneingabe **vollständig anonymisiert**. Das heißt, es werden keinerlei Daten unter Ihrem Namen gespeichert.

Bitte füllen Sie nun den Fragebogen so vollständig wie möglich aus und bedenken Sie dabei, dass Ihre persönliche Meinung zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Dr. Constanze Rossmann

(Projektleiter)

Tanja Pfister, M.A.

Bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. Constanze Rossmann (rossmann@ifkw.lmu.de) oder Tanja Pfister, M.A. (pfister@ifkw.lmu.de). Wir beantworten sehr gerne Ihre Fragen. Falls Sie sich für die Ergebnisse der Studie interessieren, senden Sie uns ebenfalls eine E-Mail. Nach Abschluss der Auswertung schicken wir Ihnen gerne eine entsprechende Dokumentation zu.

1. Bei den folgenden Aussagen geht es um das Thema Handystrahlung. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese auf Sie zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn sie voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Thema Mobilfunkstrahlung wird viel zu stark aufgebauscht. Jeder sollte sein Handy nachts ausschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leute, die sich über Mobilfunkantennen in ihrer Nähe aufregen, sind hysterisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Handy in Hosen- oder Brusttasche zu tragen, ist leichtsinnig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gefährdung der Gesundheit durch Handystrahlung darf nicht unterschätzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schalte ich mein Handy für ein paar Stunden aus, habe ich Angst etwas zu verpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte immer erreichbar sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass längere Telefonate mit dem Handy Kopfschmerzen erzeugen, halte ich für ein Gerücht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Meinung nach ist es sehr wichtig, strahlenarme Handys zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, die stundenlang mit dem Handy telefonieren, sind meiner Meinung nach leichtsinnig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein gesundheitsbewusster Umgang mit dem Handy ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube nicht, dass das Telefonieren mit dem Handy gesundheitliche Schäden verursachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Können Sie sich an die Gefahren der Mobilfunkstrahlung für die eigene Gesundheit erinnern? Bitte kreuzen Sie an, welche im Flyer genannt wurden.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und Tinnitus und Mobilfunkstrahlung.	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsprobleme wie Kopfschmerzen und Tinnitus können erste Anzeichen sein.	<input type="checkbox"/>
Durch die Strahlung können Stoffwechsel und Nervensystem gestört werden.	<input type="checkbox"/>
Bei intensiver und lang andauernder Nutzung von Mobiltelefonen besteht ein erhöhtes Risiko für Hirntumore.	<input type="checkbox"/>
Handys können zur Krebsentstehung beitragen.	<input type="checkbox"/>
Die intensive und lang andauernde Nutzung von Mobiltelefonen kann einen Schlaganfall verursachen.	<input type="checkbox"/>
Auch bei seltenen und kurzen Telefonaten mit dem Handy besteht ein erhöhtes Risiko für Hirntumore.	<input type="checkbox"/>

3. Wissen Sie noch, was man beim Telefonieren mit dem Handy beachten sollte, um sich vor Mobilfunkstrahlung zu schützen? Bitte kreuzen Sie alle Möglichkeiten an, die Ihrer Meinung nach zutreffen.

Man sollte ...

... das Handy nicht in Körpfernähe aufbewahren.	<input type="checkbox"/>
... eine Kette aus Bergkristallen an das Handy binden, um die Strahlung abzufangen.	<input type="checkbox"/>
... das Handy in eine Schutzhülle stecken, um die Strahlung einzudämmen.	<input type="checkbox"/>
... beim Telefonieren einige Meter Abstand zu anderen Personen halten, da sie mitbestrahlt werden.	<input type="checkbox"/>
... beim Versenden von SMS das Handy weit vom Körper entfernt halten.	<input type="checkbox"/>
... nur kurz mit dem Handy telefonieren und für längere Telefonate das Festnetz benutzen.	<input type="checkbox"/>
... Headsets benutzen, um den Abstand zwischen Kopf und Antenne zu vergrößern.	<input type="checkbox"/>
... nicht bei schlechtem Empfang telefonieren, da das Handy dann mit höherer Leistung strahlt.	<input type="checkbox"/>
... nachts das Handy ausschalten.	<input type="checkbox"/>

4. Wie sah Ihre Handynutzung in den vergangenen zwei Wochen aus? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe mein Handy beim Schlafen bewusst außer Reichweite des Kopfes gelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich weiter über das Thema informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Handy-Nutzungsgewohnheiten überdacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mehr mit Headset telefoniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Handy bewusst nicht direkt am Körper getragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe, wenn es möglich war, statt mit dem Handy über das Festnetz telefoniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ganz auf mein Handy verzichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Handy nachts ausgeschaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war bei der Krebsvorsorge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Handynutzung bewusst eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LMU

Bitte umblättern!

5. Was glauben Sie, wie hoch ist das Risiko für Sie, aufgrund der Handystrahlung an den folgenden Krankheiten zu erkranken?

	sehr niedrig	eher niedrig	mittel	eher hoch	sehr hoch	ich bin bereits daran erkrankt
Hirntumor	<input type="checkbox"/>					
Migräne	<input type="checkbox"/>					
Tinnitus	<input type="checkbox"/>					

6. Und wie häufig machen Sie sich Sorgen, aufgrund der Handystrahlung an diesen Krankheiten zu erkranken?

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	ich bin bereits daran erkrankt
Hirntumor	<input type="checkbox"/>					
Migräne	<input type="checkbox"/>					
Tinnitus	<input type="checkbox"/>					

7. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland erkranken jährlich an einem Hirntumor, der durch Handystrahlung ausgelöst wurde? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

8. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland leiden aufgrund der Handystrahlung unter gesundheitlichen Problemen?

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens wieder den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Zu Erinnerung hier noch mal das Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Tabelle A.1: Experiment I – Überblick beide Fragebogen

Frage Nr.	Fragebogen 1	Frage Nr.	Fragebogen 2
1	Bewertung der Flyer / Treatment-Check ... halte den Flyer (vertrauenswürdig etc. 13 Items)		-
2	Erinnerung an Foto / Filter ... ja ... nein		-
3	Fotobewertung /Treatment-Check FA ... Beurteilung des Fotos 11 Items		-
4	Mediennutzung ... Flyer in den letzten vier Wochen		-
5	Emotionen und Reaktanz durch Flyer insgesamt		-
6	Involvement ... habe mich mit Thema Krebs auseinandergesetzt; 5 Items		-
7	Persönliche Betroffenheit ... an Krebs erkrankt (4 Items Eltern, Geschwister, Verwandtschaft, guter Freund)		-
8	Einstellungen ... zum Thema Handystrahlung; 11 Items	1	Einstellungen ... zum Thema Handystrahlung; 11 Items, gleiche Reihenfolge
9	Wissen – Folgen Geschlossen ...7 Items...	2	Wissen – Folgen Geschlossen ...7 Items, andere Reihenfolge
10	Wissen – Verhalten ... um sich zu schützen ... 9 Items	3	Wissen – Verhalten ... um sich zu schützen ... 9 Items, andere Reihenfolge
11	Verhaltensintention ... bzgl. Handynutzung ... 10 Items	4	Tatsächliches Verhalten ... bzgl. Handynutzung ... 10 Items , andere Reihenfolge
12	Risikowahrnehmung zu erkranken ... Hirntumor, Migräne, Tinnitus	5	Risikowahrnehmung zu erkranken ... Hirntumor, Migräne, Tinnitus
13	Risikowahrnehmung: sich Sorgen machen ... Hirntumor, Migräne, Tinnitus	6	Risikowahrnehmung: sich Sorgen machen ... Hirntumor, Migräne, Tinnitus
14	Risikowahrnehmung tatsächlich Erkrankte ... Schätzung	7	Risikowahrnehmung tatsächlich Erkrankte ... Schätzung
15	Risikowahrnehmung gesundheitliche Probleme ... Schätzung	8	Risikowahrnehmung gesundheitliche Probleme ... Schätzung
16	Alter		-
17	Geschlecht		-
18	Schulabschluss		-

Abbildung A.11: Experiment I – Instruktion für den Pretest

Pretest: Handystrahlung

Pretest:

- zweistufiges Vorgehen, mit 12 Personen
- Je nachdem welche Version zugelost wurde, bitte die Fragebögen und den entsprechenden Flyer ausdrucken.
- Stufe 1:
 - o Flyer lesen lassen (Zeit stoppen)
 - o ersten Fragebogen komplett ausfüllen lassen (Zeit stoppen)
 - o vom zweiten Fragebogen nur die veränderte Frage zur Verhaltensänderung ausfüllen lassen (Frage 4)
- Stufe 2:
 - o Fragebögen nochmals durchgehen, VP soll die einzelnen Fragen beurteilen und Schwierigkeiten aufzeigen.

Treatment-Check:

- Jeweiliges Bild wird gezeigt, der Befragte soll einschätzen: positiv – neutral – negativ

Intervieweranweisungen:

- Bitte tragen Sie Ihre Initialen sowohl auf diesem Zettel oben rechts als auch oben rechts auf dem Fragebogen ein.
- Bitte lassen Sie den Flyer zunächst durchlesen, messen Sie dabei die Dauer und tragen diese hier ein: _____ Minuten
- Bitte lassen Sie den ersten Fragebogen ausfüllen, messen Sie dabei die Dauer und tragen diese hier ein: _____ Minuten
- Lassen Sie dann vom zweiten Fragebogen noch die Frage 4 ausfüllen.
- Wenn der Befragte mit dem Ausfüllen fertig ist, gehen Sie mit ihm die Fragebögen nochmals durch und fragen Sie, welche Frage er nicht verstanden hat, unglücklich formuliert fand, ob Fehler in den Fragen waren etc. Bitte tragen Sie die Anmerkungen mit Rotstift in den Fragebogen ein.
- Nun sehen Sie sich mit dem Befragten nochmals den Flyer an. Machen Sie auf das variierte Bild aufmerksam und bitten Sie den Befragten, das Bild einzuschätzen. Finden Sie es ...(bitte ankreuzen):
 - Positiv
 - Neutral
 - Negativ?
- Nun können Sie den Befragten verabschieden.

Die Fragebögen, die Flyerversion und diesen Bogen zusammenheften und bis spätestens Montag zur Sitzung mitnehmen, bei Krankheit trotzdem bitte unbedingt zukommen lassen.

Tabelle A.2: Experiment I – Pretest: Darstellung der benötigten Zeit

	Flyer	Fragebogen 1	Summe
Benötigte Zeit in Minuten			
Im Durchschnitt (auf halbe Minuten gerundet, darum bei der Summe Unstimmigkeit)	4	12	16
Minimum	2	6	
Maximum	12	18	

Tabelle A.3: Experiment I – Pretest: Beurteilung des Furchtappells

	Anzahl der Teilnehmer, die das Bild entsprechend intendierten Furchtappells einstufen	Anzahl der Teilnehmer, die das Bild NICHT entsprechend intendierten Furchtappells einstufen
Positiver Furchtappell (n=4)	3	1 ¹
Neutraler Furchtappell (n=4)	3	1 ²
Negativer Furchtappell (n=5)	3	Keine Angabe
Summe	9	2

¹ Teilnehmer nahm das Bild als neutral war.

² Teilnehmer nahm das Bild als negativ war.

Abbildung A.12: Experiment I – Pretest: Bewertung des Flyers

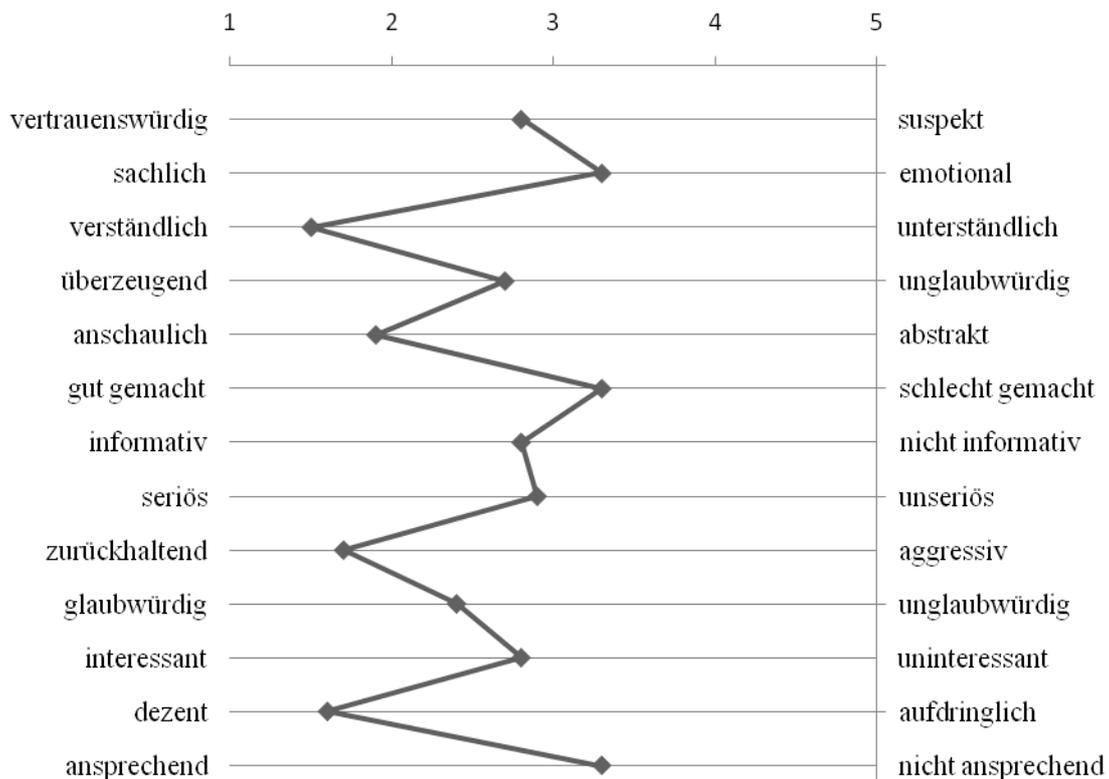


Tabelle A.4: Experiment I – Überblick Kurse und Versuchspersonen

Kürzel	Anzahl der Studierenden im Kurs	Studiensemester	Anzahl der Versuchspersonen zu den Erhebungszeitpunkten t1 und t2	Besonderheit
Kurs 1	34 Personen	1. Semester	t1: 14.01. 31 Vpn t2: 28.01. 26 Vpn	
Kurs 2	27 Personen	3. Semester	t1: 24.01. 25 Vpn t2: 07.02. 11 Vpn	
Kurs 3	31 Personen	3. Semester	t1: 14.01. 31 Vpn t2: 04.02. 10 Vpn	zwischen t1 und t2 liegen 3 Wochen
Kurs 4	32 Personen	1. Semester	t1: 16.01. 26 Vpn (einer ungültig) t2: 30.01. 20 Vpn	
Kurs 5	27 Personen	3. Semester	t1: 23.01. 16 Vpn t2: 06.02. 8 Vpn	
Kurs 6	30 Personen	3. Semester	t1: 14.01. 25 Vpn t2: 04.02. 13 Vpn	zwischen t1 und t2 liegen 3 Wochen

Tabelle A.5: Experiment I – Anzahl der Versuchspersonen pro Kurs

Kurs-Nr.	t1	t2
1	31	26
2	25	11
3	31	10
4	26	19
5	16	8
6	25	13
Summe	154	87

Tabelle A.6: Experiment I – Gruppen (t1)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Anteil Frauen	Anteil Männer
Version 1	27 (17,5%)	22,5	21 (77,8 %)	6 (22,2 %)
Version 2	25 (16,2%)	21,5 ¹	21 (84,0 %)	4 (16,0 %)
Version 3	24 (15,6%)	20,9	19 (79,2 %)	5 (20,8 %)
Version 4	26 (16,9%)	22,5	19 (73,1 %)	7 (26,9 %)
Version 5	27 (17,5%)	22,5	19 (70,4 %)	8 (29,6 %)
Version 6	25 (16,2%)	22,2	22 (88,0 %)	3 (12,0 %)
Gesamt	154 (100 %)	22,0	121 (78,6 %)	33 (21,4 %)

Basis: 153-154 Testpersonen. Fragebogen t1, Fragen 16 und 17. Feldzeit: 14.01.2008 – 24.01.2008.

¹n=24

Tabelle A.7: Experiment I – Verteilung der Stichprobe (t2)

	Textversion		Bildversion		
	Fallbeispiel (Fb) n=46	summarisch (sR) n=41	positiv n=32	neutral n=29	negativ n=26
Alter (AM)	21,9	22,3	22,4	22,2	21,5
Geschlecht					
weiblich (%)	76,1	80,5	71,9	82,8	80,8
männlich (%)	23,9	19,5	28,1	17,2	19,2

Basis: n=87

Anmerkung: Signifikanztests: Chi²-Test bei Geschlecht, t-Test bei Alter (Textversion), einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter (Bildversion)

Für alle Tests gilt: p>0,25, Ausnahme: Verteilung des Alters auf die Bildversion: p=0,13

Tabelle A.8: Experiment I – Gruppen (t2)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Anteil Frauen	Anteil Männer
Version 1	17 (19,5%)	22,7	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)
Version 2	14 (16,1%)	21,9	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)
Version 3	15 (17,2%)	21,0	11 (73,3 %)	4 (26,7 %)
Version 4	15 (17,2%)	22,1	12 (80 %)	3 (20 %)
Version 5	15 (17,2%)	22,5	11 (73,3 %)	4 (26,7 %)
Version 6	11 (12,6%)	22,2	10 (90,9 %)	1 (9,1 %)
Gesamt	87 (100%)	22,1	68 (78,2 %)	19 (21,8 %)

Basis: 87 Testpersonen. Fragebogen t1 und t2, Fragen 16 und 17. Feldzeit: 14.01.2008 – 04.02.2008.

Interviewer-Instruktionen

1. Allgemeine Hinweise

Bitte nehmt vor der Erhebung noch einmal mit den Kursleitern Kontakt auf, um auszumachen, wann genau ihr in den Kurs kommen könnt (Anfang oder Ende).

Betreff: Studie zum Thema "Krebsgefahr durch Handystrahlung"

Am Montag im Kurs erhalten die Teams für jeden Befragungsteilnehmer einen Fragebogen mit dem entsprechend angehefteten Flyer.

Die Fragebögen sind entsprechend markiert in 6er-Stapeln geordnet (Version 1-6).

V1: positives Bild; Fallbeispiel

V2: neutrales Bild; Fallbeispiel

V3: negatives Bild; Fallbeispiel

V4: positives Bild; summarische Realitätsbeschreibung

V5: neutrales Bild; summarische Realitätsbeschreibung

V6: negatives Bild; summarische Realitätsbeschreibung

(Wichtig, falls Ihr noch zusätzliche Fragebögen benötigt. Dann bitte Fragebogen entsprechend der verwendeten Flyer markieren.)

Beim ersten Befragungszeitpunkt bitte in den entsprechenden Kurs zur vereinbarten Zeit gehen.

Zwei Wochen später gehen die Teams erneut in dieselben Kurse und teilen den zweiten Fragebogen aus.

2. Ablauf der Befragung (t1)

Auch hier bedeutet wissenschaftliches Arbeiten, dass wir alle das Gleiche sagen. Prägt euch bitte folgende Sätze ein und stimmt die Teilnehmer so auf die Erhebung ein:

„In unserem Masterkurs untersuchen wir die Qualität von Informationsflyern zum Thema Gesundheit. Dazu würden wir euch bitten, jetzt einen Flyer durchzulesen und anschließend einen Fragebogen auszufüllen und in zwei Wochen einen zweiten Fragebogen. Das Ausfüllen wird etwa 10 Minuten dauern. Die Umfrage ist selbstverständlich anonym. Weder ich noch andere Kursteilnehmer können den ausgefüllten Fragebogen deinem Namen zuordnen. Die Ergebnisse unserer Studie dienen dazu, die Gesundheitskommunikation in Deutschland zu optimieren. Vielen Dank, dass ihr uns dabei unterstützt“

Bitte beginne im ersten Kurs, den Du besuchst mit dem ersten „präparierten“ Fragebogen und teile die weiteren Fragebögen der Reihe nach aus. Im zweiten Kurs fährst Du damit einfach fort. Sobald die Teilnehmer mit dem Lesen der Flyer fertig sind, sammle diese bitte sofort wieder ein. Erst dann sollten die Teil-

nehmer mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen. Abschließend sammelst du auch die Fragebögen wieder ein.

2.1. Kommunikation beim Ausgeben der Fragebögen:

„Ihr bekommt jetzt einen Informationsflyer und einen Fragebogen. Bitte lest euch den Informationsflyer in Ruhe durch und beantwortet erst danach den Fragebogen. Wenn Ihr mit Lesen des Flyers fertig seid, gebt ihn uns bitte zurück. Gebt uns einfach ein Zeichen, dann kommen wir an euren Platz und sammeln ihn ein. Füllt dann den Fragebogen aus und gebt ihn bei uns ab. Habt ihr noch Fragen? (...) Dann teilen wir jetzt die Flyer und Fragebögen aus.“

2.2. Die Studenten haben den Flyer durchgelesen

Bitte sammle die Flyer ein, sobald die Studenten sie fertig durchgelesen haben.

2.3. Fragebogen ist ausgefüllt

Sobald die Studenten den Fragebogen fertig ausgefüllt haben, sammle auch diese wieder ein.

2.4. Jetzt kommt das Debriefing 1 (mündlich)

„Vielen Dank, dass ihr den ersten Fragebogen ausgefüllt habt. Wir sehen uns in zwei Wochen wieder. Selber Ort, selbe Zeit.“

3. Ablauf der zweiten Befragung (t2)

3.1. Kommunikation beim Ausgeben der Fragebögen:

„Heute bekommt Ihr von uns nur einen Fragebogen. Füllt ihn bitte aus und gebt ihn bei uns ab. Habt ihr noch Fragen? (...) Dann teilen wir jetzt die Fragebögen aus.“

3.2. Fragebogen ist ausgefüllt

Sobald die Studenten den Fragebogen fertig ausgefüllt haben, sammle auch diese wieder ein.

3.3. Jetzt kommt das Debriefing 2:

„Nochmals vielen Dank für eure Unterstützung! Wir möchten Euch darüber informieren, dass der Informationsflyer frei erfunden war. Unser Forschungsinteresse ist es, herauszufinden wie sich eine unterschiedliche Gestaltungen von Flyern auf die Informationsaufnahme und -verarbeitung auswirken. Die Ergebnisse werden voraussichtlich nächstes Frühjahr veröffentlicht.“

4. FAQs

Was tun bei Fragen? Idee: Kleine Hilfestellungen geben ist erlaubt, aber so wenig wie möglich beeinflussen oder aufklären.

B Ergebnisse Experiment I

Tabelle B.1: Experiment I – Bewertung des Fotos

	Gesamt (n=91-93)	Textversion			Bildversion			F
		Fb (n=59-61)	sR (n=31-32)	t	positiv (n=35)	neutral (n=28)	negativ (n=30)	
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	1,8	1,9	1,7	0,99	1,7	1,7	2,1	1,65
Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsflyern nerven.	2,8	2,8	2,7	0,53	2,7	2,5	3,1	2,36
Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts.	2,1	2,0	2,4	1,89	2,1	2,1	2,3	0,35
Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern.	2,2	2,1	2,3	0,69	2,3	2,0	2,2	0,44

Basis: n=92-93, t-Test bzw. einfaktorische Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB1, F3, Items 2, 7,5, 6, 8 und 10. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle B.2: Experiment I – Faktorenlösung über Items zur Fotobewertung

	Faktor Reaktanz	Faktor Emotionale Reaktion	Faktor Realitätsferne
Faktor: Reaktanz (Varianzklärung: 23,6%)			
Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts.	0,90		
Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern.	0,89		
Faktor: Emotionale Reaktion (Varianzklärung 19,7%)			
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.		0,85	
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.		0,80	
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.		0,54	
Faktor: Realitätsferne (Varianzklärung 13,1%)			
Das Foto bildet die Realität ab.			-0,87
Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsflyern nerven.			0,78

Basis: 92 Vpn, Faktorenanalyse; Stichprobeneignung nach KMO > 0,55; Bartlett-Text: p=0,000, Erklärte Gesamtvarian: 69,97.

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax; Skalierung 1 = „trifft voll und ganz zu“ 5 = „trifft überhaupt nicht zu“. Cronbachs Alpha betrug für die Indexvariable „Reaktanz“ 0,78, für die Indexvariable „Emotionale Reaktion“ 0,60 und für die Indexvariable „Realitätsferne“ 0,61.

Tabelle B.3: Experiment I – Einfluss des Textes auf das Wissen (Summenindizes)

	Gesamt	Textversion		
	(n=154)	Fb (n=76)	sR (n=78)	t
Wissen Folgen	3,2	3,1	3,2	0,65
Wissen Verhalten	5,8	5,7	6,0	1,58
Wissen Gesamt	9,0	8,7	9,2	1,46

Basis: n=154, t-Test.

FB1, F9 und 10. Summenindizes aus sieben, neun und 16 Items.

Tabelle B.4: Experiment I – Alle Emotionsitems

	Gesamt	Textversion			Bildversion			F
	(n=154)	Fb (n=74-76)	sR (n=75-78)	t	positiv (n=52-53)	neutral (n=50-52)	negativ (n=47-49)	
Die geschilderte Situation nimmt mich persönlich mit.	3,1	3,2	2,9	1,23	3,1	3,2	3,0	0,53
Die dargebotene Information finde ich angst- und besorgnis-erregend.	3,3	3,5	3,1	2,00	3,3	3,2	3,4	0,17
Das Schicksal der Betroffenen macht mich traurig.	3,2	3,4	3,0	1,74	3,0	3,4	3,2	1,04
Aufgrund der Informationen im Flyer mache ich mir Sorgen um eigene Gesundheit.	3,0	3,3	2,8	2,40*	3,1	2,9	3,0	0,27
Das Schicksal der Betroffenen macht mich wütend.	2,0	2,0	2,0	0,24	2,0	2,0	1,9	0,42
Die Betroffenen tun mir leid.	3,6	3,7	3,5	1,03	3,4	3,7	3,6	0,55
Der Flyer ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.	3,2	3,5	3,0	2,46*	3,3	3,1	3,3	0,31
Es freut mich, wenn es den Betroffenen wieder besser geht.	3,9	4,0	3,9	1,08	4,0	4,0	3,9	0,44
Ich hätte nicht mit so gravierenden Folgen gerechnet.	3,3	3,6	3,0	3,08**	3,0	3,3	3,6	3,46*
Die möglichen Spätfolgen machen mich nervös.	3,1	3,4	3,0	2,16*	3,4	3,0	3,0	1,28
Nachdem ich den Flyer gelesen habe, schäme ich mich für mein eigenes Verhalten.	1,6	1,7	1,5	1,88	1,5	1,7	1,6	0,93
Ich habe das Gefühl, dass ich wirklich etwas an mir ändern kann.	2,7	2,8	2,6	0,87	2,8	2,9	2,5	2,08

Basis: n=154, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

FB1, F5 (ohne die Items 7, 9 und 10). Skalierung für „Sorge“ von „1“= „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle B.5: Experiment I – Einfluss des Textes auf die emotionale Reaktion auf das Bild

	Gesamt		Textversion	
	(n=93)	Fb (n=59-61)	sR (n=31-32)	t
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensum- stellung – besser gehen könnte.	1,8	1,9	1,6	1,35
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	1,8	1,9	1,6	1,36

Basis: n=93, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.

FB1, F3, Items 2, 7,5, 6, 8 und 10. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle B.6: Experiment I – Einfluss des Fallbeispiels auf die Einstellungen, Verhaltensintention und Verhalten (Indexvariable)

	Gesamt		Textversion	
	(n=154)	Fb (n=76)	sR (n=78)	t
Einstellungen t1	3,3	3,3	3,2	1,01
Verhaltensintention	2,8	2,9	2,8	1,16
Verhalten1	2,1	2,1	2,1	0,03

Basis: n=154, t-Test. FB1, F8. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Elf Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA 0,84). FB1, F11, Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Zehn Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA 0,081).

¹ Basis: n=87 (Fb n=46, sR n=41), t-Test. FB2, F4. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Zehn Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA 0,78).

Tabelle B.7: Experiment I – Interaktion zwischen Textversion und Geschlecht

	Fb		SR		Text F	Ge- schlecht		T*G		Gesamt F	R ² (korr.)
	weibl. (n=61)	männl. (n=14-15)	weibl. (n=60)	männl. (n=18)		F	F	F	F		
Erinnerung Foto	0,8	0,8	0,4	0,4	18,98***	0,07	0,05	8,98***	0,14		
Wissen gesamt	8,9	8,9	9,3	9,0	2,44	1,69	0,31	1,35,	0,01		
Emotionale Reaktion	3,2	2,9	3,0	2,4	6,80*	8,88**	1,10	5,71**	0,09		
Pers. Risiko- wahn. (Risiko)	2,9	2,6	2,7	2,2	2,21	4,17*	0,24	2,34	0,03		
Pers. Risiko- wahn. (Sorge)	1,9	1,4	1,8	1,4	0,19	5,85*	0,18	2,28	0,03		
Allg. Risiko- wahn. (Er- krankte, %)	4,6	1,6	2,2	0,9	2,55	5,35*	0,73	4,39*	0,06		
Allg. Risiko- wahn. (Fol- gen, %)	11,1	4,2	7,0	5,4	0,79	6,46*	2,50	4,63**	0,07		
Einstellungen	3,4	3,2	3,2	3,2	0,42	0,38	0,07	0,48	-0,01		
Verhaltensin- tentionen	3,0	2,7	2,8	2,6	0,36	2,17	0,24	1,20	0,00		
Verhalten ¹	2,2	1,8	2,1	2,0	0,15	1,89	0,55	0,92	0,00		

Basis: n=153-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01.

¹ n=97 (35, 11, 33 und 8)

Tabelle B.8: Experiment I – Interaktion zwischen Textversion und Alter

	Fb		SR		Text	Alter	T*A	Gesamt	
	19-21 Jahre	22-34 Jahre	19-21 Jahre	22-34 Jahre	F	F	F	F	R ² (korr.)
	(n=50)	(n=25)	(n=44)	(n=32-34)					
Erinnerung Foto	0,8	0,9	0,5	0,4	29,85***	0,03	1,31	10,03***	0,15
Wissen gesamt	9,3	7,8	9,3	9,2	4,17*	7,17*	5,13*	4,39*	0,06
Emotionale Reaktion	3,2	3,1	2,9	2,8	5,64*	0,48	0,04	2,39	0,03
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,9	2,7	2,5	2,7	1,64	0,02	0,58	0,97	0,00
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,9	1,7	1,6	1,8	0,29	0,01	2,72	1,22	0,00
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	4,1	3,8	1,5	2,5	5,78*	0,15	0,73	2,69*	0,03
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	10,8	7,9	5,9	7,6	3,32	0,18	2,69	2,74*	0,03
Einstellungen	3,3	3,4	3,2	3,2	1,17	0,16	0,20	0,43	-0,01
Verhaltensintentionen	2,9	2,8	2,8	2,8	0,79	0,19	0,30	0,56,	-0,01
Verhalten ¹	2,1	2,0	2,2	2,0	0,00	0,65	0,10	0,22	-0,03

Basis: n=151-153, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (27, 19, 23 und 18)

Tabelle B.9: Experiment I – Nutzung von Gesundheitsflyern

Genutzte Gesundheitsflyer	Anzahl der Versuchspersonen
keinen	116 (75,3 %)
1 bis 2	27 (17,5%)
3 bis 4	3 (1,9%)
5 und mehr	0 (0%)
Gesamt	146 (100%)

Basis: 146 Testpersonen.

Fragebogen 1, Frage 4: „Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken, wie viele Gesundheitsflyer haben Sie sich in dieser Zeit angesehen?“

Tabelle B.10: Experiment I – Flyernutzung

	Gesamt		Textversion			Bildversion			F
	(n=154)	0,2	Fb	sR	t	positiv	neutral	negativ	
			(n=76)	(n=78)		(n=53)	(n=52)	(n=49)	
Flyernutzung			0,3	0,2	0,81	0,2	0,3	0,2	0,23

Basis: n=154, t-Test bzw. einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), p=0,81 bzw.p=0,42.

Frage 4, Fragebogen1. Skalierung von „0“ = „keinen“, „1“ = 1 bis 2“, 2 = „3 bis 4“ und 3 = „5 und mehr“.

Tabelle B.11: Experiment I – Interaktion zwischen Textversion und Flyernutzung

	Fb		SR		Text	Flyer- nutzung	T*F	Gesamt	
	0 Flyer (n=58)	>1 Flyer (n=15-16)	0 Flyer (n=58)	>1 Flyer (n=12-14)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,8	0,8	0,4	0,6	8,76**	0,55	3,17	9,49***	0,15
Wissen gesamt	9,0	7,7	9,2	7,2	4,67*	3,07	2,39	2,77*	0,04
Emotionale Reaktion	3,1	3,2	2,8	2,8	5,30*	0,04	0,01	2,61	0,03
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,8	2,9	2,6	2,4	2,90	0,04	0,26	1,10	0,00
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,7	2,0	1,6	1,9	0,61	3,67	0,06	1,64	0,01
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	3,1	7,7	1,7	2,3	11,51**	6,32*	3,84	6,51***	0,10
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	9,2	13,2	5,7	11,5	8,79**	2,45	0,75	4,31*	0,07
Einstellungen	3,3	3,4	3,1	3,6	0,19	3,71	1,23	1,94	0,02
Verhaltensintentionen	2,8	3,2	2,7	2,9	1,38	3,12	0,12	1,69	0,01
Verhalten ¹	2,1	2,2	2,0	2,2	0,10	0,56	0,04	0,27	-0,03

Basis: n=143-146, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=83 (33, 12, 29 und 9)

Tabelle B.12: Experiment I – Interaktion zwischen Textversion und Involvement

	Fb		SR		Text	Involv.	T*I	Gesamt	
	Inv. ger. (n=42-43)	Inv. hoch (n=33)	Inv. ger. (n=43-44)	Inv. hoch (n=33-34)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,8	0,8	0,5	0,4	27,97***	0,43	1,06	9,02***	0,14
Wissen gesamt	8,5	9,1	9,1	9,4	1,92	2,20	0,30	1,55	0,01
Emotionale Reaktion	3,1	3,2	2,8	2,9	6,09*	0,60	0,11	2,37	0,03
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,8	2,9	2,5	2,7	2,33	0,41	0,00	0,93	0,00
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,9	1,8	1,6	1,8	0,73	0,04	0,58	0,51	-0,01
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	4,3	3,6	1,7	2,2	6,53*	0,01	0,59	2,58	0,03
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	9,6	10,2	6,5	6,8	5,34*	0,10	0,01	1,82	0,02
Einstellungen	3,3	3,3	3,3	3,1	1,21	0,33	0,66	0,67	-0,01
Verhaltensintentionen	2,9	3,0	2,7	2,8	1,27	0,39	0,00	0,56	-0,01
Verhalten ¹	2,2	2,0	2,1	2,1	0,01	0,07	0,24	0,11	-0,03

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (26, 20, 26 und 15)

Tabelle B.13: Experiment I – Interaktion zwischen Textversion und persönlicher Betroffenheit

	Fb		SR		Text	Betr.	T*B	Gesamt	
	keine Betr. (n=21-22)	Betr. (n=54)	keine Betr. (n=26-27)	Betr. (n=50-51)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,6	0,9	0,4	0,4	17,42***	1,67	2,92	10,63***	0,16
Wissen gesamt	7,7	9,2	9,2	9,2	5,48*	4,96*	5,05*	3,90*	0,05
Emotionale Reaktion	3,3	3,1	3,0	2,8	6,09*	1,57	0,01	2,67	0,03
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,7	2,9	2,6	2,6	1,53	0,43	0,19	0,99	0,00
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,8	1,8	1,7	1,7	0,68	0,05	0,04	0,33	-0,01
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	5,9	3,3	2,1	1,8	9,71**	2,98	,83	3,96*	0,06
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	12,2	8,9	6,0	6,9	7,49*	0,63	2,03	2,65	0,03
Einstellungen	3,5	3,2	3,4	3,1	1,37	5,36*	0,67	2,14	0,02
Verhaltensintentionen	3,2	2,8	2,9	2,7	2,51	4,84*	1,18	2,35	0,03
Verhalten ¹	2,2	2,1	2,2	2,0	0,00	0,67	0,08	0,26	-0,03

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (13, 33, 16 und 25)

Tabelle B.14: Experiment I – Einfluss des Bildes auf das Wissen (Summenindizes)

	Gesamt (n=154)	Bildversion			F
		positiv (n=53)	neutral (n=52)	negativ (n=49)	
Wissen Folgen	3,2	3,1	3,0	3,4	1,85
Wissen Verhalten	5,8	5,9	5,8	5,9	0,05
Wissen Gesamt	9,0	8,9	8,8	9,2	0,64

Basis: n=154, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

FB1, F9 und 10. Summenindizes aus sieben, neun und 16 Items.

Tabelle B.15: Experiment I – Einfluss des Bildes auf die emotionale Reaktion auf den Flyer insgesamt

	Gesamt (n=154)	Bildversion			F
		positiv (n=51-53)	neutral (n=51-52)	negativ (n=47-49)	
Emotionale Reaktion (Indexvariable)	3,0	3,0	3,0	3,0	0,07
Beim Betrachten des Flyers dachte ich: ‚Was geht mich das an?‘ (Reaktanz)	2,0	2,0	2,1	2,0	0,19
Diese Vorsorgemaßnahmen bringen doch sowieso nichts. (Reaktanz)	2,6	2,4	2,5	2,9	2,31
Das Schicksal der Betroffenen hat doch nichts mit mir zu tun. (Reaktanz)	2,1	2,2	2,1	2,2	0,08

Basis: n=154, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

FB1, F5. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Emotionale Reaktion: Zwölf Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex, Items 1- 6, 8, 11-15 (CA 0,88).

Tabelle B.16: Experiment I – Einfluss des Bildes auf die Risikowahrnehmung

n	Gesamt (n=151-154)	Bildversion			F
		positiv (n=53)	neutral (n=50-52)	negativ (n=48-49)	
Persönliche Risikowahrnehmung (Risiko, Index)	2,7	2,7	2,7	2,8	0,37
Persönliche Risikowahrnehmung (Sorge, Index)	1,8	1,7	1,7	1,8	0,02
Allgemeine Risikowahrnehmung (Erkrankte, %)	3	3	3	3	0,15
Allgemeine Risikowahrnehmung (Gesundheitliche Folgen, %)	8	8	7	10	1,21

Basis: n=151-154, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

FB1, F12 und 13. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“ ergänzt durch die Antwortmöglichkeit „ich bin bereits daran erkrankt“, die als fehlender Wert behandelt wurde. Je drei Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA=0,82 und CA=0,78). FB1, F14 und 15. Offene Abfrage einer Prozentangabe. Prozentangaben gerundet.

Tabelle B.17: Experiment I – Einfluss der Bildversion auf die Einstellungen, Verhaltensintentionen und Verhalten (Indexvariablen)

n	Gesamt (n=154)	Bildversion			F
		positiv (n=53)	neutral (n=52)	negativ (n=49)	
Einstellungen	3,3	3,4	3,2	3,3	1,26
Verhaltensintention	2,8	2,8	2,8	2,8	0,04
Verhalten ¹	2,1	2,0	2,3	2,0	1,83

Basis: n=154, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB1, F8. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Elf Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex. (CA=0,84). FB1, F11. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Zehn Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA 0,081).

¹ Basis: n=87 (positiv n=32, neutral n=29, negativ n=26), einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

Frage 4, Fragebogen 2. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. Zehn Items zusammengefasst zu einem Mittelwertindex (CA=0,78).

Tabelle B.18: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und emotionaler Reaktion

	positiv		neutral		negativ		Bild	emot. Reakt.	B*E	Gesamt	
	emot. Reak. ger. (n=25)	emot. Reak. ger. (n=28)	emot. Reak. ger. (n=26-27)	emot. Reak. ger. (n=24-25)	emot. Reak. ger. (n=23-24)	emot. Reak. ger. (n=25)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,8	0,6	0,6	0,5	0,7	0,5	1,20	3,70	0,08	1,20	0,01
Wissen gesamt	8,9	8,9	8,9	8,8	9,2	9,3	0,63	0,01	0,04	0,27	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,3	2,9	2,2	3,2	2,7	3,0	0,46	17,60***	1,26	4,26**	0,10
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,5	2,0	1,4	2,1	1,6	1,9	0,03	14,20***	0,82	3,21*	0,07
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	1,7	3,6	1,2	4,9	2,5	3,9	0,18	8,69**	0,88	2,16	0,04
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	5,9	9,3	4,8	9,8	6,4	12,9	1,16	13,33***	0,43	3,31*	0,07
Einstellungen	3,2	3,6	2,9	3,5	3,1	3,4	1,12	15,19***	0,45	3,79**	0,08
Verhaltensintentionen	2,5	3,1	2,3	3,4	2,5	3,1	0,12	53,87***	2,90	12,05***	0,27
Verhalten ¹	1,7	2,2	1,7	2,8	1,9	2,1	2,03	24,77***	4,80*	8,08***	0,29

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (13, 19, 13, 16, 12 und 14)

Tabelle B.19: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und Geschlecht

	positiv		neutral		negativ		Bild	emot. Reakt.	B*E	Gesamt	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	F	F	F	F	R ² (korr.)
	(n=40)	(n=13)	(n=39-40)	(n=11-12)	(n=40-41)	(n=8)					
Erinnerung Foto	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,49	0,30	0,35	0,61	-0,01
Wissen gesamt	8,9	9,1	9,1	7,8	9,3	9,1	1,20	1,14	1,53	1,12	0,00
Emotionale Reaktion	3,1	2,7	3,2	2,3	3,0	3,1	0,86	7,69*	4,20*	3,74**	0,08
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,7	2,6	2,9	2,1	2,9	2,6	0,51	4,03*	1,21	1,49	0,02
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,8	1,6	1,9	1,2	1,8	1,4	0,30	6,05*	0,77	1,49	0,02
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	3,1	1,5	3,7	0,3	3,5	1,9	0,14	5,11*	0,39	1,28	0,01
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	8,6	4,9	8,9	1,5	9,9	9,5	2,14	4,90*	1,30	2,17	0,04
Einstellungen	3,4	3,2	3,2	3,0	3,2	3,5	1,21	0,18	1,28	1,11	0,00
Verhaltensintentionen	2,9	2,6	3,0	2,4	2,7	3,1	0,80	1,26	3,06	1,71	0,02
Verhalten ¹	2,1	1,9	2,4	1,9	2,0	2,0	0,30	1,93	0,56	1,33	0,02

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (23, 9, 234, 5, 21 und 5)

Tabelle B.20: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und Alter

	positiv		neutral		negativ		Bild	Alter	Bild*Alter	Gesamt	
	19-21 Jahre (n=31)	22-34 Jahre (n=22)	19-21 Jahre (n=29)	22-34 Jahre (n=22)	19-21 Jahre (n=34)	22-34 Jahre (n=15)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,91	0,11	0,38	0,55	-0,02
Wissen gesamt	9,1	8,7	9,6	8,1	9,3	9,1	0,53	4,58*	1,53	1,80	0,03
Emotionale Reaktion	3,0	3,0	3,1	3,0	3,1	2,7	0,32	1,17	0,80	0,55	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,6	2,8	2,7	2,7	2,9	2,7	0,13	0,05	,050	0,35	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,7	1,9	1,7	1,7	1,9	1,6	0,03	0,03	0,88	0,36	-0,02
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	2,5	3,0	2,7	3,4	3,5	2,6	0,05	0,02	0,36	0,21	-0,03
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	7,9	7,4	7,5	7,0	9,9	9,5	0,99	0,11	0,00	0,50	-0,02
Einstellungen	3,3	3,5	3,2	3,1	3,2	3,3	1,48	0,07	0,44	0,71	-0,01
Verhaltensintentionen	2,9	2,7	2,8	2,9	2,8	2,7	0,06	0,28	0,37	0,22	-0,03
Verhalten ¹	2,1	1,9	2,4	2,2	2,0	2,0	1,77	0,81	0,25	1,01	0,00

Basis: n=151-153, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (18, 14, 15, 14, 17 und 9)

Tabelle B.21: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und Flyernutzung

	positiv		neutral		negativ		Bild	Flyer	Bild*Flyer	Gesamt	R ² (korr.)
	0 Flyer	>1 Flyer	0 Flyer	>1 Flyer	0 Flyer	>1 Flyer	F	F	F	F	
	(n=42)	(n=10)	(n=36)	(n=9-11)	(n=38)	(n=8-9)					
Erinnerung Foto	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,55	0,55	0,09	0,35	-0,02
Wissen gesamt	9,0	8,6	8,9	8,1	9,5	8,4	0,49	3,29	0,19	1,13	0,01
Emotionale Reaktion	3,0	3,0	3,1	2,9	2,9	3,2	0,12	0,12	1,03	0,48	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,7	2,5	2,6	2,5	2,7	3,0	0,80	0,00	0,40	0,34	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,7	2,1	1,6	2,0	1,7	1,9	0,12	3,41	0,13	0,80	-0,01
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	2,6	3,3	2,3	5,5	2,4	7,6	1,31	8,30	1,58	2,21	0,04
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	7,8	11,8	5,9	11,2	7,2	13,6	2,46	3,35	2,00	1,68	0,02
Einstellungen	3,3	3,6	3,2	3,2	3,2	3,7	1,70	4,17*	0,97	1,66	0,02
Verhaltensintentionen	2,8	3,0	2,8	2,9	2,7	3,3	0,23	3,82	1,17	1,20	0,01
Verhalten ¹	2,0	2,1	2,3	2,2	1,9	2,0	0,66	0,46	0,59	1,03	0,00

Basis: n=143-146, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=83 (25, 6, 19, 7, 18 und 8)

Tabelle B.22: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und Involvement

	positiv		neutral		negativ		Bild	Involv.	Bild*Involv.	Gesamt	R ² (korr.)
	Involv. niedrig (n=29)	Involv. hoch (n=24)	Involv. niedrig (n=31)	Involv. hoch (n=20-21)	Involv. niedrig (n=26-27)	Involv. hoch (n=22)	F	F	F	F	
Erinnerung Foto	0,6	0,8	0,6	0,4	0,7	0,5	1,55	0,60	2,93	1,71	0,02
Wissen gesamt	8,5	9,5	8,6	9,2	9,4	9,1	0,43	1,94	1,42	1,24	0,01
Emotionale Reaktion	3,0	3,0	2,9	3,2	3,0	2,9	0,22	0,59	1,23	0,64	-0,01
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,6	2,7	2,5	2,9	2,9	2,7	0,29	0,37	0,81	0,55	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,7	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	0,01	0,03	0,50	0,22	-0,03
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	2,4	3,1	3,3	2,5	3,4	3,0	0,11	0,01	0,29	0,18	-0,03
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	6,3	9,4	7,0	7,7	11,1	8,2	0,99	0,04	1,47	1,09	0,00
Einstellungen	3,3	3,5	3,2	3,2	3,4	3,0	1,39	0,51	2,09	1,43	0,01
Verhaltensintentionen	2,7	3,0	2,7	3,0	2,9	2,7	0,14	0,34	1,95	0,87	-0,01
Verhalten ¹	2,9	2,0	2,2	2,4	2,1	1,8	2,27	0,09	0,91	1,10	0,01

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (18, 14, 18, 11, 16 und 10)

Tabelle B.23: Experiment I – Interaktion zwischen Bildversion und Betroffenheit

	positiv		neutral		negativ		Bild	Betroff.	Bild*Betroff.	Gesamt	
	keine Betroff. (n=18)	Betroff. (n=35)	keine Betroff. (n=12-13)	Betroff. (n=38-39)	keine Betroff. (n=17-18)	Betroff. (n=31)	F	F	F	F	R ² (korr.)
Erinnerung Foto	0,7	0,7	0,3	0,6	0,6	0,7	2,11	2,66	1,00	1,30	0,01
Wissen gesamt	8,7	9,1	7,9	9,2	8,9	9,4	1,33	4,69*	0,72	1,41	0,01
Emotionale Reaktion	3,2	2,9	3,1	3,0	3,0	3,0	0,16	1,16	0,72	0,57	-0,01
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,7	2,6	2,5	2,8	2,6	2,9	0,28	0,67	0,50	0,46	-0,02
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	0,00	0,03	0,15	0,07	-0,03
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	3,2	2,4	5,4	2,2	3,3	3,2	0,41	2,40	0,99	0,86	0,01
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	6,9	8,1	11,3	6,0	9,1	10,2	0,70	0,38	1,81	1,25	0,01
Einstellungen	3,5	3,3	3,3	3,1	3,5	3,1	0,90	4,46*	0,40	1,54	0,02
Verhaltensintentionen	3,0	2,8	3,1	2,8	3,0	2,7	0,06	4,30*	0,20	0,95	-0,00
Verhalten ¹	1,9	2,0	2,5	2,2	2,2	1,8	2,40	1,48	0,89	1,34	0,02

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (10, 22, 7, 22, 12 und 14)

Tabelle B.24: Experiment I – Interaktion zwischen Bild- und Textversion

	positiv		neutral		negativ		Bild	Involv.	Bild*Involv.	Gesamt	R ² (korr.)
	Fb (n=27)	sR (n=26)	Fb (n=24-25)	sR (n=26-27)	Fb (n=24)	sR (n=24-25)	F	F	F	F	
Erinnerung Foto	1,0	0,4	0,6	0,4	0,8	0,4	1,14	26,99***	2,43	6,95***	0,16
Wissen gesamt	8,9	9,0	8,3	9,3	9,1	9,4	0,68	2,12	0,72	0,97	0,00
Emotionale Reaktion	3,1	2,9	3,2	2,9	3,2	2,8	0,09	6,41*	0,10	1,34	0,01
Pers. Risikowahrn. (Risiko)	2,9	2,4	2,8	2,6	2,9	2,7	0,39	2,35	0,29	0,74	-0,01
Pers. Risikowahrn. (Sorge)	1,9	1,6	1,9	1,6	1,7	1,9	0,02	0,83	1,23	0,68	-0,01
Allg. Risikowahrn. (Erkrankte, %)	3,0	2,3	4,2	1,8	4,9	1,6	0,16	7,45*	0,95	1,87	0,03
Allg. Risikowahrn. (Folgen, %)	9,4	5,9	9,2	6,4	10,0	9,9	1,19	5,25*	0,02	1,55	0,02
Einstellungen	3,3	3,0	3,4	3,3	3,4	3,2	1,25	4,23*	0,53	1,54	0,02
Verhaltensintentionen	2,9	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	0,04	1,23	0,05	0,28	-0,02
Verhalten ¹	2,0	2,0	2,4	2,2	1,9	2,2	1,75	0,00	1,31	1,25	0,01

Basis: n=151-154, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,000

¹ n=87 (17, 15, 14, 15, 15 und 11)

C Methode Experiment II

Tabelle C.1: Experiment II – Bildquellen

Titelbild:	Selbst erstellt
Bild Seite 1:	http://www.berlin.de/special/gesundheits-und-beauty/gesundheitsratgeber/42028-212-4a0162aa.html
Bild Seite 3:	http://www.locomnet.de/echonet/012005/hilfeimalter/840/index.html
Bild Seite 5:	http://images.google.com/imgres?imgurl=http://www.cinemasterclass.de/images/05Artificial&imgrefurl=http://www.cinemasterclass.de/filme/schluesel/&usg=__H3fzFgTjcZGoJ8L39DEtxJOuNo4=&h=413&w=591&sz=108&hl=de&start=12&tbnid=CU5B5PEVaDrQhM:&tbnh=94&tbnw=135&prev=/images%3Fq%3Djunger%2BMann%26as_st%3Dy%26hl%3Dde
Bild Seite 6:	http://www.migliore.de/streetlife/pages/david%20vor%20student%20hall_resize.html http://images.google.com/imgres?imgurl=http://www.migliore.de/streetlife/images/david%2520vor%2520student%2520hall_resize.jpg&imgrefurl=http://www.migliore.de/streetlife/pages/david%2520vor%2520student%2520hall_resize.html&usg=__bnvnjJ20WOSTPN_BpRfapdMCnDk=&h=640&w=577&sz=327&hl=de&start=5&tbnid=y4RRRfLfvHXPM:&tbnh=137&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3DStudent%26as_st%3Dy%26hl%3Ddehttp://images.google.com/imgres?imgurl=http://www.migliore.de/streetlife/images/david%2520vor%2520student%2520hall_resize.jpg&imgrefurl=http://www.migliore.de/streetlife/pages/david%2520vor%2520student%2520hall_resize.html&usg=__bnvnjJ20WOSTPN_BpRfapdMCnDk=&h=640&w=577&sz=327&hl=de&start=5&tbnid=y4RRRfLfvHXPM:&tbnh=137&tbnw=124&prev=/images%3Fq%3DStudent%26as_st%3Dy%26hl%3Dde
Bild Seite 8:	http://www.presseportal.de/pm/6910/1046188/tk_techniker_krankenkasse
Bild Seite 9:	http://www.mdr.de/umschau/1397437.html

Tabelle C.2: Experiment II – Übersicht der Fallbeispiele

<i>Positive Version</i>	<i>Negative Version</i>
Gertrud L., 61 Jahre, Lehrerin	
<p>„Erfolgreich zurück in den Beruf“ Jahrelang kam Gertrud L. nach einem langen Arbeitstag erst nach 18.00 Uhr nach Hause. Dort konnte sie jedoch nicht abschalten. Haushalt und Korrekturarbeiten mussten erledigt werden. Auch nachts konnte sie nicht entspannen und litt unter Schlafstörungen. Um die Übermüdung zu bekämpfen, ließ sie sich ein Schlafmittel verschreiben. Schnell wurde die Einnahme zur Gewohnheit. Um die gewünschte Wirkung zu erreichen, benötigte sie bald immer größere Dosen. Die Folgen waren Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Gleichgültigkeit und weiterhin Müdigkeit. Einer befreundeten Kollegin fielen die negativen Veränderungen auf. Sie schlug Gertrud L. vor, einen Spezialisten aufzusuchen.</p> <p>Auf dessen Rat begann sie eine Entzugstherapie mit begleitender Psychotherapie. Es gelang ihr, die Therapie erfolgreich durchzuhalten. Heute macht ihr die Arbeit wieder Freude und zum Schlafen braucht sie keine Tabletten mehr.</p>	<p>„Nach 30 Jahren im Beruf: arbeitsunfähig“ Jahrelang kam Gertrud L. nach einem langen Arbeitstag erst nach 18.00 Uhr nach Hause. Dort konnte sie jedoch nicht abschalten. Haushalt und Korrekturarbeiten mussten erledigt werden. Auch nachts konnte sie nicht entspannen und litt unter Schlafstörungen. Um die Übermüdung zu bekämpfen ließ sie sich ein Schlafmittel verschreiben. Schnell wurde die Einnahme zur Gewohnheit. Um die gewünschte Wirkung zu erreichen benötigte sie bald immer größere Dosen. Die Folgen waren Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Gleichgültigkeit und weiterhin Müdigkeit. Einer befreundeten Kollegin fielen die negativen Veränderungen auf. Sie schlug Gertrud L. vor, einen Spezialisten aufzusuchen.</p> <p>Sie ignorierte den Rat und verweigerte jede Hilfe. Eines Tages brach sie weinend zusammen. Diagnose: Nervenzusammenbruch. Gertrud L. ist bis heute in Behandlung und kann nicht arbeiten.</p>
Hermann K., 65 Jahre, Rentner	
<p>„Die Sucht überwunden“ Ein Leben ohne Schmerzen war für Hermann K. unvorstellbar. Je älter er wurde, desto mehr streikte der Körper: Zuerst die Gelenke, später auch das Herz. Zum Glück gab es gegen jedes Leiden ein Mittel, beim Hausarzt oder in der Apotheke. Gerade die Schmerzmittel halfen jedoch nur für kurze Zeit. Er benötigte die Medikamente immer häufiger und in größeren Mengen, um den Tag zu überstehen. Schließlich nahm er bis zu 20 Tabletten am Tag. Durch einen Fernsehbeitrag zum Thema „Medikamentensucht“ wurde ihm klar, dass er zur Risikogruppe gehört und sogar schon an Entzugssymptomen leidet, wenn er seine Tabletten einmal später einnimmt.</p> <p>Er wendet sich an eine Suchtberatungsstelle. Dort wird ihm eine Selbsthilfegruppe empfohlen, bei der er sich sofort anmeldet. Mittlerweile hat Hermann K. seine Sucht überwunden und in der Selbsthilfegruppe sogar neue Freunde gefunden.</p>	<p>„Die Sucht bestimmt das Leben“ Ein Leben ohne Schmerzen war für Hermann K. unvorstellbar. Je älter er wurde, desto mehr streikte der Körper: Zuerst die Gelenke, später auch das Herz. Zum Glück gab es gegen jedes Leiden ein Mittel, beim Hausarzt oder in der Apotheke. Gerade die Schmerzmittel halfen jedoch nur für kurze Zeit. Er benötigte die Medikamente immer häufiger und in größeren Mengen, um den Tag zu überstehen. Schließlich nahm er bis zu 20 Tabletten am Tag. Durch einen Fernsehbeitrag zum Thema „Medikamentensucht“ wurde ihm klar, dass er zur Risikogruppe gehört und sogar schon an Entzugssymptomen leidet, wenn er seine Tabletten einmal später einnimmt.</p> <p>Allerdings glaubt Hermann K., dass er alles unter Kontrolle hat und verdrängt seine Sucht. Er nimmt weiterhin sehr viele Medikamente ein. Ein „normales“ Leben ist immer weniger möglich und auch die Nebenwirkungen nehmen ständig zu.</p>
Susanne M., 31 Jahre, junge Mutter	
<p>„Immer wollte ich alles perfekt machen“ Mutter sein, den Haushalt führen und ein Halbtagsjob – das war zu viel für Susanne M. Sie fühlte sich schwach und unausgeglich und konnte kaum noch körperlich arbeiten. Doch sie sprach mit niemandem über ihrer Sorgen. Als ihr ein Bekannter Beruhigungsmittel anbot, griff sie zu. Bisher hatte sie nie „einfach so“ Medikamente genommen. Aber Susanne M. wollte „funktionieren“ und mit den Medikamenten ging das. Der Hausarzt verschrieb ihr regelmäßig Beruhigungs- und Schlaftabletten. Mit der Zeit wurden die Präparate immer stärker. Fast sieben Jahre lang konnte sie die Tablettenabhängigkeit geheim halten.</p>	<p>„Ich wollte immer alles perfekt machen“ Mutter sein, den Haushalt führen und ein Halbtagsjob – das war zu viel für Susanne M. Sie fühlte sich schwach und unausgeglich und konnte kaum noch körperlich arbeiten. Doch sie sprach mit niemandem über ihrer Sorgen. Als ihr ein Bekannter Beruhigungsmittel anbot, griff sie zu. Bisher hatte sie nie „einfach so“ Medikamente genommen. Aber Susanne M. wollte „funktionieren“ und mit den Medikamenten ging das. Der Hausarzt verschrieb ihr regelmäßig Beruhigungs- und Schlaftabletten. Mit der Zeit wurden die Präparate immer stärker. Fast sieben Jahre lang konnte sie die Tablettenabhängigkeit geheim halten.</p>

<p>Doch emotional entfernte sie sich immer weiter von ihrer Umwelt. Ihr Partner hielt das nicht mehr aus und überredete sie, einen Arzt aufzusuchen. Heute hat Susanne M. gelernt, sich nicht zu viel zuzumuten.</p>	<p>Mit der Zeit stumpfte sie emotional völlig ab. Schließlich scheiterte ihre Partnerschaft und auch ihre Kinder wandten sich von ihr ab. Heute lebt Susanne M. abgeschottet und allein in einer Sozialwohnung.</p>
<p>Stefan T., 32 Jahre, Informatiker</p>	
<p>„Harmloses Mittel mit Suchtpotenzial“ Zuerst war es nur eine, später bis zu fünf Tabletten pro Tag. Er empfand seine Situation als normal: Der Job war anstrengend, die junge Familie forderte viel Zeit und so war es schwer am Abend zur Ruhe zu kommen. Seine Frau besorgte ihm ein <i>Schlafmittel</i> aus der Apotheke: „Nimm ruhig zwei Stück wenn du nicht Einschlafen kannst. Die sind ganz harmlos.“ Harmlos war das Mittel aber nicht. Nach kurzer Zeit brauchte er die doppelte Dosis, um dasselbe Ergebnis zu erzielen. Die Tabletten verschleierten seine Sinne. Auf die Veränderung seiner Persönlichkeit angesprochen, reagierte er erschrocken. Als er dem Hausarzt sein Verhalten beschreibt, erklärt ihm dieser, dass er bereits die typischen Symptome einer Medikamentenabhängigkeit aufweise. Mit der Unterstützung seiner Frau absolvierte er eine erfolgreiche Drogentherapie und kann heute ganz ohne Medikamente - seinen Alltag meistern.</p>	<p>„Harmlose Mittel mit schlimmen Folgen“ Zuerst war es nur eine, später bis zu fünf Tabletten pro Tag. Er empfand seine Situation als normal: Der Job war anstrengend, die junge Familie forderte viel Zeit und so war es schwer am Abend zur Ruhe zu kommen. Seine Frau besorgte ihm ein <i>Schlafmittel</i> aus der Apotheke: „Nimm ruhig zwei Stück wenn du nicht Einschlafen kannst. Die sind ganz harmlos.“ Harmlos war das Mittel aber nicht. Nach kurzer Zeit brauchte er die doppelte Dosis, um dasselbe Ergebnis zu erzielen. Die Tabletten verschleierten seine Sinne. Auf die Veränderung seiner Persönlichkeit angesprochen, reagierte er abweisend. Er zieht sich immer mehr zurück und lebt nur noch in seiner eigenen Welt. Seine Frau sah keinen anderen Ausweg mehr und reichte die Scheidung ein. Selbst im Sorgerechtsstreit um die gemeinsamen Kinder gestand er sich die Sucht nicht ein. Stefan T. hat es bis heute nicht geschafft seine Familie zurückzugewinnen.</p>
<p>Johannes B., 23 Jahre, Student</p>	
<p>„Gerade noch einmal gut gegangen“ Johannes B. ist am Ende des Studiums angelangt. Er litt schon immer unter Prüfungsangst. Er war sogar bei einem Psychologen, der ihm für „Notfälle“ ein Beruhigungsmittel verschrieb. Mit dem Medikament fühlte sich Johannes B. sicherer. Doch vor einer wichtigen Prüfung dosierte er das Beruhigungsmittel zu stark und konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen. „Ich hatte einen totalen Black-out.“ So konnte es nicht weiter gehen. Mit Hilfe der Studienberatung organisierte er sein Studium neu und hatte wieder Zeit für Sport, Freizeit und Freunde. Da ihm nun auch mehr Zeit zur Prüfungsvorbereitung blieb, nahm seine Prüfungsangst ab.</p>	<p>„Der Leistungsdruck war unerträglich“ Johannes B. ist am Ende des Studiums angelangt. Er litt schon immer unter Prüfungsangst. Er war sogar bei einem Psychologen, der ihm für „Notfälle“ ein Beruhigungsmittel verschrieb. Mit dem Medikament fühlte sich Johannes B. sicherer. Doch vor einer wichtigen Prüfung dosierte er das Beruhigungsmittel zu stark und konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen. „Ich hatte einen totalen Black-out.“ Um die geforderten Leistung zu erbringen, benötigte er eine immer höhere Dosis. Durch die lange Anwendung kam es zu bleibenden Leber- und Nierenschäden. Heute leidet er an einer Leberzirrhose und muss wöchentlich zur Dialyse.</p>
<p>Anna B., 16 Jahre, Schülerin</p>	
<p>„Schulstress als Ursache“ Mit einer schlechten Klausur fing es an. Während der Mathematikarbeit bekam Anna B. unerträgliche Kopfschmerzen und konnte sich nicht mehr konzentrieren. Als die sonst gute Schülerin eine schlechte Note erhält beginnt sie, vor jeder Klausur „zur Vorbeugung“ eine Tablette zu nehmen. Aus Angst vor unangekündigten Tests schluckt sie irgendwann täglich Tabletten. Ihre Mutter spricht sie direkt darauf an. Anna erzählt von ihren Ängsten, und sie beschließen gemeinsam einen Arzt aufzusuchen. Dieser empfiehlt ihr eine Suchtberatungsstelle. Dort wird sie über verschiedene Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und entscheidet sich für eine Psychotherapie. Durch dieses frühe Eingreifen konnte Anna B. eine körperliche Abhängigkeit verhindern. In der Therapie hat sie gelernt, sich ihren Ängsten zu stellen und kann nun mit ihnen umgehen.</p>	<p>„Schulstress als Auslöser“ Mit einer schlechten Klausur fing es an. Während der Mathematikarbeit bekam Anna B. unerträgliche Kopfschmerzen und konnte sich nicht mehr konzentrieren. Als die sonst gute Schülerin eine schlechte Note erhält beginnt sie, vor jeder Klausur „zur Vorbeugung“ eine Tablette zu nehmen. Aus Angst vor unangekündigten Tests schluckt sie irgendwann täglich Tabletten. Ihre Mutter spricht sie direkt darauf an. Sie meint jedoch die Mutter übertreibe und spielt ihren Tablettenkonsum herunter. Irgendwann nimmt sie drei Tabletten am Tag und bestellt ihre Eltern, um sich die Medikamente zu kaufen. Als sie die Eltern auf den Diebstahl ansprechen, leugnet sie alles. Schließlich melden die Eltern Anna in einem Internat an, in dem sie nun rund um die Uhr von Spezialisten betreut wird.</p>

Fallbeispiele in der Reihenfolge ihres Auftretens in der Broschüre. Zur Verdeutlichung beginnt die positive bzw. negative Form in der jeweils nach dem Absatz in der Mitte bzw. gegen Ende des Textes. Dieser Absatz findet sich in der Broschüre nicht.

Tabelle C.3: Experiment II – Anzahl der Wörter in den unterschiedlichen Versionen

Fallbeispiel	Fallbeispiele „eher positiv“	Fallbeispiele „ausgewogen“	Fallbeispiele „eher negativ“	SR
Gertrud L., 61 Jahre, Lehrerin	127	123	123	0
Hermann K., 65 Jahre, Rentner	140	140	136	0
Susanne M., 31 Jahre, junge Mutter	128	128	126	0
Stefan T., 32 Jahre, Informatiker	138	138	150	0
Johannes B., 23 Jahre, Student	100	96	96	0
Anna B., 16 Jahre, Schülerin	119	119	121	0
Summe der Wörter nur FB	752	744	752	0
Summe der Wörter SR	1235	1235	1235	1235
Summe der Wörter insgesamt	1987	1979	1987	1235

„+“ = Fallbeispiel in positiv formulierter Form; „-“ = Fallbeispiel in negativ formulierter Form

Abbildung C.1: Experiment II – Broschüre (Version 1 exemplarisch für die Versionen 2-9)

Medikamente können süchtig machen. . .

Kennen Sie die Gefahren der stillen Sucht ?



Gesellschaft für gesundheitliche Aufklärung in Bayern

MEDIKAMENTENSUCHT: FAKTEN - GEFAHREN - HILFE

Medikamentensucht ist zu einem Massenphänomen in Deutschland geworden – mittlerweile gibt es fast ebenso viele Medikamenten- wie Alkoholabhängige.

Etwa jeder Zehnte in Deutschland nimmt regelmäßig Medikamente ein, die süchtig machen können. Etwa 1,5 Millionen der 18- bis 59-Jährigen sind medikamentenabhängig. Die Dunkelziffer liegt vermutlich um einiges höher.



▪ Risikogruppen

Wer ist gefährdet? _____ 2

▪ Symptome

Wie erkenne ich die Sucht? _____ 3

▪ Gefahren

Konsequenzen der Sucht _____ 4

▪ Problematische Medikamente

Welche Medikamente haben Suchtpotential? _____ 6

▪ Benzodiazepin

Gefahren des Wirkstoffs _____ 7

▪ Therapie

Welche Therapie hat Erfolg? _____ 8

▪ Selbsttest

Sind Sie gefährdet? _____ 9

▪ Hilfe

Wo finde ich Ansprechpartner? _____ 10

RISIKOGRUPPEN

Neben den bereits Abhängigen sind etwa 4,3 Prozent der Deutschen gefährdet medikamentensüchtig zu werden. Am stärksten sind ältere Menschen betroffen. Die Zahl steigt geschlechtsunabhängig ab 40 Jahren deutlich an. 50- bis 60-Jährige sind doppelt so häufig erkrankt wie 18- bis 24-Jährige. Unter den Betroffenen sind etwa zwei Drittel Frauen. Sie nehmen vor allem Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, um alltägliche Belastungen oder Lebensübergänge wie Geburt, Wechseljahre, Trennung vom Partner oder Arbeitsverlust zu bewältigen. Männer hingegen greifen verstärkt auf Aufputschmittel zurück, um dem Leistungsdruck in Gesellschaft und Beruf gerecht zu werden.

Auch Jugendliche sind von Medikamentensucht betroffen: 30 Prozent der zwischen 12- und 17-Jährigen nutzen Pillen. Sie greifen vor allem zu Aufputsch-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln.



Gertrud L., 61 Jahre, Lehrerin
"Erfolgreich zurück in den Beruf"

Jahrelang kam Gertrud L. nach einem langen Arbeitstag erst nach 18.00 Uhr nach Hause. Dort konnte sie jedoch nicht abschalten. Haushalt und Korrekturarbeiten mussten erledigt werden. Auch nachts konnte sie nicht entspannen und litt unter Schlafstörungen. Um die Übermüdung zu bekämpfen, ließ sie sich ein Schlafmittel verschreiben. Schnell wurde die Einnahme zur Gewohnheit. Um die gewünschte Wirkung zu erreichen, benötigte sie bald immer größere Dosen. Die Folgen waren Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Gleichgültigkeit und weiterhin Müdigkeit. Einer befreundeten Kollegin fielen die negativen Veränderungen auf. Sie schlug Gertrud L. vor, einen Spezialisten aufzusuchen. Auf dessen Rat begann sie eine Entzugstherapie mit begleitender Psychotherapie. Es gelang ihr, die Therapie erfolgreich durchzuhalten. Heute macht ihr die Arbeit wieder Freude und zum Schlafen braucht sie keine Tabletten mehr.

SYMPTOME

Die Betroffenen fühlen sich oft müde, kraftlos, niedergeschlagen und ungeliebt. Sie leiden an Kopfschmerzen, Schwindel und Angstzuständen.

Der Griff zur Tablette verspricht Abhilfe. Man glaubt, dass sich Probleme „chemisch“ mit der Einnahme von Tabletten regeln lassen. Begünstigt wird dies durch „Lifestyle“-Werbung für freiverkäufliche Mittel.

Beruhigungs- oder Aufputschmittel werden eingenommen, um Befindlichkeitsstörungen zu beseitigen. Von Medikamentensucht, auch *Toxikomanie* genannt, spricht man dann, wenn Medikamente nur noch zum Erreichen eines bestimmten Befindens funktionalisiert werden ohne dass eine entsprechende Indikation oder Verschreibung durch einen Arzt vorliegt.

Die Mittel werden aufgrund von Gewohnheit in unangemessen hoher Dosierung und länger als notwendig eingenommen.



Hermann K., 65 Jahre, Rentner

„Die Sucht bestimmt das Leben“

Ein Leben ohne Schmerzen war für Hermann K. unvorstellbar. Je älter er wurde, desto mehr streikte der Körper: Zuerst die Gelenke, später auch das Herz. Zum Glück gab es gegen jedes Leiden ein Mittel, beim Hausarzt oder in der Apotheke. Gerade die Schmerzmittel halfen jedoch nur für kurze Zeit. Er benötigte die Medikamente immer häufiger und in größeren Mengen, um den Tag zu überstehen. Schließlich nahm er bis zu 20 Tabletten am Tag. Durch einen Fernsehbeitrag zum Thema „Medikamentensucht“ wurde ihm klar, dass er zur Risikogruppe gehört und sogar schon an Entzugssymptomen leidet, wenn er seine Tabletten einmal später einnimmt. Allerdings glaubt Hermann K., dass er alles unter Kontrolle hat und verdrängt seine Sucht. Er nimmt weiterhin sehr viele Medikamente ein. Ein „normales“ Leben ist immer weniger möglich und auch die Nebenwirkungen nehmen ständig zu.

GEFAHREN

Bei Medikamentenabhängigkeit zeigen sich sowohl körperliche wie psychische Symptome. Je nach Medikament können sie von Schwindel, Migräne, Koordinationsschwierigkeiten über schwere Depressionen bis zu dauerhaften Organschäden reichen. Die schleichende Gefahr besteht in der Toleranzwirkung der Medikamente, die nicht nur zu Kontrollverlust, sondern zu immer höheren Dosierungen führen kann. Bei einer solchen Überdosierung oder in Verbindung mit Alkohol droht sogar Lebensgefahr. Oft erscheinen die Betroffenen seelisch abgestumpft und abwesend, was sie in ihrem Umfeld weiter sozial isoliert.

**Susanne M., 31 Jahre, junge Mutter**

„Immer wollte ich alles perfekt machen“

Mutter sein, den Haushalt führen und ein Halbtagsjob – das war zu viel für Susanne M. Sie fühlte sich schwach und unausgeglichen und konnte kaum noch körperlich arbeiten. Doch sie sprach mit niemandem über ihrer Sorgen. Als ihr ein Bekannter Beruhigungsmittel anbot, griff sie zu. Bisher hatte sie nie „einfach so“ Medikamente genommen. Aber Susanne M. wollte „funktionieren“ und mit den Medikamenten ging das. Der Hausarzt verschrieb ihr regelmäßig Beruhigungs- und Schlaftabletten. Mit der Zeit wurden die Präparate immer stärker. Fast sieben Jahre lang konnte sie die Tablettenabhängigkeit geheim halten. Doch emotional entfernte sie sich immer weiter von ihrer Umwelt. Ihr Partner hielt das nicht mehr aus und überredete sie einen Arzt aufzusuchen. Heute hat Susanne M. gelernt, sich nicht zu viel zuzumuten.

SUCHT AUF REZEPT

Problematisch ist, dass viele Medikamentenabhängige Schlaf- und Beruhigungsmittel vom Hausarzt problemlos erhalten und nicht ausreichend über die Nebenwirkungen aufgeklärt werden. In der Folge werden Medikamente häufig zu lange oder in zu hoher Dosis eingenommen. Eine Medikamentenabhängigkeit wird meist erst spät erkannt. Erste Anzeichen für Medikamentenabhängigkeit sind ein Nachlassen der Wirkung der Mittel und die darauf folgende Dosissteigerung. Die betroffenen Personen verspüren den dringenden Wunsch, das Mittel auch nach der Heilung weiterhin zu nehmen und haben das Gefühl, ohne das Medikament nicht mehr leben zu können. Manchmal fallen die Betroffenen durch den gleichzeitigen Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen auf.



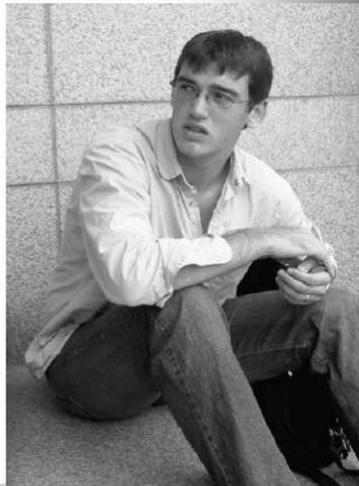
Stefan T., 32 Jahre, Informatiker

„Harmloses Mittel mit Suchtpotenzial“

Zuerst war es nur eine, später bis zu fünf Tabletten pro Tag. Er empfand seine Situation als normal: Der Job war anstrengend, die junge Familie forderte viel Zeit und so war es schwer am Abend zur Ruhe zu kommen. Seine Frau besorgte ihm ein Schlafmittel aus der Apotheke: „Nimm ruhig zwei Stück wenn du nicht Einschlafen kannst. Die sind ganz harmlos.“ Harmlos war das Mittel aber nicht. Nach kurzer Zeit brauchte er die doppelte Dosis, um dasselbe Ergebnis zu erzielen. Die Tabletten verschleierten seine Sinne. Auf die Veränderung seiner Persönlichkeit angesprochen, reagierte er erschrocken. Als er dem Hausarzt sein Verhalten beschreibt, erklärt ihm dieser, dass er bereits die typischen Symptome einer Medikamentenabhängigkeit aufweise. Mit der Unterstützung seiner Frau absolvierte er eine erfolgreiche Drogentherapie und kann heute - ganz ohne Medikamente - seinen Alltag meistern.

PROBLEMATISCHE MEDIKAMENTE

Nur etwa fünf bis sechs Prozent aller verordneten Medikamente besitzen Suchtpotential. Sie werden von drei großen Gruppen dominiert: Erstens, Analgetika (Schmerzmittel) wie Opiode; sie lindern Schmerzen und erzeugen so angenehme Körpergefühle. Die Gefahr für eine seelische Abhängigkeit und Überdosierung ist besonders hoch. Zweitens, Stimulantia (Aufputschmittel) wie Amphetamine oder Weckamine, die wegen ihrer anregenden Wirkung eingenommen werden. Sie wecken Glücksgefühle und ungehemmte Zügellosigkeit, können aber schnell in Hyperaktivität und Selbstüberschätzung umschlagen und auf diese Weise abhängig machen. Drittens, Hypnotika bzw. Sedativa/Tranquilizer (Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel), die neben anderen zu den sogenannten Psychopharmaka zählen. Sie wirken auf bestimmte chemische Vorgänge im Gehirn ein, beeinflussen seelische Prozesse und verändern Wahrnehmung, Denken, Empfinden und Verhalten. Auch Antitussiva (Hustenmittel), Lifestyle-Produkte und frei verkäufliche Medikamente (wie Haarwuchsmittel und Viagra) bergen Suchtpotential.



Johannes B., 23 Jahre, Student

„Gerade noch einmal gut gegangen“

Johannes B. ist am Ende des Studiums angelangt. Er litt schon immer unter Prüfungsangst. Er war sogar bei einem Psychologen, der ihm für „Notfälle“ ein Beruhigungsmittel verschrieb. Mit dem Medikament fühlte sich Johannes B. sicherer. Doch vor einer wichtigen Prüfung dosierte er das Beruhigungsmittel zu stark und konnte keinen klaren Gedanken mehr fassen. „Ich hatte einen totalen Black-out.“ So konnte es nicht weiter gehen. Mit Hilfe der Studienberatung organisierte er sein Studium neu und hatte wieder Zeit für Sport, Freizeit und Freunde. Da ihm nun auch mehr Zeit zur Prüfungsvorbereitung blieb, nahm seine Prüfungsangst ab.

BENZODIAZEPINE

Besonders problematisch sind jedoch Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel, die den Wirkstoff Benzodiazepin enthalten. Sie sind derzeit die mit Abstand am meisten verordneten und verwendeten Psychopharmaka. Benzodiazepine beseitigen kein spezielles Symptom, sondern wirken allgemein dämpfend und entspannend. Sie sind gut verträglich, können bei Missbrauch aber zu Organschäden führen. Etwa 80 Prozent der Betroffenen sind von Benzodiazepinderivaten abhängig.



Anna B., 16 Jahre, Schülerin

„Schulstress als Ursache“

Mit einer schlechten Klausur fing es an. Während der Mathematikarbeit bekam Anna B. unerträgliche Kopfschmerzen und konnte sich nicht mehr konzentrieren. Als die sonst gute Schülerin eine schlechte Note erhält, beginnt sie, vor jeder Klausur „zur Vorbeugung“ eine Tablette zu nehmen. Aus Angst vor unangekündigten Tests schluckt sie irgendwann täglich Tabletten. Ihre Mutter spricht sie direkt darauf an. Anna erzählt von ihren Ängsten, und sie beschließen gemeinsam einen Arzt aufzusuchen. Dieser empfiehlt ihr eine Suchtberatungsstelle. Dort wird sie über verschiedene Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und entscheidet sich für eine Psychotherapie. Durch dieses frühe Eingreifen konnte Anna B. eine körperliche Abhängigkeit verhindern. In der Therapie hat sie gelernt, sich ihren Ängsten zu stellen und kann nun mit ihnen umgehen. .



THERAPIE

Vielen Betroffenen ist ihre Gewöhnung oder Abhängigkeit gar nicht bewusst. Außerdem können beim Absetzen eines regelmäßig eingenommenen Medikaments schwere Entzugserscheinungen auftreten: Frieren, Unruhe, Schlafstörungen bis hin zu Angstzuständen und Krampfanfällen. Ist eine Medikamentenabhängigkeit erkannt worden, sollte man sich in ärztliche Obhut begeben.

Die Heilung ist jedoch nicht einfach. Den größten Erfolg versprechen stationäre Therapien unter ärztlicher Kontrolle. Aufgrund der starken Entzugserscheinungen wird der Körper langsam entgiftet. Eine begleitende psychotherapeutische Therapie hilft, indem sie die Betroffenen positiv psychosozial unterstützt. So entdecken sie ihre persönlichen Stärken und lernen, mit Schwächen umzugehen.

VORBEUGUNG

Die beste Vorbeugung ist ein wachsames Auge auf sich und seinen Körper: Lesen Sie aufmerksam die Beipackzettel von Arzneimitteln. Seien Sie kritisch und achten Sie auf ein vertrauensvolles Verhältnis zu Ihrem Hausarzt. Achten Sie darauf, dass sie oder er sie ernst nimmt und sich Zeit für Sie und Ihre Bedenken nimmt. Haben Sie Geduld mit Ihren gesundheitlichen Beschwerden und machen Sie Ihrem Umfeld (Partner, Familie, Freunde etc.) deutlich, wenn Sie überfordert, niedergeschlagen oder überlastet sind. Schwächen zu zeigen ist nichts Schlimmes sondern ganz normal. Fordern Sie vielmehr aktiv und bewusst Unterstützung ein. Ebenso wachsam sollte man auf Angehörige, Freunde und Bekannte im persönlichen Umfeld achten und bei Anzeichen einer Medikamentensucht selbst Hilfe anbieten oder auf professionelle Hilfe hinweisen.



Sind Sie gefährdet?

DER TEST

	JA	NEIN
1. Ich habe schon den Arzt gewechselt, weil er mir ein bestimmtes Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nicht verschreiben wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehme ich einmal meine Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nicht, werde ich unruhig, ängstlich und leide unter Schlaflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe schon einmal daran gedacht, zu einer Beratungsstelle zu gehen, weil ich Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich lasse mir von mehreren Ärzten Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel verschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Gedanken kreisen häufig um Tabletten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich versuche andere Leute dazu zu bringen, mich mit Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Auflösung finden Sie auf Seite 10

HILFE

Erste Anlaufstellen, um eine Medikamentensucht erfolgreich zu bekämpfen, sind Ärzte, Suchtberatungsstellen, Fachkrankenhäuser, aber auch Selbsthilfegruppen. In Suchtberatungsstellen arbeiten Sozialarbeiter/innen, die therapeutisch ausgebildet sind und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Hilfesuchende können sich hier völlig unverbindlich und anonym beraten lassen. Selbsthilfegruppen sind meist der beste, erste Schritt in die richtige Richtung: Hier können sich Abhängige mit anderen Betroffenen treffen, um gemeinsam über Probleme zu sprechen. Sie finden Verständnis, Vertrauen und Diskretion. Die Gruppen werden nicht von Fachleuten geleitet. Alle Teilnehmer sind gleichgestellt und legen fest, wie sich die Treffen gestalten. Jeder bestimmt selbst, was und wie viel er von sich berichten möchte.

Informationen und Hilfe zum Thema Medikamentensucht finden Sie bei folgenden Ansprechpartnern:

Städtische Drogenberatung München

Bayerstraße 28a
80335 München
Tel: 089 / 233 - 4 79 64 Fax: 089 / 233 - 4 79 63
E-mail: drogenberatung.rgu@muenchen.de
Internet: www.muenchen.de/drogenberatung

Blaues Kreuz in D. - e.V. Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Mchn.- Ost

Berg - am - Laim - Str. 131
80801 München
Tel.: 089 45469851
Fax.: 089 45469852
EMail: beratungsstelle@blaues-kreuz-muenchenost.de

Caritasverband für die Erzdiözese München und Freising e.V. Substitutionsambulanz

Landwehrstraße 26
80336 München
Tel.: 089 23114982
Fax.: 089 23114986
EMail: methadon@caritasmuenchen.de

Auflösung des Tests: Wenn zwei oder mehr Aussagen auf Sie zutreffen ist Ihr Medikamentenkonsum problematisch. Suchen Sie eine Beratungsstelle auf.

Weitere Informationen und Hilfe finden Sie auf unserer Website

www.ggab.de

oder per Mail an info@ggab.de

Gesellschaft für gesundheitliche Aufklärung in Bayern

Dachauer Straße 368
80993 München
Tel. 089-3354-658-01

Medikamente können süchtig
machen. . .

Kennen Sie die Gefahren der
stillen Sucht ?

MEDIKAMENTENSUCHT: FAKTEN - GEFAHREN - HILFE

▪ Risikogruppen

Wer ist gefährdet? _____ 2

▪ Symptome

Wie erkenne ich die Sucht? _____ 2

▪ Gefahren

Konsequenzen der Sucht _____ 3

▪ Problematische Medikamente

Welche Medikamente haben Suchtpotential? _____ 3

▪ Benzodiazepin

Gefahren des Wirkstoffs _____ 4

▪ Therapie

Welche Therapie hat Erfolg? _____ 4

▪ Selbsttest

Sind Sie gefährdet? _____ 5

▪ Hilfe

Wo finde ich Ansprechpartner? _____ 6

Medikamentensucht ist zu einem Massenphänomen in Deutschland geworden – mittlerweile gibt es fast ebenso viele Medikamenten- wie Alkoholabhängige.

Etwa jeder Zehnte in Deutschland nimmt regelmäßig Medikamente ein, die süchtig machen können. Etwa 1,5 Millionen der 18- bis 59-Jährigen sind medikamentenabhängig. Die Dunkelziffer liegt vermutlich um einiges höher.

RISIKOGRUPPEN

Neben den bereits Abhängigen sind etwa 4,3 Prozent der Deutschen gefährdet medikamentensüchtig zu werden. Am stärksten sind ältere Menschen betroffen. Die Zahl steigt geschlechtsunabhängig ab 40 Jahren deutlich an. 50- bis 60-Jährige sind doppelt so häufig erkrankt wie 18- bis 24-Jährige. Unter den Betroffenen sind etwa zwei Drittel Frauen. Sie nehmen vor allem Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, um alltägliche Belastungen oder Lebensübergänge wie Geburt, Wechseljahre, Trennung vom Partner oder Arbeitsverlust zu bewältigen. Männer hingegen greifen verstärkt auf Aufputschmittel zurück, um dem Leistungsdruck in Gesellschaft und Beruf gerecht zu werden. Auch Jugendliche sind von Medikamentensucht betroffen: 30 Prozent der zwischen 12- und 17-Jährigen nutzen Pillen. Sie greifen vor allem zu Aufputsch-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

SYMPTOME

Die Betroffenen fühlen sich oft müde, kraftlos, niedergeschlagen und ungeliebt. Sie leiden an Kopfschmerzen, Schwindel und Angstzuständen.



Der Griff zur Tablette verspricht Abhilfe. Man glaubt, dass sich Probleme „chemisch“ mit der Einnahme von Tabletten regeln lassen. Begünstigt wird dies durch „Lifestyle“-Werbung für freiverkäufliche Mittel. Beruhigungs- oder Aufputschmittel werden eingenommen, um Befindlichkeitsstörungen zu beseitigen. Von Medikamentensucht, auch *Toxikomanie* genannt, spricht man dann, wenn Medikamente nur noch zum Erreichen eines bestimmten Befindens funktionalisiert werden ohne dass eine entsprechende Indikation oder Verschreibung durch einen Arzt vorliegt. Die Mittel werden aufgrund von Gewohnheit in unangemessen hoher Dosierung und länger als notwendig eingenommen.

GEFAHREN

Bei Medikamentenabhängigkeit zeigen sich sowohl körperliche wie psychische Symptome. Je nach Medikament können sie von Schwindel, Migräne, Koordinations-schwierigkeiten über schwere Depressionen bis zu dauerhaften Organschäden reichen. Die schleichende Gefahr besteht in der Toleranzwirkung der Medikamente, die nicht nur zu Kontrollverlust, sondern zu immer höheren Dosierungen führen kann. Bei einer solchen Überdosierung oder in Verbindung mit Alkohol droht sogar Lebensgefahr. Oft erscheinen die Betroffenen seelisch abgestumpft und abwesend, was sie in ihrem Umfeld weiter sozial isoliert.

SUCHT AUF REZEPT

Problematisch ist, dass viele Medikamentenabhängige Schlaf- und Beruhigungsmittel vom Hausarzt problemlos erhalten und nicht ausreichend über die Nebenwirkungen aufgeklärt werden. In der Folge werden Medikamente häufig zu lange oder in zu hoher Dosis eingenommen. Eine Medikamentenabhängigkeit wird meist erst spät erkannt. Erste Anzeichen für Medikamentenabhängigkeit sind ein Nachlassen der Wirkung der Mittel und die darauf folgende Dosissteigerung. Die betroffenen Personen verspüren den dringenden Wunsch, das Mittel auch nach der Heilung weiterhin zu nehmen und haben das Gefühl, ohne das Medikament nicht mehr leben zu können. Manchmal fallen die Betroffenen durch den gleichzeitigen Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen auf.

PROBLEMATISCHE MEDIKAMENTE

Nur etwa fünf bis sechs Prozent aller verordneten Medikamente besitzen Suchtpotential. Sie werden von drei großen Gruppen dominiert: Erstens, Analgetika (Schmerzmittel) wie Opioide; sie lindern Schmerzen und erzeugen so angenehme Körpergefühle. Die Gefahr für eine seelische Abhängigkeit und Überdosierung ist besonders hoch. Zweitens, Stimulantia (Aufputschmittel) wie Amphetamine oder Weckamine, die wegen ihrer anregenden Wirkung eingenommen werden. Sie wecken Glücksgefühle und ungehemmte Zügellosigkeit, können aber schnell in Hyperaktivität und Selbstüberschätzung umschlagen und auf diese Weise abhängig machen. Drittens, Hypnotika bzw. Sedativa/Tranquilizer (Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel), die neben anderen zu den sogenannten Psychopharmaka zählen. Sie wirken auf bestimmte chemische Vorgänge im Gehirn ein, beeinflussen seelische Prozesse und verändern Wahrnehmung, Denken, Empfinden und Verhalten. Auch Antitussiva (Hustenmittel), Lifestyle-Produkte und frei verkäufliche Medikamente (wie Haarwuchsmittel und Viagra) bergen Suchtpotential.





BENZODIAZEPINE

Besonders problematisch sind jedoch Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel, die den Wirkstoff Benzodiazepin enthalten. Sie sind derzeit die mit Abstand am meisten verordneten und verwendeten Psychopharmaka. Benzodiazepine beseitigen kein spezielles Symptom, sondern wirken allgemein dämpfend und entspannend. Sie sind gut verträglich, können bei Missbrauch aber zu Organschäden führen. Etwa 80 Prozent der Betroffenen sind von Benzodiazepinderivaten abhängig.

THERAPIE

Vielen Betroffenen ist ihre Gewöhnung oder Abhängigkeit gar nicht bewusst. Außerdem können beim Absetzen eines regelmäßig eingenommenen Medikaments schwere Entzugserscheinungen auftreten: Frieren, Unruhe, Schlafstörungen bis hin zu Angstzuständen und Krampfanfällen. Ist eine Medikamentenabhängigkeit erkannt worden, sollte man sich in ärztliche Obhut begeben.

Die Heilung ist jedoch nicht einfach. Den größten Erfolg versprechen stationäre Therapien unter ärztlicher Kontrolle. Aufgrund der starken Entzugserscheinungen wird der Körper langsam entgiftet. Eine begleitende psychotherapeutische Therapie hilft, indem sie die Betroffenen positiv psychosozial unterstützt. So entdecken sie ihre persönlichen Stärken und lernen, mit Schwächen umzugehen.

VORBEUGUNG

Die beste Vorbeugung ist ein wachsames Auge auf sich und seinen Körper: Lesen Sie aufmerksam die Beipackzettel von Arzneimitteln. Seien Sie kritisch und achten Sie auf ein vertrauensvolles Verhältnis zu Ihrem Hausarzt. Achten Sie darauf, dass sie oder er sie ernst nimmt und sich Zeit für Sie und Ihre Bedenken nimmt. Haben Sie Geduld mit Ihren gesundheitlichen Beschwerden und machen Sie Ihrem Umfeld (Partner, Familie, Freunde etc.) deutlich, wenn Sie überfordert, niedergeschlagen oder überlastet sind. Schwächen zu zeigen ist nichts Schlimmes sondern ganz normal. Fordern Sie vielmehr aktiv und bewusst Unterstützung ein. Ebenso wachsam sollte man auf Angehörige, Freunde und Bekannte im persönlichen Umfeld achten und bei Anzeichen einer Medikamentensucht selbst Hilfe anbieten oder auf professionelle Hilfe hinweisen.

**Sind Sie gefährdet?****DER TEST**

	JA	NEIN
1. Ich habe schon den Arzt gewechselt, weil er mir ein bestimmtes Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nicht verschreiben wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehme ich einmal meine Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nicht, werde ich unruhig, ängstlich und leide unter Schlaflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe schon einmal daran gedacht, zu einer Beratungsstelle zu gehen, weil ich Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich lasse mir von mehreren Ärzten Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel verschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Gedanken kreisen häufig um Tabletten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich versuche andere Leute dazu zu bringen, mich mit Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel zu versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Auflösung finden sie auf Seite 6

HILFE

Erste Anlaufstellen, um eine Medikamentensucht erfolgreich zu bekämpfen, sind Ärzte, Suchtberatungsstellen, Fachkrankenhäuser, aber auch Selbsthilfegruppen. In Suchtberatungsstellen arbeiten Sozialarbeiter/innen, die therapeutisch ausgebildet sind und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Hilfesuchende können sich hier völlig unverbindlich und anonym beraten lassen. Selbsthilfegruppen sind meist der beste, erste Schritt in die richtige Richtung: Hier können sich Abhängige mit anderen Betroffenen treffen, um gemeinsam über Probleme zu sprechen. Sie finden Verständnis, Vertrauen und Diskretion. Die Gruppen werden nicht von Fachleuten geleitet. Alle Teilnehmer sind gleichgestellt und legen fest, wie sich die Treffen gestalten. Jeder bestimmt selbst, was und wie viel er von sich berichten möchte.

Informationen und Hilfe zum Thema Medikamentensucht finden Sie bei folgenden Ansprechpartnern:**Städtische Drogenberatung München**

Bayerstraße 28a
80335 München
Tel: 089 / 233 - 4 79 64 Fax: 089 / 233 - 4 79 63
E-mail: drogenberatung.rgu@muenchen.de
Internet: www.muenchen.de/drogenberatung

Blaues Kreuz in D. - e.V. Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Mchn.- Ost

Berg - am - Laim - Str. 131
80801 München
Tel.: 089 45469851
Fax.: 089 45469852
EMail: beratungsstelle@blaues-kreuz-muenchenost.de

Caritasverband für die Erzdiözese München und Freising e.V. Substitutionsambulanz

Landwehrstraße 26
80336 München
Tel.: 089 23114982
Fax.: 089 23114986
EMail: methadon@caritasmuenchen.de

Auflösung des Tests: Wenn zwei oder mehr Aussagen auf Sie zutreffen ist Ihr Medikamentenkonsum problematisch. Suchen Sie eine Beratungsstelle auf.

Weitere Informationen und Hilfe finden Sie auf unserer Website

www.ggab.de

oder per Mail an info@ggab.de

Gesellschaft für gesundheitliche Aufklärung in Bayern

Dachauer Straße 368
80993 München
Tel. 089-3354-658-10

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen 1

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9440
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

**Nur vom Interviewer
auszufüllen!**

Initialen VL: _____
ID: _____
Ort: _____
V 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
G w m
A 1 2 3
Z 1

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben sich bereit erklärt, an unserer Studie zur Qualität von Gesundheitsbroschüren teilzunehmen. Hierfür möchten wir Ihnen herzlich danken.

Als universitäre Einrichtung sind wir für unsere Grundlagenforschung auf Freiwillige angewiesen. Da heutzutage viele Marktforschungsinstitute Daten von den Bürgern – z. T. für kommerzielle Zwecke – einholen wollen, ist es keine Selbstverständlichkeit, dass man Freiwillige für Studien findet. Wir wissen daher Ihre Bereitschaft in ganz besonderem Maße zu schätzen!

Vorab einige Informationen zum Hintergrund der vorliegenden Studie:

- Sie wird vom **Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München** durchgeführt.
- Es stehen **keinerlei kommerzielle Interessen** hinter dieser Studie. Es handelt sich um reine Grundlagenforschung.
- Alle Informationen dieser Studie werden **streng vertraulich** behandelt. Die Fragebögen werden bei der Dateneingabe **vollständig anonymisiert**. Das heißt, es werden keinerlei Daten unter Ihrem Namen gespeichert.

Füllen Sie diesen Fragebogen bitte so vollständig wie möglich aus und bedenken Sie dabei, dass Ihre persönliche Meinung zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Tanja Pfister, M.A.
(Projektleitung)

Bitte umblättern!

Im Folgenden interessieren uns Ihre Kenntnisse zu gesundheitlichen Themen. Es geht nicht darum, möglichst viele Fragen richtig zu beantworten. Wir bitten Sie, die Fragen ehrlich nach Ihrem Wissensstand zu beantworten.

1. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland leiden an den folgenden Krankheiten? Schätzen Sie einfach!

Diabetes ca. _____ % aller Menschen in Deutschland
 Medikamentensucht ca. _____ % aller Menschen in Deutschland
 Alkoholsucht ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

2. Haben Sie sich schon einmal aktiv über die folgenden Krankheiten oder Gesundheitsthemen informiert? Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. Es sind mehrere Kreuze pro Zeile möglich.

	Ja, und zwar...							Nein, ich habe mich noch nicht informiert.
	...in der Presse	...mit Broschüren	...im Fernsehen	...im Internet	...beim Arzt	...in der Apotheke	...durch Bekannte	
Diabetes	<input type="checkbox"/>							
Medikamentensucht	<input type="checkbox"/>							
Alkoholsucht	<input type="checkbox"/>							
allgemeine oder andere Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/>							

3. Was glauben Sie, welche Substanzen können süchtig machen? Bitte kreuzen Sie alle Aussagen an, die richtig sind.

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>
Hustenmittel	<input type="checkbox"/>
Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>
Hormonpräparate	<input type="checkbox"/>
Vitamine	<input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>
Abführmittel	<input type="checkbox"/>
Nahrungsergänzungsmittel	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

4. Welche der folgenden Substanzen machen stark körperlich abhängig?

	ja	nein	kenne ich nicht/ weiß ich nicht
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es folgen Aussagen zu Ihrer Gesundheit. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn eine Aussage voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

5. In den letzten zwei Monaten...

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
... war ich krank bzw. litt unter Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... musste ich Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlte ich mich wegen Stress in der Arbeit oder Familie überlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie häufig nehmen Sie Medikamente ein?

alle paar Monate	ein bis mehrmals pro Monat	ein bis mehrmals pro Woche	täglich	mehrmals täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

schlecht	weniger gut	gut	sehr gut	ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>				

Bitte umblättern!

Damit wir wissen, dass dieser Fragebogen und der folgende Fragebogen zu einer Person gehören, bitten wir Sie noch um eine Angabe. Keine Sorge, mit dieser Angabe können wir Sie namentlich nicht wiedererkennen. **Sie bleiben anonym.** Wie alle Angaben wird auch diese streng vertraulich behandelt und nicht an andere weitergegeben.

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Hier ein Beispiel: Angenommen, Sie haben am **08.12.1970** Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. **14a**: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

**Vielen Dank! Den ersten Teil haben Sie geschafft.
Nun lesen Sie bitte die Broschüre.**

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen 2

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9440
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

**Nur vom Interviewer
auszufüllen!**

Initialen VL: _____

ID: _____

V 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G w m

A 1 2 3

Z 2

1. Sie haben gerade eine Gesundheitsbroschüre gelesen. Was halten Sie ganz allgemein von dieser Broschüre? Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Begriffe Ihrer Meinung nach auf die Broschüre zutreffen. Wenn Sie die Broschüre z.B. vertrauenswürdig finden, machen Sie ein Kreuz ganz links, wenn sie Ihnen suspekt erscheint, machen Sie das Kreuz ganz rechts. Dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Ich halte die Broschüre für...

vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	suspekt				
sachlich	<input type="checkbox"/>	emotional				
verständlich	<input type="checkbox"/>	unverständlich				
überzeugend	<input type="checkbox"/>	nicht überzeugend				
anschaulich	<input type="checkbox"/>	abstrakt				
gut gemacht	<input type="checkbox"/>	schlecht gemacht				
informativ	<input type="checkbox"/>	nicht informativ				
seriös	<input type="checkbox"/>	unseriös				
aggressiv	<input type="checkbox"/>	zurückhaltend				
glaubwürdig	<input type="checkbox"/>	unglaubwürdig				
interessant	<input type="checkbox"/>	uninteressant				
aufdringlich	<input type="checkbox"/>	dezent				
ansprechend	<input type="checkbox"/>	nicht ansprechend				

2. Können Sie sich an das Foto auf dem Titelblatt der Broschüre erinnern? Es zeigt eine Frau, die am Boden sitzt.

Ja → weiter mit Frage 3
Nein → weiter mit Frage 5

Bitte umblättern!

3. Wie würden Sie dieses Foto beurteilen? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf das Foto zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn eine Aussage voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Foto passt gut zum Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto weckt Hoffnung, dass es erkrankten Menschen – mit der geeigneten Lebensumstellung – besser gehen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto zeigt, wie es Menschen mit Medikamentensucht gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto ist ein typisches „Krankheitsbild“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, dass Fotos wie dieses in Gesundheitsbroschüren nerven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man das Foto anschaut, empfindet man Mitleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto erweckt Abneigung – da ändert man schon aus Prinzip nichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch das Foto hat man schon gar keine Lust mehr, sein Verhalten zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto bildet die Realität ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

4. Welche Gefühle verbinden Sie mit dem Foto?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Foto hat mein Interesse geweckt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Bild ist sehr negativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde diese Art von Bildern langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilder wie diese ärgern mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Betrachten des Bildes fühlte ich mich hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man sich das Bild ansieht, bekommt man Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos wie dieses machen mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos wie dieses motivieren, eine Gesundheitsbroschüre zu lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Foto ist relativ neutral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilder wie diese machen auf die Problematik aufmerksam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Bild hat mich überrascht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Ansehen des Fotos fühlte ich mich verstört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Art von Fotos bedrückt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man sich das Bild ansieht, macht man sich Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme weniger zu	teils/teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein gesundheitsbewusster Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken, wie viele Gesundheitsbroschüren haben Sie sich in dieser Zeit angesehen?

keine 1 bis 2 3 bis 4 5 und mehr

Bitte umblättern!

7. Was halten Sie generell von Gesundheitsinformationen in Form von Broschüren?

Ich finde sie...	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
interessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Denken Sie nun an die Broschüre insgesamt. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die geschilderte Situation medikamentenabhängiger Menschen nimmt mich persönlich mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die dargebotenen Informationen finde ich angst- und besorgniserregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal von Medikamentensüchtigen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Informationen in der Broschüre mache ich mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenabhängige Menschen tun mir leid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Broschüre ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

9. Nun geht es um das Thema Medikamente. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Was meinen Sie, inwiefern kann die Broschüre kranke Personen zu folgenden Handlungen motivieren?

Die Broschüre kann kranke Personen motivieren,...	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
...den Tablettenkonsum zu überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Tablettenkonsum einzuschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einen Arzt aufzusuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfe von außen (nicht ärztliche) einzufordern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

11. Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Begriffe Ihrer Meinung nach auf die in der Broschüre dargestellten Personen zutreffen (nicht die Person auf dem Titelblatt).

Ich halte die in der Broschüre dargestellten Personen für...

vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	suspekt				
nicht überzeugend	<input type="checkbox"/>	überzeugend				
realistisch	<input type="checkbox"/>	unrealistisch				
unglaublich	<input type="checkbox"/>	glaubwürdig				
interessant	<input type="checkbox"/>	uninteressant				

12. Wie sehen Ihre Pläne bezüglich des Konsums von Medikamenten aus?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	ich nehme keine Medikamente ein
Ich kann mir vorstellen, im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, meinen Tablettenkonsum zu überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Und wie sehen Ihre Pläne hinsichtlich der folgenden Punkte aus?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane, Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, Beipackzettel von Arzneimitteln gründlich und aufmerksam zu lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

14. Welche der Aussagen treffen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

- Einer meiner Familienangehörigen ist in meinen Augen medikamentensüchtig.
- Eine Person, die ich kenne, ist in meinen Augen medikamentensüchtig.
- Ich kenne niemanden, der medikamentensüchtig ist.

15. Welche der folgenden Medikamente würden Sie auch ohne ärztliche Verschreibung einnehmen?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Diät- und Schlankheitspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel oder -tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungs- und Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationssteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Erinnern Sie sich, wo Betroffene Hilfe finden können?

17. Wissen Sie, welche der folgenden Aussagen zu Benzodiazepinen stimmen? Bitte kreuzen Sie an, was richtig ist.

- Benzodiazepine sind Aufputzmittel.
- Benzodiazepine sind Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel.
- Benzodiazepin ist ein Wirkstoff, der aus Pflanzensaft gewonnen wird.
- Benzodiazepine sind eine Untergruppe der Opiode.

18. Kennen Sie die Folgen von Medikamentensucht? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an.

- Schwindel
- Haarausfall
- Migräne
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Koordinationsschwierigkeiten
- Depressionen
- Juckreiz
- dauerhafte Organschäden

Bitte umblättern!

19. Wissen Sie noch, welche Medikamentengruppen Suchtpotential haben?

20. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland sind medikamentensüchtig? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

21. Was glauben Sie, wie groß ist die Chance, mit der richtigen Therapie Medikamentensucht zu überwinden? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % haben eine Chance, mit der richtigen Therapie die Medikamentensucht zu überwinden

22. Wie stufen Sie sich selbst ein?

Ich denke, ich bin medikamentenabhängig. → weiter mit Frage 24

Ich denke nicht, dass ich medikamentenabhängig bin. → weiter mit Frage 23

23. Was glauben Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie selbst medikamentenabhängig werden könnten?

ca. _____ %

24. Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft wenig er zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.
Ich fühle mich in der Lage, meinen Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

Zuletzt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

25. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

26. Sind Sie ...

- weiblich
- männlich

27. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein allgemeiner Schulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abitur/Fachabitur
- Hochschulabschluss/Fachhochschulabschluss

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens wieder den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Zu Erinnerung hier noch einmal das Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen 3

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9440
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

**Nur vom Interviewer
auszufüllen!**

Initialen VL: _____
ID: _____
V 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
G w m
A 1 2 3
Z 3

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie hatten sich vor zwei Wochen dazu bereit erklärt, an unserer Studie zur Qualität von Gesundheitsbroschüren teilzunehmen. Hierfür möchten wir Ihnen nochmals herzlich danken.

Vorab wieder einige Informationen zum Hintergrund der vorliegenden Studie:

- Sie wird vom **Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München** durchgeführt.
- Es stehen **keinerlei kommerzielle Interessen** hinter dieser Studie. Es handelt sich um reine Grundlagenforschung.
- Alle Informationen dieser Studie werden **streng vertraulich** behandelt. Die Fragebögen werden bei der Dateneingabe **vollständig anonymisiert**. Das heißt, es werden keinerlei Daten unter Ihrem Namen gespeichert.

Bitte füllen Sie nun den Fragebogen so vollständig wie möglich aus und bedenken Sie dabei, dass Ihre persönliche Meinung zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Tanja Pfister, M.A.
(Projektleitung)

Bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich bitte an Tanja Pfister (pfister@ifkw.lmu.de). Wir beantworten gerne Ihre Fragen. Falls Sie sich für die Ergebnisse der Studie interessieren, senden Sie uns ebenfalls eine E-Mail. Nach Abschluss der Auswertung schicken wir Ihnen gerne eine entsprechende Dokumentation zu.

Bitte umblättern!

1. Es geht um das Thema Medikamente. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn eine Aussage voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche der folgenden Medikamente würden Sie auch ohne ärztliche Verschreibung einnehmen?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Anregungs- und Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationssteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät- und Schlankheitspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel oder -tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Erinnern Sie sich, wo Betroffene Hilfe finden können?

Bitte umblättern!

4. Wie haben Sie sich in den letzten zwei Wochen bezüglich des Konsums von Medikamenten verhalten?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	ich nehme keine Medikamente ein
Ich habe über meinen Tablettenkonsum nachgedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Und wie haben Sie sich hinsichtlich der folgenden Punkte verhalten?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Beipackzettel von Arzneimitteln gründlicher und aufmerksamer gelesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe andere über die Gefahr von Medikamentensucht informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wissen Sie noch, welche Medikamentengruppen Suchtpotential haben?

7. Können Sie sich noch an das Bild auf dem Titelblatt der Broschüre erinnern?

- Ja → weiter mit Frage 8
- Nein → weiter mit Frage 10

Bitte umblättern!

8. Was stellt das Bild dar?

9. Warum ist es Ihnen in Erinnerung geblieben?

10. Wissen Sie, welche der folgenden Aussagen zu Benzodiazepinen stimmen? Bitte kreuzen Sie an, was richtig ist.

Benzodiazepin ist ein Wirkstoff, der aus Pflanzensaft gewonnen wird.

Bezodiazepine sind eine Untergruppe der Opiode.

Benzodiazepine sind Aufputzmittel.

Benzodiazepine sind Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel.

11. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland sind medikamentensüchtig? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

12. Was glauben Sie, wie groß ist die Chance mit der richtigen Therapie Medikamentensucht zu überwinden? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % haben eine Chance, mit der richtigen Therapie die Medikamentensucht zu überwinden

13. Kennen Sie die Folgen von Medikamentensucht? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Haarausfall

dauerhafte Organschäden

Schwindel

Koordinationsschwierigkeiten

Depressionen

Juckreiz

Migräne

Bitte umblättern!

14. Wie stufen Sie sich selbst ein?Ich denke, ich bin medikamentenabhängig. → weiter mit Frage 16Ich denke nicht, dass ich medikamentenabhängig bin. → weiter mit Frage 15**15. Was glauben Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie selbst medikamentenabhängig werden könnten?**

ca. _____ %

16. Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.
Ich fühle mich in der Lage, meinen Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens wieder den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Zu Erinnerung hier noch einmal das Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Falls Sie gerne genau wissen möchten, worum es in unserer Studie geht, **können Sie sich** ab 20. März 2009 bei Tanja Pfister **informieren**:
per Email (pfister@ifkw.lmu.de) oder telefonisch unter 089-2180-9440

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen 2

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9440
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

**Nur vom Interviewer
auszufüllen!**

Initialen VL: _____

ID: _____

V 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G w m

A 1 2 3

Z 2 - SR

1. Sie haben gerade eine Gesundheitsbroschüre gelesen. Was halten Sie ganz allgemein von dieser Broschüre? Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Begriffe Ihrer Meinung nach auf die Broschüre zutreffen. Wenn Sie die Broschüre z.B. vertrauenswürdig finden, machen Sie ein Kreuz ganz links, wenn sie Ihnen suspekt erscheint, machen Sie das Kreuz ganz rechts. Dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Ich halte die Broschüre für...

vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	suspekt				
sachlich	<input type="checkbox"/>	emotional				
verständlich	<input type="checkbox"/>	unverständlich				
überzeugend	<input type="checkbox"/>	nicht überzeugend				
anschaulich	<input type="checkbox"/>	abstrakt				
gut gemacht	<input type="checkbox"/>	schlecht gemacht				
informativ	<input type="checkbox"/>	nicht informativ				
seriös	<input type="checkbox"/>	unseriös				
aggressiv	<input type="checkbox"/>	zurückhaltend				
glaubwürdig	<input type="checkbox"/>	unglaubwürdig				
interessant	<input type="checkbox"/>	uninteressant				
aufdringlich	<input type="checkbox"/>	dezent				
ansprechend	<input type="checkbox"/>	nicht ansprechend				

2. In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme weniger zu	teils/teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein gesundheitsbewusster Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

3. Wenn Sie an die letzten vier Wochen denken, wie viele Gesundheitsbroschüren haben Sie sich in dieser Zeit angesehen?

keine	1 bis 2	3 bis 4	5 und mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Was halten Sie generell von Gesundheitsinformationen in Form von Broschüren?

Ich finde sie...	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
interessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Denken Sie nun an die Broschüre insgesamt. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die geschilderte Situation medikamentenabhängiger Menschen nimmt mich persönlich mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die dargebotenen Informationen finde ich angst- und besorgniserregend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schicksal von Medikamentensüchtigen macht mich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Informationen in der Broschüre mache ich mir Sorgen um meine eigene Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenabhängige Menschen tun mir leid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Broschüre ruft bei mir unangenehme Gefühle hervor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamentensucht so weit verbreitet ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

6. Nun geht es um das Thema Medikamente. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt oder Apotheker sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Was meinen Sie, inwiefern kann die Broschüre kranke Personen zu folgenden Handlungen motivieren?

Die Broschüre kann kranke Personen motivieren,...	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
...den Tablettenkonsum zu überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sich zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Tablettenkonsum einzuschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...einen Arzt aufzusuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Hilfe von außen (nicht ärztliche) einzufordern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

8. Wie sehen Ihre Pläne bezüglich des Konsums von Medikamenten aus?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	ich nehme keine Medika- mente ein
Ich kann mir vorstellen, im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, meinen Tablettenkonsum zu überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Und wie sehen Ihre Pläne hinsichtlich der folgenden Punkte aus?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plane, Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe vor, Beipackzettel von Arzneimitteln gründlich und aufmerksam zu lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Welche der Aussagen treffen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft.

Einer meiner Familienangehörigen ist in meinen Augen medikamentensüchtig.	<input type="checkbox"/>
Eine Person, die ich kenne, ist in meinen Augen medikamentensüchtig.	<input type="checkbox"/>
Ich kenne niemanden, der medikamentensüchtig ist.	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

11. Welche der folgenden Medikamente würden Sie auch ohne ärztliche Verschreibung einnehmen?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Diät- und Schlankheitspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel oder -tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungs- und Aufputschmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationssteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Erinnern Sie sich, wo Betroffene Hilfe finden können?

13. Wissen Sie, welche der folgenden Aussagen zu Benzodiazepinen stimmen? Bitte kreuzen Sie an, was richtig ist.

Benzodiazepine sind Aufputschmittel.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine sind Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepin ist ein Wirkstoff, der aus Pflanzensaft gewonnen wird.	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine sind eine Untergruppe der Opiode.	<input type="checkbox"/>

14. Kennen Sie die Folgen von Medikamentensucht? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an.

Schwindel	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Koordinationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>
dauerhafte Organschäden	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

15. Wissen Sie noch, welche Medikamentengruppen Suchtpotential haben?

16. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland sind medikamentensüchtig? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

17. Was glauben Sie, wie groß ist die Chance, mit der richtigen Therapie Medikamentensucht zu überwinden? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % haben eine Chance, mit der richtigen Therapie die Medikamentensucht zu überwinden

18. Wie stufen Sie sich selbst ein?

Ich denke, ich bin medikamentenabhängig.

 → weiter mit Frage 20

Ich denke nicht, dass ich medikamentenabhängig bin.

 → weiter mit Frage 19**19. Was glauben Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie selbst medikamentenabhängig werden könnten?**

ca. _____ %

20. Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.
Ich fühle mich in der Lage, meinen Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte umblättern!

Zuletzt bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

21. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

22. Sind Sie ...

- weiblich
- männlich

23. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein allgemeiner Schulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abitur/Fachabitur
- Hochschulabschluss/Fachhochschulabschluss

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens wieder den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Zu Erinnerung hier noch einmal das Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit“

Personenfragebogen 3

Tanja Pfister, M.A.
Telefon: +49 89 2180-9440
Telefax: +49 89 2180-9443
E-Mail: tanja.pfister@ifkw.lmu.de

**Nur vom Interviewer
auszufüllen!**

Initialen VL: _____
ID: _____
V 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
G w m
A 1 2 3
Z 3 - SR

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Kommunikationswissenschaft und
Medienforschung
Oettingenstr. 67
80538 München



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie hatten sich vor zwei Wochen dazu bereit erklärt, an unserer Studie zur Qualität von Gesundheitsbroschüren teilzunehmen. Hierfür möchten wir Ihnen nochmals herzlich danken.

Vorab wieder einige Informationen zum Hintergrund der vorliegenden Studie:

- Sie wird vom **Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Universität München** durchgeführt.
- Es stehen **keinerlei kommerzielle Interessen** hinter dieser Studie. Es handelt sich um reine Grundlagenforschung.
- Alle Informationen dieser Studie werden **streng vertraulich** behandelt. Die Fragebögen werden bei der Dateneingabe **vollständig anonymisiert**. Das heißt, es werden keinerlei Daten unter Ihrem Namen gespeichert.

Bitte füllen Sie nun den Fragebogen so vollständig wie möglich aus und bedenken Sie dabei, dass Ihre persönliche Meinung zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Tanja Pfister, M.A.
(Projektleitung)

Bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich bitte an Tanja Pfister (pfister@ifkw.lmu.de). Wir beantworten gerne Ihre Fragen. Falls Sie sich für die Ergebnisse der Studie interessieren, senden Sie uns ebenfalls eine E-Mail. Nach Abschluss der Auswertung schicken wir Ihnen gerne eine entsprechende Dokumentation zu.

Bitte umblättern!

1. Es geht um das Thema Medikamente. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn eine Aussage Ihrer Meinung nach überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie das linke Kästchen an. Wenn eine Aussage voll und ganz zutrifft, das rechte Kästchen. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche der folgenden Medikamente würden Sie auch ohne ärztliche Verschreibung einnehmen?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Anregungs- und Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationssteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät- und Schlankheitspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel oder -tropfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Erinnern Sie sich, wo Betroffene Hilfe finden können?

Bitte umblättern!

4. Wie haben Sie sich in den letzten zwei Wochen bezüglich des Konsums von Medikamenten verhalten?

	trifft über- haupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	ich nehme keine Medi- kamente ein
Ich habe über meinen Tablettenkonsum nachgedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Und wie haben Sie sich hinsichtlich der folgenden Punkte verhalten?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich habe mich über das Thema Medikamentensucht genauer informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Beipackzettel von Arzneimitteln gründlicher und aufmerksamer gelesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe andere über die Gefahr von Medikamentensucht informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wissen Sie noch, welche Medikamentengruppen Suchtpotential haben?

Bitte umblättern!

7. Wissen Sie, welche der folgenden Aussagen zu Benzodiazepinen stimmen? Bitte kreuzen Sie an, was richtig ist.

- | | |
|--|--------------------------|
| Benzodiazepin ist ein Wirkstoff, der aus Pflanzensaft gewonnen wird. | <input type="checkbox"/> |
| Bezodiazepine sind eine Untergruppe der Opiode. | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazepine sind Aufputschmittel. | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazepine sind Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel. | <input type="checkbox"/> |

8. Was glauben Sie, wie viele Menschen in Deutschland sind medikamentensüchtig? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % aller Menschen in Deutschland

9. Was glauben Sie, wie groß ist die Chance mit der richtigen Therapie Medikamentensucht zu überwinden? Schätzen Sie einfach!

ca. _____ % haben eine Chance, mit der richtigen Therapie die Medikamentensucht zu überwinden

10. Kennen Sie die Folgen von Medikamentensucht? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Haarausfall | <input type="checkbox"/> |
| dauerhafte Organschäden | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> |
| Koordinationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> |
| Migräne | <input type="checkbox"/> |

11. Wie stufen Sie sich selbst ein?

- | | |
|---|--|
| Ich denke, ich bin medikamentenabhängig. | <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 13 |
| Ich denke nicht, dass ich medikamentenabhängig bin. | <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 12 |

Bitte umblättern!

12. Was glauben Sie, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie selbst medikamentenabhängig werden könnten?

ca. _____ %

13. Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft weniger zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund.
Ich fühle mich in der Lage, meinen Umgang mit Medikamenten positiv zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tragen Sie bitte in die weißen Felder des Kästchens wieder den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr sowie Ihre Hausnummer ein.

Zu Erinnerung hier noch einmal das Beispiel: Angenommen, Sie haben am 08.12.1970 Geburtstag und wohnen in der Hauptstr. 14a: Sie würden dann 08, 70 und 14 eintragen.

Tag der Geburt (Bsp.: 08)	Geburtsjahr (Bsp.: 70)	Hausnummer (Bsp.: 14)

Jetzt haben Sie es geschafft. Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe, Ihre Geduld und die Unterstützung unserer wissenschaftlichen Arbeit!

Falls Sie gerne genau wissen möchten, worum es in unserer Studie geht, **können Sie sich** ab 20. März 2009 bei Tanja Pfister **informieren**:
per Email (pfister@ifkw.lmu.de) oder telefonisch unter 089-2180-9440

Tabelle C.4: Experiment II – Überblick Fragebogen 1

Frage Nr.	Fragebogen I	
1	Ablenkung / Vorwissen	... was glauben Sie (3 Schätzungen)
2	Mediennutzung / Vorwissen	... schon in Presse, durch Broschüren, etc. informiert (4 Items mit je 8 Ausprägungen)
3	Vorwissen	... welche Substanzen können süchtig machen (10 Items)
4	Vorwissen	... welche Substanzen machen körperlich abhängig (5 Items)
5	Involvement / Gesundheitszustand	... in den letzten zwei Monaten ... (4 Items)
6	Involvement	... Medikamenteneinnahme (1 Item)
7	Gesundheitszustand	... Gesundheitszustand beschreiben (1 Item)

Tabelle C.5: Experiment II – Herleitung der verwendeten Emotionsitems

12 abgefragte Emotionen	Plutchik (1991, 2003)	Schmidt-Atzert & Hüppe (1996)	Ruiter et al. (2003)	Cho & Salmon 2006	Aust & Zillmann 1996
Interesse	Interesse				
Langeweile	Langeweile	Langeweile			
Ärger	Ärger	Ärger			„It was upsetting“
Hilflosigkeit ³⁹⁷					
Angst ³⁹⁸	Angst	Angst	Ängstlich/ Besorgt (afraid und sehr ähn- lich: frightened: beängstigt, erschrocken))	Beängstigt, erschreckt, erschrocken (frightened) Ängstlich/ besorgt (anxious)	„it scared me“ und „It was frightening“
Trauer/ Traurigkeit	Trauer/ Traurigkeit	Traurigkeit			„It made me sad“
Motivation ³⁹⁹					
Aufmerksam- keit ⁴⁰⁰				Synonym von angespannt (tense)	
Überraschung	Überraschung	Überraschung			
Verstörtheit	Verstörtheit		Nur ähnlich: Unbehaglich (uncomfortable)	aufge- regt/nervös (nervous) - kann laut der Autorin dieser Arbeit als Sy- nonym angese- hen werden.	„It made me nervous“ - kann laut der Autorin dieser Arbeit als Synonym angese- hen werden.
Bedrücktheit ⁴⁰¹					
Sich Sorgen machen ⁴⁰²	Sich Sorgen machen		Besorgt (worried)		„It worried me“ „It disturbed me“

Fragebogen 2, Frage 4.

³⁹⁷ Synonyme von „hilflos“ sind „machtlos“ und „ohnmächtig“ (Bulitta & Bulitta 1993: 418). Hilflosigkeit könnte Hinweis auf fehlende Selbstwirksamkeit sein. Denn wenn beim Furchtkontrollprozess die Bedrohung hoch ist, kommt es zu geringem „Coping Appraisal“ und einem Gefühl der Hilflosigkeit (vgl. Ruiter 2003a: 466).

³⁹⁸ Typisch für Furchtappelle (vgl. Ruiter et al 2003a).

³⁹⁹ „...motivieren, eine Gesundheitsbroschüre zu lesen.“ Könnte Aufschluss über mögliche positive Wirkung eines Furchtappells liefern, z.B. als Beitrag zur Gefahrenreduktion auf der kognitiven Route des EPPM.

⁴⁰⁰ Ein Synonym von „aufmerksam“ ist „angespannt“ (vgl. Bulitta & Bulitta 1993: 89).

⁴⁰¹ Ein Synonym von „bedrückt“ ist „bekümmert“ (vgl. Bulitta & Bulitta 1993: 130). „Bekümmert“ ist eine Abschwächung von „Kummer“ und fällt damit in dieselbe Dimension bei Plutchik wie „Traurigkeit“

⁴⁰² Typisch für Furchtappelle (vgl. Ruiter et al 2003a).

Tabelle C.6: Experiment II – Pretest: Darstellung der benötigten Zeit

	Fragebogen 1	Broschüre	Fragebogen 2	Summe
Benötigte Zeit in Minuten				
Im Durchschnitt (auf halbe Minuten gerundet, darum bei der Summe Unstimmigkeit)	7,5	14	16	37
Minimum	3	1	10	
Maximum	12	35	25	

Tabelle C.7: Experiment II – Pretest: Bewertung der Broschüre

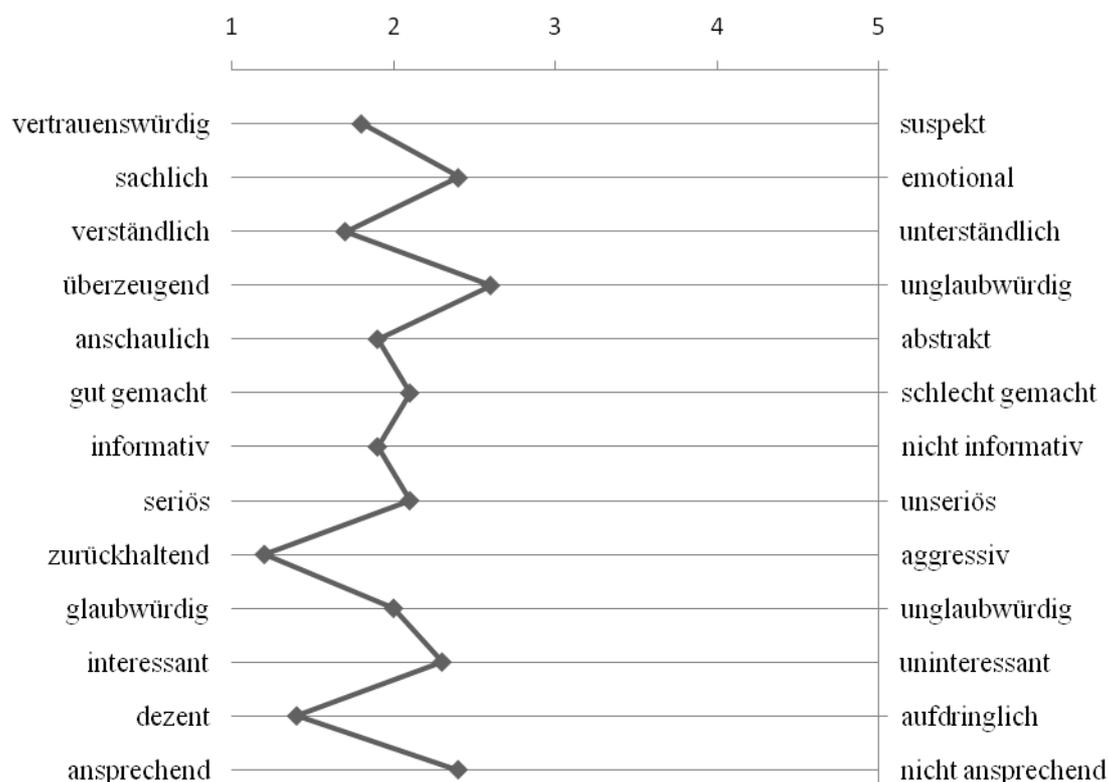


Tabelle C.8: Experiment II – Überblick Fragebogen 2 und 3

Frage Nr.	Fragebogen 2	Frage Nr.	Fragebogen 3
1 (1)	Bewertung der Broschüre / Treatment-Check ... halte die Broschüre (vertrauenswürdig etc. 13 Items)		-
2	Erinnerung an Foto / Filter ... ja ... nein	7	Erinnerung an Foto / Filter ... ja ... nein
3	Fotobewertung / Treatment-Check FA ... Beurteilung des Fotos (11 Items)		-
4	Emotionen durch Foto / Treatment-Check FA ... Gefühle verbinden Sie mit dem Foto? (12 Items + 2 Items Treatment-Check)		-
5 (2)	Involvement / Interesse am Thema ... Interesse an Gesundheitsthemen / Gesundheitsbewusstsein (2 Items)		-
6 (3)	Mediennutzung ... Gesundheitsbroschüren in den letzten vier Wochen		-
7 (4)	Broschürenbewertung allgemein ... finde sie (4 Items)		-
8	Betroffenheit / Empathie / Kausalattribution		-

(5)	9 Items		
9 (6)	Einstellungen ... zum Thema Medikamentensucht (8 Items)	1 (1)	Einstellungen ... zum Thema Medikamentensucht (8 Items, Reihenfolge verändert)
10 (7)	Broschürenwirkung – projektiv ... kann motivieren ... (5 Items)		-
11	Bewertung Fallbeispiele ... halte dargestellte Personen für ... (5 Items)		-
12 (8)	Verhaltensintention ... bzgl. Umgang mit Medikamenten ... (3 Items)	4 (4)	Verhalten ... bzgl. Umgang mit Medikamenten... (3 Items, Reihenfolge verändert)
13 (9)	Verhaltensintention ... bzgl. Umgang mit Medikamenten ... (5 Items)	5 (5)	Verhalten ... bzgl. Umgang mit Medikamenten... (5 Items, Reihenfolge verändert)
14 (10)	Persönliche Betroffenheit ... an Medikamentensucht erkrankt (3 Items Familienangehörige, Person, die ich kenne, niemand)		-
15 (11)	Einstellungen / Risikowahrnehmung ... Medikamente ohne ärztliche Hilfe (5 Items)	2 (2)	Einstellungen / Risikowahrnehmung ... Medikamente ohne ärztliche Hilfe (5 Items, Reihenfolge verändert)
16 (12)	Erinnerung – Hilfe offen	3 (3)	Wissen – Hilfe offen
17 (13)	Wissen – Benzodiazepine ... welche Aussagen stimmen ... (4 Items)	10 (7)	Wissen – Benzodiazepine ... welche Aussagen stimmen ... (4 Items, Reihenfolge verändert)
18 (14)	Wissen – Folgen ... Zutreffendes ankreuzen ... (8 Items)	13 (10)	Wissen – Folgen ... Zutreffendes ankreuzen ... (8 Items, Reihenfolge verändert)
19 (15)	Wissen – Suchtpotential offen	6 (6)	Wissen – Suchtpotential offen
20 (16)	Allgemeine Risikowahrnehmung / Wahrscheinlichkeit des Auftretens allgemein ... Schätzung	11 (8)	Allgemeine Risikowahrnehmung / Wahrscheinlichkeit des Auftretens allgemein ... Schätzung
21 (17)	Reaktionswirksamkeit ... Schätzung	12 (9)	Reaktionswirksamkeit ... Schätzung
22 (18)	Filter ... selbst medikamentensüchtig	14 (11)	Filter ... selbst medikamentensüchtig
23 (19)	Persönliche Risikowahrnehmung / Wahrscheinlichkeit des Auftretens persönlich ... Schätzung	15 (12)	Persönliche Risikowahrnehmung / Wahrscheinlichkeit des Auftretens persönlich ... Schätzung
24 (20)	Selbstwirksamkeit ... fühle mich in der Lage ... (1 Item)	16 (13)	Selbstwirksamkeit ... fühle mich in der Lage ... (1 Item)
25 (21)	Alter		-
26 (22)	Geschlecht		-
27 (23)	Schulabschluss		-
		8	Erinnerung an Foto ... Was stellt das Bild dar?
		9	Erinnerung an Foto ... Warum (...) in Erinnerung geblieben?

Fragen sowie Nummern, die grau hinterlegt sind, waren auch in den Fragebögen für die Kontrollversion (Version 10).

Versuchsleiterinstruktionen:

Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit

Fette Schrift: Instruktionen → nicht vorlesen! Normale Schrift: „wörtlich vorlesen!“

Einführung: Die LMU München, genauer der Lehrstuhl für Empirische Kommunikationswissenschaft führt zur Zeit eine Befragung zur Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit (diese Formulierung ist wichtig!!) durch.

Dazu lesen Sie bitte eine solche Gesundheitsbroschüre durch und füllen vorher und nachher einen Fragebogen aus. Das Ganze dauert ca. 20 bis 30 Minuten. Ich kann Ihnen versichern, dass Ihre Angaben völlig anonym sind und nicht in Zusammenhang mit Ihrer Person ausgewertet werden.

Fragebogen an VPN aushändigen: → Wichtig: immer freundlich bleiben und bedanken nicht vergessen! Vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen! Bitte lesen Sie nun die Einleitung des Fragebogens in Ruhe durch und beantworten Sie dann die Fragen! Es gibt kein richtig oder falsch, es geht nur um Ihre persönliche Meinung. Die Fragen sind klar formuliert. Falls Sie dennoch eine Frage haben, fragen Sie einfach! Wenn Sie mit dem Fragebogen fertig sind, geben Sie mir Bescheid! Auf der letzten Seite finden Sie ein Kästchen, in das Sie bitte den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr und die Hausnummer eintragen. Das dient dazu, damit wir wissen, welche Fragebogen zusammengehören!

Wenn die VPN fertig ist: Fragebogen und Stift einsammeln und Broschüre übergeben: Lesen Sie sich bitte nun die Broschüre durch. Wenn Sie die Broschüre gelesen haben, geben Sie mir bitte wieder Bescheid! **Darauf achten, dass die VPN die Broschüre nicht nur überfliegen. Die Broschüre sollte schon gelesen werden. Falls eine VPN dennoch nur drüber blättert, das bitte vorn auf dem Deckblatt von Fragebogen 1 vermerken.**

Falls die VPN beim Lesen der Broschüre fragt, ob Sie den Test (vorletzte Seite der Broschüre) ausfüllen soll, dann antworten wir: „Das ist nicht nötig. Lesen Sie die Fragen einfach durch.“ Wenn die VPN fertig ist, die Broschüre wieder einsammeln und den 2. Fragebogen aushändigen.

Beantworten Sie nun bitte den zweiten Fragebogen.

Nach dem Fragebogen (das können wir noch überlegen, ob wir das so machen, oder ob Du den Leuten einfach zwei Wochen später den Umschlag übergibst. Dann solltest Du außen auf den Umschlag, den Namen der Person schreiben):

Ich danke Ihnen herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Nun habe ich noch eine Bitte an Sie: Wir würden Sie gern in zwei Wochen noch einmal zu diesem Thema befragen. Ich würde Ihnen dazu folgenden Umschlag mitgeben. Hier außen ist das Datum angegeben, an dem Sie den Umschlag öffnen sollten. Innen befindet sich ein sehr kurzer (!) Fragebogen, den Sie dann bitte zu diesem Datum ausfüllen. Außerdem finden Sie einen frankierten Rückumschlag im Umschlag. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den frankierten Rückumschlag und werfen den Umschlag in einen Postkasten.

Datum auf dem Umschlag überprüfen!! Genau zwei Wochen nach Befragung! Auf der Rückseite des Umschlags habe ich zur Kontrolle noch mal die ID (fortlaufende Nr und die Version notiert: z.B. 14-5)

Sollten die Teilnehmer nachfragen worum genau es bei der Untersuchung geht, sagen Sie bitte immer „Um die Qualität von Gesundheitsbroschüren“!

Bitte die Teilnehmer am Ende des zweiten Fragebogens darauf hinweisen, dass sie sich nicht mit den anderen Teilnehmern über die Broschüre und die Befragung unterhalten sollen.

Tabelle C.9: Experiment II – Pretest: Bewertung des Furchtappells

	alle Furchtappellversionen	leicht (n=7)	Furchtappellversion		F ¹
			mittel (n=6)	stark (n=7)	
Das Foto passt gut zum Thema.	3,9	3,3	3,8	4,4	2,78
Das Foto ist relativ neutral.	2,6	3,0	2,7	2,0	2,01
(...) typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre.	3,2	3,9	3,3	2,3	4,31*
Das Bild ist sehr negativ.	3,1	2,9	3,3	3,1	0,21

Basis: n=20 bzw. alle Versuchspersonen, die sich an das Foto erinnern konnten, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05 (Fragebogen 2, Frage 3, Items 1 und 9 sowie Frage 4, Items 2 und 9), 5-stufige Skala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“

¹ Die F-Werte sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Abbildung C.9: Experiment II – Pretest: Kürzung der Fragebögen

Beim ersten Fragebogen (s. Abbildung C.3 im Anhang) wurden bei Frage 1 und Frage 2 die Krankheit „Magersucht“ herausgenommen. Eine Frage zur Ablenkung und zwei Fragen zum Vorwissen der Versuchspersonen wurden gestrichen. Die Frage „Ich nehme häufig Medikamente um ...“ mit den vier Items „... Schmerzen zu bekämpfen“, „... Schmerzen vorzubeugen“, „...besser zu schlafen“ und „... weniger nervös zu sein“ wurde durch die Frage „Wie häufig nehmen Sie Medikamente ein?“ ersetzt.

In Fragebogen 2 (s. Abbildung C.4 und Abbildung C.6 im Anhang) blieben die Fragen 1, 4, 6, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26 und 27 unverändert. Aus einer langen Itematterie wurden Frage 3 und Frage 4 geschaffen. So konnte genauer zwischen der Beurteilung des Fotos im Allgemeinen und den mit dem Foto in Verbindung stehenden Emotionen unterschieden werden. Bei Frage 5 wurde das Item „Ich vermeide es, Gesundheitsinformationen zu lesen“ gestrichen. Vier Fragen zu Fallbeispielen fielen heraus, da Fallbeispiele in dieser Untersuchung in ihrer Eigenschaft als UV und ihre Auswirkungen auf die AV überprüft werden sollten. Die Itematterie zu den Konstrukten „Betroffenheit“, „Empathie“, „Kausalattribution“ und „neue Information“ wurde um einige Items gekürzt, so dass am Ende vier Items zu Betroffenheit, zwei Items zu Empathie, und je ein Item die Konstrukte „Reaktanz“, „Kausalattribution“ und „neue Information“ verblieben. Auch die Itematterie der Frage 9 zum Konstrukt „Einstellungen“ wurde auf acht Items. Frage 10 wurde um ein redundantes Item gekürzt („Eine der beschriebenen Maßnahmen zu ergreifen.“). Die Fragen 12 und 13 zu Verhaltensintentionen wurden an die Einstellungen (Frage 9, s.o.) angepasst. Frage 15 wurde um das redundante Item „Medikamente gegen Müdigkeit“ abgespeckt, da dieses zu „Anregungs- und Aufputzmittel“ redundant war. Frage 22 wurde als Filterfrage neu eingeführt. So mussten nur Personen, die sich als „nicht medikamentenabhängig“ einstufen, die Frage nach der Wahrscheinlichkeit selbst zu erkranken beantworten (Fra-

ge 23). Frage 24 wurde umformuliert.

Der dritte Fragebogen (s. Abbildung C.5 und Abbildung C.7) wurde entsprechen gekürzt und überarbeitet.

Tabelle C.10: Experiment II – Quotierung nach Altersgruppen, Geschlecht und Versuchsleitern

Altersgruppe 1: 14 – 25 Jahre								
Versuchsleiter 1	1	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m		
Versuchsleiter 2	2	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w		
Versuchsleiter 3	3	v1w	v2m	v3w	v4m	v5w		
Versuchsleiter 4	4	v6m	v7w	v8m	v9w	v10m	v1m	
Versuchsleiter 5	5	v2w	v3m	v4w	v5m	v6w	v7m	
Versuchsleiter 6	6	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m	v3w	
Versuchsleiter 7	7	v4m	v5w	v6m	v7w	v8m	v9w	
Versuchsleiter 8	8	v10m	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m	
Versuchsleiter 9	9	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w	v1w	
Versuchsleiter 10	10	v2m	v3w	v4m	v5w	v6m	v7w	
Versuchsleiter 11	11	v8m	v9w	v10m	v1m	v2w	v3m	
Versuchsleiter 12	12	v4w	v5m					
Versuchsleiter 13	13	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m
Versuchsleiter 14	14	v3w	v4m	v5w	v6m	v7w	v8m	v9w
Versuchsleiter 15	15	v10m	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m	v6w v7m
Versuchsleiter 16	16	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m		
Versuchsleiter 17	17	v3w	v4m	v5w	v6m			
Versuchsleiter 18	18	v7w	v8m	v9w	v10m			
Altersgruppe 2: 26 – 50 Jahre								
Versuchsleiter 1	1	v5w	v6m	v7w	v8m	v9w	v10m	
Versuchsleiter 2	2	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m	v6w	
Versuchsleiter 3	3	v7m	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m	
Versuchsleiter 4	4	v3w	v4m	v5w	v6m	v7w		
Versuchsleiter 5	5	v8m	v9w	v10m	v1m	v2w		
Versuchsleiter 6	6	v3m	v4w	v5m	v6w	v7m		
Versuchsleiter 7	7	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m		
Versuchsleiter 8	8	v3w	v4m	v5w	v6m	v7w	v8m	
Versuchsleiter 9	9	v9w	v10m	v1m	v2w	v3m	v4w	
Versuchsleiter 10	10	v5m	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w	
Versuchsleiter 11	11	v1w	v2m	v3w	v4m	v5w	v6m	
Versuchsleiter 12	12	v7w	v8m	v9w	v10m	v1m	v2w	
Versuchsleiter 13	13	v3m	v4w	v5m	v6w	v7m	v8w	
Versuchsleiter 14	14	v9m	v10w	v1w	v2m	v3w	v4m	
Versuchsleiter 15	15	v5w	v6m	v7w	v8m	v9w	v10m	v1m
Versuchsleiter 16	16	v2w	v3m	v4w	v5m			
Versuchsleiter 17	17	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w		
Versuchsleiter 18	18	v1w	v2m	v3w	v4m			
Altersgruppe 3: 51 Jahre und älter								
Versuchsleiter 1	1	v9m	v10w	v1w	v2m	v3w	v4m	
Versuchsleiter 2	2	v5w	v6m	v7w	v8m	v9w	v10m	

Versuchsleiter 3	3	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m	v6w	
Versuchsleiter 4	4	v7m	v8w	v9m	v10w	v1w	v2m	
Versuchsleiter 5	5	v3w	v4m	v5w	v6m	v7w	v8m	
Versuchsleiter 6	6	v9w	v10m	v1m	v2w	v3m	v4w	
Versuchsleiter 7	7	v5m	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w	
Versuchsleiter 8	8	v1w	v2m	v3w	v4m	v5w		
Versuchsleiter 9	9	v6m	v7w	v8m	v9w	v10m		
Versuchsleiter 10	10	v1m	v2w	v3m	v4w	v5m		
Versuchsleiter 11	11	v6w	v7m	v8w	v9m	v10w		
Versuchsleiter 12	12	v1w	v2m	v3w	v4m	v5w	v6m	
Versuchsleiter 13	13	v7w	v8m	v9w	v10m	v1m	v2w	
Versuchsleiter 14	14	v3m	v4w	v5m	v6w	v7m	v8w	
Versuchsleiter 15	15	v9m	v10w	v1w	v2m	v3w	v4m	v5w
Versuchsleiter 16	16	v6m	v7w	v8m	v9w			
Versuchsleiter 17	17	v10m	v1m	v2w	v3m			
Versuchsleiter 18	18	v4w	v5m	v6w	v7m	v8w		

Die Quotierung kam wie folgt zustande: Die einzelnen Versionen wurden von eins bis zehn fortlaufend jeweils abwechselnd durch das Geschlecht ergänzt, einmal beginnend mit männlich, einmal beginnend mit weiblich. Für die zehn Versionen wurden die Kürzel v1 bis v10 verwendet und für das Geschlecht „m“ für männlich und „w“ für weiblich. So dass am Ende für jede Altersgruppe 100 Befragte zugeteilt werden konnten. Beginnend mit Versuchsleiter 1 der die Versionen v1m, v2w, v3m etc. für Altersgruppe 1 zu befragen hatte. Eine weitere Variation wurde eingebaut, indem bei jeder Altersgruppe für jeden Versuchsleiter die Quotierung mit einer anderen Version begann. Für Versuchsleiter 1 z.B. für Altersgruppe 2 mit v5w, gefolgt von v6m etc. und für Altersgruppe 3 mit v9m, v10w etc.

Tabelle C.11: Experiment II – Gruppen (t1+t2)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Geschlecht			Bildung ¹	
			Anteil Frauen	Anteil Männer	kein Abitur	Abitur	Hochschulabschluss
Version 1	30 (10,0%)	38,0	15 (9,8%)	15 (10,2%)	10 (10%)	12 (10,3%)	7 (9,1%)
Version 2	29 (9,7%)	37,3	14 (9,2%)	15 (10,2%)	9 (9%)	12 (10,3%)	8 (10,4%)
Version 3	30 (10,0%)	37,9	16 (10,5%)	14 (9,5%)	10 (10%)	12 (10,3%)	8 (10,4%)
Version 4	30 (10,0%)	37,6	16 (10,5%)	14 (9,5%)	11 (11%)	10 (8,5%)	8 (10,4%)
Version 5	30 (10,0%)	39,2	15 (9,8%)	15 (10,2%)	11 (11%)	11 (9,4%)	8 (10,4%)
Version 6	30 (10,0%)	40,3	16 (10,5%)	14 (9,5%)	11 (11%)	11 (9,4%)	7 (9,1%)
Version 7	31 (10,3%)	40,0	16 (10,5%)	15 (10,2%)	12 (12%)	11 (9,4%)	6 (7,8%)
Version 8	31 (10,3%)	41,3	14 (9,2%)	17 (11,6%)	8 (8%)	13 (11,1%)	9 (11,7%)
Version 9	29 (9,7%)	37,7	14 (9,2%)	15 (10,2%)	7 (7%)	12 (10,3%)	10 (13%)
Version 10	30 (10,0%)	39,5	17 (11,1%)	13 (8,8%)	11 (11%)	13 (11,1%)	6 (7,8%)
Gesamt	300 (100%)	38,9	153 (100%)	147 (100%)	100 (100%)	117 (100%)	77 (100%)

Basis: n=294-300

Anmerkung: Signifikanztests: Chi²-Test bei Geschlecht und Bildung, einfaktorielle Varianzanalyse bei Personen in der Gruppe und bei Alter

Für alle Tests gilt: p>0,99

¹ n=294

Tabelle C.12: Experiment II – Gruppen (t3)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Geschlecht			Bildung ¹	
			Anteil Frauen	Anteil Männer	kein Abitur	Abitur	Hochschulabschluss
Version 1	23 (11,8%)	38,4	12 (12,5%)	11 (11,1%)	10 (12,2%)	8 (13,8%)	4 (8%)
Version 2	17 (8,7%)	38,1	6 (6,3%)	11 (11,1%)	6 (7,3%)	5 (8,6%)	6 (12%)
Version 3	21 (10,8%)	39,6	10 (10,4%)	11 (11,1%)	8 (8,9%)	7 (12,1%)	6 (12%)
Version 4	18 (9,2%)	41,9	10 (10,4%)	8 (8,1%)	8 (8,9%)	6 (10,3%)	4 (8%)
Version 5	19 (9,7%)	39,9	7 (7,3%)	12 (12,1%)	8 (8,9%)	5 (8,6%)	6 (12%)
Version 6	21 (10,8%)	40,9	13 (13,5%)	8 (8,1%)	8 (8,9%)	7 (12,1%)	5 (10%)
Version 7	19 (9,7%)	42,7	9 (9,4%)	10 (10,1%)	11 (13,4%)	4 (6,9%)	2 (4%)
Version 8	22 (11,3%)	42,5	8 (8,3%)	14 (14,1%)	5 (8,5%)	7 (12,1%)	7 (14%)
Version 9	14 (7,2%)	42,2	8 (8,3%)	6 (6,1%)	6 (7,3%)	2 (3,4%)	6 (12%)
Version 10	21 (10,8%)	42,8	13 (13,5%)	8 (8,1%)	7 (12,2%)	7 (12,1%)	4 (8%)
Gesamt	195 (100%)	40,9	96 (100%)	99 (100%)	82 (100%)	58 (100%)	50 (100%)

Basis: n=190-195 Testpersonen.

Anmerkung: Signifikanztests: Chi²-Test bei Geschlecht und Bildung, einfaktorielle Varianzanalyse bei Personen in der Gruppe und bei Alter

Für alle Tests gilt: p>0,59

¹n=190

D Ergebnisse Experiment II

Tabelle D.1: Experiment II – Treatment-Check Foto nach Fallbeispiel- und Furchtappellversionen

	Ge- samt	Fallbeispielversion			F	Furchtappellversion			F
		eher pos. (n=41)	aus- gew. (n=56- 57)	eher neg. (n=44- 46)		leicht (n=51- 52)	mittel (n=44)	stark (n=47)	
Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.	3,3	3,3	3,3	3,2	0,13	3,0^a	3,5^b	3,3^{ab}	2,84
Das Bild ist sehr negativ.	3,2	3,4	3,3	2,9	1,94	3,0	3,2	3,5	2,74
Das Foto ist relativ neutral.	2,5	2,4	2,5	2,4	0,09	2,5	2,9	2,0	6,87**
Treatment-Check Foto (Indexvariable)	3,4	3,4	3,4	3,3	0,06	1,9	2,0	2,2	0,54

Basis: n=142-143, einfaktorielle Varianzanalysen. Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben.**p<0,01
FB2, F3, Items 1, 3, 4 und 11 (Indexvariable, CA=0,75) sowie Item 9 und FB2, F4, Items 2 und 9. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle D.2: Experiment II – Reaktanz auf das Foto nach Fallbeispiel- und Furchtappellversionen

	Ge- samt	Fallbeispielversion			F	Furchtappellversion			F
		eher pos. (n=40- 41)	aus- gew. (n=56)	eher neg. (n=46)		leicht (n=52)	mittel (n=43- 44)	stark (n=47)	
Reaktanz Foto (Indexvariable)	2,0	2,1	2,1	1,9	0,66	1,9	2,0	2,2	1,18
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	2,5	2,6	2,6	2,2	1,65	2,4	2,5	2,6	0,44

Basis: n=142-143, einfaktorielle Varianzanalyse.
FB2, F3, Items 6, 8 und 10 (Indexvariable, CA=0,76) sowie Item 5. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle D.3: Experiment II – Mediennutzung zu Gesundheitsthemen

	Presse	Broschü- ren	Fernsehen	Internet	Arzt	Apotheke	Bekannte
Genutzte Informationsmöglichkeiten	1,3	0,8	1,5	0,8	0,7	0,3	1,1

Basis: n=300, Häufigkeiten.
FB1, F2, Items 1 bis 4, jeweils neue Variablen berechnet, Antwortmöglichkeit: verschiedene Möglichkeiten anzukreuzen, daraus Summenindex je Informationsmöglichkeit berechnet. Somit konnten die Versuchspersonen zwischen „0“ = „für keines der Themen in diesem Medium informiert“ und „4“ = „für alle vier Themen in diesem Medium informiert“ Punkten erreichen.

Tabelle D.4: Experiment II – Informationsverhalten und Broschürennutzung

	Gesamt	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=30)	F	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=30)	F
		eher positiv (n=87-89)	ausgewogen (n=89-90)	eher negativ (n=90-91)			leicht (n=91)	mittel (n=88-90)	stark (n=87-89)		
Information zu Medikamenten-sucht	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,08	0,9	0,9	0,8	0,8	0,19
Information zu Gesundheitsthemen allg.	2,7	2,7	2,7	2,8	2,5	0,13	2,7	2,6	2,8	2,5	0,21
Broschürennutzung	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,77	0,6	0,5	0,6	0,6	0,46

Basis: n=296-300, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

FB1, F2, Items 2 und 4, Antwortmöglichkeit: verschiedene Möglichkeiten anzukreuzen, daraus Summenindex.

FB2, F6, Skalierung von „0“ = „keine“, „1“ = 1 bis 2“, 2 = „3 bis 4“ und 3 = „5 und mehr“.

Tabelle D.5: Experiment II – Vorwissen: Medikamentensucht

	Gesamt	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=30)	F	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=30)	F
		eher positiv (n=89)	ausgewogen (n=90)	eher negativ (n=91)			leicht (n=91)	mittel (n=90)	stark (n=89)		
Ca. ... % aller Menschen in Deutschland leiden an Medikamenten-sucht.	16	14^a	16^{ab}	17^{ab}	21^b	1,53	17^{ab}	17^{ab}	13^a	21^b	1,79

Basis: n=300, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. Prozentangaben gerundet.

FB1, F3, Item 1. Offene Prozentangabe.

Tabelle D.6: Experiment II – Vorwissen: süchtig machende Substanzen

	Gesamt	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=30)	F	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=30)	F
		eher positiv (n=89)	ausgewogen (n=90)	eher negativ (n=91)			leicht (n=91)	mittel (n=90)	stark (n=89)		
Schmerzmittel (%)	94	89	93	99	97	0,03*	95	93	93	97	0,90
Aufputzmittel (%)	90	90	89	90	90	0,99	87	89	93	90	0,55
Hustenmittel (%)	45	44	44	50	40	0,78	45	51	42	40	0,56
Hormonpräparate (%)	31	28	34	31	27	0,78	32	31	30	27	0,96
Benzodiazepin (%)	20	21	17	24	17	0,60	20	18	25	17	0,64

Basis: n=300, Chi²-Tests, ***p<0,05**. Prozentangaben gerundet.

FB1, F3, Items 1,3,4 und 5. Ankreuzen möglich. FB1, F4, Item 2. Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „kenne ich nicht/weiß ich nicht“. „Nein“ und „kenne ich nicht/weiß ich nicht“ wurden vor der Berechnung des Chi²-Tests zusammengefasst.

Tabelle D.7: Experiment II – Aussagen zur Gesundheit

	Gesamt	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=29-30)	F	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=29-30)	F
		eher positiv (n=85-89)	ausgewogen (n=88-89)	eher negativ (n=86-91)			leicht (n=87-91)	mittel (n=89-90)	stark (n=83-88)		
In den letzten zwei Monaten...											
... war ich krank bzw. litt unter Schmerzen.	2,7	2,7	2,7	2,7	2,5	0,13	2,6	2,6	2,9	2,5	0,98
... musste ich Medikamente einnehmen.	2,6	2,7	2,8	2,6	2,5	0,29	2,5	2,7	2,9	2,5	1,42
... fühlte ich mich wegen Stress in der Arbeit oder Familie überlastet.	2,5	2,5	2,5	2,4	2,6	0,12	2,5	2,3	2,6	2,6	0,57
... habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können.	1,3	1,2	1,4	1,3	1,4	1,29	1,2	1,2	1,5	1,4	2,22
Einnahme von Medikamenten	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	0,16	1,9	1,9	2,0	2,0	0,23

Basis: n=288-300, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB1, F5, Items 1 bis 4. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. FB1, F6. Skalierung von „1“ = „alle paar Monate“ bis „5“ = „mehrmals täglich“. FB1, F7. Skalierung von „1“ = „schlecht“ bis „5“ = „ausgezeichnet“.

Tabelle D.8: Experiment II – Involvement

	Gesamt	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=30)	F	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=30)	F
		eher positiv (n=86)	ausgewogen (n=87-89)	eher negativ (n=88-90)			leicht (n=90-91)	mittel (n=85-88)	stark (n=86)		
Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen.	3,5	3,5	3,4	3,6	3,2	1,25	3,5	3,4	3,6	3,2	1,07
Ich bin ein gesundheitsbewusster Mensch.	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6	0,12	3,8	3,7	3,6	3,6	0,54

Basis: n=291-295, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F5, Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle D.9: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf Erinnerung an Hilfe – Summenindizes

	Gesamt (n=214)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=60)	ausgewogen (n=71)	eher neg. (n=65)		Kontrollversion (n=18)
Erinnerung Ärzte	1,1	1,0	1,0	1,3	1,4	1,21
Erinnerung Organisationen	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,39
Erinnerung Hilfe insges.	1,5	1,4	1,5	1,6	1,8	1,15

Basis: n=214, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F16, offene Antwortmöglichkeit, Mehrfachantworten möglich.

Tabelle D.10: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf das Wissen zu Benzodiazepin und zu den Folgen (Indexvariablen)

	Gesamt (n=300)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=89)	ausgewogen (n=90)	eher neg. (n=91)		Kontrollversion (n=30)
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,79
Wissen Folgen	3,8	3,7	3,7	3,9	3,5	1,03

Basis: n=300, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F17, Indexvariable. Frage 18, Fragebogen 2, Mittelwertindexvariable.

Tabelle D.11: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten

	Gesamt (n=200)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=60)	ausgewogen (n=66)	eher neg. (n=55)		Kontrollversion (n=19)
Beruhigungsmittel (%)	83	82	83	82	95	0,53
Aufputzmittel (%)	62	63	56	64	68	0,71
Schmerzmittel (%)	61	65	59	58	63	0,87

Basis: n=200, Chi²-Tests. FB2, F19, offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle D.12: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt

	Gesamt (n=297-300)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=88-89)	ausgewogen (n=89-90)	eher neg. (n=90-91)		Kontrollversion (n=29-30)
Emotionen (Indexvariable)	2,6	2,6	2,7	2,6	2,7	0,18
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,4	2,4	2,5	2,2	2,5	1,25
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,6	2,7	2,7	2,5	2,6	0,52
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamenten- sucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	3,0	3,2	2,9	2,9	3,0	0,65

Basis: n=297-300, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F8, Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Indexvariable „Emotionen“ (CA=0,74).

Tabelle D.13: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

	Gesamt (n=286-300)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=81-89)	ausgewogen (n=87-90)	eher neg. (n=88-91)		Kontrollversion (n=29-30)
Vorwissen allg. Risikowahrnehmung (%)	16	14^a	16^{ab}	17^{ab}	21^b	1,53
allgemeine Risikowahrnehmung (%)	16	15	13	19	15	2,15
persönliche Risikowahrnehmung ¹ (%)	8	8	5	9	9	0,91
Reaktionswirksamkeit (%)	58	57	59	57	62	0,26
Selbstwirksamkeit	4,7	4,5	4,9	4,6	4,7	2,35

Basis Vorwissen: n=286-300, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. Prozentangaben gerundet.

FB1, F1, Item 2, FB1, F 20, 23 und 21. Offene Prozentangabe. Frage 24, Fragebogen 2. Geschlossene Abfrage, Antwortmöglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund“. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und die Residualantwort zusammengefasst.

Tabelle D.14: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf die Verhaltensintentionen

	Gesamt (n=166-300)	Fallbeispielversion			F	
		eher pos. (n=46-89)	ausgewogen (n=45-89)	eher neg. (n=54-90)		Kontrollversion (n=20-30)
Ich plane, Familie, Freunde und Bekannte genauer im Hinblick auf Medikamentensucht zu beobachten.	2,8	2,9	2,8	2,8	2,7	0,44
Ich habe vor meinen Tablettenkonsum überdenken.	2,3	2,2	2,4	2,3	1,9	0,69
Ich werde andere über die Gefahr von Medikamentensucht informieren.	2,7	2,6	2,8	2,8	2,7	0,36
Ich kann mir vorstellen im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	3,1	3,0	3,4	3,1	2,8	1,20
Ich habe vor, Beipackzettel von Arzneimitteln gründlich und aufmerksam zu lesen.	3,7	3,6	3,7	3,8	3,4	0,97
Ich werde mich über das Thema Medikamentensucht genauer informieren.	2,4	2,4	2,5	2,3	2,4	0,32
Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken.	2,1	2,1	2,1	2,2	1,8	0,44
Ich möchte mit meinem Arzt über das Problem Medikamentensucht sprechen.	1,5	1,5	1,6	1,5	1,3	0,50
Verhaltensintention (Indexvariable)	2,6	2,6	2,6	2,6	2,4	0,59

Basis: n=166-298, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

FB2, F12 und 13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Die Reihenfolge der dargestellten Items entspricht zur besseren Vergleichbarkeit derjenigen der Einstellungen (s. Tabelle D.15). Indexvariable (CA=0,84).

Tabelle D.15: Experiment II – Einfluss des Fallbeispiels auf die Einstellungen

	Gesamt (n=294- 298)	Fallbeispielversion			Kontroll- version (n=29- 30)	F
		eher pos. (n=87- 89)	ausge- wogen (n=89- 90)	eher neg. (n=89- 90)		
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,4	3,4	3,4	3,5	3,6	0,27
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	4,0	3,9	3,9	4,0	4,2	0,68
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	1,62
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	1,79
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	0,47
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	0,17
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	1,7	1,6	1,6	1,8	1,8	0,30
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	0,30

Basis: n=294-298, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB2, F9. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle D.16: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Geschlecht

	Fallbeispielversion								Fb	Geschl	F*G	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	w (n=21-45)	m (n=20-44)	w (n=31-47)	m (n=25-43)	w (n=27-44)	m (n=27-47)	w (n=9-17)	m (n=7-13)					
Erinnerung Hilfe	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	2,0	1,6	0,90	0,38	0,34	0,63	-0,01
Wissen Benzo.	0,3	0,5	0,3	0,5	0,5	0,4	0,1	0,2	0,73	0,77	0,32	0,60	-0,01
Wissen Folgen	3,7	3,8	3,9	3,5	4,2	3,7	3,4	3,7	1,06	0,75	1,50	1,45	0,01
Wissen Medikamente	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9	0,9	1,0	0,70	1,18	0,54	0,68	-0,01
Emotionen Broschüre	2,7	2,5	2,8	2,5	2,8	2,4	2,8	2,5	0,11	11,20*	0,19	2,25*	0,03
allg Risiko. (%)	17,0	12,8	13,9	11,5	23,0	15,4	19,3	9,1	2,36	7,80**	0,59	2,24*	0,03
pers. Risiko (%)	5,7	10,5	6,5	4,2	11,5	5,7	11,4	5,4	0,93	1,61	2,45	1,58	0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	54,9	59,1	59,6	59,0	56,7	57,3	55,5	69,2	0,33	1,32	0,47	0,39	-0,02
Selbstwirksamkeit	4,5	4,6	4,8	4,9	4,6	4,6	4,8	4,7	2,32	0,07	0,12	1,09	0,00
Einstellungen (Item 4)	4,7	4,3	4,8	4,7	4,8	4,5	4,8	4,5	1,81	11,31**	0,71	3,08*	0,05
Einstellungen (Item 7)	1,6	1,7	1,8	1,5	1,7	1,8	1,7	1,9	0,31	0,00	0,85	0,50	-0,01
Verhaltensintentionen	2,7	2,4	2,9	2,4	2,8	2,5	2,5	2,3	0,62	7,49**	0,55	2,15*	0,03
Verhalten	1,8	1,6	1,7	1,9	2,4	1,7	2,4	2,0	2,43	4,96*	2,28	2,85**	0,06

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.17: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Alter

	Fallbeispielversion								Fb	Alter	F*A	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	≤ 30	> 30	≤ 30	> 30	≤ 30	> 30	≤ 30	> 30					
(n=25-50)	(n=16-39)	(n=24-44)	(n=26-46)	(n=21-42)	(n=23-49)	(n=9-14)	(n=7-16)	F	F	F	F		
Erinnerung Hilfe	1,4	1,4	1,2	1,7	1,4	1,7	2,2	1,4	1,21	0,01	2,86*	1,99	0,03
Wissen Benzo.	0,3	0,4	0,3	0,5	0,6	0,3	0,3	0,1	0,79	0,06	1,95	1,18	0,00
Wissen Folgen	3,9	3,5	3,9	3,5	4,0	3,9	3,6	3,5	1,11	2,84	0,31	1,23	0,01
Wissen Medikamente	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,70	0,96	0,17	0,52	-0,02
Emotionen Broschüre	2,6	2,6	2,5	2,8	2,6	2,6	2,5	2,8	0,15	2,48	0,87	0,70	-0,01
allg Risiko. (%)	12,8	17,7	10,6	14,8	16,5	21,3	11,8	17,5	2,03	4,92*	0,02	1,75	0,02
pers. Risiko (%)	9,9	5,6	7,2	3,7	9,7	7,5	10,9	7,0	0,88	3,47	0,08	1,01	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	63,4	48,8	69,3	49,4	63,7	51,3	69,4	54,6	0,38	16,64***	0,26	3,23**	0,05
Selbstwirksamkeit	4,8	4,2	4,9	4,8	4,8	4,5	4,5	4,9	2,97*	1,12	2,89*	3,03**	0,05
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,5	4,7	4,7	4,6	4,7	4,4	4,9	1,77	3,40	1,55	1,60	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,5	1,9	1,5	1,8	1,6	1,9	1,7	1,8	0,23	4,80*	0,20	1,33	0,01
Verhaltensintentionen	2,4	2,8	2,4	2,9	2,4	2,8	2,2	2,6	0,68	20,47***	0,22	4,09***	0,07
Verhalten	1,6	1,9	1,6	1,9	1,7	2,2	2,0	2,4	1,93	8,74**	0,13	2,67*	0,06

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.18: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Bildung

	Fallbeispielversion								Fb	Bild.	F*B	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	≤ MR (n=11- 29)	≥ Abi (n=29- 59)	≤ MR (n=21-33)	≥ Abi (n=32- 55)	≤ MR (n=12- 27)	≥ Abi (n=28- 61)	≤ MR (n=5-11)	≥ Abi (n=11- 19)					
Erinnerung Hilfe	1,5^a	1,3^a	1,7^{ab}	1,3^{ab}	1,9^{ab}	1,4^{ab}	1,7^b	1,9^b	0,98	2,41	0,93	1,96	0,03
Wissen Benzo.	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3	0,5	0,0	0,3	0,80	3,87*	0,11	1,02	0,00
Wissen Folgen	3,8	3,7	3,7	3,7	3,7	4,1	3,7	3,4	0,52	0,02	0,85	0,94	0,00
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	1,0	0,32	0,58	0,91	0,72	0,01
Emotionen Broschüre	2,6	2,6	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	0,46	0,23	0,54	0,46	-0,01
allg Risiko. (%)	22,4	11,4	17,8	9,9	25,1	16,6	15,6	14,4	2,41	9,74**	0,60	3,48**	0,06
pers. Risiko (%)	7,4	8,5	3,1	6,8	9,1	8,7	1,5	13,0	1,06	4,09*	1,27	1,28	0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	46,8	61,6	48,2	65,2	47,4	60,5	58,5	63,2	0,47	9,44**	0,30	2,31*	0,03
Selbstwirksamkeit	4,1	4,7	4,7	5,0	4,4	4,7	4,6	4,8	3,24*	8,37**	0,80	3,02**	0,05
Einstellungen (Item 4)	4,3	4,6	4,7	4,7	4,7	4,6	4,7	4,6	1,99	0,28	1,18	1,25	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,6	1,7	1,9	1,5	1,9	1,7	1,9	1,7	0,34	1,09	0,66	0,57	-0,01
Verhaltensintentionen	2,6	2,5	2,9	2,5	2,8	2,5	2,4	2,4	0,87	2,19	0,81	1,17	0,00
Verhalten	1,9^a	1,6^a	2,2^a	1,5^a	2,1^{ab}	1,9^{ab}	2,2^b	2,2^b	1,90	5,49*	1,61	3,05**	0,07

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.19: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Broschürennutzung

	Fallbeispielversion								Fb	Bro.	F*B	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	0	>1	0	>1	0	>1	0	>1					
	(n=21-45)	(n=20-44)	(n=31-47)	(n=25-43)	(n=27-44)	(n=27-47)	(n=9-17)	(n=7-13)	F	F	F	F	
Erinnerung Hilfe	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,7	1,7	2,0	1,14	2,28	0,25	0,95	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,0	0,4	0,69	1,38	0,41	0,60	-0,01
Wissen Folgen	3,9	3,5	3,6	3,9	3,9	3,9	3,6	3,5	1,08	0,09	1,18	0,96	0,00
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	1,0	0,83	0,32	0,31	0,62	-0,02
Emotionen Broschüre	2,6	2,7	2,4	2,9	2,5	2,7	2,6	2,7	0,24	5,28*	1,39	1,94	0,02
allg Risiko. (%)	13,7	15,4	13,9	11,6	18,3	20,2	14,2	15,6	2,33	0,08	0,30	1,12	0,00
pers. Risiko (%)	9,3	6,9	14,7	9,4	9,3	18,4	12,2	23,3	0,90	0,62	1,57	1,06	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	60,2	52,1	66,4	50,7	61,3	52,2	64,6	57,9	0,27	6,53*	0,62	1,56	0,01
Selbstwirksamkeit	4,7	4,2	5,0	4,8	4,8	4,5	4,7	4,8	2,94*	4,26*	1,20	2,77**	0,04
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,6	4,7	4,7	4,5	4,8	4,6	4,6	1,47	2,06	1,26	1,77	0,02
Einstellungen (Item 7)	1,5	1,8	1,5	1,9	1,7	1,8	1,8	1,7	0,24	1,45	0,72	0,91	0,00
Verhaltensintentionen	2,3	2,9	2,3	3,0	2,4	2,9	2,2	2,6	0,71	30,25***	0,65	6,50***	0,12
Verhalten	1,5^a	2,0^a	1,5^a	2,0^a	1,5^{ab}	2,4^{ab}	2,1^b	2,3^b	2,14	16,66***	1,18	5,24***	0,14

Basis: n=143-296, zweifaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.20: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Involvement (Interesse am Thema)

	Fallbeispielversion								Fb	Int.	F*I	Gesamt				
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion					F	F	F	F	R2 (korr.)
	Int. niedr. (n=19- 43)	Int. hoch (n=22- 43)	Int. niedr. (n=31-48)	Int. hoch (n=23- 39)	Int. niedr. (n=21- 41)	Int. hoch (n=25- 47)	Int. niedr. (n=13-20)	Int. hoch (n=4-10)								
Erinnerung Hilfe	1,5	1,4	1,4	1,6	1,4	1,7	1,7	2,3	1,40	1,96	0,68	0,99	0,00			
Wissen Benzo.	0,5	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,2	0,2	0,63	0,02	0,78	0,66	-0,01			
Wissen Folgen	3,7	3,7	3,5	4,0	4,0	3,9	3,7	3,3	1,38	0,01	1,32	1,16	0,00			
Wissen Medikamente	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	0,7	0,8	1,0	0,77	0,02	2,94*	1,56	0,02			
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,6	2,7	2,4	2,8	2,6	2,9	0,24	8,24**	1,02	1,92	0,02			
allg Risiko. (%)	15,8	13,4	15,8	9,4	14,0	21,6	13,1	18,3	1,53	0,22	3,07*	1,97	0,02			
pers. Risiko (%)	7,6	9,1	3,6	6,9	5,2	11,0	3,6	19,3	1,57	12,09**	1,83	2,40*	0,03			
Reaktionswirksamkeit (%)	55,7	57,1	59,2	57,6	62,0	54,0	63,3	57,9	0,15	0,70	0,37	0,36	-0,01			
Selbstwirksamkeit	4,7	4,3	4,9	4,9	4,7	4,5	4,7	4,8	2,38	1,02	0,98	1,79	0,02			
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,5	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	4,6	1,40	0,41	0,38	0,93	0,00			
Einstellungen (Item 7)	1,5	1,8	1,5	1,8	1,8	1,7	1,6	2,1	0,46	3,69	0,83	0,97	0,00			
Verhaltensintentionen	2,4	2,8	2,4	2,9	2,3	2,9	2,4	2,4	0,57	12,56***	1,01	4,11***	0,07			
Verhalten	1,6^a	1,9^a	1,7^a	1,9^a	1,6^{ab}	2,4^{ab}	2,1^b	2,5^b	2,35	6,54*	1,21	3,16**	0,08			

Basis: n=141-291, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.21: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Involvement (Medikamentenkonsum)

	Fallbeispielversion								Fb	Kons.	F*K	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	Kons. niedr. (n=21- 45)	Kons. hoch (n=20- 44)	Kons. niedr. (n=25-48)	Kons. hoch (n=26- 41)	Kons. niedr. (n=19- 46)	Kons. hoch (n=27- 45)	Kons. niedr. (n=10-18)	Kons. hoch (n=7-12)					
Erinnerung Hilfe	1,6	1,2	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	2,0	1,21	0,00	1,10	1,00	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,1	0,3	0,66	0,02	0,18	0,44	-0,01
Wissen Folgen	3,8	3,7	3,8	3,7	4,0	3,9	3,7	3,3	1,08	0,84	0,10	0,55	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,7	0,8	0,9	0,8	0,8	1,0	0,9	0,44	0,43	1,51	0,96	0,00
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,6	2,8	2,5	2,7	2,5	2,9	0,28	8,91**	0,30	1,54	0,01
allg Risiko. (%)	13,9	16,0	12,4	12,4	21,3	16,7	14,5	15,4	2,29	0,03	0,62	1,28	0,01
pers. Risiko (%)	7,3	8,8	6,3	4,6	5,6	11,5	4,2	15,8	1,14	5,43*	2,09	1,69	0,02
Reaktionswirksamkeit (%)	63,4	50,5	61,6	57,5	54,5	59,5	62,9	59,3	0,25	0,98	1,35	0,83	0,00
Selbstwirksamkeit	4,7	4,4	4,9	4,8	4,9	4,4	4,8	4,7	2,37	4,31*	1,31	2,55*	0,04
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,5	4,7	4,8	4,6	4,6	4,7	4,6	1,86	0,00	0,42	0,96	0,00
Einstellungen (Item 7)	1,3	2,1	1,4	2,0	1,5	2,1	1,4	2,3	0,46	27,30***	0,27	4,89***	0,09
Verhaltensintentionen	2,5	2,6	2,4	2,9	2,6	2,6	2,4	2,4	0,69	1,24	1,21	1,19	0,00
Verhalten	1,4^a	2,0^a	1,6^a	1,9^a	1,9^{ab}	2,1^{ab}	2,1^b	2,4^b	2,90	6,66*	0,55	2,58*	0,09

Basis: n=142-299, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.22: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und persönlicher Betroffenheit

	Fallbeispielversion								Fb	Betr.	F*B	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	nicht betr. (n=26- 63)	betr. (n=15- 25)	nicht betr. (n=39-69)	betr. (n=13- 21)	nicht betr. (n=35- 69)	betr. (n=11- 21)	nicht betr. (n=11-19)	betr. (n=5-9)					
Erinnerung Hilfe	1,4	1,4	1,7	1,5	1,4	1,9	1,7	1,8	1,11	0,96	0,76	0,87	0,00
Wissen Benzo.	0,3	0,5	0,4	0,4	0,5	0,2	0,2	0,1	0,79	0,02	0,97	0,83	0,00
Wissen Folgen	3,8	3,8	3,7	3,7	3,9	4,1	3,9	2,9	1,54	1,23	1,60	1,05	0,00
Wissen Medikamente	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	0,63	0,27	0,11	0,36	-0,02
Emotionen Broschüre	2,6	2,6	2,7	2,7	2,5	2,8	2,7	2,5	0,15	0,03	0,97	0,53	-0,01
allg Risiko. (%)	14,5	15,8	11,8	15,8	17,4	24,5	15,7	10,8	2,43	0,54	0,83	1,56	0,01
pers. Risiko (%)	6,5	12,4	5,6	5,0	7,8	11,3	6,4	4,7	1,68	0,77	0,88	1,10	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	57,1	58,6	58,9	60,7	58,2	54,6	60,2	60,0	0,17	0,00	0,11	0,10	-0,02
Selbstwirksamkeit	4,6	4,5	4,9	4,9	4,7	4,5	4,6	4,9	2,20	0,00	0,50	1,10	0,00
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,6	4,7	4,8	4,6	4,7	4,5	5,0	1,14	6,05*	0,89	1,63	0,02
Einstellungen (Item 7)	1,6	1,8	1,6	1,7	1,6	2,3	1,7	1,8	0,98	2,56	1,19	1,17	0,00
Verhaltensintentionen	2,5	2,8	2,6	2,8	2,5	2,8	2,4	2,7	0,25	7,13**	0,04	1,34	0,01
Verhalten	1,6^a	1,9^a	1,8^a	1,9^a	1,8^{ab}	2,5^{ab}	2,2^b	2,4^b	2,71*	5,12*	0,74	2,39*	0,05

Basis: n=143-296, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.23: Experiment II – Interaktion zwischen Fallbeispielversion und Gesundheitszustand

	Fallbeispielversion								Fb	Ges.	F*G	Gesamt	R2 (korr.)
	eher positiv		ausgewogen		eher negativ		Kontrollversion						
	Ges. schl. (n=21- 48)	Ges. sehr gut (n=20- 41)	Ges. schl. (n=26-42)	Ges. sehr gut (n=29- 48)	Ges. schl. (n=26- 51)	Ges. sehr gut (n=20- 40)	Ges. schl. (n=9-16)	Ges. sehr gut (n=7-14)					
Erinnerung Hilfe	1,3	1,5	1,6	1,4	1,7	1,4	2,0	1,7	1,06	1,14	0,80	0,98	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,6	0,4	-0,2	1,01	1,90	2,32	1,39	0,01
Wissen Folgen	3,6	3,9	3,6	3,8	3,8	4,1	3,9	3,1	1,19	0,07	1,31	1,07	0,00
Wissen Medikamente	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	0,79	0,51	0,54	0,39	-0,02
Emotionen Broschüre	2,7	2,5	2,7	2,6	2,7	2,5	2,9	2,4	0,23	6,25*	0,47	0,99	0,00
allg Risiko. (%)	16,2	13,4	14,8	10,9	20,8	16,8	14,8	14,9	1,89	1,47	0,13	1,36	0,01
pers. Risiko (%)	8,1	8,1	3,0	7,6	10,7	5,7	12,7	4,4	0,88	1,36	2,46	1,49	0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	54,0	60,4	52,7	64,9	52,5	62,7	59,4	63,8	0,18	4,60*	0,21	1,17	0,00
Selbstwirksamkeit	4,6	4,4	4,8	5,0	4,4	4,9	4,8	4,6	2,21	0,34	2,69*	2,41*	0,03
Einstellungen (Item 4)	4,6	4,4	4,6	4,8	4,6	4,6	4,5	4,8	1,78	0,93	1,41	1,42	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,9	1,3	2,0	1,3	2,0	1,5	1,9	1,6	0,20	14,55***	0,34	3,45**	0,06
Verhaltensintentionen	2,6	2,6	3,0	2,3	2,7	2,5	2,3	2,5	0,73	2,58	3,63*	2,75**	0,04
Verhalten	1,9^a	1,5^a	2,1^a	1,5^a	2,2^{ab}	1,7^{ab}	2,0^b	2,4^b	2,25	5,85*	2,21	4,18***	0,10

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.24: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf die Erinnerung an Hilfe (Summenindizes)

	Gesamt (n=214)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=63)	mittel (n=68)	stark (n=65)	Kontroll- version (n=18)	
Erinnerung Ärzte	1,1	1,0	1,2	1,1	1,4	1,24
Erinnerung Organisationen	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,91
Erinnerung Hilfe insgesamt	1,5	1,4	1,5	1,5	1,8	0,99

Basis: n=214, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F16, offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachantworten möglich.

Tabelle D.25: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf das Wissen zu Benzodiazepin und den Folgen (Indexvariablen)

	Gesamt (n=300)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=91)	mittel (n=90)	stark (n=89)	Kontroll- version (n=30)	
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,82
Wissen Folgen	3,8	3,8	3,7	3,8	3,5	0,49

Basis: n=300, einfaktorielle Varianzanalyse. FB2, F17, Indexvariable. Frage 18, Fragebogen 2, Mittelwertindex.

Tabelle D.26: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf das Wissen zu süchtig machenden Medikamenten

	Gesamt (n=200)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=55)	mittel (n=60)	stark (n=66)	Kontroll- version (n=19)	
Beruhigungsmittel (%)	83	84	80	80	95	0,46
Aufputzmittel (%)	62	60	63	59	68	0,88
Schmerzmittel (%)	61	58	58	65	63	0,83

Basis: n=200, Chi²-Tests. FB2, F19, offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle D.27: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf die emotionale Reaktion auf die Broschüre insgesamt

	Gesamt (n=297- 300)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=90- 91)	mittel (n=90)	stark (n=87- 89)	Kontroll- version (n=29- 30)	
Emotionen (Indexvariable)	2,6	2,7	2,6	2,6	2,7	0,16
Beim Betrachten der Broschüre dachte ich: „Was geht mich das an?“ (Reaktanz)	2,4	2,1	2,5	2,5	2,5	2,22
Ich finde, Medikamentenabhängige sind selbst Schuld an Ihrem Schicksal. (Kausalattribution)	2,6	2,5	2,7	2,6	2,6	0,28
Ich hätte nicht gedacht, dass Medikamenten- sucht so weit verbreitet ist. (Neue Information)	3,0	3,0	2,9	3,1	3,0	0,24

Basis: n=297-300, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan).

Frage 8, Fragebogen 2. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Indexvariable „Emotionen“ (CA 0,74).

Tabelle D.28: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf die emotionale Reaktion auf das Bild

	Gesamt (n=144)	Furchtappellversion			F
		leicht (n=52)	mittel (n=44)	stark (n=47-48)	
Negative Emotionen ¹	2,0	2,0	2,0	2,0	0,24
Positive Emotionen	2,6	2,6	2,6	2,6	0,18

Basis: n=144, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F3, Items 2 und 7. FB2, F4, Items 1, 3 bis 8 und 10 bis 14. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Kontrollversion fehlt, da diese kein Bild (Furchtappell) in ihrem Stimulusmaterial hatte.

¹ n=143

Tabelle D.29: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

	Gesamt (n=286-300)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=88-91)	mittel (n=86-90)	stark (n=83-89)	Kontroll- version (n=29-30)	
Vorwissen allg. Risikowahrnehmung (%)	16	17 ^{ab}	17 ^{ab}	13 ^a	21 ^b	1,79
allgemeine Risikowahrnehmung (%)	16	17	16	14	15	0,45
persönliche Risikowahrnehmung (%)	8	7	8	6	9	0,34
Reaktionswirksamkeit (%)	58	54	53	57	62	1,64
Selbstwirksamkeit	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	0,24

Basis Vorwissen: n=286-300, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. Prozentangaben gerundet.

FB1, F1, Item 2. FB2, F20, 23 und 21. Offene Prozentangabe. FB2, F24. Geschlossene Abfrage, Antwortmöglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund“. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und die Residualantwort zusammengefasst.

Tabelle D.30: Experiment II – Einfluss des Furchtappells auf die Einstellungen

	Gesamt (n=294-298)	Furchtappellversion				F
		leicht (n=90-91)	mittel (n=88-89)	stark (n=86-88)	Kontroll- version (n=29-30)	
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,4	3,5	3,4	3,4	3,6	0,38
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	4,0	3,9	3,8	4,1	4,2	1,19
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	4,6	4,6	4,6	4,7	4,6	0,66
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	0,61
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	0,34
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	0,10
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	1,7	1,8	1,4	1,8	1,8	2,22
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	0,24

Basis: n=294-298, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F9. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle D.31: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und emotionaler Reaktion auf die Broschüre

	Furchtappellversion								FA	ERB	FA*Er	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	ERB niedr. (n=22- 41)	ERB hoch (n=34- 50)	ERB niedr. (n=27-43)	ERB hoch (n=31- 47)	ERB niedr. (n=31- 47)	ERB hoch (n=25- 42)	ERB niedr. (n=7-11)	ERB hoch (n=10- 19)					
Erinnerung.Foto ¹	0,5	0,6	0,4	0,6	0,6	0,5	-	-	0,62	0,18	1,53	0,90	0,00
Erinnerung Hilfe	1,2	1,6	1,16	1,4	1,6	1,5	1,9	1,8	1,07	0,02	1,08	0,90	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1	0,63	2,60	0,11	0,89	0,00
Wissen Folgen	3,7	3,9	3,5	3,9	3,7	3,9	3,6	3,5	0,39	0,83	0,45	0,72	-0,01
Wissen Medikamente	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,7	1,0	0,9	0,85	0,15	1,55	1,05	0,00
allg Risiko. (%)	14,9	17,8	14,3	18,2	10,9	17,2	11,6	16,7	0,40	4,03*	0,15	0,96	0,00
pers. Risiko (%)	4,7	9,5	8,0	8,4	5,8	7,1	3,2	12,1	0,24	4,12*	0,86	0,94	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	60,6	47,9	64,3	61,7	58,3	55,1	72,3	55,2	1,69	5,16*	0,81	1,68	0,02
Selbstwirksamkeit	4,6	4,7	4,9	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	0,29	0,84	0,88	0,70	-0,01
Einstellungen (Item 4)	4,4	4,7	4,8	4,6	4,6	4,6	4,5	4,7	0,75	0,94	2,25	1,28	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,8	1,8	1,2	1,7	1,7	1,9	2,1	1,6	2,54	0,28	1,81	2,12*	0,03
Verhaltensintentionen	2,4	2,9	2,3	2,7	2,1	3,1	2,4	2,4	2,16	26,45***	3,81*	9,42***	0,17
Verhalten	1,8	2,0	1,5	1,9	1,4	2,4	2,3	2,2	2,40	6,98**	3,57*	4,59***	0,12

Basis: n=194-300, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.32: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und negativen emotionalen Reaktionen auf das Bild

	Furchtappellversion						FA	nERB	FA*nE	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark						
	nERB niedr. (n=13-23)	nERB hoch (n=22-29)	nERB niedr. (n=14-22)	nERB hoch (n=15-22)	nERB niedr. (n=16-25)	nERB hoch (n=13-22)					
Erinnerung. Hilfe	1,2	1,4	1,1	1,8	1,4	1,5	0,42	2,31	0,90	1,01	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,2	0,04	2,08	1,53	1,06	0,00
Wissen Folgen	4,0	3,7	4,4	3,9	3,8	3,4	0,61	0,15	1,87	0,99	0,00
Wissen Medikamente	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,74	0,07	1,29	0,82	-0,01
allg Risiko. (%)	10,1	21,5	9,8	18,3	15,3	12,5	0,20	4,33*	2,52	2,06	0,04
pers. Risiko (%)	6,0	9,8	8,3	10,3	6,3	5,6	0,74	0,60	0,35	0,58	-0,02
Reaktionswirksamkeit (%)	60,9	49,1	56,4	67,8	53,8	59,5	0,67	0,11	1,88	1,09	0,00
Selbstwirksamkeit	4,9	4,5	4,7	4,4	4,5	4,6	0,18	1,92	0,66	0,72	-0,01
Einstellungen (Item 4)	4,4	4,7	4,8	4,6	4,6	4,8	0,43	1,21	1,99	1,19	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,8	1,9	1,1	1,6	1,8	1,9	2,86	1,42	0,55	1,62	0,02
Verhaltensintentionen	2,7	2,9	2,4	2,6	2,1	2,8	2,82	8,15**	1,81	3,66**	0,09
Verhalten	1,6	2,2	1,6	1,8	1,4	2,3	0,62	11,17**	2,03	3,47**	0,11

Basis: n=102-143, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.33: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und positiven emotionalen Reaktionen auf das Bild

	Furchtappellversion						FA	pERB	FA*pE	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark						
	pERB niedr. (n=13-23)	pERB hoch (n=21-29)	pERB niedr. (n=17-23)	pERB hoch (n=12-21)	pERB niedr. (n=15-25)	pERB hoch (n=16-23)					
Erinnerung. Hilfe	0,9	1,6	1,7	1,2	1,6	1,4	0,74	0,00	4,08*	1,81	0,04
Wissen Benzo.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,2	0,04	1,93	0,99	0,81	-0,01
Wissen Folgen	3,7	3,9	3,7	3,6	3,4	3,8	0,50	0,61	0,73	0,66	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,6	0,54	4,65*	0,78	1,53	0,03
allg Risiko. (%)	14,4	18,1	14,0	14,1	11,8	16,0	0,30	0,88	0,21	0,43	-0,02
pers. Risiko (%)	11,5	5,4	11,5	7,0	5,8	5,9	0,87	2,54	0,77	1,81	0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	53,1	55,3	57,9	66,8	59,9	51,0	0,91	0,02	0,96	0,73	-0,01
Selbstwirksamkeit	4,7	4,6	4,5	4,6	4,6	4,6	0,11	0,00	0,13	0,09	-0,03
Einstellungen (Item 4)	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	4,7	0,24	0,02	0,42	0,27	-0,03
Einstellungen (Item 7)	1,7	1,9	1,3	1,4	1,5	2,2	3,21*	4,43*	1,09	2,58*	0,05
Verhaltensintentionen	2,4	3,1	2,5	2,6	1,9	3,1	2,60	33,86***	6,83**	11,35***	0,27
Verhalten	1,9	2,0	1,4	2,0	1,3	2,4	0,79	15,37***	2,56	4,34**	0,15

Basis: n=99-144, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tabelle D.34: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Geschlecht

	Furchtappellversion								FA	Gesch.	FA*G	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	w	m	w	m	w	m	w	m					
	(n=29-47)	(n=23-44)	(n=18-43)	(n=26-47)	(n=24-46)	(n=23-43)	(n=11-17)	(n=7-13)	F	F	F	F	
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	-	-	0,65	0,18	1,19	0,76	-0,01
Erinnerung Hilfe	1,5	1,3	12,5	1,5	1,3	1,7	2,0	1,6	0,83	0,45	1,67	1,15	0,01
Wissen Benzo.	0,5	0,3	0,3	0,5	0,4	0,5	0,1	0,2	0,79	0,81	0,99	0,91	0,00
Wissen Folgen	4,0	3,7	3,9	3,6	3,9	3,7	3,4	3,7	0,41	0,68	0,46	0,74	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	1,0	0,77	0,97	0,77	0,83	0,01
Emotionen Broschüre	2,8	2,5	2,8	2,5	2,8	2,4	2,8	2,5	0,15	11,31**	0,08	2,21*	0,03
Emotionen Foto neg. ¹	2,2	1,8	2,0	1,9	2,3	1,6	-	-	0,15	9,63**	1,76	2,86*	0,06
Emotionen Foto pos. ¹	2,7	2,5	2,6	2,5	2,7	2,5	-	-	0,09	3,01	0,08	0,73	-0,01
allg Risiko. (%)	20,2	12,6	14,9	17,7	18,3	9,2	19,3	9,1	0,52	7,59**	2,46	2,26*	0,03
pers. Risiko (%)	10,7	3,8	6,4	10,0	6,3	6,5	11,4	5,4	0,30	1,48	2,39	1,30	0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	48,6	59,0	64,2	61,7	59,1	54,3	55,5	69,2	1,69	1,71	1,52	1,42	0,01
Selbstwirksamkeit	4,6	4,6	4,6	4,8	4,7	4,6	4,8	4,7	0,22	0,04	0,46	0,33	-0,02
Einstellungen (Item 4)	4,8	4,3	4,7	4,7	4,8	4,4	4,8	4,5	0,70	11,80**	3,53*	3,88***	0,06
Einstellungen (Item 7)	1,7	1,9	1,7	1,2	1,8	1,8	1,7	1,9	2,15	0,01	1,73	1,70	0,02
Verhaltensintentionen	2,9	2,6	2,6	2,4	2,8	2,3	2,5	2,3	2,06	7,42**	0,78	2,88**	0,04
Verhalten	2,0	1,9	1,8	1,6	2,0	1,6	2,3	2,6	1,56	3,93*	0,28	1,60	0,02

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.35: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Alter

	Furchtappellversion						Kontrollversion		FA	Alter	FA*A	Gesamt	
	leicht		mittel		stark		≤ 30	> 30	F	F	F	F	R2
	≤ 30 (n=28-48)	> 30 (n=24-43)	≤ 30 (n=25-44)	> 30 (n=17-46)	≤ 30 (n=23-44)	> 30 (n=24-45)	≤ 30 (n=9-14)	> 30 (n=9-16)					(korr.)
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,6	-	-	0,58	1,69	1,93	1,36	0,01
Erinnerung Hilfe	1,3	1,6	1,3	1,7	1,5	1,5	1,2	1,4	1,01	0,00	2,51	1,78	0,03
Wissen Benzo.	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,1	0,77	0,05	0,27	0,47	-0,01
Wissen Folgen	4,1	3,6	3,7	3,8	4,1	3,5	3,6	3,5	0,46	2,62	1,87	1,63	0,01
Wissen Medikamente	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,78	0,94	0,23	0,58	-0,02
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5	2,8	0,17	2,51	0,85	0,69	-0,01
Emotionen Foto neg. ¹	2,0	2,1	2,0	2,0	2,1	1,8	-	-	0,24	0,61	0,80	0,54	-0,02
Emotionen Foto pos. ¹	2,5	2,8	2,5	2,6	2,4	2,7	-	-	0,23	4,64*	0,44	1,25	0,01
allg Risiko. (%)	16,1	16,9	12,9	19,6	10,4	17,3	11,8	17,5	0,47	5,22*	0,64	1,35	0,01
pers. Risiko (%)	9,5	5,0	9,9	6,6	7,4	5,3	10,9	7,0	0,37	3,48	0,11	0,79	-0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	60,1	46,4	60,1	56,9	67,5	46,1	69,4	54,6	1,93	17,13***	0,43	4,03***	0,07
Selbstwirksamkeit	4,9	4,4	4,7	4,8	4,9	4,4	4,5	4,9	0,33	0,80	3,83*	2,41*	0,03
Einstellungen (Item 4)	4,6	4,5	4,6	4,7	4,5	4,6	4,4	4,9	0,62	3,76	1,60	1,15	0,00
Einstellungen (Item 7)	1,5	2,1	1,4	1,6	1,6	2,0	1,7	1,8	2,40	5,13*	0,60	2,45*	0,03
Verhaltensintentionen	2,4^b	3,1^b	2,4^{ab}	2,6^{ab}	2,3^{ab}	2,8^{ab}	2,2^a	2,6^a	2,69*	21,55***	1,56	5,61***	0,10
Verhalten	1,7^{ab}	2,2^{ab}	1,5^a	1,8^a	1,6^{ab}	2,0^{ab}	2,0^b	2,4^b	2,16	9,83**	0,23	2,83**	0,06

Basis: n=144-300, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.36: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Bildung

	Furchtappellversion								FA	Bild.	FA*B	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	≤ MR (n=18-33)	≥ Abi (n=28-54)	≤ MR (n=12-28)	≥ Abi (n=31-61)	≤ MR (n=13-28)	≥ Abi (n=33-60)	≤ MR (n=5-11)	≥ Abi (n=11-19)					
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,6	-	-	0,89	0,42	0,13	0,43	-0,01
Erinnerung Hilfe	1,8^a	1,1^a	1,8^{ab}	1,4^{ab}	1,6^{ab}	1,5^{ab}	1,7^b	1,9^b	0,87	2,79	1,71	2,44*	0,05
Wissen Benzo.	0,5	0,4	0,0	0,5	0,3	0,5	0,0	0,3	1,29	4,07*	1,59	1,74	0,02
Wissen Folgen	3,6	4,0	3,8	3,8	3,8	3,8	3,7	3,4	0,26	0,02	1,05	0,71	-0,01
Wissen Medikamente	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,32	0,56	0,32	0,50	-0,02
Emotionen Broschüre	2,7	2,6	2,8	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	0,18	0,28	0,47	0,33	-0,02
Emotionen Foto neg. ¹	2,3	1,9	2,1	1,9	1,9	1,9	-	-	0,85	1,62	0,50	0,86	-0,01
Emotionen Foto pos. ¹	2,9	2,5	2,5	2,6	2,9	2,4	-	-	0,85	5,75*	2,41	2,49*	0,05
allg Risiko. (%)	22,6	13,5	21,4	13,6	20,2	11,1	15,6	14,4	0,42	8,63**	0,43	2,42*	0,03
pers. Risiko (%)	6,9	8,1	8,0	8,4	3,7	7,5	1,5	13,0	0,44	4,61*	1,13	1,00	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	41,6	59,1	59,3	64,3	42,9	63,2	58,5	63,2	2,49	8,81**	1,20	3,31**	0,05
Selbstwirksamkeit	4,3	4,8	4,5	4,8	4,4	4,8	4,6	4,8	0,35	6,87**	0,27	1,65	0,02
Einstellungen (Item 4)	4,6	4,6	4,6	4,7	4,4	4,6	4,7	4,6	0,49	0,28	1,11	0,82	0,00
Einstellungen (Item 7)	1,9	1,8	1,4	1,5	2,1	1,7	1,9	1,7	2,79*	1,09	0,84	1,45	0,01
Verhaltensintentionen	2,9^b	2,6^b	2,6^{ab}	2,4^{ab}	2,7^{ab}	2,5^{ab}	2,4^a	2,4^a	2,11	1,97	0,47	1,58	0,01
Verhalten	2,4^{ab}	1,5^{ab}	1,8^a	1,6^a	1,9^{ab}	1,8^{ab}	2,2^b	2,2^b	2,46	5,18*	3,45*	4,03***	0,10

Basis: n=139-294, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.37: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Broschürennutzung

	Furchtappellversion								FA	Bros.	FA*B	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	0 (n=21-44)	>1 (n=31-46)	0 (n=28-49)	>1 (n=16-39)	0 (n=26-47)	>1 (n=27-40)	0 (n=8-16)	>1 (n=9-14)					
Erinnerung.Foto ¹	0,5	0,7	0,6	0,4	0,6	0,5	-	-	0,61	0,00	3,23*	1,49	0,01
Erinnerung Hilfe	1,1	1,7	1,4	1,7	1,6	1,4	1,7	2,0	1,08	2,54	1,72	1,56	0,02
Wissen Benzo.	0,2	0,6	0,5	0,3	0,5	0,4	0,0	0,4	0,80	1,33	2,35	1,49	0,01
Wissen Folgen	3,9	3,7	3,6	3,9	3,9	3,7	3,6	3,5	0,48	0,07	1,10	0,70	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0	0,94	0,31	0,57	0,78	-0,01
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,5	2,7	2,5	2,8	2,6	2,7	0,06	5,21*	0,44	1,46	0,01
Emotionen Foto neg. ¹	1,9	2,2	1,9	2,6	1,8	2,2	-	-	0,05	4,81*	0,56	1,35	0,01
Emotionen Foto pos. ¹	2,4	2,8	2,6	2,6	2,4	2,8	-	-	0,07	6,72*	1,61	2,23	0,04
allg Risiko. (%)	15,9	17,1	16,2	15,7	13,7	14,4	14,2	15,6	0,32	0,09	0,05	0,17	-0,02
pers. Risiko (%)	6,3	8,3	8,4	8,4	7,0	5,1	6,2	11,8	0,50	0,58	0,61	0,48	-0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	61,1	40,4	64,0	60,4	56,8	56,2	64,6	57,9	1,43	6,16**	3,58*	3,49**	0,06
Selbstwirksamkeit	4,8	4,5	4,9	4,5	4,8	4,5	4,7	4,8	0,17	3,61	0,70	1,46	0,01
Einstellungen (Item 4)	4,4	4,7	4,7	4,7	4,5	4,7	4,6	4,6	0,44	2,22	1,56	1,48	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,8	1,9	1,2	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7	2,14	1,39	0,71	1,80	0,02
/erhaltensintentionen	2,4^b	3,0^b	2,4^{ab}	2,6^{ab}	2,2^{ab}	3,0^{ab}	2,2^a	2,6^a	2,20	30,12***	2,11	7,86***	0,14
/erhalten	1,4^{ab}	2,4^{ab}	1,6^a	1,8^a	1,6^{ab}	2,2^{ab}	2,1^b	2,3^b	1,90	16,50***	2,41	5,67***	0,14

iasis: n=143-296, zweifaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001
Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.38: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Involvement (Interesse am Thema)

	Furchtappellversion								FA	Int.	FA*I	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	Int. niedr. (n=22- 45)	Int. hoch (n=26- 45)	Int. niedr. (n=24-48)	Int. hoch (n=21- 37)	Int. niedr. (n=22- 39)	Int. hoch (n=25- 47)	Int. niedr. (n=13-20)	Int. hoch (n=4-10)					
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	-	-	0,37	0,01	0,16	0,22	-0,02
Erinnerung Hilfe	1,3	1,5	1,4	1,7	1,6	1,4	1,7	2,3	1,42	2,15	1,29	1,19	0,01
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,2	0,2	0,80	0,03	0,49	0,63	-0,01
Wissen Folgen	3,8	3,8	3,7	3,9	3,6	3,9	3,7	3,3	0,60	0,03	0,56	0,51	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,9	1,0	0,88	0,04	0,79	0,69	-0,01
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,6	2,6	2,4	2,8	2,6	2,9	0,26	8,15**	1,26	2,01	0,02
Emotionen Foto neg. ¹	1,9	2,2	2,0	2,0	1,8	2,0	-	-	0,15	1,90	0,71	0,78	-0,01
Emotionen Foto pos. ¹	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4	2,7	-	-	0,21	1,19	1,03	0,76	-0,01
allg Risiko. (%)	15,9	17,4	15,4	14,0	14,3	14,1	13,1	18,3	0,37	0,32	0,30	0,29	-0,02
pers. Risiko (%)	4,1	10,5	8,2	8,1	3,4	8,6	3,6	19,3	1,08	12,75***	2,25	2,42**	0,03
Reaktionswirksamkeit (%)	59,5	47,4	62,7	63,6	53,7	58,6	63,3	57,9	1,68	0,53	1,29	1,37	0,01
Selbstwirksamkeit	4,7	4,6	4,8	4,6	4,7	4,6	4,7	4,8	0,17	1,10	0,37	0,63	-0,1
Einstellungen (Item 4)	4,4	4,7	4,6	4,8	4,7	4,6	4,7	4,6	0,59	0,39	1,49	1,05	0,00
Einstellungen (Item 7)	1,8	1,8	1,4	1,4	1,7	2,0	1,6	2,1	2,71*	3,41	1,29	2,14*	0,03
/erhaltensintentionen	2,5^b	2,9^b	2,4^{ab}	2,6^{ab}	2,2^{ab}	3,0^{ab}	2,4^a	2,4^a	2,13	12,45***	2,59	5,51***	0,10
/erhalten	1,7^{ab}	2,2^{ab}	1,7^a	1,8^a	1,6^{ab}	2,2^{ab}	2,1^b	2,5^b	1,97	6,47*	0,89	2,72*	0,06

iasis: n=141,191 zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001
Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.39: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Involvement (Medikamentenkonsum)

	Furchtappellversion								FA	Kons.	FA*K	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	Kons. niedr. (n=28- 55)	Kons. hoch (n=21- 36)	Kons. niedr. (n=33-49)	Kons. hoch (n=21- 41)	Kons. niedr. (n=18- 435)	Kons. hoch (n=28- 53)	Kons. niedr. (n=10-18)	Kons. hoch (n=7-12)					
Erinnerung.Foto ¹	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	-	-	0,83	0,99	0,66	0,71	-0,01
Erinnerung Hilfe	1,3	1,5	1,6	1,4	1,7	1,4	1,7	2,0	0,99	0,00	0,99	0,89	0,00
Wissen Benzo.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,3	0,1	0,3	0,87	0,05	1,14	0,87	0,00
Wissen Folgen	3,9	3,8	3,7	3,8	3,9	3,8	3,7	3,3	0,65	0,27	0,37	0,44	-0,01
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	0,51	0,37	0,83	0,70	-0,01
Emotionen Broschüre	2,5	2,8	2,5	2,8	2,5	2,7	2,5	2,9	0,47	9,43**	0,26	1,63	0,01
Emotionen Foto neg. ¹	2,0	2,1	1,8	2,1	1,8	2,0	-	-	0,44	2,88	0,10	0,71	-0,01
Emotionen Foto pos. ¹	2,7	2,6	2,5	2,6	2,5	2,6	-	-	0,21	0,01	0,15	0,15	-0,03
allg Risiko (%)	16,9	16,0	16,4	16,3	13,5	13,6	14,5	15,4	0,51	0,00	0,02	0,25	-0,02
pers. Risiko (%)	6,2	9,0	7,2	9,6	5,7	7,0	4,2	15,8	0,56	5,79*	0,99	1,05	0,00
Reaktionswirksamkeit (%)	59,1	45,3	60,2	66,3	60,5	55,0	62,9	59,3	2,13	1,15	1,66	1,62	0,01
Selbstwirksamkeit	4,6	4,6	4,9	4,5	5,0	4,4	4,8	4,7	0,16	4,78*	1,42	1,74	0,02
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,7	4,7	4,7	4,6	4,6	4,7	4,6	0,45	0,00	0,88	0,65	-0,01
Einstellungen (Item 7)	1,5	2,2	2,2	1,8	1,4	2,1	1,4	2,3	2,61	28,00***	0,09	5,82***	0,10
/erhaltensintentionen	2,7^b	2,8^b	2,5^{ab}	2,4^{ab}	2,2^{ab}	2,8^{ab}	2,4^a	2,4^a	2,40	1,95	3,08*	2,74**	0,04
/erhalten	1,7^{ab}	2,3^{ab}	1,6^a	1,8^a	1,5^{ab}	2,0^{ab}	2,1^b	2,4^b	3,07*	8,01**	0,54	2,58*	0,05

iasis: n=142-299, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001
Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.40: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und persönlicher Betroffenheit

	Furchtappellversion								FA	Betr.	FA*B	Gesamt	R2 (korr.)
	leicht		mittel		stark		Kontrollversion						
	nicht betr. (n=35- 64)	betr. (n=16- 26)	nicht betr. (n=29-67)	betr. (n=15- 22)	nicht betr. (n=35- 70)	betr. (n=12- 19)	nicht betr. (n=11-19)	betr. (n=5-9)					
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,6	0,4	0,7	0,5	0,6	-	-	0,07	3,93	0,69	1,29	0,01
Erinnerung Hilfe	1,4	1,4	1,4	1,8	1,5	1,7	1,7	1,8	0,64	0,89	0,34	0,62	-0,01
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	0,90	0,00	0,26	0,51	-0,01
Wissen Folgen	3,8	3,9	3,7	3,9	3,8	3,7	3,9	2,9	1,03	1,38	1,57	0,90	0,00
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	0,61	0,29	0,31	0,48	-0,02
Emotionen Broschüre	2,7	2,7	2,6	2,7	2,6	2,7	2,7	2,5	0,06	0,01	0,29	0,23	-0,02
Emotionen Foto neg. ¹	2,1	2,0	1,9	2,1	1,9	2,1	-	-	0,06	0,73	0,39	0,37	-0,02
Emotionen Foto pos. ¹	2,6	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	-	-	0,40	1,87	0,86	0,76	-0,01
allg Risiko. (%)	16,8	15,7	15,0	20,4	12,1	20,3	15,7	10,8	0,41	0,54	1,35	1,01	0,00
pers. Risiko (%)	17,6	10,4	5,7	15,9	5,7	9,2	6,4	4,7	1,55	1,06	3,42*	1,91	0,02
Reaktionswirksamkeit (%)	54,0	54,5	65,2	67,7	55,0	63,3	60,2	60,0	0,75	0,00	0,74	0,97	0,00
Selbstwirksamkeit	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,5	4,6	4,9	0,33	0,02	0,41	0,27	-0,02
Einstellungen (Item 4)	4,5	4,7	4,7	4,8	4,6	4,6	4,5	5,0	0,68	5,38*	1,12	1,23	0,01
Einstellungen (Item 7)	1,7	2,1	1,4	1,6	1,7	2,1	1,7	2,8	2,07	2,26	0,24	1,59	0,01
Verhaltensintentionen	2,7	2,9	2,4	2,8	2,5	2,8	2,4	2,7	0,77	6,94**	0,34	1,98	0,02
Verhalten	1,9^{ab}	2,1^{ab}	1,6^a	2,0^a	1,7^{ab}	2,3^{ab}	2,2^b	2,4^b	1,69	5,25*	0,50	2,53*	0,04

Basis: n=143-296, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.41: Experiment II – Interaktion zwischen Furchtappellversion und Gesundheitszustand

	Furchtappellversion						Kontrollversion	FA	Ges.	FA*G	Gesamt	R2 (korr.)	
	leicht	mittel		stark		Ges. schl..							Ges. sehr gut
	Ges. schl.. (n=27- 46)	Ges. sehr gut (n=25- 45)	Ges. schl.. (n=21-42)	Ges. sehr gut (n=23- 48)	Ges. schl.. (n=25- 53)								
Erinnerung.Foto ¹	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	-	-	0,64	0,14	0,62	0,52	-0,01
Erinnerung Hilfe	1,7	1,2	1,4	1,6	1,5	1,5	2,0	1,7	1,02	1,31	1,65	1,28	0,01
Wissen Benzo.	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	-0,2	1,03	1,74	1,49	1,04	0,00
Wissen Folgen	3,8	3,9	3,6	3,9	3,8	3,9	3,9	3,2	0,60	0,10	1,54	0,92	0,00
Wissen Medikamente	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	0,86	0,38	0,82	0,76	-0,01
Emotionen Broschüre	2,8	2,6	2,7	2,6	2,7	2,5	2,9	2,4	0,21	6,22*	0,52	1,00	0,00
Emotionen Foto neg. ¹	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	-	-	0,22	0,02	0,29	0,22	-0,3
Emotionen Foto pos. ¹	2,7	2,6	2,5	2,6	2,7	2,4	-	-	0,20	1,02	0,77	0,59	-0,01
allg Risiko. (%)	20,8	12,1	16,3	16,4	15,5	11,4	14,8	14,9	0,57	2,02	1,15	1,22	0,01
pers. Risiko (%)	7,6	7,1	9,9	6,7	5,3	7,9	12,7	4,4	0,26	1,60	1,25	0,76	-0,01
Reaktionswirksamkeit (%)	47,9	59,5	60,2	65,2	52,0	63,8	59,4	63,8	1,52	4,50*	0,32	1,80	0,02
Selbstwirksamkeit	4,6	4,7	4,6	4,9	4,6	4,7	4,8	4,6	0,16	0,48	0,70	0,65	-0,01
Einstellungen (Item 4)	4,7	4,5	4,6	4,8	4,6	4,6	4,5	4,8	0,55	1,02	2,12	1,22	0,01
Einstellungen (Item 7)	2,0	1,6	1,8	1,2	2,0	1,4	1,9	1,6	1,79	14,15***	0,30	4,19***	0,07
Verhaltensintentionen	2,^b	2,5^b	2,5^{ab}	2,5^{ab}	2,8^{ab}	2,3^{ab}	2,3^a	2,5^a	2,14	2,49	2,38	2,81**	0,04
Verhalten	2,3^{ab}	1,5^{ab}	1,8^a	1,7^a	2,1^{ab}	1,4^{ab}	2,0^b	2,4^b	1,99	6,00*	4,29**	4,90***	0,12

Basis: n=143-300, zweifaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

¹ Anmerkung: Da die Kontrollversion keinen Furchtappell enthielt, konnte hier kein Test gerechnet werden.

Tabelle D.42: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die Erinnerung an das Bild

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	p
n	(270)	(30)	(29)	(30)	(30)	(30)	(30)	(31)	(31)	(29)	
Fotoerinnerung (%)	53	50	48	40	63	63	63	58	36	59	0,215

Basis: n=270, die 30 Vpn der Kontrollgruppe fallen aus dieser Auswertung heraus, Chi²-Test, Prozentangaben gerundet. FB2, F2. Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“.

Tabelle D.43: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf das Wissen zu Benzodiazepin (Indexvariable)

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	F
n	(300)	(30)	(29)	(30)	(30)	(30)	(30)	(31)	(31)	(29)	(30)	
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	0,2	0,60
Wissen Folgen	3,8	3,9	3,8	3,5	3,8	3,6	3,7	3,8	3,8	4,2	3,5	0,77

Basis: n=300, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F17. Summenindexvariable. FB2, F18. Indexvariable.

Tabelle D.44: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf die emotionale Reaktion auf das Bild

	G	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	F
n	(143-144)	(15)	(14)	(12)	(19)	(19)	(18-19)	(18)	(11)	(17)	
Negative Emotionen	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,0	2,1	2,1	1,8	1,7	0,74
Positive Emotionen	2,6	2,8	2,3	2,7	2,5	2,6	2,7	2,7	2,7	2,4	1,00

Basis: n=143-144, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB2, F3., Items 2 und 7. FB2, F4, Items 1, 3 bis 8 und 10 bis 14. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Version 10 fehlt, da diese kein Bild (Furchtappell) in ihrem Stimulusmaterial hatte.

Tabelle D.45: Experiment II – Einfluss der Broschürenversion auf Einstellungen, Verhaltensintentionen und Verhalten

	Gesamt	Version 1 (n=29-30)	Version 2 (n=28-29)	Version 3 (n=28-30)	Version 4 (n=30)	Version 5 (n=30)	Version 6 (n=29-30)	Version 7 (n=31)	Version 8 (n=29-30)	Version 9 (n=29)	Version 10 (n=29-30)	F
Einstellung: Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,5 ^{ab}	4,6 ^{ab}	4,4 ^a	4,8 ^{ab}	4,6 ^{ab}	4,7 ^{ab}	4,5 ^{ab}	4,8 ^b	4,6 ^{ab}	4,6 ^{ab}	1,36
Verhaltensintention: Ich kann mir vorstellen im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger zu werden und mir genau zu überlegen, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	3,1	2,9 ^{abc}	2,5 ^{ab}	3,4 ^{ab}	3,5 ^{ab}	2,9 ^{abc}	3,6 ^c	3,5 ^{ab}	2,4 ^a	3,3 ^{abc}	2,8 ^{abc}	2,00*
Verhalten: Ich bin im Umgang mit Medikamenten vorsichtiger geworden und überlege mir genau, ob ich ein Medikament tatsächlich einnehmen muss.	2,9	3,1 ^{ab}	2,1 ^a	3,8 ^b	2,9 ^{ab}	2,4 ^{ab}	2,9 ^{ab}	3,0 ^{ab}	3,0 ^{ab}	2,8 ^{ab}	3,1 ^{ab}	0,64
Einstellung: Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	1,7	1,5 ^a	1,4 ^a	2,0 ^{ab}	1,7 ^{ab}	1,4 ^a	1,8 ^{ab}	2,2 ^b	1,5 ^a	1,5 ^a	1,8 ^{ab}	2,10*
Verhaltensintention: Ich möchte meinen Tablettenkonsum einschränken.	2,1	1,9 ^{ab}	1,9 ^{ab}	2,6 ^{ab}	2,3 ^{ab}	1,9 ^{ab}	2,2 ^{ab}	2,7 ^b	1,9 ^{ab}	1,6 ^a	1,8 ^{ab}	1,61
Verhalten: Ich habe meinen Tablettenkonsum eingeschränkt.	2,1	1,9 ^{ab}	1,3 ^{ab}	2,8 ^b	2,7 ^b	1,0 ^a	1,3 ^{ab}	2,2 ^{ab}	2,3 ^{ab}	2,6 ^b	2,3 ^{ab}	1,67

Basis: n=190-298, einfaktorielles Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben, *p<0,05. FB2, F9, 12 und 13. FB3, F4 und 5.

E Methode Experiment III

Abbildung E.1: Experiment III – Rekrutierung der Stichprobe

Die Stichprobe für Experiment III setzte sich folgendermaßen zusammen:

- Acht Personen aus der Substitutionsambulanz des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising e.V., die Methadon ein nahmen. Die Befragung fand am 19.02.2009 im Kontext der Methadonabgabe statt. Versuchsleiter war neben der Autorin dieser Arbeit auch Sabrina Herrmann. (Caritasverband für die Erzdiözese München und Freising e.V., Substitutionsambulanz, Landwehrstraße 26, 80336 München, Tel.: 089/23114982. Besonderer Dank geht neben allen Teilnehmern der Studie an Herrn Richard Lipold, der die Befragung ermöglichte.)
- 33 Personen aus der Fachklinik Furth im Wald. Sie waren größtenteils alkoholsüchtig und zu einem geringen Teil medikamentensüchtig. Die Befragung fand am 11.03.2009 statt. Versuchsleiter waren neben der Autorin erneut Sabrina Herrmann sowie Dr. Alfons Pfister. (Fachklinik Furth im Wald, Eichertweg 37, 93437 Furth im Wald, Tel.: 09973/502-0, Email: info@fachklinik-furth.de, Homepage: <http://www.akg-kliniken.de/furth/>. Besonderer Dank an Chefarzt Dr. med. Biermann sowie Dipl.-Psych. Dieter Spieler und Dipl.-Psych. Hartmut Toboll.)
- 29 Personen des Projekts prowo. Sie waren drogensüchtig. Die Befragung fand an verschiedenen Tagen zwischen dem 11. März und 28. Mai 2009 statt. Versuchsleiter war Diplom Sozialpädagogin Bettina Engel (prowo Projekt Wohngemeinschaft e.V. Fachklinik für medizinische Rehabilitation, Talweg 10, 50171 Kerpen, Tel.: 02237/53053, Email: aufnahme@prowo.de, Homepage: www.prowo.de. Besonderer Dank an Diplom Sozialpädagogin Bettina Engel.)

Versuchsleiterinstruktionen:

Projekt „Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit

Fette Schrift: Instruktionen → nicht vorlesen! Normale Schrift: „wörtlich vorlesen!“

Einführung: Die LMU München, genauer der Lehrstuhl für Empirische Kommunikationswissenschaft führt zur Zeit eine Befragung zur Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit (diese Formulierung ist wichtig!!) durch.

Dazu lesen Sie bitte eine solche Gesundheitsbroschüre durch und füllen vorher und nachher einen Fragebogen aus. Das Ganze dauert ca. 20 bis 30 Minuten. Ich kann Ihnen versichern, dass Ihre Angaben völlig anonym sind und nicht in Zusammenhang mit Ihrer Person ausgewertet werden.

Fragebogen an VPN aushändigen: → Wichtig: immer freundlich bleiben und bedanken nicht vergessen! Vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen! Bitte lesen Sie nun die Einleitung des Fragebogens in Ruhe durch und beantworten Sie dann die Fragen! Es gibt kein richtig oder falsch, es geht nur um Ihre persönliche Meinung. Die Fragen sind klar formuliert. Falls Sie dennoch eine Frage haben, fragen Sie einfach! Wenn Sie mit dem Fragebogen fertig sind, geben Sie mir Bescheid! Auf der letzten Seite finden Sie ein Kästchen, in das Sie bitte den Tag Ihrer Geburt, Ihr Geburtsjahr und die Hausnummer eintragen. Das dient dazu, damit wir wissen, welche Fragebogen zusammengehören!

Wenn die VPN fertig ist: Fragebogen und Stift einsammeln und Broschüre übergeben: Lesen Sie sich bitte nun die Broschüre durch. Wenn Sie die Broschüre gelesen haben, geben Sie mir bitte wieder Bescheid! **Darauf achten, dass die VPN die Broschüre nicht nur überfliegen. Die Broschüre sollte schon gelesen werden. Falls eine VPN dennoch nur drüber blättert, das bitte vorn auf dem Deckblatt von Fragebogen 1 vermerken.**

Falls die VPN beim Lesen der Broschüre fragt, ob Sie den Test (vorletzte Seite der Broschüre) ausfüllen soll, dann antworten wir: „Das ist nicht nötig. Lesen Sie die Fragen einfach durch.“ Wenn die VPN fertig ist, die Broschüre wieder einsammeln und den 2. Fragebogen aushändigen.

Beantworten Sie nun bitte den zweiten Fragebogen.

Nach dem Fragebogen (das können wir noch überlegen, ob wir das so machen, oder ob Du den Leuten einfach zwei Wochen später den Umschlag übergibst. Dann solltest Du außen auf den Umschlag, den Namen der Person schreiben):

Ich danke Ihnen herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Nun habe ich noch eine Bitte an Sie: Wir würden Sie gern in zwei Wochen noch einmal zu diesem Thema befragen. Ich würde Ihnen dazu folgenden Umschlag mitgeben. Hier außen ist das Datum angegeben, an dem Sie den Umschlag öffnen sollten. Innen befindet sich ein sehr kurzer (!) Fragebogen, den Sie dann bitte zu diesem Datum ausfüllen. Außerdem finden Sie einen frankierten Rückumschlag im Umschlag. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den frankierten Rückumschlag und werfen den Umschlag in einen Postkasten.

Datum auf dem Umschlag überprüfen!! Genau zwei Wochen nach Befragung! Auf der Rückseite des Umschlags habe ich zur Kontrolle noch mal die ID (fortlaufende Nr und die Version notiert: z.B. 14-5)

(Sollten die Teilnehmer nachfragen worum genau es bei der Untersuchung geht, sagen Sie bitte immer „Um die Qualität von Gesundheitsbroschüren“!

Bitte die Teilnehmer am Ende des zweiten Fragebogens darauf hinweisen, dass sie sich nicht mit den anderen Teilnehmern über die Broschüre und die Befragung unterhalten sollen.

Tabelle E.1: Experiment III – Gruppen (t1+t2)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Geschlecht		Bildung ¹	
			Anteil Frauen	Anteil Männer	kein Abitur	Abitur
Version 1	7 (10,0%)	37,1	0 (0%)	7 (11,7%)	7 (11,1%)	0 (0%)
Version 2	7 (10,0%)	44,3	1 (10%)	6 (10,0%)	6 (9,5%)	1 (16,7%)
Version 3	7 (10,0%)	37,4	2 (20%)	5 (8,3%)	6 (9,5%)	1 (16,7%)
Version 4	7 (10,0%)	37,1	3 (30%)	4 (6,7%)	5 (7,9%)	2 (33,3%)
Version 5	8 (11,4%)	40,0	2 (20%)	6 (10,0%)	8 (12,7%)	0 (0%)
Version 6	7 (10,0%)	36,1	0 (0%)	7 (11,7%)	6 (9,5%)	0 (0%)
Version 7	7 (10,0%)	39,0	0 (0%)	7 (11,7%)	7 (11,1%)	0 (0%)
Version 8	7 (10,0%)	41,7	2 (20%)	5 (8,3%)	5 (7,9%)	2 (33,3%)
Version 9	6 (8,6%)	44,0	0 (0%)	6 (10,0%)	6 (9,5%)	0 (0%)
Version 10	7 (10,0%)	39,6	0 (0%)	7 (11,7%)	7 (11,1%)	0 (0%)
Gesamt	70 (100%)	39,6	10 (100%)	60 (100%)	63 (100%)	6 (100%)

Basis: n=69-70

Anmerkung: Signifikantstest: einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter ($p > 0,86$). Chi2-Tests konnten aufgrund der kleinen Gruppengrößen nicht durchgeführt werden.

¹ n=69

Tabelle E.2: Experiment III – Verteilung der Stichprobe (t1+t2)

	Fallbeispielversion			Kontrollversion (n=7)	Furchtappellversion			Kontrollversion (n=7)
	eher positiv (n=21)	ausgewogen (n=21-22)	eher negativ (n=20)		leicht (n=21)	mittel (n=22)	stark (n=19-20)	
Alter (AM)	39,6	37,9	41,5	39,6	37,8	41,9	39,0	39,6
Geschlecht								
weiblich (%)	30,0	50,0	20,0	0,0	30,0	50,0	20,0	0,0
männlich (%)	30,0	28,3	30,0	11,7	30,0	28,3	30,0	11,7
Bildung								
kein Abitur (%)	30,2	30,2	28,6	11,1	30,2	30,2	28,6	11,1
Abitur (%)	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	50,0	16,7	0,0

Basis: n=69-70

Anmerkung: Signifikantstests konnten aufgrund der kleinen Gruppengrößen nicht durchgeführt werden. Ausnahme: einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter ($p > 0,60$).

Tabelle E.3: Experiment III – Gruppen (t3)

	Personen in der Gruppe	Durchschnittsalter	Geschlecht		Bildung ¹	
			Anteil Frauen	Anteil Männer	kein Abitur	Abitur
Version 1	5 (8,9%)	36,8	0 (0%)	5 (10,4%)	5 (10,2%)	0 (0%)
Version 2	6 (10,7%)	45,5	1 (12,5%)	5 (10,4%)	5 (10,2%)	1 (16,7%)
Version 3	4 (7,1%)	38,5	1 (12,5%)	3 (6,3%)	3 (6,1%)	1 (16,7%)
Version 4	6 (10,7%)	35,2	3 (37,5%)	3 (6,3%)	4 (8,2%)	2 (33,3%)
Version 5	7 (12,5%)	42,4	2 (25 %)	5 (10,4%)	7 (14,3%)	0 (0%)
Version 6	5 (8,9%)	40,2	0 (0%)	5 (10,4%)	4 (8,2%)	0 (0%)
Version 7	5 (8,9%)	40,8	0 (0%)	5 (10,4%)	5 (10,2%)	0 (0%)
Version 8	6 (10,7%)	44,7	1 (12,5 %)	5 (10,4%)	4 (8,2%)	2 (33,3%)
Version 9	6 (10,7%)	44,0	0 (0 %)	6 (12,5%)	6 (12,2%)	0 (0%)
Version 10	6 (10,7%)	40,2	0 (0%)	6 (12,5%)	6 (12,2%)	0 (0%)
Gesamt	56 (100%)	41,0	8 (100%)	48 (100 %)	49 (100%)	6 (100%)

Basis: n=55-56

Anmerkung Signifikantstest: einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter ($p > 0,78$). Chi²-Tests konnten aufgrund der kleinen Gruppengrößen nicht durchgeführt werden.

¹ n=55

Tabelle E.4: Experiment III – Verteilung der Stichprobe (t3)

	Fallbeispielversion				Furchtappellversion			
	eher positiv (n=15)	ausgewogen (n=17-18)	eher negativ (n=17)	Kontrollversion (n=6)	leicht (n=16)	mittel (n=19)	stark (n=14-15)	Kontrollversion (n=6)
Alter (AM)	40,7	39,4	43,3	40,2	37,4	44,1	41,3	40,2
Geschlecht								
weiblich (%)	25,0	62,5	12,5	0,0	37,5	50,0	12,5	0,0
männlich (%)	27,1	27,1	33,3	12,5	27,1	31,3	29,2	12,5
Bildung								
kein Abitur (%)	26,5	30,6	30,6	12,2	28,6	32,7	26,5	12,2
Abitur (%)	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	50,0	16,7	0,0

Basis: n=55-56, Feldzeit: 19.02.2009 - 28.05.2009.

Anmerkung: Signifikantstests konnten aufgrund der kleinen Gruppengrößen nicht durchgeführt werden. Ausnahme einfaktorielle Varianzanalyse bei Alter ($p > 0,28$).

F Ergebnisse Experiment III

Tabelle F.1: Experiment III – Broschürenbewertung (Indexvariable)

	Gesamt	Fallbeispielversion				F	Furchtappellversion				F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.	KV		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=294)	(n=88)	(n=87)	(n=81)	(n=28)		(n=91)	(n=89)	(n=86)	(n=28)	
Kranke (Experiment III)	(n=69)	(n=21)	(n=22)	(n=19)	(n=7)		(n=21)	(n=22)	(n=19)	(n=7)	
Broschürenbewertung	3,9	3,9	4,0	3,9	3,9	0,36	4,0	3,9	3,9	3,9	0,18
Broschürenbewertung	4,1	4,0	4,1	4,1	4,0	0,31	4,0	4,3	3,9	4,0	1,02

Basis: Gesunde n= 294, Erkrankte n=69, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F1. Skalierung der Indexvariablen von „1“ = „sehr negativ“ bis „5“ = „sehr positiv“.

Tabelle F.2: Experiment III – Treatment-Check Foto nach Text- und Bildversionen

	Gesamt	Fallbeispielversion			F	Furchtappellversion			F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.		leicht	mittel	stark	
Gesunde (Experiment II)	(n=142-143)	(n=41)	(n=56-57)	(n=44-46)		(n=51-52)	(n=44)	(n=47)	
Kranke (Experiment III)	(n=40)	(n=9-10)	(n=14-15)	(n=14-15)		(n=12-14)	(n=15-16)	(n=10)	
Das ist ein typisches Foto für eine Gesundheitsbroschüre. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.	3,3	3,3	3,3	3,2	0,13	3,0^a	3,5^b	3,3^{ab}	2,84
Das ist ein typisches Foto für einen Gesundheitsflyer. Die Fotos zu anderen Gesundheitsthemen sehen genauso aus.	2,8	3,2	2,9	2,5	1,26	2,8	3,6	3,2	0,19
Das Bild ist sehr negativ.	3,2	3,4	3,3	2,9	1,94	3,0	3,2	3,5	2,74
Das Bild ist sehr negativ.	2,8	2,9	2,5	2,9	0,44	2,7	2,5	3,3	1,31
Das Foto ist relativ neutral.	2,5	2,4	2,5	2,4	0,09	2,5	2,9	2,0	6,87**
Das Foto ist relativ neutral.	2,9	2,8	2,8	3,1	0,23	3,2	2,7	2,9	0,60
Treatment-Check Foto (Indexvariable)	3,4	3,4	3,4	3,3	0,06	1,9	2,0	2,2	0,54
Treatment-Check Foto (Indexvariable)	3,4	3,4	3,2	3,6	0,34	3,2	3,7	3,2	1,09

Basis: Gesunde n=142-143, Erkrankte n=40, einfaktorielle Varianzanalysen. Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB2, F3, Items 1, 3, 4 und 11 (Indexvariable) sowie Item 9 und FB2, F4, Items 2 und 9. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. ++p<0,01

Tabelle F.3: Experiment III – Reaktanz auf das Foto nach Text- und Bildversionen

	Gesamt	Fallbeispielversion			F	leicht	Furchtappellversion		F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.			mittel	stark	
Gesunde (Experiment II)	(n=142-143)	(n=40-41)	(n=56)	(n=46)		(n=52)	(n=43-44)	(n=47)	
Kranke (Experiment III)	(n=40)	(n=10)	(n=15)	(n=15)		(n=14)	(n=16)	(n=10)	
Reaktanz Foto (Indexvariable)	2,0	2,1	2,1	1,9	0,66	1,9	2,0	2,2	1,18
Reaktanz Foto (Indexvariable)	2,0	2,1	1,7	2,2	1,47	1,8	2,1	2,1	0,50
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	2,5	2,6	2,6	2,2	1,65	2,4	2,5	2,6	0,44
Durch das Foto fühlt man sich gedrängt, sein Verhalten zu ändern.	2,8	2,6	2,8	2,9	0,22	2,8	2,6	3,2	0,86

Basis: Gesunde n=142-143, Erkrankte n=40, einfaktorielle Varianzanalyse, (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F3, Items 6, 8 und 10 (Indexvariable) sowie Item 5. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle F.4: Experiment III – Bewertung der Fallbeispiele (Indexvariable)

	Gesamt	Fallbeispielversion			F	leicht	Furchtappellversion		F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.			mittel	stark	
Gesunde (Experiment II)	(n=264)	(n=88)	(n=86)	(n=90)		(n=91)	(n=88)	(n=85)	
Kranke (Experiment III)	(n=63)	(n=21)	(n=22)	(n=20)		(n=21)	(n=22)	(n=20)	
Bewertung der Fallbeispiele	3,6	3,6	3,7	3,5	1,70	3,7	3,6	3,5	0,70
Bewertung der Fallbeispiele	3,6	3,2	3,7	3,8	1,67	3,5	3,6	3,6	0,03

Basis: Gesunde n= 264, Erkrankte n=63, sieben Fälle vielen aus der Auswertung heraus, da die Versuchspersonen weniger als drei der fünf Items bewertet hatten, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F11. Skalierung der Indexvariablen von „1“= „sehr negativ“ bis „5“ = „sehr positiv“.

Tabelle F.5: Experiment III – Mediennutzung zu Gesundheitsthemen

	Presse	Broschüren	Fernsehen	Internet	Arzt	Apotheke	Bekannte
Genutzte Informationsmöglichkeiten	1,3	0,8	1,5	0,8	0,7	0,3	1,1
Genutzte Informationsmöglichkeiten	1,2	1,3	1,7	0,3	1,7	0,3	1,9

Basis: Gesunde n=294, Erkrankte n=69, Häufigkeiten. FB1, F2, Items 1 bis 4, jeweils neue Variablen berechnet. Antwortmöglichkeit: verschiedene Möglichkeiten anzukreuzen, daraus Summenindex je Informationsmöglichkeit berechnet. Somit konnten die Versuchspersonen zwischen „0“= „für keines der Themen in diesem Medium informiert“ und „4“=„für alle vier Themen in diesem Medium informiert“ Punkten erreichen.

Tabelle F.6: Experiment III – Informationsverhalten und Broschürennutzung

	Gesamt	Fallbeispielversion				F	Furchtappellversion				F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.	KV		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=296-300)	(n=87-89)	(n=89-90)	(n=90-91)	(n=30)		(n=91)	(n=88-90)	(n=87-89)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=69)	(n=21)	(n=21-22)	(n=19-20)	(n=7)		(n=20-21)	(n=22)	(n=19-20)	(n=7)	
Information zu Medikamentensucht	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,08	0,9	0,9	0,8	0,8	0,19
Information zu Medikamentensucht	1,8	1,4	2,1	1,8	1,4	0,80	1,4	2,1	1,8	1,4	0,80
Information zu Gesundheitsthemen allg.	2,7	2,7	2,7	2,8	2,5	0,13	2,7	2,6	2,8	2,5	0,21
Information zu Gesundheitsthemen allg.	2,5	2,5	2,8	2,1	2,4	0,55	2,0	2,8	2,7	2,4	1,12
Broschürennutzung	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,77	0,6	0,5	0,6	0,6	0,46
Broschürennutzung	0,8	0,7	1,0	0,7	0,7	0,73	0,7	0,9	0,8	0,7	0,33

Basis: Gesunde n=296-300, Erkrankte n=69, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB1, F2, Items 2 und 4, Antwortmöglichkeit: verschiedene Möglichkeiten anzukreuzen, daraus Summenindex. FB2, F6. Skalierung von „0“ = „keinen“, „1“ = „1 bis 2“, „2“ = „3 bis 4“ und „3“ = „5 und mehr“.

Tabelle F.7: Experiment III – Vorwissen: Medikamentensucht

	Gesamt	Fallbeispielversion				F	Furchtappellversion				F
		eher pos.	ausgew.	eherneg.	KV		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=89)	(n=90)	(n=91)	(n=30)		(n=91)	(n=90)	(n=89)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=68)	(n=21)	(n=20)	(n=20)	(n=7)		(n=21)	(n=21)	(n=19)	(n=7)	
Ca. ... % aller Menschen in Deutschland leiden an Medikamenten-sucht.	16,2	13,9^a	16,0^{ab}	17,2^{ab}	20,9^b	1,53	17,1^{ab}	16,5^{ab}	13,4^a	20,9^b	1,79
Ca. ... % aller Menschen in Deutschland leiden an Medikamenten-sucht.	24,8	33,3	22,2	19,8	21,4	2,10	21,2	24,1	30,8	21,4	0,93

Basis: Gesunde n= 300, Erkrankte n=68, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB1, F1., Item 2. Offene Prozentangabe.

Tabelle F.8: Experiment III – Vorwissen: süchtig machende Substanzen

	Gesamt (n=300)	Fallbeispielversion				F	Furchtappellversion				F
		eher pos. (n=89)	ausgew. (n=90)	eher neg. (n=91)	KV (n=30)		leicht (n=91)	mittel (n=90)	stark (n=89)	KV (n=30)	
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=89)	(n=90)	(n=91)	(n=30)		(n=91)	(n=90)	(n=89)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)		(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Schmerzmittel (%)	0,9	0,9^a	0,9^{ab}	1,0^b	1,0^{ab}	2,93*	1,0	0,9	0,9	1,0	0,19
Schmerzmittel	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,44	1,0	1,0	1,0	1,0	0,47
Aufputzmittel (%)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,03	0,9	0,9	0,9	0,9	0,70
Aufputzmittel	0,9	1,0	1,0	1,0	0,7	2,91*	1,0	1,0	1,0	0,7	2,91*
Hustenmittel (%)	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,36	0,5	0,5	0,4	0,4	0,69
Hustenmittel	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6	1,21	0,7	0,6	0,6	0,6	0,22
Hormonpräparate (%)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,37	0,3	0,3	0,3	0,3	0,10
Hormonpräparate	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,07	0,3	0,1	0,4	0,3	1,60
Benzodiazepin (%)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,62	0,2	0,2	0,3	0,2	0,56
Benzodiazepin (%)	0,7	0,7^{ab}	0,7^{ab}	0,6^b	1,0^a	1,69	0,7^{ab}	0,8^{ab}	0,5^b	1,0^a	3,34*

Basis: Gesunde n=300, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB1, F3, Items 1,3,4 und 5. FB1, F4.

Tabelle F.9: Experiment III – Aussagen zur Gesundheit

In den letzten zwei Monaten...	Gesamt	Fallbeispielversion				Furchtappellversion					
		eher pos.	ausgew.	eher neg.	KV	F	leicht	mittel	stark	KV	F
Gesunde (Experiment II)	(n=288-300)	(n=85-89)	(n=88-89)	(n=86-91)	(n=29-30)		(n=87-91)	(n=89-90)	(n=83-88)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=67-70)	(n=21)	(n=21-22)	(n=18-20)	(n=7)		(n=20-21)	(n=22)	(n=19-20)	(n=7)	
... war ich krank bzw. litt unter Schmerzen.	2,7	2,7	2,7	2,7	2,5	0,13	2,6	2,6	2,9	2,5	0,98
... war ich krank bzw. litt unter Schmerzen.	3,2	3,1	3,1	3,5	2,7	0,47	3,1	3,6	3,1	2,7	0,62
... musste ich Medikamente einnehmen.	2,6	2,7	2,8	2,6	2,5	0,29	2,5	2,7	2,9	2,5	1,42
... musste ich Medikamente einnehmen.	3,4	3,3	3,6	3,6	2,9	0,36	3,1	3,7	3,7	2,9	0,95
... fühlte ich mich wegen Stress in der Arbeit oder Familie überlastet.	2,5	2,5	2,5	2,4	2,6	0,12	2,5	2,3	2,6	2,6	0,57
... fühlte ich mich wegen Stress in der Arbeit oder Familie überlastet.	2,8	2,9^{ab}	3,1^a	2,7^{ab}	1,7^b	1,54	2,3^{ab}	3,4^a	3,0^a	1,7^b	3,61*
... habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können.	1,3	1,2	1,4	1,3	1,4	1,29	1,2	1,2	1,5	1,4	2,22
... habe ich Tabletten genommen, um mit der Belastung besser umgehen zu können.	2,1	2,5	1,8	2,4	1,3	1,56	2,4	2,1	2,2	1,3	0,89
Einnahme von Medikamenten	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	0,16	1,9	1,9	2,0	2,0	0,23
Einnahme von Medikamenten	2,7	2,7	2,4	2,9	2,7	0,32	2,7	2,8	2,5	2,7	0,11
Gesundheitszustand allgemein	3,5	3,5	3,6	3,5	3,5	0,23	3,6	3,6	3,4	3,4	1,38
Gesundheitszustand allgemein	2,9	2,8	3,0	2,7	3,6	1,80	2,9	2,8	2,8	3,6	1,44

Basis: Gesunde n=288-300, Erkrankte n=67-70, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB1, F5, Items 1 bis 4. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“. FB1, F6. Skalierung von „1“ = „alle paar Monate“ bis „5“ = „mehrmals täglich“. FB1, F7. Skalierung von „1“ = „schlecht“ bis „5“ = „ausgezeichnet“.

Tabelle F.10: Experiment III – Involvement

	Gesamt	Fallbeispielversion				Furchtappellversion					
		eher pos.	ausgew.	eher neg.	KV	F	leicht	mittel	stark	KV	F
Gesunde (Experiment II)	(n=291-295)	(n=86)	(n=87-89)	(n=88-90)	(n=30)		(n=90-91)	(n=85-88)	(n=86)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=68-69)	(n=21)	(n=20-21)	(n=20)	(n=7)		(n=20)	(n=22)	(n=19-20)	(n=7)	
Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen.	3,5	3,5	3,4	3,6	3,2	1,25	3,5	3,4	3,6	3,2	1,07
Ich interessiere mich sehr für Gesundheitsthemen.	3,5	3,3	3,7	3,6	3,1	1,09	3,5	3,8	3,3	3,1	1,30
Ich bin ein gesundheitsbewusster Mensch.	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6	0,12	3,8	3,7	3,6	3,6	0,54
Ich bin ein gesundheitsbewusster Mensch.	3,0	3,2	3,1	2,8	3,0	0,64	3,0	3,2	2,8	3,0	0,47

Basis: Gesunde n= 291-295, Erkrankte n=68-69, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F5. Skalierung von „1“ = „trifft überhaupt nicht zu“ bis „5“ = „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle F.11: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf die Erinnerung an Hilfsangebote – Summenindizes

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=214)	(n=60)	(n=71)	(n=65)	(n=18)	
Kranke (Experiment III)	(n=52)	(n=15)	(n=16)	(n=14)	(n=7)	
Erinnerung Ärzte	1,1	1,0	1,0	1,3	1,4	1,21
Erinnerung Ärzte	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	0,13
Erinnerung Organisationen	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,39
Erinnerung Organisationen	0,3	0,1	0,4	0,3	0,4	1,09
Erinnerung Hilfe insges.	1,5	1,4	1,5	1,6	1,8	1,15
Erinnerung Hilfe insges.	1,6	1,4	1,7	1,7	1,7	0,45

Basis: Gesunde n= 214, Erkrankte n=52, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F16. Offene Antwortmöglichkeit, Mehrfachantworten möglich.

Tabelle F.12: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf das Wissen zu Benzodiazepin (Indexvariable)

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=89)	(n=90)	(n=91)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,79
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,3	0,5	0,5	0,1	0,56

Basis: Gesunde n= 300, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F17. Indexvariable.

Tabelle F.13: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf das Wissen zu den Folgen (Indexvariable)

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=89)	(n=90)	(n=91)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Wissen Folgen	3,8	3,7	3,7	3,9	3,5	1,03
Wissen Folgen	3,8	3,6	4,0	3,9	4,0	0,47

Basis: Gesunde n= 300, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F18. Mittelwertindexvariable. FB2, F19. Offene Antwortmöglichkeit, darum Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle F.14: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=286-300)	(n=81-89)	(n=87-90)	(n=88-91)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=52-70)	(n=16-21)	(n=17-22)	(n=13-20)	(n=5-7)	
allgemeine Risikowahrnehmung (%)	16	15	13	19	15	2,15
allgemeine Risikowahrnehmung (%)	22	26	22	20	14	0,81
persönliche Risikowahrnehmung (%)	8	8	5	9	9	0,91
persönliche Risikowahrnehmung (%)	12	10	18	13	3	0,72
Reaktionswirksamkeit (%)	58	57	59	57	62	0,26
Reaktionswirksamkeit (%)	50	43	56	50	48	1,05
Selbstwirksamkeit	4,7	4,5	4,9	4,6	4,7	2,35
Selbstwirksamkeit	4,1	3,9	4,1	4,4	4,1	0,44

Basis: Gesunde n=286-300, Erkrankte n=52-70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). Prozentzahlen gerundet. FB2, F20, 23 und 21. Offene Abfrage einer Prozentangabe. FB2, F24. Geschlossene Abfrage, Antwortmöglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund“. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und die Residualantwort zusammengefasst.

Tabelle F.15: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf das Verhalten

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher negativ	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=194)	(n=61)	(n=57)	(n=55)	(n=21)	
Kranke (Experiment III)	(n=56)	(n=15)	(n=18)	(n=17)	(n=6)	
Verhalten (Indexvariable)	1,9	1,7^a	1,8^a	2,0^{ab}	2,2^b	2,49
Verhalten (Indexvariable)	2,6	2,6	2,7	2,8	2,0	0,70

Basis: Gesunde n=194, Erkrankte n=56, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB3, F4 und 5. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Indexvariable (Gesunde: CA 0,86, Erkrankte: CA=0,87).

Tabelle F. 16: Experiment III – Einfluss der Fallbeispiele auf die Einstellungen

	Gesamt	Fallbeispielversion				F
		eher pos.	ausgewogen	eher neg.	Kontrollversion	
Gesunde (Experiment II)	(n=294-298)	(n=87-89)	(n=89-90)	(n=89-90)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=69-70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=6-7)	
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,4	3,4	3,4	3,5	3,6	0,27
Es ist bedenklich, dass so viele Menschen – vielleicht auch in meinem Umfeld – von Medikamentensucht betroffen sind.	3,5	3,6	3,5	3,5	2,9	0,74
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	4,0	3,9	3,9	4,0	4,2	0,68
Es ist wichtig, nicht zu viele Medikamente einzunehmen, darum sollte man den eigenen Tablettenkonsum überdenken.	4,1	4,3	4,1	3,7	4,6	1,70
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	1,62
Möglichst viele Menschen sollten über die Gefahr von Medikamentensucht Bescheid wissen.	4,6	4,6	4,7	4,6	5,0	0,99
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	1,79
Es ist wichtig, vorsichtig mit Medikamenten umzugehen und genau zu überlegen, ob man Medikamente tatsächlich einnehmen muss.	4,6	4,6	4,6	4,5	5,0	0,99
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	0,47
Die Beipackzettel von Medikamenten muss man nicht lesen.	1,4	1,7	1,2	1,3	1,7	1,46
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	0,17
Medikamentensucht ist ein wichtiges Thema. Darüber sollte man informiert sein.	4,5	4,5	4,6	4,4	4,5	0,33
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	1,7	1,6	1,6	1,8	1,8	0,30
Eigentlich sollte ich weniger Medikamente einnehmen.	2,7	2,6	2,5	3,1	2,7	0,60
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	0,30
Bevor man Medikamente einnimmt, sollte man mit einem Arzt (oder Apotheker) sprechen.	4,3	4,3	4,3	4,2	4,7	0,40

Basis: Gesunde n=294-298, Erkrankte n=69-70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F9. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Tabelle F.17: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die Erinnerung an das Bild

	Gesamt	Furchtappellversion			p
		leicht	mittel	stark	
Gesunde (Experiment II)	(n=270)	(n=91)	(n=90)	(n=89)	
Kranke (Experiment III)	(n=63)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	
Fotoerinnerung „ja“ (%)	53	57	49	54	0,533
Fotoerinnerung „ja“ (%)	64	67	73	50	0,291

Basis: Gesunde n= 270, Erkrankte n=63, die 30 bzw. 7 Personen der Kontrollgruppe fallen aus dieser Auswertung heraus, Chi²-Test. FB2, F2. Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“.

Tabelle F.18: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die Erinnerung an Hilfsangebote – Summenindizes

	Gesamt	Furchtappellversion			KV	F
		leicht	mittel	stark		
Gesunde (Experiment II)	(n=214)	(n=60)	(n=71)	(n=65)	(n=18)	
Kranke (Experiment III)	(n=52)	(n=13)	(n=21)	(n=11)	(n=7)	
Erinnerung Ärzte	1,1	1,0	1,2	1,1	1,4	1,24
Erinnerung Ärzte	1,3	1,2	1,5	1,2	1,3	0,51
Erinnerung Organisationen	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,91
Erinnerung Organisationen	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,46
Erinnerung Hilfe insges.	1,5	1,4	1,5	1,5	1,8	0,99
Erinnerung Hilfe insges.	1,6	1,6	1,8	1,4	1,7	0,59

Basis: Gesunde n= 214, Erkrankte n=52, einfaktorielle Varianzanalysen (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F16. Offene Antwortmöglichkeit, Mehrfachantworten möglich.

Tabelle F.19: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf das Wissen zu Benzodiazepin (Indexvariable)

	Gesamt	Furchtappellversion			KV	F
		leicht	mittel	stark		
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=91)	(n=90)	(n=89)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,82
Wissen Benzodiazepine	0,4	0,6	0,4	0,4	0,1	0,90

Basis: Gesunde n= 300, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F17. Indexvariable.

Tabelle F.20: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf das Wissen zu den Folgen (Indexvariable)

	Gesamt	Furchtappellversion			KV	F
		leicht	mittel	stark		
Gesunde (Experiment II)	(n=300)	(n=91)	(n=90)	(n=89)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Wissen Folgen	3,8	3,8	3,7	3,8	3,5	0,49
Wissen Folgen	3,8	4,0	3,9	3,6	4,0	0,56

Basis: Gesunde n= 300, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F18. Mittelwertindexvariable.

Tabelle F.21: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die emotionale Reaktion auf das Bild

	Gesamt	Furchtappellversion			F
		leicht	mittel	stark	
Gesunde (Experiment II)	(n=143-144)	(n=52)	(n=44)	(n=47-48)	
Kranke (Experiment III)	(n=40)	(n=14)	(n=16)	(n=10)	
Negative Emotionen	2,0	2,0	2,0	2,0	0,24
	2,3	2,4	2,3	2,2	0,24
Positive Emotionen	2,1	2,6	2,6	2,6	0,18
	3,1	3,0	3,1	3,2	0,16

Basis: Gesunde n=143-144, Erkrankte n=40, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB2, F3, Items 2 und 7. FB2, F4, Items 1, 3 bis 8 und 10 bis 14. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Kontrollversion fehlt, da diese kein Bild (Furchtappell) in ihrem Stimulusmaterial hatte.

Tabelle F.22: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf Risikowahrnehmung, Reaktions- und Selbstwirksamkeit

	Gesamt	Furchtappellversion				F
		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=286-300)	(n=88-91)	(n=86-90)	(n=83-89)	(n=29-30)	
Kranke (Experiment III)	(n=52-70)	(n=16-21)	(n=16-22)	(n=14-20)	(n=5-7)	
allgemeine Risikowahrnehmung (%)	15,5	16,5	16,3	13,9	14,9	0,45
	21,8	18,2	25,6	24,5	13,7	1,17
persönliche Risikowahrnehmung (%)	7,5	7,3	8,2	6,4	8,8	0,34
	12,4	13,0	16,4	11,2	3,0	0,52
Reaktionswirksamkeit (%)	58,1	53,6	52,9	56,8	61,5	1,64
	49,5	49,8	56,0	42,7	47,9	0,99
Selbstwirksamkeit ²	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	0,24
	4,1	3,8	4,3	4,2	4,1	0,68

Basis: Gesunde n=286-300, Erkrankte n=52-70, einfaktorielle Varianzanalyse (Post-Hoc-Test: Duncan). FB2, F20, 23 und 21. Offene Abfrage einer Prozentangabe. FB2, F24. Geschlossene Abfrage, Antwortmöglichkeiten von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“, Residualantwort „Mein Umgang mit Medikamenten ist schon heute bewusst und gesund“. Für die Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten „trifft voll und ganz zu“ und die Residualantwort zusammengefasst.

Tabelle F.23: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf die Verhaltensintentionen

	Gesamt	Furchtappellversion				F
		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=289)	(n=91)	(n=89)	(n=88)	(n=30)	
Kranke (Experiment III)	(n=70)	(n=21)	(n=22)	(n=20)	(n=7)	
Verhaltensintentionen (Indexvariable)	2,6	2,7^b	2,5^{ab}	2,6^{ab}	2,4^a	2,06
Verhaltensintentionen (Indexvariable)	3,3	3,3	3,4	3,5	3,2	0,21

Basis: Gesunde n=298, Erkrankte n=70, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB2, F12 und 13. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Indexvariable (Gesunde: CA=0,84, Erkrankte: CA=0,89).

Tabelle F.24: Experiment III – Einfluss des Furchtappells auf das Verhalten

	Gesamt	Furchtappellversion				F
		leicht	mittel	stark	KV	
Gesunde (Experiment II)	(n=194)	(n=59)	(n=58)	(n=56)	(n=21)	
Kranke (Experiment III)	(n=56)	(n=16)	(n=19)	(n=15)	(n=6)	
Verhalten (Indexvariable)	1,9	2,0^{ab}	1,7^a	1,9^{ab}	2,2^b	2,10
Verhalten (Indexvariable)	2,6	2,2	3,0	2,8	2,0	2,47

Basis: Gesunde n=194, Erkrankte n=56, einfaktorielle Varianzanalyse, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kennbuchstaben unterscheiden sich signifikant nach dem Duncan-Test für Mittelwertunterschiede bei unabhängigen Stichproben. FB3, F4 und 5. Skalierung „trifft überhaupt nicht“ bis „trifft voll und ganz zu“. Residualantwort „Ich nehme keine Medikamente ein“ wurde als fehlender Wert eingegeben. Indexvariable (Gesunde: CA=0,86, Erkrankte: CA=0,87).