



**UNIVERSITÄT  
BIELEFELD**



Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften

**Gesundheitskommunikation**

Fachgruppe der Deutschen Gesellschaft für Publizistik-  
und Kommunikationswissenschaft (DGPK)



# ***Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?***



16. - 18. November  
2022

**7. Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe  
Gesundheitskommunikation**

**Liebe Leser:innen,**

wir möchten Sie ganz herzlich zur 7. Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPK) vom 16. bis 18. November begrüßen. In diesem Jahr kommen wir zum Thema **„Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?“** in Bielefeld zusammen.

Pflicht, Schuld, schlechtes Gewissen, aber auch Fürsorge und Solidarität sind Begriffe, die häufig im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auftauchen. All diese Begriffe sind eng mit dem Wert der Verantwortung verbunden, der für das Gesundheitsverhalten einer der zentralen Treiber ist, da er die kurz- und langfristigen Konsequenzen oder Effekte einer Handlung in den Blick nimmt. Dies gilt nicht nur für unsere eigene Gesundheit (sog. Selbstverantwortung), sondern auch für die Verantwortung für Andere (sog. Soziale Verantwortung).

Für den Erfolg von gesundheitsbezogenen Veränderungsprozessen (sowohl bei Individuen als auch gesamtgesellschaftlich) ist aber nicht nur wesentlich, wer und was für die Ursachen, die Prävention oder die Heilung verantwortlich ist, sondern vielmehr wem diese Verantwortung zugeschrieben wird, d. h. welche Wirklichkeitskonstruktionen damit verbunden sind. Hier zeigen sich oft wesentliche Differenzen, insofern, dass beispielsweise verschiedene Akteure, Medien oder Bevölkerungsgruppen Verantwortung sehr unterschiedlich zuschreiben und sich folglich ggf. sehr unterschiedlich verhalten. Dementsprechend werden Verantwortungszuschreibungen häufig in gesundheitsbezogenen Debatten, Medienbeiträgen oder Werbeinhalten persuasiv eingesetzt, um Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Vorstellungen oder Einstellungen zu ändern.

Die Frage, wer für gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Medienberichterstattung verantwortlich gemacht wird, diskutiert die Kommunikationswissenschaft unter dem Begriff der Responsibility-Frames. Verschiedene Studien zeigen, dass Mediendarstellungen über die Verantwortung von Gesundheitsproblemen einen wesentlichen Einfluss auf deren Prävention und Bewältigung haben können. Werden z.B. in den Medien kaum Präventionsmöglichkeiten oder strukturelle Maßnahmen für Erkrankungen dargestellt, kann der Eindruck entstehen, dass lediglich die Leistungserbringer für die Behandlung verantwortlich wären. Ebenso kann es passieren, dass soziale Beziehungen oder gesellschaftliche Veränderungen als Ursache und Lösung in der Medienberichterstattung in den Hintergrund treten und Rezipierende daraufhin Krankheiten und Krankheitsverläufe verstärkt als individuell verursacht wahrnehmen, womit sie möglicherweise überfordert sind.

Mit der Frage „Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?“ möchten wir anlässlich der 7. Jahrestagung Gesundheitskommunikation (in Anlehnung an die Lasswell-Formel) einen interdisziplinären Blick darauf werfen, wer wen wie in welchem Medium mit welchen Effekten für Gesundheit verantwortlich macht (oder auch nicht).

Wir freuen uns auf viele spannende Beiträge, anregende Diskussionen und freundliche Begegnungen endlich wieder in Präsenz.

Ihr Tagungsteam

## Inhaltsverzeichnis

PROGRAMM VOM 16. BIS ZUM 18. NOVEMBER 2022 (Stand: 04.11.2022) .....	1
Keynote: Anne-Kathrin May.....	6
Panel 1 „Verantwortungszuschreibung und -übernahme“ .....	7
Informationsweitergabe als Ausdruck von (Selbst-)Verantwortung – Gründe und Prädiktoren dieses Phänomens am Beispiel Mammographie-Screening .....	7
Die Übernahme von (Eigen-)Verantwortung in der HIV-Prävention – Eine ländervergleichende Studie zur Rolle von erlebtem und antizipiertem Stigma sowie Hürden am Beispiel der Präexpositionsprophylaxe (PrEP).....	9
Verantwortlichkeit in der Corona-Pandemie – Verantwortungszuschreibung im Podcast „Das Coronavirus-Update“ .....	12
Die Gesundheitsmanager*innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen .....	14
Panel 2 „Corona und Konzepte“ .....	16
Dynamics of Normative Misperceptions.....	16
Ich, du, wir? Empowerment als relevantes Konstrukt im Gesundheitskontext.....	19
Achtung giftig! – Theoriebasierte Verhaltensdeterminanten und Botschaftsinhalte in der Prävention von Vergiftungsunfällen bei Kindern .....	21
Entstigmatisierung von Angststörungen durch Subjektivierung in Videospiele.....	24
Panel 3 „Verantwortung und Verbreitung“ .....	26
Krebsprävention im Dialog - Prädiktoren der Nutzungsintention eines Live-Chats zur risikoadaptierten Krebsprävention und -früherkennung.....	26
Cannabis consumption onset in adolescents: Exposure effects of Cannabis-related social media content and the role of sensation seeking .....	29
Die Rolle des medialen Erlebens der Corona-Krise für die psychische Gesundheit: Ergebnisse einer Panelbefragung aus dem zweiten Pandemie-Jahr .....	31
Auf dem Weg zur digitalen Transformation der ärztlichen Informationsbereitstellung: Förderung der Selbstverantwortung von Patient*innen durch digitale Informationsangebote .....	33
Panel 4 „Verantwortung und Psyche“ .....	36
Wer ist Schuld? Implizite Theorien („mindsets“) der Gesundheit und ihre Auswirkungen auf Schuldzuschreibungen und soziale Unterstützung von Erkrankten.....	36
Nature, Nurture. Journalistische Responsibility Frames im Kontext von Depressionen.....	38
Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes. ....	41
Irresponsible Memes? Die Darstellung von psychischen Erkrankungen und Gegenmaßnahmen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram .....	43
Best Paper Panel .....	45
Verantwortungsdarstellung und Verantwortungswahrnehmung in der 1. Welle der COVID-19-Pandemie: Ein mehrmethodischer Ansatz. ....	45
Die Anfragen an Dr. Google: Verhaltensdaten zum Online-Informationshandeln mit Gesundheitsbezug.....	48
Selbst schuld und gefährlich noch dazu: Kognitive Frames zum Krankheitsbild Depression und deren Bedeutung für das individuelle Kommunikationsinteresse.....	50

7. Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation  
**„Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?“**

[Im Zentrum für interdisziplinäre Forschung \(ZiF\)](#)

**PROGRAMM VOM 16. BIS ZUM 18. NOVEMBER 2022 (Stand: 04.11.2022)**

**Mittwoch, 16. November 2022**

9:00 – 13:00 Uhr	<b>Doktorand*innen-Workshop im Unigebäude</b> Leitung: Anna Freytag & Constanze Kuchler
14:30 – 17:00 Uhr	<b>Methodenworkshop „Partizipative Methoden“ im Unigebäude</b> Leitung: Hanna Lütke Lanfer & Janna Landwehr
18:30 Uhr	Get Together (All Scholar Networking Event) <a href="#">im Nordpark-Restaurant</a> Bünderstraße 25b, 33613 Bielefeld Leitung: Petra Kolip

**Donnerstag, 17. November 2022 im ZiF**

9:30 – 10:00 Uhr	<b>Begrüßung und Tagungsinfos</b> Grußwort des Dekans der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld Grußwort von Prof. Dr. Doreen Reifegerste & Dr. Markus Schäfer Informationen vom Tagungsteam
10:00 – 11:00 Uhr	<b>Keynote von Anne-Kathrin May</b> Lehrende für systemische Therapie und Beratung (DGSF), Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (DGSF), Supervisorin (ISF Essen) Diplom-Pädagogin (TU Dresden) Die Keynote widmet sich dem familiären Kontext von Erkrankungen und wie diese sich darin beziehungs-dynamisch auswirken. Es wird anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt, wie sich die Verantwortung für die Erkrankung im System bemerkbar macht und wie das für die weitere zieldienliche Arbeit nutzbar gemacht werden kann.
11:00 – 11:30 Uhr	Pause

**11:30 – 12:30 Uhr: Panel 1 „Verantwortungszuschreibung und -übernahme“**

*Chair: Anna Freytag*

**Informationsweitergabe als Ausdruck von (Selbst-)Verantwortung – Gründe und Prädiktoren dieses Phänomens am Beispiel Mammographie-Screening**

Paula Stehr, Elena Link & Constanze Rossmann

**Die Übernahme von (Eigen-)Verantwortung in der HIV-Prävention: Eine ländervergleichende Studie zur Rolle von erlebtem und antizipiertem Stigma sowie Hürden am Beispiel der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

Alexander Ort & Tess Bardy

**Verantwortlichkeit in der Corona-Pandemie – Verantwortungszuschreibung im Podcast „Das Coronavirus-Update“**

Ina von der Wense & Michael Wild

**Die Gesundheitsmanager\*innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen**

Elena Link & Eva Baumann

12:30 – 13:30 Uhr

Mittagspause

**13:30 – 14:30 Uhr: Panel 2 „Konzepte der Gesundheitskommunikation näher beleuchtet“**

*Chair: Markus Schäfer*

**Entstigmatisierung von Angststörungen durch Subjektivierung in Videospiele**

Celine Dorrani & Freya Sukalla

**Ich, du, wir? Empowerment als relevantes Konstrukt im Gesundheitskontext**

Isabell Koinig & Sara Atanasova

**Achtung giftig! – Theoriebasierte Verhaltensdeterminanten und Botschaftsinhalte in der Prävention von Vergiftungsunfällen bei Kindern**

Mara Berlekamp, Lyn Ermel, Paula Stehr, Constanze Rossmann, Doreen Reifegerste, Ann-Katrin Lindemann & Annett Schulze

**Dynamics of Normative Misperceptions**

Thomas Friemel, Lukas Tribelhorn & Sarah Geber

14:30 – 16:00 Uhr	Walk zur „Alm“ Schüco Arena Organisator*innen: Markus Schäfer, Anna Wagner & Thomas Schafft
<b>16:00 – 16:30 Uhr: Postersession 1: Tagungsthema Verantwortung</b>	
<i>Chair: Veronika Karnowski</i>	
<b>Ursachen, Lösungen und Folgen: Kausale Zusammenhänge und Verantwortungszuschreibung im Kontext von Alkoholabhängigkeit in deutschen Tageszeitungen und Zeitschriften</b> Anna Freytag, Magdalena Rosset, Eva Baumann & Georg Schomerus	
<b>"Volk der Erschöpften": Mediale Konstruktionen individueller und kollektiver Verantwortlichkeiten für Depressionen</b> Marina Iakushevich	
<b>Der Einfluss gesundheitsbezogener Mediennutzung auf Verantwortungszuschreibungen und Stigmatisierung im Kontext von Demenz: Ein Ländervergleich zwischen Deutschland und USA</b> Anna Wagner, Doreen Reifegerste & Sebastian Scherr	
<b>Meine, deine, eure Verantwortung – Eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage zu Demenzen</b> Dominik Daube & Doreen Reifegerste	
<b>Mit Instagram gegen Essstörungen – Eine qualitative Befragung von #recovery Bloggerinnen</b> Anne Kraemer, Freya Sukalla & Anne Bartsch	
<b>Aufklärungsverantwortung in der COVID-19-Pandemie. Eine repräsentative Online-Befragung.</b> Dominik Daube, Georg Ruhrmann & Carolin Wehrstedt	
<b>16:30 – 17:00 Uhr: Postersession 2: Offene Themen</b>	
<i>Chair: Freya Sukalla</i>	
<b>Verleiht Flügel? Wirkung von Warnhinweisen auf Energydrink-Dosen</b> Moritz Hölzer, Cosima Nellen & Matthias R. Hastall	
<b>Sharing is Caring? Einflussfaktoren auf das Teilen von gesundheitsbezogenen Informationen online</b> Veronika Karnowski, Larissa Leonhard & Constanze Rossmann	
<b>Should I Stay (Online) or Should I Go (Offline)? Zum Zusammenhang sozialer Normen der ständigen Erreichbarkeit und des bewussten Abschaltens mit der Nutzung digitaler Medien</b> Sarah Geber, Minh Hao Nguyen & Moritz Büchi	
<b>Transparenzhinweise im Gesundheitsjournalismus</b> Nariman Sawalha & Constanze Rossmann	

**Je unsicherer, desto wirksamer? Der Einfluss der Wirksamkeitskomponente bei Furchtappellen auf Instagram**

Janine N. Blessing, Tanja Habermeyer, Helena Bilandzic & Catarina Kullnig

**Potenziale und Grenzen der Apothekendigitalisierung – Eine qualitative Untersuchung der Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologien durch Apothekenpersonal**

Katja Caspar & Paula Stehr

**Lehrkonzepte und -innovationen in der Gesundheitskommunikation**

Alexander Ort, Dominik Daube, Freya Sukalla, Anna Wagner, Doreen Reifegerste

17:00 – 18:00 Uhr	Fachgruppensitzung
19:00 Uhr	Konferenzdinner im <a href="#">Wirtshaus 1802 im Bültmannshof</a> Kurt-Schumacher-Straße 17a, 33615 Bielefeld

**Freitag, 18. November 2022 im ZiF**

**9:00 – 10:00 Uhr: Panel 3 „Chancen und Risiken digitaler Gesundheitskommunikation“**

*Chair: Alexander Ort*

**Krebsprävention im Dialog – Prädiktoren der Nutzungsintention eines Live-Chats zur risikoadaptierten Krebsprävention und -früherkennung**

Paula Memenga, Eva Baumann, Hanna Lütke Lanfer, Doreen Reifegerste, Julia Geulen, Winja Weber, Andrea Hahne, Anne Müller & Susanne Weg-Remers

**Cannabis consumption onset in adolescents: Exposure effects of Cannabis-related social media content and the role of sensation seeking**

Alice Binder, Tobias Frey & Thomas N. Friemel

**Die Rolle des medialen Erlebens der Corona-Krise für die psychische Gesundheit: Ergebnisse einer Panelbefragung aus dem zweiten Pandemie-Jahr**

Sophia Schaller

**Auf dem Weg zur digitalen Transformation der ärztlichen Informationsbereitstellung: Förderung der Selbstverantwortung von Patient\*innen durch digitale Informationsangebote**

Elena Link & Paula Memenga

10:00 – 10:30 Uhr	Pause
-------------------	-------

**10:30 – 11:30 Uhr: Panel 4 „Verantwortung im psychischen Kontext“**

*Chair: Constanze Kuchler*

**Wer ist schuld? Implizite Theorien („mindsets“) der Gesundheit und ihre Auswirkungen auf Schuldzuschreibungen und soziale Unterstützung von Erkrankten**

Simone Dohle, Mike Schreiber, Tobias Wingen & Marie Baumann

**Nature, Nurture. Journalistische Responsibility Frames im Kontext von Depressionen**

Annemarie Wiedicke

**Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes**

Linn Julia Temmann, Annemarie Wiedicke, Doreen Reifegerste & Sebastian Scherr

**Irresponsible Memes? Die Darstellung von psychischen Erkrankungen und Gegenmaßnahmen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram**

Anna Wagner & Linn Temmann

11:30 – 11:45 Uhr

Pause

**11:45 – 12:45 Uhr: Best Paper Panel**

*Chair: Petra Kolip*

**Verantwortungsdarstellung und Verantwortungswahrnehmung in der 1. Welle der COVID-19-Pandemie: Ein mehrmethodischer Ansatz**

Annemarie Wiedicke, Constanze Rossmann, Jana Sandrock, Linn Julia Temmann, Doreen Reifegerste & Laura Eva-Maria Koch

**Die Anfragen an Dr. Google: Verhaltensdaten zum Online-Informationshandeln mit Gesundheitsbezug**

Elena Link, Marko Bachl, Frank Mangold & Sebastian Stier

**Selbst schuld und gefährlich noch dazu: Kognitive Frames zum Krankheitsbild Depression und deren Bedeutung für das individuelle Kommunikationsinteresse**

Anna Freytag, Eva Baumann, Matthias C. Angermeyer & Georg Schomerus

12:45 – 13:00 Uhr

Verabschiedung

## Keynote: Anne-Kathrin May

Lehrende für systemische Therapie und Beratung (DGGSF) Lehrende  
für systemische Therapie und Beratung (DGGSF)  
Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (DGGSF)  
Supervisorin (ISF Essen)  
Diplom-Pädagogin (TU)



Wenn jemand sagt: „Ich übernehme die Verantwortung!“, wissen wir noch nicht, was diese Person damit meint. Ist das ein soziales Signal im Sinne einer Schuldübernahme für einen Fehler in der Vergangenheit? Oder bezieht sich diese Aussage auf eine noch ausstehende Handlung in der Zukunft mit erhöhter Bedeutung?

Haben wir diese Fragen beantwortet, haben wir noch keine Vorstellung davon, in welcher Art und Weise diese Verantwortungsübernahme geschehen wird. Sie wird für uns erst dann mit Inhalt gefüllt, wenn wir genau wissen, an welche Handlungen diese Verantwortungsübernahme im Alltag geknüpft sein wird. Wir sind beim Thema Verantwortung also immer darauf angewiesen, den Kontext zu kennen. Es ist notwendig, dass wir diesen Kontext auch kulturell einschätzen können, also die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung dieser Verantwortungsübernahme deuten können. Erst dadurch wird für uns der Inhalt der Botschaft erfassbar und erfahrbar.

In der medizinischen Versorgung spielt der Kontext aber häufig eine untergeordnete Rolle. Denn das Problem am Kontext ist, dass er die Komplexität eines Problems erheblich erhöht, sobald er in die Überlegungen einbezogen wird. Wir bekommen es plötzlich mit einer Fülle von Möglichkeiten zu tun: Wer ist noch betroffen von dieser Verantwortungsübernahme? Welche Auswirkungen wird diese auf diesen Menschen, andere Menschen oder das System haben? Möchten auch alle im System, dass die Verantwortung von dieser Person übernommen wird? Wer hat etwas dagegen? Welche Auswirkungen hat das wiederum auf die Einzelnen oder das System?

Der Tagungsbeitrag widmet sich dem familiären Kontext von Erkrankungen und wie diese sich darin beziehungs-dynamisch auswirken. Es wird anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt, wie sich die Verantwortung für die Erkrankung im System bemerkbar macht und wie das für die weitere ziieldienliche Arbeit nutzbar gemacht werden kann.

Die Anhänge sowie die Literaturverzeichnisse zu den folgenden Abstracts stellen wir Ihnen auf Nachfrage gerne zur Verfügung. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an [lisa.ludorf@uni-bielefeld.de](mailto:lisa.ludorf@uni-bielefeld.de). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden sie hier weggelassen. Die Poster finden Sie während der Tagung als Pdf-Dateien auf der [Tagungswebsite](#).

## Panel 1 „Verantwortungszuschreibung und -übernahme“

### Informationsweitergabe als Ausdruck von (Selbst-)Verantwortung – Gründe und Prädiktoren dieses Phänomens am Beispiel Mammographie-Screening

Paula Stehr<sup>1</sup>, Elena Link<sup>2</sup> & Constanze Rossmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ludwig-Maximilians Universität München; <sup>2</sup>Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover

Das Gesundheitsverhalten einer Person ist maßgeblich durch interpersonale Einflüsse geprägt. So werden innerhalb unserer persönlichen Netzwerke täglich Gesundheitsinformationen aus vielfältigen Quellen an soziale Kontakte weitergegeben (Kye et al., 2019; Oh & Syn, 2015). Diese interpersonale Weitergabe von Informationen, die sowohl face-to-face als auch medienvermittelt erfolgen kann, kann einen individuellen Beitrag zu einem kollektiven Wissenspool leisten und dem Wissenserwerb, der Meinungsbildung und der Entscheidungsfindung anderer dienen (Yang & Zhuang, 2020). Trotz ihrer bedeutenden Rolle wird der interpersonale Weitergabe von Informationen – im Gegensatz zu medialen, meist unidirektionalen Formen des Gesundheitsinformationshandelns – in der Forschung bislang vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt, weshalb sich der vorliegende Beitrag diesem Phänomen widmet.

Als Beispiel wird das Mammographie-Screening herangezogen. In Deutschland werden Frauen über 50 Jahren regelmäßig per Post zum Mammographie-Screening eingeladen. Die Einladung beschreibt die Vor- und Nachteile des Verfahrens und betont die individuelle Entscheidungsnotwendigkeit. Im Zuge der informierten Entscheidungsfindung kann der Bedarf entstehen, sich über dieses Thema auszutauschen. Vor diesem Hintergrund hat der vorliegende Beitrag zum Ziel, bestehende Evidenz zum Zusammenhang zwischen medialer Informationssuche und Teilnahme an Krebs- Screeningverfahren (z. B. Lee et al., 2016; Shneyderman et al., 2016; Zhuang & Guan, 2021) insofern zu erweitern, dass er den geringen Forschungsstand zu interpersonalen Quellen in diesem Kontext (z. B. Monroe et al., 2017; Shi et al., 2021; Tran et al., 2010) ergänzt und den Fokus auf die Informationsweitergabe legt. Inwiefern es zu welcher Art der Informationsweitergabe kommt, wurde unseres Wissens nach bisher jedoch nicht untersucht. Daher lautet unsere erste Forschungsfrage:

*FF1: Wie können Prävalenz und Art der Informationsweitergabe nach dem Erhalt einer Einladung zum Mammographie-Screening beschrieben werden?*

Zu den Gründen der Weitergabe von Gesundheitsinformationen ist bisher ebenfalls wenig bekannt. Eine explorative Studie (Monroe et al., 2017) verweist auf eine habituelle Praxis sowie den zugeschriebenen Wert der Informationen. Darüber hinaus wird die Weitergabe von (Gesundheits-) Informationen häufig unter Bezugnahme auf das Konzept der Meinungsführerschaft diskutiert. Demnach spielen Meinungsführer:innen eine zentrale Rolle in der Ver-

breitung von Gesundheitsinformationen, da sie Informationen an andere, u. U. weniger informierte Personen, weitergeben (Fu et al., 2017). Frauen können also als Meinungsführerinnen fungieren wollen, wenn sie die Informationen aus dem Einladungsschreiben an ihr Umfeld weitergeben. Auf diesen Annahmen aufbauend sollen die Gründe für die (Nicht-)Weitergabe von Informationen genauer untersucht werden:

*FF2: Welche Gründe sind für Frauen relevant, um nach dem Erhalt einer Einladung zum Mammographie-Screening Informationen mit anderen (nicht) zu teilen.*

Etablierte Modelle des (Informations-)Handelns, wie das *Risk Information Seeking and Processing Model* und seine Spezifikationen (RISP; Griffin et al., 1999) sowie die interpersonale *Theory of Motivated Information Management* (TMIM; Afifi & Weiner, 2004), legen bereits bestimmte Faktoren nahe, die auch die Informationsweitergabe erklären könnten: In vorhandenen Studien bereits berücksichtigt werden u. a. die Einstellung zum Informationshandeln (Crook et al., 2016), die aktuelle Informiertheit (Yang et al., 2022) und die wahrgenommene Kompetenz zur Weitergabe (Yang et al., 2022; Yang & Zhuang, 2020). Zudem kann angenommen werden, dass sowohl die wahrgenommenen Risiken und der Nutzen des Verfahrens als auch die antizipierten Folgen der interpersonalen Kommunikation als Determinanten der Informationsweitergabe fungieren. Weiterhin könnte auch die selbstempfundene Rolle als Meinungsführerin (s.o.) eine Rolle spielen. Über diese sozialkognitiven Faktoren hinaus zeigen bisherige Studien außerdem, dass die Weitergabe von Informationen auch mit der Aufnahme von Informationen aus anderen Quellen zusammenhängt (Liu et al., 2019). Bezüglich soziodemographischer Merkmale können Alter und Bildung eine Rolle spielen (Yang et al., 2022). Zusammenfassend stellt sich daher die folgende Frage:

*FF3: Inwieweit beeinflussen die abgeleiteten soziodemographischen und sozialkognitiven Faktoren sowie die Informationsaufnahme die Informationsweitergabe nach dem Erhalt einer Einladung zum Mammographie-Screening?*

## **Methode**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen haben wir eine zweiwellige Onlinebefragung mit  $N = 1.136$  Frauen durchgeführt. Die Rekrutierung der Befragten erfolgte über einen Onlinepanel-Anbieter. Die Stichprobe war stratifiziert und sollte etwa gleich viele Frauen enthalten, die aufgrund des Alters noch keine Einladung erhalten haben (40-49 Jahre) bzw. bereits eingeladen worden waren (50-69 Jahre). Bezüglich des Merkmals Bildung wurde eine Verteilung wie in der Grundgesamtheit angestrebt. Zu Beginn des ersten Fragebogens sahen die Frauen das offizielle Einladungsschreiben und wurden gebeten, sich in diese Situation hineinzusetzen. Zum ersten Befragungszeitpunkt wurden die angesprochenen sozialkognitiven Faktoren mittels etablierter Skalen erhoben. Nach 14 Tagen wurden die Frauen zu ihrem Informationshandeln im Zeitraum zwischen den beiden Wellen befragt. Dabei haben wir sowohl die Weitergabe von Informationen als auch die Informationsaufnahme über verschiedene mediale und interpersonale Quellen standardisiert erhoben. Zudem wurden die Gründe für die (Nicht-)Weitergabe von Informationen offen erfasst. Die Analyse der offenen Antworten (FF2) erfolgte mittels induktiver Kategorienbildung in MAXQDA. Die deskriptive Auswertung der quantitativen Daten (FF1 & FF2) und eine hierarchische, schrittweise (rückwärts likelihood ratio), logistische Regressionsanalyse (FF3) erfolgten in SPSS.

## Ergebnisse

Von den 1.136 wiederholt befragten Frauen haben 239 (21%) zwischen den beiden Wellen Informationen zum Mammographie-Screening mit anderen geteilt (FF1); am häufigsten mit Freund:innen, Familienmitgliedern und dem/der Partner:in (siehe Tabelle 1). Bezüglich der Gründe für das Teilen lassen sich der Anlass und der Zweck unterscheiden (FF2). Neben einigen äußeren Anlässen ist vor allem die Handlungsmotivation der Frauen relevant. Diese umfassen insbesondere die wahrgenommene Wichtigkeit des Themas, die persönliche Betroffenheit sowie Kommunikations- und Informationsbedürfnisse. Bezüglich des Kommunikationszwecks wurden Erfahrungsaustausch und Meinungs- sowie der Wunsch, andere aufzuklären bzw. zu überzeugen, genannt. In diesen Kommunikationszwecken spiegeln sich zum Teil auch die Funktionen von Meinungsführer:innen wider.

Bezüglich der Determinanten des Teilens von Informationen (FF3) zeigt die Korrelationsmatrix, dass alle aus dem Forschungsstand abgeleiteten sozialkognitiven Konstrukte und die Informationsaufnahme mit der Weitergabe von Informationen zusammenhängen (siehe Tabelle 2). In der schrittweisen, logistischen Regressionsanalyse verbleiben im finalen Modell jedoch nur die folgenden Prädiktoren: Einstellung zum Informationsverhalten, wahrgenommene Konsequenzen des Verhaltens, Meinungsführerschaft und Informationsaufnahme über Massenmedien, interpersonale Kommunikation und interaktive Online-Quellen (siehe Tabellen 3 und 4).

## Fazit

Die vorliegende Studie zum Informationshandeln nach dem Erhalt eines Einladungsschreibens zum Mammographie-Screening zeigt unterschiedliche Aspekte des Phänomens *information sharing* auf. Manche Frauen übernehmen dabei die Verantwortung für die Gesundheit anderer und leisten als Meinungsführerinnen informationelle Unterstützung. Gleichmaßen kann die Informationsweitergabe aber auch dem Erfahrungsaustausch dienen und ist somit Teil des breiteren Informationshandelns, um Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu können.

---

## Die Übernahme von (Eigen-)Verantwortung in der HIV-Prävention – Eine ländervergleichende Studie zur Rolle von erlebtem und antizipiertem Stigma sowie Hürden am Beispiel der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

*Alexander Ort & Tess Bardy*

*Universität Luzern*

Trotz einer Reihe evidenzbasierter verhaltensorientierter HIV-Präventionsmaßnahmen ist die Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen – im Jahr 2020 1.5 Millionen Menschen – weiterhin auf hohem Niveau (World Health Organization, 2021). Das ECDC (European Center for Disease Prevention and Control, 2021) meldete im gleichen Zeitraum rund 105.000 Neuinfektionen in Europa. Die meisten dieser Neuinfektionen treten bei Männern auf, die Sex mit Männern haben (MSM). Zusätzlich zu den Herausforderungen in Bezug auf ihren physischen Gesundheitszustand haben Betroffene auch mit Stigmatisierung und Ausgrenzung auf Grund ihrer Infektion zu kämpfen (Tran et al., 2019). Medizinische Innovationen der letzten Jahre haben das

Potential, die Situation für Betroffene auf individueller als auch sozialer Ebene signifikant zu verbessern. Einerseits wird neben Verhaltensprävention (z. B. Verwendung von Kondomen und regelmäßiges Testen) seit einigen Jahren eine biomedizinische Prävention, die sogenannte Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gefördert. Studien in vulnerablen Zielgruppen bestätigen, dass die PrEP bei korrekter Einnahme das Risiko einer HIV-Infektion um bis zu 92 Prozent reduziert (Fonner et al., 2016). Andererseits ist eine Schutzimpfung gegen die Ansteckung mit dem HI-Virus in greifbare Nähe gerückt. Anfang 2022 begannen in den USA die ersten Humanstudien mit einer Reihe von mRNA-basierten Impfstoffen gegen HIV (National Institute of Health, 2022; Vesper, 2022). Neben dem Schutz der physischen Gesundheit wird immer wieder betont, dass sich solche biomedizinischen Präventionsmaßnahmen auch positiv auf die psychische Gesundheit, z. B. durch eine gesteigerte Kontrolle und Sicherheit bezüglich der eigenen sexuellen Gesundheit und die Vermeidung von Stigmatisierung, auswirken (Ikeda et al., 2021).

## **Forschungsinteresse**

Trotz der unbestrittenen Wirksamkeit und des daraus entstehenden Nutzens für die körperliche als auch geistige Gesundheit liegt die Zahl der PrEP-Anwender noch weit hinter der potenziellen Zielpopulation, für die eine PrEP Einnahme indiziert wäre. Obwohl je nach angewendetem Schätzverfahren zwischen 5 und 75 Prozent aller MSM für die PrEP in Frage kämen (Cordioli et al., 2021), lag die Zahl der Anwender Europaweit 2019 mit einem Ländermedian von 1 Prozent selbst noch deutlich unter den konservativsten Schätzungen (European Center for Disease Prevention and Control, 2019). Die geringe Inanspruchnahme der PrEP lässt sich durch eine Reihe von Faktoren erklären, darunter mangelndes Bewusstsein für die PrEP, geringes wahrgenommenes Risiko des HIV-Erwerbs, die Kosten der Medikamente oder die Kosten und Unannehmlichkeiten der erforderlichen Kontrollbesuche (für eine Übersicht siehe Dubov et al., 2018). Ein weiterer zentraler Faktor, der Menschen davon abhält ihrem Wunsch nach Verantwortungsübernahme für die eigene sexuelle Gesundheit nachzugehen, ist das sogenannte PrEP-Shaming. Denn obwohl eine Einnahme vor einer Stigmatisierung wegen einer Ansteckung mit dem HI-Virus schützt, sehen sich Anwender der PrEP paradoxerweise immer wieder mit Stigma und Vorurteilen (z. B. promiskuitives Verhalten oder soziale Isolation) konfrontiert (Dubov et al., 2018). Wenngleich Studien bisher zahlreiche erklärende Faktoren für die Nichtnutzung der PrEP zur HIV-Prävention identifiziert haben, konzentrieren sich die Arbeiten bisher immer auf einzelne Aspekte und wurden überwiegend im englischsprachigen Raum durchgeführt. Der vorgeschlagene Beitrag versucht diese kulturellen und inhaltlichen Limitationen auszugleichen und das Wissen über Ansatzpunkte zur Förderung der Nutzung biomedizinischer Präventionsmaßnahmen auf eine breitere Basis zu stellen. In diesem Sinne bedient der Beitrag auch die kürzlich im Magazin Nature (Bose, 2022) formulierte Forderung an die Verhaltenswissenschaften sich bereits jetzt Gedanken über die Förderung der Akzeptanz einer Impfung gegen HIV-Infektionen zu machen, indem die gewonnen Erkenntnisse zumindest teilweise auf diesen Kontext übertragen werden.

## **Methode**

Um das Ausmaß der Faktoren zu analysieren, welche die Übernahme von Eigenverantwortung bezüglich der sexuellen Gesundheit durch Inanspruchnahme biomedizinischer Präventionsmaßnahmen – aktuell PrEP sowie prospektiv eine Impfung gegen HIV – hemmen oder verhindern, wurde zwischen Dezember 2020 und April 2021 eine quantitative Online-Befragung durchgeführt. Ein weiteres Ziel des Forschungsprojekts war daneben auch die Validierung der

Skalen zur PrEP-Stigmatisierung sowie mit PrEP einhergehenden Hürden in unterschiedlichen Sprachregionen und kulturellen Kontexten. Aus diesem Grund lag der Fragebogen neben Deutsch auch in Englisch, Französisch und Spanisch vor und es wurden Teilnehmende in den entsprechenden Ländern rekrutiert. Wenngleich die Validierung nicht Gegenstand dieses Beitrags ist, erlauben die Daten neben eine Bestandsaufnahme der PrEP-bezogenen Hürden und Stigma einen Vergleich zwischen verschiedenen Ländern. Auf Grund des Schwerpunkts der Studie auf die Gruppe MSM, erfolgte die Rekrutierung der Teilnehmenden im Schneeballverfahren via Mailingliste verschiedener AIDS-Verbände sowie das Verteilen von Plakaten und Flyern in Beratungsstellen. Schließlich wurde der Hinweis zur Studie via Facebook-Diskussionsgruppen und Instagram-Influencer (Hinweis auf Studienteilnahme in deren Story) beworben. Die finale Stichprobe nach Datenbereinigung setzt sich aus insgesamt 1304 MSM-Personen im Alter zwischen 18 und 76 zusammen ( $M = 38.42$ ,  $SD = 10.94$ ). Der Fragebogen erfasste die Stigmatisierung gegenüber PrEP (in Anlehnung an Klein & Washington, 2019; Siegler et al., 2020) sowie die wahrgenommenen Hürden einer PrEP-Einnahme (Washington & Klein, 2020) auf einer Skala von jeweils 1-5 (Stigma:  $M = 2.01$ ,  $SD = .58$ ,  $\alpha = .75$ ; Hürden:  $M = 1.70$ ,  $SD = .62$ ,  $\alpha = .71$ ), wobei niedrige Werte geringe Hürden bzw. (Tendenz zu) Stigmatisierung anzeigen und umgekehrt. Eine wichtige Unterscheidung liegt dabei in der Perspektive, die die Befragten gegenüber PrEP (Stigmatisierung und Hürden) einnehmen. Hier wird unterschieden zwischen (1) aktiven PrEP-Nutzern,  $N = 738$ ; (2) Personen, die PrEP nicht mehr nutzen,  $N = 105$ ; (3) PrEP Interessierte,  $N = 119$ ; (4) Personen, die sich bewusst gegen PrEP entschieden haben,  $N = 213$ ; und (5) Unentschlossene,  $N = 129$ . Entsprechend erfasst der Fragebogen die tatsächlich erlebte Stigmatisierung und Hürden in Bezug auf PrEP (Gruppe 1 und 2) sowie die Stigmatisierung gegenüber PrEP-Nutzern sowie die antizipierten Hürden (Gruppe 3 bis 5). Daneben wurden auch zentrale soziodemografische Informationen sowie das Vorwissen zu und Vorerfahrung mit sexuell übertragbaren Krankheiten erfasst.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Tendenzen zur Stigmatisierung in der Gruppe der Unentschlossenen ( $M = 2.56$ ,  $SD = .64$ ) sowie bei den bewussten PrEP-Ablehnern ( $M = 2.60$ ,  $SD = .59$ ) höher ist, als bei Nutzern ( $M = 2.01$ ,  $SD = .58$ ), ehemaligen Nutzern ( $M = 2.13$ ,  $SD = .53$ ) und Interessierten ( $M = 2.18$ ,  $SD = .66$ ). Hinsichtlich wahrgenommener Hürden existiert ein Unterschied zwischen Personen, welche Bereits Erfahrung mit PrEP gemacht haben (Gruppen 1-2:  $M = 1.70-2.02$ ,  $SD = .62-.70$ ) und allen anderen ohne Vorerfahrung (Gruppen 3-5:  $M = 2.61-2.89$ ,  $SD = .70-.80$ ). Der Konferenzbeitrag wird über diese rein deskriptiven Beschreibungen hinausgehende Ergebnisse eines Mehrebenenmodells, welches Länderunterschiede als auch andere Kontextfaktoren berücksichtigt, vorstellen. Ziel ist es systemische und individuelle Gründe zu identifizieren, die unterschiedliche Inanspruchnahme von PrEP erklären. Die Ergebnisse liefern wichtige Ansatzpunkte, die in gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen adressiert werden sollten, um die Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortung hinsichtlich individueller sexueller Gesundheit zu steigern.

---

## **Verantwortlichkeit in der Corona-Pandemie – Verantwortungszuschreibung im Podcast „Das Coronavirus-Update“**

*Ina von der Wense & Michael Wild*

*Otto-Friedrich-Universität Bamberg*

Situationen großer Unsicherheiten sowie Krisensituationen provozieren seit jeher Fragen nach Verantwortlichkeiten und Schuldzuweisungen. Auch die Kommunikationswissenschaft beschäftigt sich seit längerem mit Verantwortungszuschreibungen (z.B. Holmström 2008, Sandhu 2012). Wer in der Medienberichterstattung für Fehlentscheidungen oder gesellschaftliche Probleme verantwortlich gemacht wird, wird derzeit auch unter dem Begriff der Responsibility Frames diskutiert. Für gesundheitsbezogene Herausforderungen wird Verantwortlichkeit aktuell insbesondere im Kontext der Corona Pandemie diskutiert. Die öffentliche Diskussion rund um die Corona Pandemie im Allgemeinen und Verantwortlichkeit für unterschiedliche Aspekte wie Schutzmaßnahmen oder Impfstoffbestellung und -verteilung wurde in der gesamten medialen Breite geführt. Dabei übernahm der Podcast „Das Coronavirus-Update“ von NDR Info mit dem Virologen Christian Drosten eine zentrale Rolle im öffentlichen Diskurs. Zum einen da er bereits recht bald zu Beginn der Pandemie startete – die erste Folge des Podcasts wurde am 26. Februar 2020 publiziert – und diese über zwei Jahre lang begleitete. Zum anderen, da die dort behandelten Themen ebenso bald Gegenstand der Berichterstattung etablierter Medien wurden. Damit kann dem Podcast auch eine gewisse Themensetzung im Sinne des Intermedia Agenda-Setting zugewiesen werden. Darüber hinaus wurden in den Podcastfolgen auch zuvor im öffentlichen Diskurs behandelte Themen aufgegriffen und eingeordnet.

Daher wird im eingereichten Beitrag folgende Frage gestellt: Welche Zuschreibungen von Verantwortung können im Podcast „Das Corona-Virus-Update“ beobachtet werden?

Der Podcast „Das Coronavirus-Update“ eignet sich allerdings nicht nur aufgrund seiner Relevanz und Funktion im öffentlichen Diskurs zur Corona-Pandemie als Untersuchungsmaterial, sondern auch da der Podcast aktuell nicht mehr weitergeführt wird, womit es sich um einen abgeschlossenen Untersuchungskorpus handelt. Zudem liegen für fast alle Folgen Transkripte vor, die für die geplanten Inhaltsanalysen als Grundlage dienen (NDR Info 2022).

Als theoretische Fundierung der Analyse dient das Drei-Ebenen-Modell des Responsibility Framing-Prozesses (Reifegerste et al. 2021). In diesem wird die Zuschreibung von Verantwortlichkeit hinsichtlich der Individualebene (Mikroebene), dem sozialen Umfeld der Menschen (Mesoebene) und der gesellschaftlichen Ebene (Makroebene) modelliert. D. h. es wird in einem ersten Schritt nicht danach gefragt welchen konkreten Personen oder Institutionen Verantwortung zugeschrieben wird, sondern auf welche der drei Ebenen die Verantwortungszuschreibung bezogen wird.

Um das Forschungsziel zu erreichen, wird ein Mixed-Methods-Ansatz verfolgt. In Vorbereitung des Projektes wurden die Transkripte von 127 Podcast-Folgen im PDF-Format gespeichert. Daraus ergeben sich 1512 PDF-Seiten für die Analyse. Um dieser Datenmenge gerecht werden zu können, wird zunächst eine computergestützte Textanalyse mithilfe der Open-Source-Programmiersprache Python durchgeführt. Diese Methode wird in den Sozialwissenschaften

im Bereich der Computational Social Sciences bereits längere Zeit genutzt (siehe z.B. Heiberger/Riebling 2016) und hält aktuell auch verstärkt Einzug in die Kommunikationswissenschaft (siehe z.B. Buz et al. 2021). Hiermit kann einerseits ein recht guter erster Überblick über die Podcastfolgen gewonnen werden. Andererseits soll dieser Schritt dazu genutzt werden, diejenigen Folgen bzw. Textstellen zu identifizieren, in denen explizit Verantwortung bzw. Verantwortungszuschreibungen thematisiert werden. Die so ermittelten Folgen werden dann in einem zweiten Schritt einer teilstrukturierten, qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um hier konkreter auf Akteure und Verantwortungszuweisungen einzugehen und eine Kontextualisierung hinsichtlich des oben bereits genannten drei Ebenen-Modells des Responsibility Framing-Prozesses vorzunehmen. Zudem werden in diesem Schritt aus dem Material heraus weitere Begriffsfelder und Themen mit Verantwortungsbezug identifiziert werden.

Die quantitative Textanalyse ergab 125 Textstellen mit direktem Verantwortungsbezug, verteilt auf 57 Podcastfolgen. Die häufigsten Wortgrundformen (Lemmata) bildeten dabei „Verantwortung“, „verantwortlich“, sowie „Eigenverantwortung“. In der qualitativen Analyse zeigte sich, dass zwölf dieser 125 Treffer sich auf Erklärungen medizinischer oder biologischer Sachverhalte bezogen. Diese Fälle wurden für die Analyse nicht berücksichtigt. Die restlichen 113 Treffer wurden auf Verantwortungszuschreibungen gemäß des Drei-Ebenen-Modells des Responsibility-Framing-Prozesses untersucht. Je nach Kontext wurden hier auch Mehrfachcodierungen zugelassen, etwa wenn darauf hingewiesen wurde, dass sowohl Individuen selbst als auch die Politik Verantwortung übernehmen müssten.

Dabei ergaben sich insgesamt 56 Verantwortungszuschreibungen auf der individuellen Ebene (z.B. Individuen tragen eigenverantwortlich Masken, um sich und andere zu schützen), fünf Verantwortungszuschreibungen auf der Meso-/ Netzwerkebene (z.B. persönliche Kontakte am Arbeitsplatz oder in der Freizeit sind dafür verantwortlich, dass die Infektionszahlen nicht auf 0 gesunken waren) und 52 Verantwortungszuschreibungen auf der gesellschaftlichen Ebene (z.B. die Politik ist in der Verantwortung).

Die qualitative Analyse zeigt außerdem deutlich Hinweise auf die Kommunikationsstrategie „Shifting the blame“ (Bartling/Fischbacher 2012). Diese Verlagerung von Verantwortung auf andere wurde in den Podcasts sowohl von institutioneller Seite auf Individuen („Das muss jeder eigenverantwortlich entscheiden“) als auch von Seiten der Individuen an die Wissenschaft oder die Politik (bspw. Wissenschaft soll Impfstoff entwickeln) angesprochen. Aber auch Verantwortungszuweisungen zwischen Institutionen konnten im Material beobachtet werden, beispielsweise von der Politik zur Wissenschaft („Wir haben ja das Know-How nicht“) oder umgekehrt von der Wissenschaft zur Politik („Wir haben keine Entscheidungsbefugnisse“).

Als weitere Begriffsfelder im Zusammenhang mit Verantwortungszuschreibungen konnten bei der Analyse der Podcast-Transkripte „zuständig“ / „Zuständigkeiten“ oder „Schutz“ (hier vor allem Fremd- bzw. Eigenschutz) ausgemacht werden. Mithilfe von Python wurden auch hier wiederum die relevanten Textstellen identifiziert. Hier ist nun ein iteratives Vorgehen geplant: Zunächst erfolgt die Identifikation der zu analysierenden Textstellen mithilfe von Python (24 Treffer, die den Wortteil „zuständig“ bzw. 880 Wörter, die „Schutz“ / „-schutz“ beinhalten). Anschließend wird eine qualitative Analyse der Kontexte vorgenommen und im Material nach weiteren relevanten Begrifflichkeiten gesucht. Dieses Verfahren wird bis zur theoretischen Sättigung durchgeführt und die Ergebnisse jeweils an die bisherigen Erkenntnisse zur Verantwor-

tungszuschreibung hinsichtlich der Ebenen des Responsibility Framing-Prozesses, der Verantwortungszuschreibung zwischen diesen Ebenen und der Kommunikationsstrategie „Shifting the blame“ rückgebunden.

Mit der Corona Pandemie steht eine weltweite Krise im Fokus des analysierten Materials. Im Podcast „Das Coronavirus-Update“ sind die Zuschreibungen von Verantwortlichkeit recht ausgeglichen und fast ausschließlich zwischen individueller und gesellschaftlicher Ebene zu beobachten. Im Verlauf des Podcasts – und damit auch der Pandemie – kann eine leichte Zunahme der Betonung von Eigenverantwortlichkeit und damit der individuellen Ebene festgestellt werden. Überraschend zeigt sich hingegen für die Ebene des sozialen Umfelds der Menschen, dass hier im Rahmen des Podcasts kaum Verantwortung zugewiesen wird, obwohl gerade hinsichtlich der Verbreitung des Virus in der Pandemie die Kontakte innerhalb einer sozialen Gruppe eine zentrale Rolle spielen.

## **Die Gesundheitsmanager\*innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen**

*Elena Link & Eva Baumann*

*Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover*

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, in ihrer Symptomwahrnehmung und Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote (Kolip, 2019, Ladwig et al., 2000). Zudem zeigen sich auch Unterschiede im Informations- und Kommunikationshandeln bezüglich gesundheitsrelevanter Themen. Dies umfasst sowohl das Interesse an Gesundheitsthemen, die Frequenz der eigenen oder stellvertretenden Suche nach Gesundheitsinformationen sowie die Kommunikation über Gesundheitsthemen und die damit verbundene Verantwortungsübernahme für die Bedarfe des sozialen Umfelds (Baumann et al., 2017; Bidmon & Terlutter, 2015; Feng & Xie, 2015). Bezogen auf diese unterschiedlichen (kommunikativen) Rollen gelten Frauen häufig als Gesundheitsmanagerinnen für ihre eigene Gesundheit sowie für Gesundheitsfragen ihres sozialen Umfeldes, während Männern zugeschrieben wird, in diesen Fragen stärker auf Unterstützung ihres sozialen Umfeld angewiesen zu sein, sich selbst seltener aktiv an Kommunikation über Gesundheit zu beteiligen und stattdessen einige Aufgaben im Kontext der eigenen Gesundheit an ihr soziales Umfeld delegieren (Cutrona et al., 2015; Link et al., 2020; Wellstedt, 2011).

Diese Befunde zu unterschiedlichen kommunikativen Rollen in sozialen Netzwerken sind für ein besseres Verständnis der gesundheitsbezogenen Informationsdiffusion auch theoretisch bedeutsam. So kann die Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager\*in als eine Form der Meinungsführerschaft für Gesundheitsfragen verstanden werden. Meinungsführer\*innen gelten als wichtige Einflussquelle bei der Informationsvermittlung und -verarbeitung (Katz & Lazarsfeld, 1955; Rogers, 2003; Zhu et al., 2020). Sie sind gut informierte Mitglieder eines sozialen Netzwerks, bei denen andere, teilweise weniger informierte Personen Rat und Informationen suchen. Dadurch übernehmen Meinungsführer\*innen auch in Gesundheitsfragen Verantwortung für ihr Umfeld und nehmen Einfluss auf gesundheitsrelevante Meinungen, Einstellungen, Motivationen und Verhaltensweisen (Valente & Pumpuang, 2007; Zhu et al., 2020).

Inwiefern die Übernahme der Meinungsführerschaft tatsächlich vom Geschlecht abhängig ist, wird bisher nur selten untersucht. Eine mögliche Erklärung für die gesundheitsbezogene Verantwortungsübernahme im Sinne der Meinungsführerschaft liefert weniger das biologische Geschlecht als die soziale Rollentheorie (Eagly, 1987). Hiernach gilt es für die Rollenübernahme zu hinterfragen, inwiefern sich eine Person im Sinne von Geschlechterstereotypen selbst traditionell eher als männlich oder weiblich wahrnimmt (Kachel et al., 2016). Zudem kann das Geschlechterrollen-Selbstkonzept auch inhaltlich differenziert werden. Das Selbstkonzept wird verstanden als die Verknüpfung der eigenen Identität mit Attributen, die als typisch für ein Geschlecht gelten. Es ist somit eine Selbstbeschreibung mit Eigenschaften, die als männlich oder weiblich gelten. Berger und Krahé (2013) unterscheiden dabei jeweils sozial erwünschte/positive und sozial unerwünschte/negative Facetten der Maskulinität und Femininität. Demnach wird die männliche Geschlechterrolle im positiven Sinn eher als aufgaben- und lösungsorientiert und im negativen Sinn als machtorientiert verstanden (Berger & Krahé, 2013). Die weibliche Geschlechterrolle hingegen wird im positiven Sinn eher als engagiert im sozialen Austausch und orientiert an sozialen Werten beschrieben, während sie im negativen Sinn als ängstlich und übervorsichtig gilt (Berger & Krahé, 2013). In der vorliegenden wird vor diesem Hintergrund gefragt, inwiefern sich neben dem biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch die beschriebenen vier Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzepts auf die Übernahme der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft auswirken.

## **Methode**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Dezember 2021 eine Online-Befragung (N = 3.000; M = 46,13 Jahre, SD = 15,36; 50,1 % weiblich) einer für die deutsche Bevölkerung nach Alter (18 – 74 Jahre), Geschlecht, Bildung und Region stratifizierten Stichprobe mittels eines Online-Access Panel durchgeführt. Die Meinungsführerschaft wurde mittels einer für Gesundheitsthemen spezifizierten Form der Self-Designating Scale of Opinion Leadership (Childers, 1986) erfasst ( $\alpha = .886$ , M = 2,94, SD = ,82). Genderstereotype wurden anhand von fünf Items einer eindimensionalen Skala von Kachel et al. (2016) erhoben ( $\alpha = .949$ , M = 2,96, SD = 1,34), die abfragt, inwiefern sich eine Person als traditionell (eher) männlich oder weiblich wahrnimmt. Die positiven und negativen Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzepts wurden mittels vier Subskalen bestehend aus jeweils sechs Adjektiven (z. B.: analytisch, rational, angeberisch, einfühlsam, gefühlvoll oder übervorsichtig) erfasst (Berger & Krahé, 2013; positive Maskulinität:  $\alpha = .808$ , M = 3,66, SD = ,70, negative Maskulinität:  $\alpha = .845$ , M = 1,66, SD = ,68, positive Femininität:  $\alpha = .869$ , M = 3,79, SD = ,77, negative Femininität:  $\alpha = .823$ , M = 2,38, SD = ,86).

Zur Bestimmung des zusätzlichen Beitrags der Geschlechterstereotype und der Facetten des geschlechterspezifischen Selbstkonzepts zur Meinungsführerschaft zu Gesundheitsfragen wurde eine blockweise lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Der erste Block umfasste Alter und Bildung als Kontrollvariablen. Der zweite Block bezog das biologische Geschlecht der Teilnehmer\*innen ein. Im dritten Block wurden zusätzlich die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechterspezifischen Selbstkonzepts aufgenommen.

## **Ergebnisse**

Für die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft zeigt die blockweise lineare Regressionsanalyse, dass die einbezogenen Prädiktoren einen Anteil von  $R^2 = 15,6$

Prozent der Varianz der Meinungsführerschaft erklären. Auf die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechterspezifischen Selbstkonzepts entfallen  $\Delta R^2 = 9,6$  Prozent. Damit ist ihr gemeinsamer Erklärungsbeitrag größer als der Beitrag des biologischen Geschlechts ( $\Delta R^2 = 2,5$  %). Während Geschlechterstereotype und die Ängstlichkeit als negative Facette der Femininität nicht signifikant mit der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft verbunden sind, ist die gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft sowohl mit der positiven Facette der Femininität als auch der positiven und negativen Facette der Maskulinität positiv assoziiert. Der stärkste Prädiktor ist die positive Facette der Femininität in Form einer starken sozialen Orientierung. Personen erfüllen somit stärker die Funktionen der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft für ihr soziales Umfeld, wenn ihr Selbstkonzept sowohl stärker an sozialen Werten orientiert ist als auch wenn sich Personen stärker mit Eigenschaften identifizieren, die als problem- und lösungsorientiert sowie machtorientiert gelten.

## Diskussion

Der vorliegende Beitrag unterstreicht die Bedeutung der sozialen Rollentheorie als Erklärungsansatz für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen – hier im Hinblick auf die Übernahme der Meinungsführerschaft. Diese ist nicht nur bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, sondern die Übernahme dieser Kommunikationsrolle ist auch mit einer stärkeren Identifikation mit sozialen Werten assoziiert. Dennoch spielen auch eher männlich attribuierte Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine Rolle. Die Erkenntnisse sind sowohl für die strategische Gesundheitskommunikation als auch für ein besseres Verständnis des gesundheitsbezogenen Informations- und Kommunikationshandelns bedeutsam. So veranschaulichen die Befunde die Bedeutung von Personen mit entsprechenden Eigenschaften – unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht – als Adressaten sozialer Diffusionsstrategien. Es sollte folglich nicht nur das biologische Geschlecht, sondern auch das Selbstkonzept Berücksichtigung finden. Unabhängig davon sollte der Einfluss des Selbstkonzepts auch für weitere kommunikative Rollen (z. B. reine Informationsvermittler\*innen) untersucht werden. Zudem gilt es, die Bedeutung des Selbstkonzepts für das eigene Informationshandeln genauer zu erforschen.

## Panel 2 „Corona und Konzepte“

### Dynamics of Normative Misperceptions

*Thomas N. Friemel, Lukas Tribelhorn & Sarah Geber*

*University of Zürich*

Perceptions of social norms have been found to influence various health-related attitudes and behaviors (Rhodes et al., 2020). Notably, normative perceptions are often incorrect in the sense that the perceived prevalence (descriptive norm) deviates from the actual prevalence (collective norm) and the social norms approach (Berkowitz, 2004) suggests correcting this misperception by communication strategies in order to change individual behavior in a favorable way. Beside this misperception on the population level, additional differences may be found when comparing different subgroups of the population resulting in gaps between their perceived norms. For example, smokers may overestimate the share of smokers more than non-

smokers (Wang & Jiang, 2017). Explanations for the emergence of these misperceptions include, methodological reasons such as impression management by survey participants (Prentice & Miller, 1993), psychological processes such as social projection (Nickerson, 1999), and various media effects such as selective exposure and third-person effects (for an overview see Eveland & Glynn, 2008). Despite the widely acknowledged relevance of social norms and their (mis-)perception for health issues, little is known about their dynamic over time. Theoretically, dynamics of perceptions and behavior are mostly modeled as reinforcing spiral effects such as in the spiral of silence theory (Noelle-Neumann, 1980). These dynamics would lead to extreme outcomes of attitudes and behavior or therewith related misperception; this however is rarely observed and offers no explanations for stable or decreasing misperceptions over time. Methodologically, the limited knowledge about dynamics of misperception may be due to the fact that most studies rely on cross-sectional data or are limited to a small number of data points to test causal effects. Therefore, the aim of this study is to provide a typology of misperception dynamics that goes beyond spiral models in order to support the theoretical and empirical investigation of their antecedences and potential intervention strategies.

### **Typology of Normative Misperception Dynamics**

In our typology, we differentiate between population misperceptions and subpopulation perception gaps. Population misperceptions are defined as the difference between the perceived and collective norms in a population. Subpopulation perception gaps are defined as differences in perceived norms between subgroups.

In principle, we can distinguish dynamics of decreasing (D), increasing (I), and stable (S) misperceptions/gaps. The typology is both applicable to dynamics of population misperceptions and subpopulation perception gaps. Hence, the blue and red lines refer either to collective and perceived norm in a population misperception or the perceived norms of two subpopulations, indicating the subpopulation perception gap (highlighted as grey area between the lines). In the first two types of decrease (D1, D2) and increase (I1, I2) the dynamic is dependent on the change of a single norm, while the other norm remains stable. Except for S3, all other dynamics are due to the changes in both norms.

For illustrative reasons, the slopes and intercepts of the lines are kept constant but the same logic is applicable to any other slope and intercept. This includes decreasing gaps when both lines have positive or negative slope (these can be regarded as variants of D3 and I3). Furthermore, the figures and explanations are limited to linear changes. However, the same logics apply for comparable curvy-linear pattern (e.g., asymptotic increase/decrease). Finally, these prototypical patterns may overlap or succeed each other resulting in more complex dynamics. In such instances, we suggest decomposing the dynamics in different phases in order to facilitate the identification of relevant causes and appropriate interventions. Hereby, special attention should also be given to patterns of temporal coevolution as illustrated in the bottom line of Figure 1. In principle these types are a combination of two stable differences (S3) with different y-intercepts. If the stepwise change occurs at the same timepoint the difference remains stable (SC). Depending on the time lag a temporary decrease (DC) or increase (IC) may result.

The substantial interpretation of the identified pattern is of course dependent on the respective content. For example, if the collective norm is stable (D1, D2, I1, I2), a changing misperception is likely to be the cumulative effects of the availability and selection of cues from the media or the social environment and their processing that make the perception less or more accurate

over time. If the perceived norm is stable too (S3), this suggests that no informational cues are available, or their elaboration has no impact on norm perceptions. Theoretical approaches such as selective exposure would be of special interest in these cases. Regarding subpopulation gaps, additional theoretical interpretations such as projection effects (Eveland & Glynn, 2008) should be taken into account. To illustrate the application of this typology, we discuss the dynamics of normative misperception and subpopulation gaps regarding Covid-19 prevention behaviors.

## Methods

Based on a weekly population-representative trend survey over the course of 81 weeks with a total of 20,881 participants and 36,664 survey responses, we monitored the collective and perceived norms of vaccination, mask wearing, and covid-tracing app usage. The collective norms were aggregated based on questions regarding the respondents' own behavior. To measure the perceived descriptive norms, respondents were asked for their guess on what proportion of the population will get vaccinated or uses the app and how consistently the population wears a mask.

## Results

For vaccination, the population misperception increases in a first phase due to an increase of the collective norm while the perceived norm remains rather stable (with a slight increase in between; Figure 2). Hence, this dynamic can be categorized as I1 with perceived norm as the blue line and collective norm as the red line. The second and third phases show a stable misperception with a slight parallel increase in phase 2 (type S1) and stable values in phase 3 (S3). The subpopulation gap between persons that are in favor or against vaccination decreases in the first phase (D3), a marginal and slightly increasing gap in phase 2 (S1), and an increasing gap in the end (I3).

A very different dynamic can be observed for norms regarding consistent mask wearing where the population misperception includes two stepwise changes that have no time lag (SC). In between the gap is stable with an overall decrease of the values (S2). Disregarding the short-term fluctuations of the persons with inconsistent mask wearing the subpopulation perception gap is rather stable over a long period with decreasing absolute values (S2). However, during the step like changes in phase 1 and 3, the subpopulation perception gap first decreases (D3) and then increases again (I3).

Finally, for Covid-tracing app use first shows a slight increase of population misperception (S1), followed by a decrease (D2), and a parallel downward trend (S2). The subpopulation gap is stable in the beginning (S3) before it increases (I1) and ends with a parallel decrease (S2).

## Discussion

The proposed framework allows to decompose and categorize complex dynamics of population misperceptions and subpopulation perception gaps. The three examples of vaccination, mask wearing, and tracing app use show that these dynamics may follow distinct patterns and need to be separated to develop appropriate intervention strategies. This includes in first place the definition of the target group (population vs. subpopulation) and message design that follow the recommendations regarding pluralistic ignorance, false consensus or other subtypes of

normative misperception (Berkowitz, 2004). In our presentation, we will discuss the potential antecedences and consequences of these dynamics in more detail and against the background of policy changes.

---

## **Ich, du, wir? Empowerment als relevantes Konstrukt im Gesundheitskontext**

*Isabell König<sup>1</sup> & Sara Atanasova<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Universität Klagenfurt, <sup>2</sup>Universität Klagenfurt*

Laut Schiavo (2013: 5) sind die Ziele der Gesundheitskommunikation vielfältig und konzentrieren sich auf die Bereitstellung von Information, sowie die Beeinflussung, Einbindung und das Empowerment von Individuen. Die WHO (1986) sieht Empowerment als Teil der Gesundheitsförderung an und definiert es als „the process of enabling people to increase control over, and to improve their health“ (WHO, 1986). Empowerment ist ein interdisziplinärer Begriff und wird breit definiert. Zumeist beschreibt Empowerment einen Prozess von Einzelpersonen, Gruppen oder Gemeinschaften, durch den sie Selbstbestimmung, Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeiten, Kontrolle über Probleme und ein kritisches Bewusstsein für ihr gesellschaftspolitisches Umfeld entwickeln; gleichzeitig werden partizipativ Verhaltensweisen entwickelt, die erforderlich sind, um Veränderungen im sozialen Umfeld oder einzelnen Bereichen des täglichen Lebens zu erzielen. Wie diese Definition bereits andeutet, sind eine Reihe von Akteuren im Bereich der Gesundheitskommunikation am Empowermentprozess beteiligt.

Obwohl Empowerment ursprünglich in den sozialen Aktivismusbewegungen der 1960er Jahre verwurzelt ist, finden sich die theoretischen Grundlagen von Empowerment vermehrt in den 1980er Jahren, als Julian Rapaport (1981) die Grundlage für das Empowerment-Konzept lieferte und eine erste Definitionen ableitete. Rapaport (1981) definiert Empowerment als Prozess von Beteiligungen, der besonders Menschen in marginalisierten Positionen dazu verhelfen soll, ihre Interessen zu artikulieren und Teilhabe an wichtigen (politischen) Entscheidungen zu erlangen. Empowerment zielt somit darauf ab, deren benachteiligte Position zu verbessern und betont die Bedeutung proaktiven Verhaltens von Einzelpersonen, Gruppen und Gemeinschaften (Laverack, 2013).

Empowerment ist somit eine direkte Antwort auf Forderungen, PatientInnen mehr Mitspracherecht bei Gesundheitsentscheidungen einzuräumen (Grace, 1991). Der Begriff ist über die Jahre/Jahrzehnte hinweg zu einem zentralen Begriff der nationalen Gesundheitsagenda geworden, und hat die Entwicklung von Gesundheitsreformen in westlichen Ländern stark vorangetrieben. In diesem Zusammenhang wird Patientenbeteiligung und Engagement fokussiert – zwei Begriffe, die sich in der Gestaltung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten widerspiegeln.

Wie bereits erwähnt, wird die Frage, wer für Gesundheitsentscheidungen verantwortlich ist, seit Langem umfangreich diskutiert. Bedingt durch die zunehmende Konvergenz von Informations- und digitalen Technologien im Gesundheitswesen in den letzten zwei Jahrzehnten, wurde das Konzept des Empowerments zunehmend in Bezug auf die Nutzung verschiedener digitaler Gesundheits- und medizinischer Lösungen, Tools und Anwendungen untersucht. Die breite Verfügbarkeit digitaler Gesundheitsangebote und -dienste hat sich als vorteilhaft für das

Gesundheitsmanagement, das Gesundheitsmonitoring und die Interaktion zwischen Patienten und MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen erwiesen. Die Verantwortung für Gesundheitsentscheidungen wird dadurch immer mehr zur individuellen Verantwortung.

Durch neue Technologien sollen Individuen in die Lage versetzt werden, ihren Laienstatus zu überwinden und Zugang zu relevanten bzw. befähigenden Informationen zu erhalten (Koinig, 2016). Dies ist relevant, da Empowerment in erster Linie den Zugang zu Informationen voraussetzt (Narayan, 2002; Bush, 2004; Harrison et al., 2006; Wright et al., 2006). Informationen müssen dabei verständlich, vollständig und für jeden verfügbar sein (Pitt et al., 2002). Neben dem Internet gelten digitale Tools, verschiedene Apps, tragbare (medizinische) Geräte, eHealth/mHealth- Technologien sowie soziale Medien als entscheidender Bestandteil, um das Empowerment von Individuen und Gruppen zu ermöglichen.

Das Empowerment-Konzept wird oft aus der individualistischen Perspektive betrachtet und im Gesundheitsbereich als Prozess oder Ergebnis angesehen (Anderson & Funnell, 2010); diese Konzeptionalisierungen zollen aber der Multidimensionalität und Vielschichtigkeit des Konzept keinen Tribut. Nichtsdestotrotz betonen die meisten Definitionen von Empowerment die Fähigkeit des Einzelnen, ein Gefühl der Kontrolle über die persönliche Gesundheit zu entwickeln; diese wird mit Aspekten der Selbstwirksamkeit für Gesundheitsentscheidungen und der Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen verbunden (Zimmerman, 1995). Individuelles Empowerment muss auch als Voraussetzung für Gruppen- oder kollektives Empowerment angesehen werden, da Einzelpersonen Mitglieder verschiedenster Gruppen sind.

Interessanterweise ist die Idee der Entwicklung psychologischer Fähigkeiten, die dem individuellen Empowerment dienen und zu (potentiellen) Veränderungen im sozialen Umfeld (z.B. in Bezug auf die Zugänglichkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten bzw. die Organisation des Gesundheitssystems; Israel et al., 1994) führen, eher selten als Teil des individuellen Empowerment (engl. patient empowerment) diskutiert. Diese Aspekte werden erst im Rahmen des kollektiven/gemeinschaftlichen Empowerments berücksichtigt, das auf der Überzeugung des Einzelnen beruht, dass persönliche gesundheitsbezogene Probleme (effektiv) in Zusammenarbeit mit anderen und durch gemeinsame Einflussnahme auf breitere soziale Strukturen gelöst werden können (Zimmerman, 1995). Dies deutet darauf hin, dass die Verantwortlichkeiten für Gesundheitsförderung auf zwei unterschiedlichen Ebenen angesiedelt ist, die bisher nur selten miteinander verknüpft wurden. Wir erkennen daher einen klaren Forschungsbedarf, dessen Ziel es ist, bestehende Literatur systematisch zu analysieren, zu synthetisieren und zu erforschen, wie Gesundheitskommunikationswissenschaftler das komplexe und dynamische Konzept des Empowerments im Laufe der Zeit definieren und konzeptualisieren.

In diesem Beitrag möchten wir die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche von Studien, die in den letzten 20 Jahren veröffentlicht wurden, vorstellen, die sich mit dem Konzept von Empowerment im Bereich der Gesundheitskommunikation befassen und es konzeptualisieren. In unserem Review möchten wir herausarbeiten,

(a) wie sich Definitionen von Empowerment im Laufe der Zeit verändert haben,

(b) wer in Empowerment-Konzeptualisierungen als zentral angesehen wird (als Akteur und Empfänger, wodurch das Konzept von Empowerment mit der Frage nach individueller/kollektiver Verantwortung verknüpft wird), und

(c) ob Definitionen von Empowerment mit verwandten Konzepten verknüpft sind, wie z.B. Wohlbefinden, Kompetenz, Health Literacy, und neuen Technologien, die den Spielraum des individuellen Empowerments und die Teilnahme an Gesundheitsentscheidungen erweitern.

Eine weitere Forschungsfrage zielt darauf ab, die am häufigsten aufgeführten(d) Voraussetzungen und (e) Resultate von Empowerment zu identifizieren, um die Komplexität des Konzepts zu erfassen. Die Ergebnisse des systematischen Reviews werden auf der Tagung präsentiert.

## **Achtung giftig! – Theoriebasierte Verhaltensdeterminanten und Botschaftsinhalte in der Prävention von Vergiftungsunfällen bei Kindern**

*Mara Berlekamp<sup>1</sup>, Lyn Ermel<sup>1</sup>, Paula Stehr<sup>1</sup>, Constanze Rossmann<sup>1</sup>, Doreen Reifegerste<sup>2</sup>, Ann-Kathrin Lindemann<sup>3</sup> & Annett Schulze<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München, <sup>2</sup>Universität Bielefeld*

Vergiftungsunfälle bei Kindern stellen ein erhebliches Gesundheitsproblem dar (Schwebel et al., 2017) – zum einen da Kinder sehr anfällig für Unfälle sind und diese zum anderen insbesondere bei jungen Kindern schwerwiegende Folgen haben können (Peden et al., 2008; Varnaccia et al., 2014). Durch Präventionsmaßnahmen könnten jedoch bis zu 50 % der Kinderunfälle vermieden werden (Spitzer & Höllwarth, 2015). Dabei spielen Betreuungspersonen (z.B. Eltern, Großeltern) in der Unfallprävention bei jungen Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter eine wichtige Rolle, weshalb es wichtig ist, sie gut über Kinderunfälle und Möglichkeiten der Prävention zu informieren (Pathak et al., 2022). Dementsprechend sind Kommunikationsmaßnahmen ein wesentliches Element zur Förderung des Präventionsverhaltens bei Betreuungspersonen (Friemel & Frey, 2019).

In der Planung effektiver und effizienter Kommunikationskampagnen ist eine theorie- und evidenzbasierte Fundierung besonders entscheidend. Dies wird auch in der bisherigen Forschung zu Kinderunfällen explizit hervorgehoben (Ellsäßer et al., 2014; Stehr et al., 2022). Dabei geht es unter anderem darum, potenziell wirksame Botschaftsinhalte auf der Basis sozialpsychologischer Verhaltenstheorien abzuleiten (Rossmann, 2010). Bislang fehlen hierzu jedoch, gerade für Deutschland und die spezifische Zielgruppe der Betreuungspersonen von Kleinkindern, noch theoretisch fundierte Daten. Darüber hinaus werden selbst theoriegeleitet entwickelte Kampagnenbotschaften zu selten im Hinblick auf ihre Wirksamkeit evaluiert (Schneider Stingelin, 2018).

Zur Erklärung der Präventionsverhaltensintention von Vergiftungsunfällen bei Kindern wurde daher zunächst ein theoriegeleitetes Modell aufgestellt und anschließend getestet. Hier wurden Determinanten aus verschiedenen Modellen aufgenommen, die im Kontext der Prävention von Kinderunfällen häufig herangezogen werden (Stehr et al., 2022): dem Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974; Shahkolai et al., 2019), der Protection Motivation Theory (PMT)

(Rogers, 1983; Wortel et al., 1995) und der Theory of Planned Behavior (TPB) bzw. des Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein, 2009; Mello & Hovick, 2016). Dieses Modell wurde zunächst auf der Basis quantitativer Befragungsdaten geprüft (Studie 1), um die entscheidenden Verhaltensdeterminanten und die dahinterliegenden Vorstellungen zu identifizieren. Im Anschluss daran sind wir noch einen Schritt weiter gegangen und haben die aus Theorie und Evidenz abgeleiteten Botschaftsinhalte in einer experimentellen Untersuchung evaluiert (Studie 2).

## **Studie 1**

Konkret adressieren wir in der ersten Studie die folgenden Forschungsfragen: (FF1) Wie kann die Intention zur Prävention von Vergiftungsunfällen erklärt werden? (FF2) Welche a) verhaltensbezogenen Vorstellungen, b) Kontrollvorstellungen und c) normativen Bezugsgruppen prägen die Determinanten des Verhaltens zur Prävention von Vergiftungsunfällen? Methode Um das aufgestellte Modell zu testen, wurden N = 1,013 Eltern von Kindern bis sechs Jahren mittels einer standardisierten Online-Befragung mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten befragt, die auf bereits validierten Skalen sowie den Erkenntnissen einer qualitativen Vorstudie basierten. Die Stichprobe war hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Bildung gemäß der Verteilung in der Grundgesamtheit quotiert (Tabelle 1). Die Daten wurden mit SPSS Version 27 und SmartPLS 3 (Ringle et al., 2015) analysiert.

## **Ergebnisse**

Insgesamt erklärt das mittels Strukturgleichungsanalyse nach dem PLS-Ansatz geprüfte Modell 21 % der Varianz in der Präventionsverhaltensintention (FF1). Sowohl die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (Perceived Behavioral Control, PBC) ( $\beta = .14$ ,  $p < .001$ ), die Einstellung zum Präventionsverhalten ( $\beta = .33$ ,  $p < .001$ ) als auch die wahrgenommene Vermeidbarkeit von Vergiftungsunfällen (preventability) ( $\beta = .09$ ,  $p = .006$ ) hängen signifikant mit der Präventionsverhaltensintention zusammen (Abbildung 1). Die subjektive Norm ( $\beta = .04$ ,  $p = .322$ ) hatte hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die Präventionsverhaltensintention. Bezüglich der Risikowahrnehmung ist vordergründig die Schwere der wahrgenommenen Folgen (severity), insbesondere vermittelt über die Einstellung, relevant.

Zur Ableitung möglicher Botschaftsinhalte für die experimentelle Testung in Studie 2 betrachten wir nun lediglich die dahinterliegenden Vorstellungen der beiden stärksten Prädiktoren der Verhaltensintention, nämlich der Einstellung und der PBC, weitergehend (FF3). Auf Basis von Regressionsanalysen wurden jene Vorstellungen identifiziert, die signifikant mit der Präventionsverhaltensintention zusammenhängen und daher in Studie 2 in den zu testenden Kommunikationsmaterialien adressiert werden sollten (Tabellen 2 und 3).

## **Studie 2**

Dazu haben wir in Studie 2 folgende Forschungsfrage untersucht: (FF3) Inwiefern wirkt sich die Adressierung von theorie- und evidenzbasiert identifizierten a) verhaltensbezogenen Vorstellungen und b) Kontrollvorstellungen auf die i) Einstellung, ii) die PBC und iii) die Präventionsverhaltensintention aus?

## **Methode**

Zur Untersuchung dieser Frage wurde ein Online-Experiment im 2 x 2 between-subjects Design mit N = 550 Eltern von Kindern im Alter bis sechs Jahren durchgeführt, die Stichprobe war hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Bildung gemäß der Verteilung in der Grundgesamtheit quotiert (Tabelle 1). Alle Gruppen erhielten eine allgemeine Einleitung zu Vergiftungsunfällen bei Kindern, in der die Prävalenz von Vergiftungsunfällen, häufige Unfallursachen und der Schweregrad der Unfälle thematisiert wurden. Die erste Gruppe erhielt zusätzlich einen Text zu den positiven Folgen des Präventionsverhaltens, um die verhaltensbezogenen Vorstellungen zu adressieren. Die zweite Gruppe erhielt stattdessen einen Text zu erleichternden Faktoren und Lösungsvorschlägen für hemmende Faktoren, um die Kontrollvorstellungen zu adressieren. In beiden Texten wurden jeweils diejenigen Vorstellungen einbezogen, die sich in Studie 1 als signifikante verhaltensbezogene Vorstellungen bzw. Kontrollvorstellungen für die Präventionsverhaltensintention zeigten. Die dritte Gruppe erhielt sowohl den Text, der die verhaltensbezogenen Vorstellungen adressierte, als auch den Text, der die Kontrollvorstellungen adressierte. Die Kontrollgruppe erhielt nach der Einleitung keinen weiteren Text.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen keinen Einfluss der Stimulusversionen auf die abhängigen Variablen (MANCOVA siehe Tabelle 4, Tabelle 5). Da der Stimulus keinen Effekt auf Einstellung und PBC hatte, konnte folglich auch keine Mediation des Zusammenhangs mit der Präventionsverhaltensintention gezeigt werden (Abbildungen 2 und 3). Jedoch zeigt sich im Mediationsmodell erneut, dass sowohl die Einstellung ( $B = 0.575$ ,  $p < .001$ ) als auch die PBC ( $B = 0.515$ ,  $p < .001$ ) signifikant positiv mit der Präventionsverhaltensintention zusammenhängen (FF1).

## **Diskussion und Ausblick**

Ergebnisse beider Studien zeigen, dass die elterliche Intention zur Prävention von Vergiftungsunfällen maßgeblich von ihrer Einstellung und ihrer PBC geprägt wird. Die Adressierung der dahinterliegenden Vorstellungen hatte in der experimentellen Studie jedoch keinen Einfluss auf die beiden Konstrukte und die Präventionsverhaltensintention. Die hohen Mittelwerte der Präventionsverhaltensintention in allen Gruppen lassen hierbei Deckeneffekte vermuten. Auch bedarf es für eine Beeinflussung der Verhaltensintentionen vermutlich einer höheren Expositionsfrequenz und -dauer, die in weiterer Forschung bedacht werden sollte. Außerdem sollten gezielt Rezipierende in den Blick genommen werden, die noch eine geringere Verhaltensbereitschaft aufweisen. Zudem sollte die Rolle der Risikowahrnehmung sowie weiterer möglicher Verhaltensdeterminanten, die durch bisherige Modelle nicht abgebildet werden, ausführlicher beleuchtet werden.

---

## Entstigmatisierung von Angststörungen durch Subjektivierung in Videospielen

*Celine Dorrani & Freya Sukulla*

*Universität Leipzig*

Menschen mit Angststörungen werden noch immer stigmatisiert (Curcio & Corboy, 2020). Dies äußert sich vor allem in der weak-not-sick Wahrnehmung, bei der die psychische Krankheit nicht ernst genommen wird (Davidson, 2005). Eine Strategie, um dieser Stigmatisierung entgegenzuwirken, ist die Perspektivübernahme (Mann & Himelein, 2008). Die Forschung zeigt, dass die Übernahme der Perspektive – also das Verstehen der Gefühle und Verhaltensweisen einer Person – nicht nur das Stigma für diese Person reduzieren kann, sondern auf andere Gruppenmitglieder übertragen wird und die Stigmata der Gruppe als Ganzes zu reduzieren kann (Batson et al., 1997).

In der Gamingforschung wird in diesem Kontext die Subjektivierung eines Avatars mit psychischer Erkrankung diskutiert (Runzheimer, 2020). Einen hohen Grad der Subjektivierung erreichen Spiele mit einem subjektiven Point of View, bei dem kein Avatar visualisiert wird, und einem intradiegetischen zentrierten direkten Point of Action, bei dem die Interaktion ausschließlich innerhalb der Spielwelt über einen direkt steuerbaren Avatar gegeben ist. Die Spieler:innen werden so zum aktiv agierenden Subjekt, das die Spielwelt und das Narrativ erkundet und durch die eigene Interaktion produziert (Mosel, 2011). Bei der Subjektivierung verschmelzen die Spieler:innen mit dem Avatar und können so – ähnlich wie bei virtuellen Simulationen (Formosa et al, 2017) – die psychische Erkrankung selbst erfahren (Ferchaud et al., 2020). Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, inwiefern die Mechanismen der Subjektivierung eines Videospiele zur Angststörung das Spielerleben, insbesondere die Perspektivübernahme, und die individuellen Bedeutungskonstruktionen der Spieler:innen beeinflussen und so potenziell zur Entstigmatisierung beitragen können.

### **Methode**

Zu diesem Zweck führen wir fokussierte Leitfadeninterviews durch. Die Datenerhebung soll im Sommer abgeschlossen werden, sodass wir hier zunächst die vorläufigen Ergebnisse der Analyse von 10 Interviews (6 weiblich, Alter: 21-56 Jahre) präsentieren. Sechs Personen hatten einen indirekten Bezug zu Angststörung durch Familie, Freund:innen oder Bekannte. Bereits beim Recruitment wurde das Thema der Studie genannt, um nur Personen ohne eigene Erfahrungen mit Angststörung, die das Spiel nicht bereits kennen, zu rekrutieren.

Die Teilnehmer:innen wurden zu Beginn der Interviews gebeten, das Puzzle-Adventure Spiel *Fractured Minds* (2019) zu spielen. Das Spiel wurde von Emily Mitchel, die selbst mit einer generalisierten Angststörung lebt, entwickelt und stellt ihre Erfahrungen mit der Krankheit dar 2 (Mitchel, 2019). Die Analyse des Spiels ergab Angebote zur Perspektivübernahme auf drei Ebenen, wobei die Subjektivierung des Avatars diesen Angeboten zugrunde liegt. Das Spiel stellt die Angststörung auf narrativer Ebene durch die Spielhandlung und metaphorische Darstellungen dar, auf visuell-auditiver Ebene durch die Farbgestaltung, Musik und weitere Geräusche sowie auf Ebene der Spielmechanik durch die einzelnen Aufgaben (Tab. 1). Im Anschluss an das Spielen wurden die Teilnehmer:innen zu ihrem Spielerleben befragt.

Die Interviews hatten eine Länge von ca. 25 Minuten. Die zusätzliche Spielzeit betrug zwischen 25 und 60 Minuten. Um falschen Ansichten entgegenzuwirken und mögliches stigmatisierendes Potential des Spiels zu minimieren, wurde am Ende eines jeden Interviews ein umfassendes Debriefing durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an Mayring (2015) mithilfe der Software MAXQDA.

### **Vorläufige Ergebnisse**

Die Ebene der Spielmechanik kann als relevantester Bezugspunkt im Spielerleben identifiziert werden. Auf dieser werden durch die Aufgaben des Spiels und das negative Feedback vor allem negative Gefühle ausgelöst (bspw. Beklemmung, Angst, Selbstzweifel). Die Reaktionen sind zum einen deckungsgleich mit der Analyse der Rezeptionsangebote des Spiels und zeigen damit, dass die intendierten Angebote auch von den Spieler:innen angenommen wurden. Zum anderen sind die Gefühle der Befragten überwiegend deckungsgleich mit den Gefühlen, welche mit Angststörungen einhergehen können.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass nicht alle Spieler:innen im Spiel die Perspektive einer Person mit Angststörung übernehmen. Relevant für die Perspektivübernahme ist dabei, dass die Erfahrungen, welche die Spieler:innen während des Spiels machen, aktiv interpretiert werden. Der Avatar muss bewusst als Person mit Angststörung erkannt und ebenso bewusst subjektiviert werden, um die eigenen Erfahrungen als Erfahrungen mit Angststörung deuten zu können. Das Spiel wird so als Metapher für das Erleben einer Angststörung und den damit einhergehenden Herausforderungen und teilweise wird Empathie, nicht nur für die Spielfigur sondern auch für Personen mit Angststörung insgesamt, empfunden. Durch das Erleben der Symptome auf spielmechanischer Ebene, werden bekannte Symptome nachvollzogen, aber auch unbekannte Symptome der Krankheit erfasst. Findet keine Perspektivübernahme statt, wird die spielmechanische Ebene nicht im Hinblick auf Angststörungen gedeutet. Die visuell-auditive und die narrative Ebene werden als realistische Darstellung der Krankheit interpretiert (Tab. 2).

Alle Teilnehmer:innen reflektierten ihre Erlebnisse mit dem Spiel und ihr Bild von Angststörung. Bei Perspektivübernahme half diese Reflexion, eigene Wissenslücken zu erkennen und das Bild von 3 Angststörungen zu normalisieren. Gleichzeitig regte das Spiel an, den Umgang mit Personen mit Angststörung zu reflektieren und sich weiter über Angststörungen zu informieren.

Es kam allerdings auch dazu, dass Teilnehmer:innen Personen mit Angststörungen als gefährlich oder Beziehungen zu diesen als schwierig einschätzen. Halluzinationen waren das Symptom, welches der Krankheit zugeschrieben wurde, obwohl es kein Symptom der Angststörung darstellt. Dieses Symptom nannten sowohl Proband:innen mit als auch ohne Perspektivübernahme. Auffällig ist, dass dies nur der Fall war, wenn die Befragten den jeweiligen Aspekt des Spiels als realistische Darstellung deuteten.

### **Diskussion**

Das Spiel Fractured Minds schafft es also, die Symptome und Herausforderungen von Menschen mit Angststörungen zu transportieren und die Spieler:innen nachfühlen zu lassen, wie sich die Krankheit anfühlen kann. Die Subjektivierung, die dem Spiel inhärent ist, führt jedoch nicht in jedem Fall zu einer Perspektivübernahme, sondern braucht ein aktives Einlassen auf diese Erfahrung. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Spielmechaniken, insbesondere

die Aufgaben und das negative Feedback, die Perspektivübernahme erzeugen. Dieses Ergebnis ist vor allem relevant, da die visuelle Darstellung psychischer Krankheiten eine Herausforderung darstellt (Runzheimer, 2020). Produzent:innen derartiger Spiele, können also insbesondere die Spielmechanik nutzen, um Angststörungen darzustellen und damit einhergehende Gefühle zu vermitteln.

Zusammenfassend kann das Spiel bei bewusster Perspektivübernahme sowohl zu wissensbasierter als auch zu emotionaler Aufklärung beitragen, bei der Einsichten in die Herausforderungen von Menschen mit Angststörungen vermittelt werden. Darüber hinaus kann das Spiel auch zu mehr Interesse an der Krankheit führen. Dadurch dass das Verstehen der Gefühle und Verhaltensweisen einer Person auf die Outgroup übertragen wird, bietet das Spiel Entstigmatisierungspotential nicht nur für einzelne Personen, sondern für die gesamte Outgroup.

Neben diesen positiven Aspekten weist *Fractured Minds* allerdings auch Risiken einer verstärkten Stigmatisierung auf: So kann das Spiel falsche Vorstellungen der Krankheit erzeugen oder bereits vorherrschende falsche Vorstellungen bestätigen. Die metaphorische Darstellung der Angststörung bietet zwar ein gutes Mittel, um die Gefühle und Herausforderungen der unsichtbaren Krankheit erfahrbar zu machen. Schwierigkeiten in der Interpretation solcher Metaphorik können jedoch das Bild der Krankheit verzerren und damit Stigmatisierung verstärken.

### Panel 3 „Verantwortung und Verbreitung“

#### **Krebsprävention im Dialog - Prädiktoren der Nutzungsintention eines Live-Chats zur risikoadaptierten Krebsprävention und -früherkennung**

*Paula Memenga<sup>1</sup>, Eva Baumann<sup>1</sup>, Hanna Lütke Lanfer<sup>2</sup>, Doreen Reifegerste<sup>2</sup>, Julia Geulen, Winja Weber<sup>3</sup>, Julia Geulen<sup>3</sup>, Andrea Hahne<sup>4</sup>, Anne Müller<sup>4</sup> & Susanne Weg-Remers<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover; <sup>2</sup>Universität Bielefeld; <sup>3</sup>Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg; <sup>4</sup>BRCA-Netzwerk - Hilfe bei familiären Krebserkrankungen, Bonn*

#### **Hintergrund**

Jeder fünfte Todesfall in Deutschland ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen (Destatis, 2022). Manche Familien sind dabei besonders betroffen. Wenn Krebs in einer Familie gehäuft auftritt, kann dies rein zufällig sein oder aber auf ein familiäres Krebsrisiko hindeuten, das unter anderem auf einen gemeinsamen Lebensstil (z. B. ungesunde Ernährungsgewohnheiten), ähnliche Umweltfaktoren (z. B. Strahlenexposition) oder eine erbliche Veranlagung zurückgeführt werden kann.

Fünf bis zehn Prozent der Krebserkrankungen sind erblich bedingt (Möslein, 2016; Tedaldi et al., 2017). Genetische Tests eröffnen Betroffenen die Möglichkeit, ihr individuelles Risiko bestimmen zu lassen und auf dieser Basis risikoadaptierte Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen vorzunehmen. Obwohl bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung bei vielen Tumoren gute Heilungschancen bestehen (Krebs in Deutschland für 2017/2018, 2021), ist Krebs nach wie vor die Erkrankung, vor der sich die Deutschen am meisten fürchten (DAK-

Gesundheit, 2021). Ein erbliches Krebsrisiko ist dabei in doppelter Weise mit Angst und Unsicherheit assoziiert: Einerseits ist die Reduktion von Unsicherheiten und Ängsten einer der häufigsten Gründe für eine genetische Testung (Holthausen-Markou & Steiner, 2014; Zettl, 2006). Andererseits kann die Information über ein genetisches Risiko Unsicherheiten und Ängste auslösen und Fragen der Verantwortung für die Angehörigen aufwerfen (d'Agincourt-Canning, 2001; Hallowell, 1999).

Unsicherheit und Angst wirken nicht nur als Barrieren des Präventionsverhaltens sowie der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (DAK-Gesundheit, 2021), sondern können auch auf ein Informationsdefizit zurückgeführt werden. Zahlreiche Studien belegen, dass eine adäquate Wissensgrundlage und die Motivation und Fähigkeit zur aktiven Informationssuche hier von Bedeutung sind (Hovick et al., 2014; Johnson et al., 2001). So ist die aktive Suche nach Informationen eine zentrale Strategie, um gesundheitsbezogene Unsicherheiten zu reduzieren (Afifi & Weiner, 2004; Brashers et al., 2000). Inwiefern sich Menschen informieren, wird ebenso davon beeinflusst, wie bedrohlich ein Gesundheitsrisiko wie ein familiäres Krebsrisiko wahrgenommen wird (Kahlor, 2010; Kim & Park, 2012). Hierbei kann auch der persönliche Bezug zu Krebs, z. B. durch eine familiäre Krebsgeschichte, bedeutsam sein. Darüber hinaus wirken weitere unterstützende Bedingungen und Barrieren der Informationssuche (Zimmermann et al., 2021).

Obwohl bereits ein breites Angebot an Krebsinformationen und genetischen Tests zur Verfügung steht (Case et al., 2004), werden nicht alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen gut erreicht, da sich Informationsbedarfe und kommunikative Zugänglichkeit unterscheiden. Ein besonderer Bedarf besteht hinsichtlich der Bereitstellung individueller und niederschwelliger Krebsinformationen (Gaisser, 2012). Erste Studien haben gezeigt, dass ein Live-Chat aufgrund der hohen Anonymität sowie der synchronen, persönlichen Kommunikation ein geeignetes Format sein könnte, um über sensible Gesundheitsthemen zu informieren und individuelle Bedürfnisse zu adressieren (Giesermann & Pietrowski, 2019; Stephen et al., 2014). Ein Live-Chat erfordert jedoch hohe Ressourcen auf Seiten der Anbietenden sowie ein aktives Informationsverhalten der Nutzenden. Vor der Entwicklung eines solchen Chat-Angebots sollte somit zunächst die Akzeptanz in der Zielgruppe untersucht und potentiell förderliche Faktoren und Barrieren der Inanspruchnahme identifiziert werden.

Eine etablierte Theorie zur Erklärung der Akzeptanz und Nutzung von digitalen Technologien ist die Extended Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT2; Venkatesh et al., 2012), die sich bereits in diversen Gesundheitskontexten bewährt hat (Baudier et al., 2020; Beh et al., 2019; Chang et al., 2021; Silver et al., 2020). Sie postuliert unter anderem den erwarteten persönlichen Nutzen, die erwartete Einfachheit der Nutzung, die subjektive Norm, unterstützende Bedingungen (z. B. technische Voraussetzungen) und Gewohnheit als Prädiktoren der Nutzungsintention. Um die UTAUT2 im Kontext des familiären Krebsrisiko zu erweitern und die damit verbundenen Unsicherheiten und Ängste zu berücksichtigen, werden Unsicherheitsintoleranz und die wahrgenommene Bedrohlichkeit des familiären Krebsrisikos als zusätzliche Faktoren integriert.

Zusammenfassend untersucht diese Studie, inwiefern Personen mit einem persönlichen Bezug zu Krebs Interesse an einem Live-Chat zu familiärem Krebsrisiko haben (FF1). Des Weiteren werden Prädiktoren der Nutzungsintention unter Berücksichtigung der ausgewählten

UTAUT2-Prädiktoren sowie der Unsicherheitsintoleranz und wahrgenommenen Bedrohlichkeit eines familiären Krebsrisikos identifiziert (FF2).

## **Methode**

Die Forschungsfragen wurden anhand einer nach Alter, Geschlecht und Bildung stratifizierten Online-Befragung von Internetnutzenden der deutschen Bevölkerung mit einer hohen Affinität zu Krebs beantwortet, die im März 2022 über ein Online-Access-Panel erhoben wurde. Die Teilnehmenden waren im Alter von 18 bis 87 Jahren ( $N = 1.084$ ;  $M = 47,60$ ;  $SD = 15,92$ ; 50,5% weiblich; 50,1% niedriges Bildungsniveau). Für die Analyse wurde eine Teilstichprobe herangezogen ( $n = 939$ ), bei der es sich um Angehörige von Krebsbetroffenen handelte. Alle Konstrukte wurden mit etablierten Skalen gemessen (siehe Tabelle 1). Es wurde eine blockweise multiple lineare Regressionsanalyse mit Geschlecht, Alter und Bildung als Kontrollvariablen durchgeführt (siehe Tabelle 2).

## **Ergebnisse**

Insgesamt hatten 34% der Teilnehmenden ein (eher) hohes Interesse, 28.9% waren unentschlossen und 37.1% hatten ein (eher) geringes Interesse, einen Live-Chat zum familiären Krebsrisiko zu nutzen. Das Gesamtmodell war signifikant ( $F(10,928) = 75.85$ ,  $p < .001$ ) und erklärte 44.4% der Varianz der Nutzungsintention, zu der maßgeblich die UTAUT2-Prädiktoren beitrugen ( $\Delta R^2_{\text{korr}} = .374$ ). Der erwartete persönliche Nutzen ( $\beta = .25$ ,  $p < .001$ ), die subjektive Norm ( $\beta = .25$ ,  $p < .001$ ) und die Gewohnheit ( $\beta = .22$ ,  $p < .001$ ) trugen am stärksten zur Varianzaufklärung bei. Die erwartete Einfachheit der Nutzung ( $\beta = -.04$ ,  $p = .289$ ) sowie unterstützende Bedingungen ( $\beta = .05$ ,  $p = .208$ ) waren nicht mit der Nutzungsintention assoziiert. Die Aufnahme der Unsicherheitsintoleranz ( $\beta = .06$ ,  $p = .023$ ) und wahrgenommener Bedrohlichkeit ( $\beta = .18$ ,  $p < .001$ ) erhöhte den Anteil der erklärten Varianz nur um 3,6%. Es zeigten sich teilweise geringe, dennoch positive Assoziationen.

## **Diskussion**

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass ein Live-Chat ein geeignetes Format zur Information über familiäres Krebsrisiko sein könnte, wenn auch ca. ein Drittel der Teilnehmenden in Bezug auf eine potenzielle Nutzung unentschlossen war. Bei der Bewerbung des Angebots sollte der persönliche Nutzen adressiert werden. Zudem spielt das soziale Umfeld eine zentrale Rolle, sodass auch Angehörige eingebunden werden sollten. Technische Rahmenbedingungen scheinen hingegen nicht relevant. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Mitglieder eines Online-Panels vermutlich insgesamt eher wenig Schwierigkeiten mit digitalen Angeboten haben. Die Akzeptanz von weniger digital-affinen Personen gilt es zukünftig zu erforschen. Es zeigte sich außerdem, dass Personen, die schlechter mit Unsicherheiten umgehen können und ein familiäres Krebsrisiko bedrohlicher einschätzen, tendenziell eher am Live-Chat interessiert sind. Das Angebot könnte somit insbesondere diese Personen bei der Bewältigung von Unsicherheit und Ängsten und der Stärkung von Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfindung unterstützen. Als Limitation ist anzumerken, dass die wahrgenommene Bedrohlichkeit nur ein Teilkonstrukt der Risikowahrnehmung ist, für dessen vollständige Abbildung auch die wahrgenommene Vulnerabilität integriert werden sollte. Zudem wurde die Intention und nicht die tatsächliche Nutzung untersucht, die jedoch in einer Anschlussstudie erforscht wird.

---

## **Cannabis consumption onset in adolescents: Exposure effects of Cannabis-related social media content and the role of sensation seeking**

*<sup>1</sup>Alice Binder, <sup>2</sup>Tobias Frey & <sup>2</sup>Thomas N. Friemel*

*<sup>1</sup>Alpen-Adria University of Klagenfurt, <sup>2</sup>University of Zurich*

Cannabis is one of the most common substances consumed among adolescents worldwide (Duncan et al., 2015). This is highly alarming, since Cannabis consumption comes with many social and psychological risks (World Health Organization, 2016), such as decreased cognitive functions or lower life satisfaction (Hasin, 2018).

Various factors were found to influence this risky health behavior. Studies showed that adolescents' Cannabis consumption can be explained with the consumption behavior in their environment in general (Brière et al., 2011) and the consumption in their friendship circles (Tucker et al., 2014). Besides the social environment adolescents' (social) media environment and personal traits are found to play a crucial role. Studies showed that the consumption of Cannabis is presented in a positive light in adolescents' online environment (Park & Holody, 2018). Therefore, it comes with no surprise that studies showed that exposure to Cannabis-related content on social media is associated with a higher likelihood of consuming Cannabis in adolescents (Geber et al., 2021). However, while studies showed this association for social media at large, no study tried to disentangle the effects of Cannabis-related content on different social media platforms. This seems highly important because different social media platforms are used for different purposes in adolescents (Bucknell Bossen & Kottasz, 2020). Furthermore, while studies concluded that personal traits such as the level of sensation seeking (Sargent et al., 2010) can influence the likelihood of conducting a risky behavior, no study investigated the role of this personality trait in connection with exposure to Cannabis-related content on different social media platforms. Therefore, this study contributes to the state of research by addressing the differences between social media platforms by investigating the effect of exposure to Cannabis-related content on three most frequently used platforms among adolescents in [COUNTRY].

Furthermore, it investigates the influence of sensation seeking, which might not only affect adolescents' behavioral intention directly but also moderate the effects of Cannabis-related content on social media on the intention to consume Cannabis in the future with a representative sample of adolescents between 15 and 19 years in [COUNTRY].

### **Method**

Participants were recruited using a representative sampling frame of the federal statistical office of [COUNTRY] for people between the ages of 15 and 19 regarding gender, and linguistic region living in [COUNTRY]. Overall, N = 1.917 participants took part via Computer Assisted Web Interviews. After excluding participants who were over 19 years old (n = 63) or did not specify their gender (n = 17) and all adolescents that at least tried Cannabis in the past (n = 528) from the dataset, we arrived at a final sample of N = 1.309 adolescents with an age range between 15 and 19 years (M = 16.7; SD = 1.33; 57.4% female). Regarding education, 19.8%

of the participants are in compulsory education, 37.5% in vocational education (e.g., apprenticeship), 39.9% in general education (e.g., upper secondary school) and 2.8% in tertiary education (e.g., university).

## Measures

We measured participants exposure to Cannabis-related content on the platforms on a scale from 1= “never” to 7 = “very often” (“How often do you see Cannabis-related content on the following platforms/apps?”; Instagram:  $M = 1.87$ ,  $SD = 1.40$ ; Snapchat:  $M = 1.63$ ,  $SD = 1.34$ , TikTok:  $M = 1.34$ ,  $SD = 0.91$ ).

We assessed participants’ behavioral intention by asking for the probability of Cannabis use in the near future on a 5-point Likert scale from 1 = “very unlikely to 5 = very likely” (“How likely is it that you will rarely consume or try the following things in the next 12 months?”; [Cannabis]). Due to low variance, we decided to dummy-code this variable to 0 = “no intention to consume Cannabis in the future” (former scale point 1), and 1 = “intention to consume Cannabis in the future” (former scale points 2-5). Overall, 993 (75.9%) adolescents stated that they have no intention to consume Cannabis and 288 (24.1%) stated the intention to try Cannabis.

As a moderator, we measured participants’ level of sensation seeking following Stephenson et al. (2003) and Vallone et al. (2007). Participants assessed four items on a 5- point Likert scale ranging from 1 = “doesn’t apply at all” to 5 = “absolutely applies” (e.g., “I like doing risky things”; Cronbach’s Alpha: 0.74;  $M = 2.92$ ;  $SD = 0.93$ ).

We considered participants’ age, gender, frequency of Instagram, Snapchat, and TikTok use (7-point Likert scale ranging from 1 = “never” to 7 = “very often”;  $M = 3.83$ ;  $SD = 1.75$ ), and the prevalence of Cannabis use among their friends with a slider ranging from “Nobody 0%” to “Everybody 100%” (“How many of your close friends regularly consume Cannabis”;  $M = 16.2\%$ ;  $SD = 23.1\%$ ; “How many of your friends seldomly consume Cannabis or just gave it a try”;  $M = 27.0\%$ ;  $SD = 31.4\%$ ) as control variables.

## Results

While the conditional effect of adolescents’ exposure to Cannabis-related content on Instagram on the intention to consume Cannabis in the future was statistically significant ( $b = 0.17$ ,  $p < .001$ ), no such effects were observed for Cannabis-related content on Snapchat ( $b = -0.01$ ,  $p = .829$ ), or TikTok ( $b = -0.04$ ,  $p = .698$ ). Also, adolescents’ level of sensation seeking was positively connected with the intention to try Cannabis in the future ( $b = 0.44$ ,  $p < .001$ ). While there were no significant interaction effects with regard to Cannabis-related content on Instagram ( $b = -0.04$ ,  $p = .582$ ), or TikTok ( $b = -0.02$ ,  $p = .846$ ) with adolescents’ level of sensation seeking on adolescents’ intention to consume Cannabis in the future, the interaction effect of exposure to Cannabis-related content on Snapchat and adolescents’ level of sensation seeking reaching a significant level ( $b = 0.15$ ,  $p = .043$ ).

The interaction effect showed that the effect of exposure to Cannabis-related content on Snapchat on the intention to try Cannabis was positive if adolescents’ level of sensation seeking was high. Additionally, we examined the Johnson-Newman table to investigate at what level of sensation seeking this positive interaction effect occurs. The results showed that, on a high level of sensation seeking (above 4.12 on a 5-point scale), the effect of exposure to Cannabis-related content on Snapchat on the intention to try Cannabis in the future is significantly positive.

## Limitations

We used self-reported data and a bias of response cannot be ruled out. However, since we focused on the intention to consume Cannabis in the future social desirability might be less of an issue in this study. We did neither measure the valance of the Cannabis-related content on social media nor the sources of the content. Based on the current empirical evidence we base our conclusions on the assumption that most of the content is either neutral or positive (Cavazos-Rehg et al., 2018). Further studies should focus more specifically on the actual content adolescents are exposed to. Lastly, we relied on a cross-sectional design which does not allow to identify causal relationships.

## Conclusion

This study is among the first in this area of research which distinguishes between different social media platforms regarding Cannabis-related content on adolescents' intention to consume Cannabis in the future. This study reveals that not all social media platforms show the same exposure effects on adolescents. For further research it seems important to focus on the content of these platforms to reveal why these different effects occur. Future studies should also keep in mind that different personality traits such as the level of sensation seeking can influence the reactions to Cannabis-related content on different social media platforms. Thus, the same content might lead to different effects depending on ones' personal traits

---

## Die Rolle des medialen Erlebens der Corona-Krise für die psychische Gesundheit: Ergebnisse einer Panelbefragung aus dem zweiten Pandemie-Jahr

*Sophia Schaller*

*Technische Universität Ilmenau*

Krisenzeiten können schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit haben (Volkos & Symvoulakis, 2021). Auch die Corona-Pandemie bildet hier keine Ausnahme, denn als multiple Krise führt sie gleich auf vielfältige Weise zu psychischen Belastungen in der Bevölkerung: So kann nicht nur die Angst vor dem Virus (gesundheitliche Dimension), sondern auch das Erleben begrenzter persönlicher Freiheiten (politische Dimension) etwa mit erhöhten depressiven Symptomen einhergehen (Ding et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020).

Nach dem Social Amplification of Risk Framework (SARF) (Kasperson et al., 1988) spielen in diesem Zusammenhang neben direkten Erfahrungen vor allem die Massenmedien eine wichtige Rolle, denn sie sind zumeist das zentrale Tor zur Wirklichkeit. Durch Mechanismen des Agenda Settings und Framings (Binder et al., 2015; Kasperson et al., 1988) können sie daher maßgeblich beeinflussen, wie dramatisch unterschiedliche Aspekte der Pandemie erlebt werden und sich so indirekt auf die psychische Gesundheit auswirken. Haben Medien dabei theoretisch das Potential durch konstruktive Berichterstattung psychische Folgen der Pandemie zu begrenzen (Jain, 2021), sieht die Realität jedoch häufig anders aus. Zahlreiche Studien legen nahe, dass Journalist:innen in Krisenzeiten zu einer dramatisierenden Berichterstattung tendieren (Klemm et al., 2016). Das bedeutet, dass sie häufig zu viel (Agenda Setting) berichten und primär negative Aspekte in den Vordergrund rücken (Framing), was nach dem SARF

das Erleben von Bedrohungen verstärkt und folglich die psychische Gesundheit zusätzlich belastet.

Entsprechend zeigt sich auch im Kontext der Corona-Pandemie, dass die Massenmedien – wenn auch unintendiert – vorwiegend negative Folgen für die psychische Gesundheit haben, indem sie Ängste vor dem Virus verstärken (Olagoke et al., 2020; Stainback et al., 2020; Wang et al., 2021). Inwiefern die Berichterstattung über die politische Dimension der Pandemie die Menschen psychisch belastet, untersuchte jedoch bisher keine Studie. Hinzukommend existieren bislang hauptsächlich querschnittbasierte Befragungen, die zu Beginn der Krise durchgeführt wurden, obwohl der dynamische Charakter und insbesondere die lange Dauer der Pandemie zwangsweise auch Untersuchungen im späteren Krisenverlauf erforderlich machen.

Die vorliegende Studie untersucht daher, ob und inwiefern sich die Wahrnehmung massenmedialer Informationen zu gesundheitlichen Risiken und den begrenzten persönlichen Freiheiten indirekt über das Erleben dieser beiden Dimensionen auf die psychische Gesundheit auswirken. Zudem wird diese Fragestellung mithilfe von Paneldaten aus dem zweiten Pandemie Jahr überprüft. Dadurch möchte die Studie zum einen beleuchten, wie sich die Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen Informationen in den Massenmedien, Erleben der Pandemie und psychischer Gesundheit im späteren Krisenverlauf gestalten. Zum anderen ermöglicht es diese Datengrundlage zu untersuchen, inwiefern Veränderungen der psychischen Gesundheit mit dem (massenmedialen) Erleben der gesundheitlichen und politischen Krisendimension assoziiert sind (s. Eveland & Thomson, 2006; Finkel, 1995; Lu & Lee, 2019).

Zur Beantwortung der Fragestellung dienten Daten der sechsten (15.-23. September 2021; t1) und siebten Befragungswelle (9.-20. Dezember 2021; t2) einer geschichteten Online-Befragung im Panel-Design, die mithilfe des Online-Access-Panels von respondi (ISO-zertifiziert, 20252:2019) durchgeführt wurde. Insgesamt nahmen 1162 Personen der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 87 Jahren ( $M = 47.25$ ,  $SD = 15.73$ ) an beiden Befragungen teil. Die Teilnehmenden beantworteten neben Fragen zu a) ihrer psychischen Gesundheit (depressive Symptome) außerdem Fragen zu b) ihrem wahrgenommenen Gesundheitsrisiko durch das Virus und dem Erleben begrenzter persönlicher Freiheiten sowie c) der Wahrnehmung von Informationen zu diesen beiden Krisenaspekten in den Massenmedien.

Um den Effekt der wahrgenommenen Inhalte – vermittelt durch das Erleben der Pandemie – auf die psychische Gesundheit zu überprüfen, wurde für beide Krisendimensionen jeweils eine Mediatoranalyse durchgeführt (Hayes, 2018; Modell 4). Dabei diente der Grad an depressiven Symptomen zum Zeitpunkt t2 ( $M = 6.20$ ,  $SD = 6.25$ ) als abhängige Variable. Das Erleben der zwei Krisendimensionen zu demselben Zeitpunkt (t2) bildeten jeweils die Mediatorvariablen, während die Wahrnehmung von Informationen zum entsprechenden Aspekt (t2) als unabhängige Variable diente. Darüber hinaus wurden neben soziodemographischen Merkmalen für den Grad an depressiven Symptomen zum Zeitpunkt t1 ( $M = 5.80$ ,  $SD = 6.02$ ) kontrolliert, um die Effekte des (massenmedialen) Erlebens auf die Veränderungen in der psychischen Gesundheit schätzen zu können (s. Lu & Lee, 2019).

Die Ergebnisse der beiden Mediatoranalysen (s. Abb. 1-2) zeigten zwar keine direkten Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung massenmedialer Informationen und der psychischen Gesundheit, legen dafür jedoch wie vermutet indirekte Effekte nahe. Insbesondere Inhalte zur politischen Dimension der Pandemie scheinen hierbei eine Rolle zu spielen ( $b = .06$ ,  $SE = .02$ ;

95%-KI: .02, .11): Denn umso häufiger die Teilnehmenden Informationen zu begrenzten Freiheiten wahrnahmen, umso dramatischer erlebten sie diese ( $b = .11, p = .002$ ), was wiederum mit erhöhten depressiven Symptomen einherging ( $b = .54, p < .001$ ). Weiterhin zeigte sich, dass auch die Wahrnehmung von Informationen zu gesundheitlichen Aspekten der Pandemie, wie der Ausbreitung des Virus, positiv mit dem erlebten Gesundheitsrisiko der Befragten assoziiert war ( $b = .23, p < .001$ ). Entsprechend führte dieses ebenfalls zu verstärkten depressiven Symptomen bei den Teilnehmenden ( $b = .22, p = .042$ ); der indirekte Effekt erwies sich jedoch als nicht signifikant ( $b = .05, SE = .03; 95\%-KI: -.01, .11$ ).

Die vorliegende Studie liefert somit erste Erkenntnisse zur Wirkung massenmedialer Kommunikation über verschiedene Aspekte der Pandemie auf die psychische Gesundheit im späteren Krisenverlauf. Dabei wird vor allem deutlich, dass ein alleiniger Blick auf die gesundheitliche Dimension der Corona-Krise unzureichend ist, um die psychischen Folgen in diesem Zusammenhang zu erfassen. So haben scheinbar insbesondere Medienberichte über begrenzte Freiheiten infolge der Schutzmaßnahmen bei den Befragten depressive Symptome verstärkt, indem sie mit einem dramatischeren Erleben der persönlichen Einschränkungen einhergingen. Das lässt vermuten, dass die Berichterstattung zum Zeitpunkt der Befragung diesbezüglich (zu) umfangreich und negativ war, was die Menschen in diesen schwierigen Zeiten zusätzlich psychisch belasten kann. Entsprechend wird dadurch auch die große Verantwortung und Herausforderung des Journalismus, in Krisenzeiten bedacht zu berichten und mögliche negative Effekte in der Ansprache zu berücksichtigen, erneut deutlich. Alleinig den Medien die Schuld an dem Wohlbefinden der Bürger:innen zu geben, würde jedoch angesichts der Befunde zu kurz greifen. Entgegen bisheriger Erkenntnisse (Stainback et al., 2020; Wang et al., 2021) hatte die Wahrnehmung von Informationen über gesundheitliche Aspekte der Pandemie weder direkte noch indirekte Effekte auf die psychische Gesundheit. So ist zu vermuten, dass im späteren Verlauf der Pandemie direkte persönliche Erfahrungen – wie etwa Erkrankungen im persönlichen Umfeld – eine größere Rolle für die psychische Gesundheit spielen als indirekte, medial vermittelte Erfahrungen hierzu. Die vorliegende Studie macht folglich insgesamt nochmals deutlich, dass es zwangsweise Untersuchungen im Längsschnittdesign bedarf, um auf die (medialen) Folgen von Krisenzeiten für die psychische Gesundheit angemessen und zeitgemäß antworten zu können.

---

## **Auf dem Weg zur digitalen Transformation der ärztlichen Informationsbereitstellung: Förderung der Selbstverantwortung von Patient\*innen durch digitale Informationsangebote**

*Elena Link & Paula Memenga*

*Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover*

Ein angemessener Umgang mit Gesundheitsinformationen und ein ausreichender Wissensstand sind grundlegend für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit, die Beteiligung an der Gesundheitsversorgung und gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung (Chewning et al., 2012; Horch & Wirz, 2005). Gesundheitsinformationen sind jedoch im Allgemeinen oft vielschichtig, komplex und für den Laien nur schwer verständlich (Barbour et al., 2012; Johnson & Case, 2012). Patient\*innen stehen bei der Suche, Bewertung und Anwendung von Gesundheitsinformationen somit häufig vor Herausforderungen. Bei ambivalent bewerteten Themen (z. B. Impfungen oder Covid-19) erschweren zusätzlich irreführende und

falsche Informationen die eigene Meinungsbildung und Entscheidungsfindung (Cuan-Baltazar et al., 2020). Zudem sind nicht alle Bevölkerungsgruppen gewillt und befähigt, selbst passende Informationen zu finden und anzuwenden (Link & Baumann, 2020). So scheinen trotz neuer digitaler Möglichkeiten für mehr Chancengleichheit soziale Ungleichheiten fortzubestehen (Cornejo et al., 2020). Um Patient\*innen beim Aufbau einer adäquaten Informationsbasis zu unterstützen und ihre Verantwortungsübernahme zu fördern, gilt es somit, zu hinterfragen, wie neue Wege der Informationsbereitstellung im Gesundheitssystem aussehen könnten.

Da die Bereitstellung von Informationen ein wesentlicher Bestandteil der psychosozialen Dimension der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung sein sollte (Eppstein & Street, 2007), wird der Arzt/die Ärztin als vertrauenswürdiger Mittler fokussiert (Link, 2019). Dies kann auch dadurch gerechtfertigt werden, dass Ärzt\*innen in Deutschland als präferierte Quelle für verlässliche Gesundheitsinformationen gelten (Baumann et al., 2020). Ärzt\*innen fehlt jedoch oft die Zeit, um ihre Patient\*innen ausführlich zu informieren (Yarnall et al., 2003). Ein zu geringer Informationsumfang und unerfüllte Informationsbedürfnisse sind bekannte Treiber eigener Recherchen (Lee & Hawkins, 2010) und können aufgrund der bereits skizzierten Herausforderungen auch zur Barriere der Verantwortungsübernahme werden. Ein zusätzliches digitales Informationsangebot von Ärzt\*innen könnte diese Diskrepanzen auffangen und einen möglichen Weg für zukünftige maßgeschneiderte und problemorientierte Informationsbereitstellung darstellen.

Mit dem Ziel, aus kommunikationsstrategischer Sicht Empfehlungen für eine zukünftige, digitale Informationsbereitstellung abzuleiten, gilt es zunächst zu bestimmen, wie hoch der Anteil der Personen ist, die das Informationsangebot ihres Arztes/ihrer Ärztin als unzureichend erleben und unerfüllte Informationsbedürfnisse wahrnehmen (Forschungsfrage 1). Mit Blick auf mögliche Lösungsansätze einer unzureichenden Informationsbereitstellung wird in einem zweiten Schritt zudem eruiert, inwiefern der unzufriedene Anteil der Patient\*innen Interesse an digitalen, durch ihren Arzt/ihre Ärztin bereitgestellten Informationen haben. Neben einer allgemeinen Bewertung eines solchen digitalen Informationsangebots und der generellen Nutzungsintention (Forschungsfrage 2) werden zudem die patientenseitigen Anforderungen an diese Angebote ermittelt (Forschungsfrage 3).

## **Methode**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde im Juli 2021 eine Online-Befragung (N = 1.000; M = 51,8; SD = 14,4; 50 % weiblich) einer für die deutsche Bevölkerung nach Alter (18-74), Geschlecht und Bildungsniveau stratifizierten Stichprobe mittels eines Online-Access Panel durchgeführt. Die Zufriedenheit mit dem Ausmaß der von dem Arzt/der Ärztin bereitgestellten Informationen wurde mittels eines Single-Item auf einer Likert Skala von „zu gering“ (1) bis „zu umfangreich“ (7) gemessen. Für die Bewertung eines zuvor skizzierten durch den Arzt/die Ärztin bereitgestellten Informationsangebots konnten die Befragten auf einer Skala von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (7) angeben, wie sie ein solches digitales Angebot bewerten. Zudem wurde die Nutzungsintention basierend auf Venkatesh et al. (2012) ebenfalls über eine 7-stufige Likert Skala erhoben ( $\alpha = .98$ ; M = 4,7, SD = 2,0). Um die konkreten Anforderungen an ein entsprechendes Angebot zu ermitteln, wurden die Befragten gebeten, sowohl die Bedeutung („Wie wichtig ist Ihnen, dass das digitale Angebot...“) von Aspekten der Usability und Aufbereitung (z. B. Video, Text, Bilder und Visualisierungen, Möglichkeit zur Interaktion), als

auch Merkmale der Informationen (z. B. verständlich, aktuell, umfangreich) und ihres Zugschnitts (z. B. Vorteile und Chancen, Nachteile und Risiken, Entscheidungshilfen) zu bewerten (siehe Tabelle 1).

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde zunächst die Zufriedenheit mit dem Informationsumfang deskriptiv beschrieben. Anschließend erfolgte die ebenfalls deskriptive Analyse der Bewertung, Nutzungsintention und Anforderungen hinsichtlich eines vom Arzt/von der Ärztin bereitgestellten, digitalen Informationsangebots. Hierbei wurden nur die Personen betrachtet, die mit dem Umgang bereitgestellter Information unzufrieden sind.

## **Ergebnisse**

Insgesamt empfand fast jeder Vierte (24%) die durch Ärzt\*innen bereitgestellten Informationen als unzureichend (FF1). Die Mehrheit dieser eher unzufriedenen Personen (68%) würde es befürworten, wenn ihre behandelnden Ärzt\*innen ihnen ein zusätzliches digitales Informationsangebot bereitstellen würden. Rund 63% gaben zudem an, dass sie ein solches Angebot auch nutzen würden (FF2).

Bei den allgemeinen Anforderungen (FF3, siehe Tabelle 1) zeigte sich hinsichtlich der Usability und Aufbereitung, dass eine leichte und intuitive Bedienbarkeit sowie eine übersichtliche Gestaltung bedeutsam sind, während es nur von nachrangiger Bedeutung scheint, dass das Angebot auch unterhaltsam ist und bspw. ein Wissens-Quiz oder Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Betroffenen bietet. In Bezug auf die Darstellungsform wurden Texte als tendenziell wichtiger eingeschätzt als Videos. Die Befragten legten außerdem besonderen Wert auf die Verständlichkeit und Aktualität der Informationen, die auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten sein und sowohl Risiken als auch Chancen adressieren sollen.

## **Diskussion**

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass ein digitales Informationsangebot des Arztes/der Ärztin ein vielversprechender Weg ist, um Patient\*innen zusätzlich zum Arzt-Patienten-Gespräch mit ausführlichen, qualitativ hochwertigen Informationen zu versorgen. Patient\*innen scheinen sehr offen gegenüber Angeboten zu sein, die sie v.a. von einer eigenen Recherche und Bewertung entlasten und dennoch ihre Selbstverantwortung nachhaltig fördern.

Damit Patient\*innen ein digitales Informationsangebot auch nutzen, sollten die Informationen auf die individuelle gesundheitliche Situation des Nutzenden zugeschnitten sein. Dies steht im Einklang mit der Zielgruppenorientierung als Qualitätskriterium der Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformationen (Lühnen et al., 2017). Insgesamt stehen aus Sicht der Patient\*innen der Informationsgehalt und die Informationsqualität im Vordergrund und macht die Auseinandersetzung mit Heuristiken deren patientenseitigen Bewertungen bedeutsam (z. B. Sundar, 2008). Stattdessen können keine klaren Präferenzen mit Blick auf den Kommunikationsmodus abgeleitet werden, was Kommunikationsexpert\*innen unter Einhaltung entsprechender Vermittlungsevidenzen große Spielräume in der Konzeption von Gesundheitsinformationen verschafft. Weitere Implikationen für die strategische Gesundheitskommunikation sollen im Vortrag ausgeführt werden. Zudem soll verglichen werden, inwiefern es in der Gruppe der Zufriedenen andere Anforderungen gibt.

Limitierend ist anzumerken, dass die Befragung nur die Nutzungsintention erfasst. Zukünftige Forschung sollten entsprechende digitale Angebote in ärztlichen Praxen testen, um die Akzeptanz von Patient\*innen sowie Ärzt\*innen weitergehend zu untersuchen und ihre Wirkung zu erfassen. Entsprechende Erkenntnisse können auch die Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformationen ergänzen.

## Panel 4 „Verantwortung und Psyche“

### **Wer ist Schuld? Implizite Theorien („mindsets“) der Gesundheit und ihre Auswirkungen auf Schuldzuschreibungen und soziale Unterstützung von Erkrankten**

*Simone Dohle<sup>1</sup>, Mike Schreiber<sup>2</sup>, Tobias Wingen<sup>1</sup> & Marie Baumann<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Universität Bonn, <sup>2</sup>Universität Wien, <sup>3</sup>Universität zu Köln*

Implizite Theorien sind Grundüberzeugungen über den Grad der Veränderbarkeit menschlicher Attribute (Dweck, 2012, 2017). Nach dieser Perspektive können Menschen zwei Arten von impliziten Theorien aufweisen: eine Veränderbarkeitstheorie oder eine Entitätstheorie. Eine Veränderbarkeitstheorie („incremental theory“, „growth mindset“) bezeichnet die Überzeugung, dass ein bestimmtes Attribut dynamisch ist und geändert werden kann. Im Gegensatz dazu ist eine Entitätstheorie („entity theory“, „fixed mindset“) durch die Überzeugung gekennzeichnet, dass ein bestimmtes Attribut trotz Änderungsbemühungen nicht verändert werden kann. Bisherige Forschung hat gezeigt, dass der Glaube an die Veränderbarkeit von menschlichen Attributen einen hohen intrapersonalen Nutzen in Bezug auf Leistung, Anpassungsfähigkeit und Selbstregulation bietet.

In jüngerer Zeit haben sich Forscherinnen und Forscher insbesondere mit impliziten Theorien der Gesundheit befasst (z.B. Schreiber et al., 2020). Diese Forschung zeigt, dass eine Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit, d.h. eine starke Überzeugung, dass sich die Gesundheit ändern kann, mit der Absicht einhergeht, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu zeigen (Bunda & Busseri, 2019). Darüber hinaus ist eine Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit mit der Häufigkeit gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Schreiber et al., 2020) sowie mit einem höheren Maß an körperlicher Aktivität und einem niedrigeren BodyMass-Index (John-Henderson et al., 2021) assoziiert. Diese Ergebnisse sind vielversprechend, da sie darauf hindeuten, dass Gesundheitsinterventionen, die auf eine Veränderung der impliziten Gesundheitstheorien abzielen, als wichtiger Hebel für Veränderungen im Gesundheitsverhalten dienen können.

Über zwischenmenschlichen Auswirkungen einer Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit ist jedoch weniger bekannt. Eine starke Veränderbarkeitstheorie könnte sich nachteilig auswirken, z.B. indem sie Schuldzuschreibungen verstärkt und die soziale Unterstützung für Erkrankte verringert. Ein wichtiger Hinweis für diese Argumentation ist eine Studie von Ryazanov und Christenfeld (2018), die nachweisen konnten, dass eine Veränderbarkeitstheorie der Empathie mit größeren Schuldzuschreibungen gegenüber Personen mit einem niedrigen Empathieniveau verbunden war. Es ist wichtig zu verstehen, wann und unter welchen Umständen implizite Theorien Schuldzuschreibungen erhöhen und die soziale Unterstützung verringern können, insbesondere weil viele angewandte Bereiche Interventionen einsetzen, die auf der

Forschung zu impliziten Theorien aufbauen (Dweck, 2017; Rattan et al., 2015; Yeager et al., 2019).

## **Methode und Resultate**

In der vorliegenden Studie (N= 433; 73% weiblich, Malter= 28.17, SDalter= 9.55) wurde die implizite Gesundheitstheorie experimentell verändert; Studienteilnehmende erhielten entweder einen Zeitungsartikel, in dem es hieß, dass die Gesundheit verändert werden kann (Veränderbarkeitstheorie) oder nicht verändert werden kann (Entitätstheorie). Dann wurden acht kurze Vignetten über Personen, die an verschiedenen Krankheiten litten, präsentiert. Es wurde vermutet, dass Teilnehmende mit einer Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit im Vergleich zu Teilnehmenden mit einer Entitätstheorie anderen mehr Schuld an ihrer Krankheit geben würden; infolgedessen würden sie weniger Mitgefühl empfinden und sich weniger bereit erklären, kranke Menschen zu unterstützen (sequentielle Mediation). Um die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse weiter zu untersuchen, wurde auch manipuliert, ob die in den Vignetten beschriebenen Personen an einer psychischen oder körperlichen Krankheit litten. Die psychischen Erkrankungen waren Burnout, Agoraphobie, Bulimie und Zwangsstörung. Die körperlichen Krankheiten umfassten Hautkrebs, koronare Herzkrankheit, Diabetes Typ 2 und Bandscheibenvorfall. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, häufig eine stärkere soziale Stigmatisierung erfahren (Corrigan et al., 2000, 2003), was auf einen Haupteffekt der Art der Krankheit auf Schuldzuschreibung, Mitgefühl und soziale Unterstützung schließen ließ.

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) in Bezug auf Schuldzuschreibungen zeigte einen Haupteffekt der impliziten Gesundheitstheorie,  $F(1, 431) = 6.85, p = .009, \eta^2 = .016$ . In der Bedingung „Veränderbarkeitstheorie“ wurde kranken Menschen mehr Schuld zugewiesen als in der Bedingung „Entitätstheorie“. Darüber hinaus gab es einen Haupteffekt der Art der Krankheit,  $F(1, 431) = 70.35, p < .001, \eta^2 = .140$ . Personen mit einer psychischen Krankheit wurde weniger Schuld zugewiesen als Personen mit einer körperlichen Krankheit. Es gab keine Interaktion zwischen der impliziten Gesundheitstheorie und der Art der Erkrankung. Die ANOVA in Bezug auf Mitleid zeigte keinen signifikanten Haupteffekt für die implizite Gesundheitstheorie. Es wurde auch kein Haupteffekt für die Art der Erkrankung oder eine Interaktion zwischen impliziter Gesundheitstheorie und Art der Erkrankung gefunden. In ähnlicher Weise zeigte die ANOVA zur sozialen Unterstützung keinen Effekt der impliziten Theorie, der Art der Erkrankung oder der Interaktion. Ein serielles multiples Mediationsmodell unter Verwendung des R-Pakets lavaan (Rosseel, 2012) zeigte einen indirekten Effekt der impliziten Theorie auf die soziale Unterstützung: Personen mit einer Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit wiesen kranken Menschen mehr Schuld zu, was mit geringerem Mitleid gegenüber kranken Menschen verbunden war, was wiederum mit sozialer Unterstützung assoziiert war,  $b = -0,16, SE = 0.06, 95\% CI [-0.29, -0.04]$ .

## **Diskussion**

Die Studie zeigt, dass eine Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit Schuldzuschreibungen gegenüber Menschen, die an einer Krankheit leiden, erhöht, unabhängig davon, ob es sich um eine körperliche oder psychische Krankheit handelt, und dass Schuldzuschreibungen indirekt die soziale Unterstützung abschwächen. Darüber wurde auch ein Haupteffekt der Art der Krankheit auf die Schuldzuschreibungen gefunden. Im Gegensatz zu früheren Ergebnissen (Corrigan et al., 2000, 2003) wurde in diese Studie gezeigt, dass Personen für körperliche

Krankheiten eine stärkere Schuld zugeschrieben wurde als für psychische Krankheiten. Ein wichtiger Unterschied zwischen dieser Studie und der bisherigen Forschung besteht darin, dass sich frühere Studien in erster Linie auf Krankheiten konzentrierten, die der Definition des sozialen Stigmas entsprachen, welches durch Vorurteile, Diskriminierung und durchdringende kulturelle Ideologien gegenüber bestimmten Gruppen gekennzeichnet ist (Goffman, 1963; Major et al., 2018). Der Befund, dass Personen mit psychischen (im Vergleich zu körperlichen) Erkrankungen nicht stärker für ihren Zustand verantwortlich gemacht wurden, könnte auch auf einen gesellschaftlichen Wandel und ein höheres Bewusstsein für psychische Gesundheit zurückzuführen sein.

Insgesamt stehen die Ergebnisse dieser Studie im Einklang mit Forschungsergebnissen, die zeigen, dass eine inkrementelle Theorie Schuldzuschreibungen gegenüber anderen für ihre Unzulänglichkeiten erhöhen kann (Burnette et al., 2017; Ryazanov & Christenfeld, 2018). Gleichzeitig haben wir keine direkten Hinweise darauf gefunden, dass eine Veränderbarkeitstheorie der Gesundheit verhaltensbezogene Konsequenzen hat, wie z. B. die Vorenthaltung sozialer Unterstützung, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass eine Veränderbarkeitstheorie auch die Erwartung stärken könnte, dass die Hilfe erfolgreich sein wird (d.h., Handlungsergebniserwartungen erhöht). Angesichts der großen Popularität von Interventionen, die darauf abzielen, eine Veränderbarkeitstheorie in einem breiten Spektrum von Kontexten zu fördern (Dweck, 2017; Rattan et al., 2015; Yeager et al., 2019), sollte mehr Gewicht auf die Untersuchung der möglichen unbeabsichtigten Nebenwirkungen impliziter Theorien gelegt werden.

---

## **Nature, Nurture. Journalistische Responsibility Frames im Kontext von Depressionen.**

*Annemarie Wiedicke*

*Ludwig-Maximilians-Universität München*

Die Art und Weise, in der wir als Gesellschaft mit Gesundheit und Krankheit umgehen, wird maßgeblich durch Fragen der (Eigen-)Verantwortung geprägt (Traina et al., 2019). Wird eine Krankheit als primär selbstverschuldet angesehen, kann sich dies negativ auf die Wahrnehmung der Erkrankung (Heley et al., 2020) oder der von ihr Betroffenen auswirken (Corrigan, 2000). Zudem können solche individuellen Verantwortungsattributionen zu einer verminderten Bereitschaft führen, Betroffene sozial zu unterstützen (Sun et al., 2016) und die (Selbst-)Stigmatisierung Erkrankter verstärken (Vyncke & van Gorp, 2018). Wie oder wem Menschen Verantwortung für die Entstehung von bzw. dem Umgang mit Erkrankungen zuweisen, wird dabei entscheidend durch die mediale Darstellung von Verantwortung mittels Responsibility Frames beeinflusst (Major & Jankowski, 2020).

Frames bezeichnen einerseits persönliche Deutungsmuster (individuelle oder, im Falle von Journalist\*innen, journalistische Frames) und andererseits spezifische Darstellungsmuster in der Berichterstattung (mediale Frames), die eine bestimmte Einordnung und Bewertung der skizzierten Informationen nahelegen (Brüggemann, 2014; Scheufele, 2003). Indem sie spezifische Ursachen und Risikofaktoren bzw. Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (oder entsprechende Hindernisse) herausstellen, legen Responsibility Frames eine bestimmte Interpretation kausaler bzw. lösungsbezogener gesundheitlicher Verantwortung nahe (Iyengar,

1990; Semetko & Valkenburg, 2000). Dabei kann zwischen gesundheitlichen Einflussfaktoren auf der Ebene des Individuums (z. B. Genetik, Gesundheitsverhalten), der Ebene des sozialen Netzwerks (z. B. familiäre Konflikte, soziale Unterstützung) und der Ebene der Gesellschaft (z. B. Gesundheitssystem, Sozioökonomie) unterschieden werden (Reifegerste et al., 2021; Sallis & Owen, 2015). Inhaltsanalysen von medialen Responsibility Frames haben gezeigt, dass diese zumeist individuelle Verantwortung adressieren (Temmann et al., 2022; Zhang et al., 2016).

Anders als die medialen Responsibility Frames wurden die persönlichen Vorstellungen von Journalist\*innen hinsichtlich kausaler und lösungsbezogener Verantwortung im Gesundheitskontext noch nicht empirisch untersucht (Guenther et al., 2020; Temmann et al., 2022). Vor dem Hintergrund der Rolle, die journalistischen Frames für die Entstehung medialer Frames mitunter zukommt (Brüggemann, 2014; Scheufele, 2003) sowie der potenziellen Wirkung medialer Responsibility Frames auf Verantwortungsattributionen, Einstellungen und Verhaltensintentionen (Sun et al., 2016; Temmann et al., 2020), adressiert der vorliegende Beitrag journalistische Responsibility Frames. Im Fokus stehen dabei die Frames zum Thema Depressionen. Die psychische Erkrankung zählt angesichts ihrer weltweit hohen Prävalenzen sowie ihrer potenziell schwerwiegenden persönlichen und gesellschaftlichen Folgen zu den zentralen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit (WHO, 2020). Zugleich sind Depressionen multifaktoriell begründet – kausale und lösungsbezogene Verantwortung für Depressionen kann auf allen drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung verortet werden (Santini et al., 2015; Shadrina et al., 2018). Die zu untersuchenden Forschungsfragen lauten daher:

FF1: Inwieweit schreiben Journalist\*innen individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche kausale Verantwortung für Depressionen zu?

FF2: Inwieweit schreiben Journalist\*innen individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche lösungsbezogene Verantwortung für Depressionen zu?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden 12 leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit Journalist\*innen geführt, die regelmäßig über psychische Gesundheit berichten. Der Leitfaden enthielt u. a. Fragen zu den persönlichen Vorstellungen der Journalist\*innen hinsichtlich der Entstehung, der Prävention und dem Umgang mit der Erkrankung. Ergänzend wurden mittels eines schriftlichen Fragebogens bspw. die Dauer der Tätigkeit als Journalist\*in und das Anstellungsverhältnis (fest, frei) erfasst. Die Teilnehmer\*innen der Interviews waren zwischen 26 und 63 Jahren alt, mehrheitlich weiblich ( $n = 10$ ) und überwiegend für überregionale Leitmedien tätig. Die Interviews dauerten durchschnittlich 50 Minuten. Die Auswertung erfolgte mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018), gestützt durch MAXQDA2020.

Mit Blick auf die kausale Verantwortung (FF1) wird offenbar, dass die Journalist\*innen Depressionen als multifaktoriell begründete Erkrankung wahrnehmen. Ursachen und Risikofaktoren für deren Entstehung verorten sie folglich auf allen drei Verantwortungsebenen (Tabelle 1). Dabei zeigt sich auch, dass die journalistischen Responsibility Frames stark mit dem persönlichen Erfahrungshintergrund der Journalist\*innen verknüpft sind: Während ein Großteil der Befragten verschiedenen Einflussfaktoren auf der Ebene der Gesellschaft – darunter Sozioökonomie und soziale Ungleichheit – eine hohe Bedeutung für die Entstehung von Depressionen beimisst, heißt es in einem Interview:

„Was so Einkommen oder soziale Ungleichheit angeht, das habe ich mir noch nie überlegt, inwieweit sich das auf Depressionen auswirken kann. Habe ich mir vielleicht auch nicht überlegt, weil ich (...) als Akademikerin wahrscheinlich eher andere Patienten wahrnehme.“

*Antwort einer Journalistin auf die Frage, welche Rolle ihrer Meinung nach gesellschaftlichen Determinanten für die Entstehung von Depressionen zukommt*

Auffällig ist außerdem, dass die Zuschreibung kausaler Verantwortung durch den beruflichen Hintergrund der Journalist\*innen geprägt ist. So heben Personen mit einer naturwissenschaftlichen oder medizinischen Ausbildung eher biologische bzw. medizinische Ursachen der Erkrankung hervor. Journalist\*innen, die Psychologie studiert haben, hingegen messen netzwerkspezifischen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren, seien es familiäre Konflikte oder Arbeitslosigkeit, eine vergleichsweise hohe Bedeutung für die Entstehung von Depressionen bei. Personen wiederum, die ein geistes- oder sozialwissenschaftliches Studium absolviert haben, orientieren sich in ihrer Verantwortungszuschreibung vornehmlich an Aussagen von Expert\*innen, v. a. dem aktuellen Vorsitzenden der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Ulrich Hegerl. Dieser betont insbesondere die Gene als zentralen Risikofaktor.

Auch die lösungsbezogene Verantwortung (FF2) verorten die Journalist\*innen auf individueller, netzwerkspezifischer und gesellschaftlicher Ebene (Tabelle 2). Dabei machen sie deutlich, dass die verschiedenen Verantwortungsebenen in ihrer Rolle für die Prävention und Behandlung von Depressionen mitunter zusammenwirken: So wird die gesellschaftliche Entstigmatisierung der Erkrankung als wichtige Voraussetzungen dafür erachtet, dass betroffene Personen sich selbst Hilfe suchen. Gerade in Hinblick auf netzwerkspezifische und gesellschaftliche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse zeichnen sich außerdem Ambivalenzen innerhalb der Stichprobe ab: So wird soziale Unterstützung durch Familie und Freund\*innen einerseits als wichtig für den Umgang mit der Erkrankung hervorgehoben, andererseits betonen einige Teilnehmer\*innen, dass gerade fehlgeleitete soziale Unterstützung nicht-intendierte negative Folgen für die Erkrankten haben kann.

Somit zeigt sich, dass die Journalist\*innen insgesamt sehr differenziert auf die Entstehung, Prävention und Behandlung von Depressionen blicken, schreiben sie doch auf allen drei Ebenen – Individuum, soziales Netzwerk, Gesellschaft – kausale und lösungsbezogene Verantwortung zu. Unklar bleibt angesichts dieser nuancierten Betrachtungsweise, warum die Berichterstattung vornehmlich individuelle gesundheitliche Verantwortung betont. Zukünftige Forschung sollte sich dieser Frage widmen. Sie sollte zudem den journalistischen Responsibility Frames im Kontext weiterer Erkrankungen nachgehen.

## **Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes.**

*Linn Julia Temmann<sup>1</sup>, Annemarie Wiedicke<sup>2</sup>, Doreen Reifegerste<sup>3</sup> & Sebastian Scherr<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Westfälische Wilhelms-Universität Münster; <sup>2</sup>Ludwig-Maximilians-Universität München; <sup>3</sup>Universität Bielefeld; <sup>4</sup>Texas A&M, College Station, Texas*

Mediales Responsibility Framing prägt unsere Vorstellungen darüber, wer für Ursachen und Lösungen von Gesundheitsproblemen verantwortlich ist (Iyengar, 1991; Major & Jankowski, 2020) – und somit auch, welche Gesundheitsprobleme als sozial und politisch unterstützenswert betrachtet werden (Gollust et al., 2010; Kim, 2015; Kim & Willis, 2007). Ausgehend vom kommunikationswissenschaftlichen Framing-Ansatz können Frames als Interpretationsmuster (Brüggemann, 2014) konzeptualisiert werden, die durch Selektion und Salienz (Entman, 1993) eine bestimmte Auslegung eines Themas nahelegen (Matthes, 2009; Scheufele, 2004). Frame Setting bezeichnet dabei den Teilprozess, bei dem mediale Frames kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Reaktionen beim Publikum auslösen (Lecheler & de Vreese, 2019; Matthes, 2014, s. Abbildung 1).

Inhaltsanalysen zeigen, dass die Gesundheitsberichterstattung zumeist Verantwortung auf individueller Ebene adressiert, während soziale und gesellschaftliche Verantwortung eher vernachlässigt werden – z. B. bei Adipositas (Bonfiglioli et al., 2007; Gearhart et al., 2012; Kim & Willis, 2007), Diabetes mellitus (Stefanik-Sidener, 2013) oder Depression (Zhang et al., 2016). Diese individualisierte Berichterstattung hat Konsequenzen für die Verantwortungszuschreibungen (Attributionen) des Publikums: Experimentalstudien zeigen, dass individuelles Responsibility Framing dazu führen kann, dass die Rezipierenden den Betroffenen die Verantwortung zuschreiben, deren gesundheitliche Probleme also als selbstverschuldet erachten (Major, 2009; Shen et al., 2012). Dies wiederum kann im Einklang mit Weiners Attributionstheorie mit einer verstärkten Stigmatisierung (Weiner, 2006) und einer geringeren sozialen und gesundheitspolitischen Unterstützung einhergehen (Barry et al., 2013; Coleman et al., 2011; Gollust et al., 2010).

Ein zentrales Problem dieses Forschungsfeldes ist, dass der Prozesscharakter des Framings häufig zu kurz kommt. Zumeist werden entweder Medieninhalte oder Medienwirkungen untersucht, selten jedoch beides gemeinsam betrachtet (eine der wenigen Ausnahmen: Barry et al., 2013). Hinzu kommt, dass die Verantwortung des sozialen Netzwerks in der Forschung zu Responsibility Frames bislang nur wenig beachtet wurde, obwohl dieses im Gesundheitskontext hochrelevant ist (Gariépy et al., 2016; Sallis et al., 2008; Strom & Egede, 2012).

Mit der vorliegenden Mehrmethodenstudie adressieren wir die dargelegten Forschungslücken, indem wir den Prozess des Responsibility Frame Settings in der Gesundheitsberichterstattung empirisch nachzeichnen. Da Framing-Prozesse anhand spezifischer Themen untersucht werden sollten (Brüggemann, 2014), untersuchen wir, wie deutsche Print- und Onlinemedien (FF1) sowie die deutsche Bevölkerung (FF2) kausale und lösungsbezogene Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes auf drei Ebenen (Individuum, soziales Netzwerk, Gesellschaft) zuschreiben, und wie mediale Responsibility Frames auf die kognitiven Verantwortungszuschreibungen des Publikums wirken (FF3).

## **Methode**

Um den Prozess des Responsibility Frame Settings zu untersuchen, wurde ein mehrmethodisches Forschungsdesign gewählt. Zunächst wurde eine standardisierte Inhaltsanalyse von N = 1,044 Beiträgen aus überregionalen Print- und Onlinemedien zu Depression und Typ-2-Diabetes von 2011 bis 2020 durchgeführt (s. Tabelle 1 für das Kategoriensystem und Abbildung 2 für den Selektionsprozess). Codiert wurden neben formalen Kategorien insbesondere die kausalen und lösungsbezogenen Responsibility Frames auf Ebene des Individuums, des sozialen Netzwerks sowie der Gesellschaft.

Im Anschluss wurden anhand der identifizierten Responsibility Frames realitätsnahe Stimuli konstruiert, deren Wirkung auf die Verantwortungsattributionen des Publikums in einem OnlineExperiment mit N = 1.088 Teilnehmer\*innen getestet wurde (s. Tabelle 2 für das 2x4- Experimentaldesign (Gesundheitsthema x Responsibility Frames) und Tabelle 3 für die Attributionsitems).

## **Ergebnisse**

Die untersuchte Berichterstattung adressiert – in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand – vornehmlich individuelle kausale Verantwortung, insbesondere beim Thema Diabetes (FF 1, s. Tabelle 4). In der Depressionsberichterstattung werden netzwerkspezifische Ursachen und Risikofaktoren vergleichsweise häufig betont. Gesellschaftliche kausale Verantwortung hingegen spielt für beide Erkrankungen eine eher untergeordnete Rolle in der Berichterstattung. Lösungsbezogene Verantwortung wird medial ebenfalls vor allem auf individueller Ebene zugeschrieben, und signifikant häufiger in der Berichterstattung zu Typ-2-Diabetes. An zweiter Stelle folgen für beide Erkrankungen Zuschreibungen lösungsbezogener Verantwortung auf gesellschaftlicher Ebene. Netzwerkspezifische Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse hingegen werden eher selten herausgestellt, im Zusammenhang mit Depression jedoch signifikant häufiger als für Typ-2-Diabetes.

Die Attributionen der deutschen Bevölkerung vor der Rezeption des Stimulus zeigen ein ähnliches Muster wie die Medienberichterstattung (FF2). Auch die deutsche Bevölkerung schreibt bei Diabetes stärker dem Individuum kausale Verantwortung zu, während sie bei Depression signifikant stärker das soziale Netzwerk und die Gesellschaft in der ursächlichen Verantwortung sieht (s. Abbildungen 3 und 4). Im Unterschied zur Medienberichterstattung sind gesellschaftliche und netzwerkspezifische Ursachenattributionen bei Depression gleichauf. Für die Lösung von Typ-2-Diabetes sehen die Menschen ebenfalls signifikant stärker als bei Depression das Individuum in der Verantwortung, während bei Depression individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Lösungen zu ähnlichen Teilen attribuiert werden.

Nach Rezeption der Responsibility Frames (FF3) veränderten sich die Attributionen signifikant in die Richtung des jeweiligen Frames (s. Abbildung 5 und Tabelle 5). Einzige Ausnahme war der netzwerkspezifische Responsibility Frame: Dieser löste im Vergleich zum gesellschaftlichen Frame keine signifikant stärkeren Attributionen zum sozialen Netzwerk aus.

## **Diskussion**

Die Ergebnisse der beiden Teilstudien – Inhaltsanalyse und Experiment – illustrieren den Prozess des Responsibility Frame Settings am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes.

Schon vor der Rezeption der Responsibility Frames waren ähnliche kognitive Attributionsmuster wie in der untersuchten Medienberichterstattung erkennbar, was darauf schließen lässt, dass die Attributionen in der Bevölkerung bereits das Ergebnis eines Frame-Setting-Prozesses sind. Die Attributionen wurden bereits nach einmaliger Exposition zu individuellen, netzwerk-spezifischen und gesellschaftlichen Responsibility Frames signifikant in Richtung der Frames verstärkt. Auch wenn diese Effekte nur im Querschnitt untersucht wurden, ist auf Basis der Vorher- und Nachhermessung davon auszugehen, dass ein kontinuierliches, mediales Responsibility Framing die Verantwortungszuschreibungen der Bevölkerung entscheidend prägt – und somit potenziell auch ihre Wahrnehmung und Unterstützungsbereitschaft gegenüber Betroffenen von Gesundheitsproblemen wie Depression und Typ-2-Diabetes (Iyengar, 1991; Weiner, 2006).

---

## **Irresponsible Memes? Die Darstellung von psychischen Erkrankungen und Gegenmaßnahmen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram**

*Anna Wagner<sup>1</sup> & Linn Temmann<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Universität Bielefeld, <sup>2</sup>Universität Münster*

Darstellungen psychischer Erkrankungen finden sich nicht nur in traditionellen Massenmedien und professionell produzierten Medieninhalten. Vielmehr sind psychische Krankheiten zunehmend auch in sozialen Medien und in Form von user generated content repräsentiert. Auch die Betroffenen selbst thematisieren psychische Erkrankungen in den sozialen Medien (Hussain, 2020) und beeinflussen damit auch, wie diese individuell und öffentlich wahrgenommen und ausgehandelt werden. Eine wichtige Rolle bei der Darstellung psychischer Erkrankungen in sozialen Medien spielen Internet Memes, die beispielsweise im Falle der Depression einen Großteil der Social-Media-Inhalte ausmachen (McCosker & Gerrard, 2021).

Definiert werden Internet Memes im Allgemeinen als “a group of digital items sharing common characteristics of content, form, and/or stance” (Shifman, 2014, S. 41), die von Nutzer\*innen modifiziert und verbreitet werden und sich üblicherweise humoristischen Strategien bedienen. Dies gilt auch für die sogenannten ‚Depression Memes‘ (McCosker & Gerrard, 2021), bei denen es sich um eine Subgruppe von Memes handelt: “these memes are predominately negative and emotional in nature, often depicting themes pertaining to death, suicide and social isolation” (Gardner et al., 2021, S. 502). Trotz dieser potenziell gefährdenden Darstellungen von Suizid und Tod zeigen die wenigen, bislang existierenden Studien zu Depression Memes, dass die Memes vermittelt durch Humor und Emotionsregulierung zum individuellen Coping mit psychischen Erkrankungen beitragen können (Akram, Drabble et al., 2020; Akram, Gardner, et al., 2021; Akram, Irvine, et al., 2021).

Während die Wirkungen solcher Memes in experimentellen Settings bereits untersucht wurden, sind die konkreten Inhalte und Darstellungen nur selten in den Blick genommen worden. Lediglich Beach (2021) hat in ihrer Dissertation Depression Memes auf Reddit untersucht und dabei die Themen des ‚alltäglichen Kampfes‘, des Selbsthasses, einer Deutungshoheit über die Depression und des ausgeprägten Todeswunschs identifiziert. Depression Memes auf der

deutlich populäreren Plattform Instagram (Statista, 2021) sind demgegenüber noch nicht analysiert worden. Zudem ist noch nicht systematisch erforscht worden, wie psychische Erkrankungen in den Memes repräsentiert werden. Wir fragen daher:

FF: Wie werden psychische Erkrankungen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram dargestellt?

## **Methode**

Zur Untersuchung dieser Fragestellung führten wir eine qualitative Inhaltsanalyse von 400 Top Memes durch, die im Zeitraum zwischen August und September 2021 unter dem (gebannten) Hashtag #depressionmemes auf Instagram gepostet wurden. Zum Zeitpunkt der Analyse waren mehr als eine halbe Million Posts unter dem Hashtag verlinkt worden. Die Codierung erfolgte computergestützt mit der Software MAXQDA und wurde unabhängig von zwei Codierer\*innen durchgeführt. Die Reliabilität der Codierung wurde durch kommunikative Validierung sichergestellt (Mayring, 2014). Zunächst wurden deduktive, aus der Theorie und bestehender Forschung abgeleitete Kategorien (siehe Tabelle 1) auf das Material angewandt. Anschließend wurden in der Auseinandersetzung mit dem Material induktive Kategorien entwickelt und das Kategoriensystem so schrittweise erweitert.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen, dass die analysierten Depression Memes nicht nur Depressionen zum Thema haben, sondern eine diffuse Mischung aus verschiedenen psychischen Erkrankungen behandeln. Hierbei werden die subjektive Erfahrung der Krankheiten und alltägliche Herausforderungen in den Vordergrund gerückt und auf humoristische Weise aufgegriffen (z. B. „I’ve got 99 problems and 86 of them are completely made up scenarios in my head that I’m stressing about for absolutely no reason“). Die jeweilige psychische Erkrankung wird in den Memes dabei als unabhängiger Akteur dargestellt, der die Betroffenen im Griff hat, unkontrollierbar ist und eigenständig in das (Alltags-)Leben eingreift (siehe Abbildung 1). Entsprechend negieren manche der Darstellungen auch die Verantwortung der Betroffenen für die eigenen Handlungen („I am a stack of bones controlled by a meaty electrical circuit. I am not responsible for my actions“). Gleichzeitig werden psychische Erkrankungen – teilweise aber auch der spezifische Humor der Depression Memes selbst – als integraler Teil des Selbst präsentiert, der zur sozialen Isolation der Betroffenen beiträgt und unveränderlich ist („Sorry for acting like that, it will happen again“).

Die Unkontrollierbarkeit psychischer Erkrankungen spiegelt sich auch in der Thematisierung der potentiellen Gegenmaßnahmen wie Medikation und Therapie wider. Die Gegenmaßnahmen werden als größtenteils wirkungslos, unzulänglich oder sogar schädlich dargestellt („Is it depression or is it reaching the point in therapy where you’ve pulled off the scabs on several years of repressed trauma“). Dabei ist das Scheitern an deren Anwendung häufig Gegenstand des Humors (siehe Abbildung 2). Immer wieder wird in den Memes zudem mittels eines sogenannten ‚negativselbstzerstörerischen‘ Humors – einer gegen das Selbst gerichteten destruktiven Humorart – aus der Ich-Perspektive die Unfähigkeit des Betroffenen, die Erkrankung zu bewältigen, thematisiert (siehe Abbildung 3).

Neben der individuellen Ebene der Krankheitserfahrung und Nicht-Bewältigung, wird in den Memes auch eine gesellschaftliche Ebene sichtbar. So wird die Notwendigkeit thematisiert, gesellschaftlichen Erwartungen von Gesundheit oder Normalität zu entsprechen, was zur

Folge habe, dass etwaige Symptome verheimlicht oder kaschiert werden müssten. Damit verbunden ist in der Darstellung der Memes auch eine Unfähigkeit bzw. ein Unwille, den gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen (siehe Abbildung 4). Schließlich finden sich auch Memes, die auf satirische Weise Kritik an den gesellschaftlichen, (vermeintlich) fehlgeleiteten Annahmen über psychische Erkrankungen üben – beispielsweise an ungefragten Ratschlägen zum ‚positiven Denken‘ oder gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen („I had depression too but then I became a raw vegan“). Dabei kommt häufig ein negativ-aggressiver Humor gegenüber denjenigen zum Einsatz, die für diese Wahrnehmungen und Ratschläge verantwortlich gemacht werden.

## Diskussion

Zusammenfassend zeigt die Inhaltsanalyse, dass psychische Erkrankungen in den Depression Memes als überwiegend unveränderliche und unbehandelbare Störungen sowie als zur Person und zur eigenen Identität gehörig dargestellt werden. Dieser Befund ist im Hinblick auf die (Selbst-) Stigmatisierung psychischer Erkrankungen (Scherr, 2019) ambivalent: Einerseits weist diese Sichtweise Ähnlichkeiten zum Essentialismus auf, also der Ansicht, dass psychische Erkrankungen von etwas ausgelöst werden, das inhärenter Bestandteil von Menschen ist (Peters et al., 2020), was potenziell die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verschärfen kann (Berryessa, 2016). Somit sind auch die analysierten Depression Memes als möglicherweise stigmatisierend einzustufen, insbesondere, wenn man eine mögliche kultivierende Wirkung der Memes bei einer längerfristigen Rezeption bedenkt. Andererseits ist gerade die Überzeugung, dass eine psychische Erkrankung nicht in der individuellen Verantwortung liegt, laut Corrigan et al. (2003) mit einer geringeren Stigmatisierung verbunden. Letztlich wäre auch denkbar, dass Meme-Creator\*innen durch (augenscheinlich) verantwortungslose Inhalte dem insbesondere auf Instagram vorherrschenden Positivity Bias (Waterloo et al., 2018) etwas entgegensetzen wollen. Künftige Studien können hier ansetzen und untersuchen, wie Creator\*innen und Rezipient\*innen Depression Memes zum Coping mit ihren psychischen Erkrankungen nutzen, und welche Rolle eine mögliche (Selbst-)Stigmatisierung in diesem Kontext spielt.

## Best Paper Panel

### Verantwortungsdarstellung und Verantwortungswahrnehmung in der 1. Welle der COVID-19-Pandemie: Ein methodischer Ansatz.

*Anna Wiedicke<sup>1</sup>, Constanze Rossmann<sup>1</sup>, Jana Sandrock<sup>2</sup>, Linn Julia Temmann<sup>3</sup>, Doreen Reifegerste<sup>4</sup> & Laura Eva-Marie Koch<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Ludwig-Maximilians Universität München, <sup>2</sup>Universität Erfurt, <sup>3</sup>Westfälische Wilhelms-Universität Münster, <sup>4</sup>Universität Bielefeld*

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie reagierte der Großteil der betroffenen Länder mit Maßnahmen, die das öffentliche Leben weitgehend einschränkten. Gleichzeitig baten Politiker\*innen und andere gesellschaftliche Akteur\*innen die Menschen, Abstand zu halten und nach Möglichkeit zu Hause zu bleiben (ARD Extra, 2020; Koh et al., 2020; Schäfer, 2020). Dem Individuum wurde somit – neben der Politik – eine große Rolle für die Bewältigung der Pandemie beigemessen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wer eigentlich für Ursachen und Lösungen der COVID-19-Pandemie als verantwortlich wahrgenommen wird – nicht zuletzt

deshalb, weil die Verantwortungswahrnehmung das individuelle Gesundheitsverhalten sowie die Bereitschaft, politische Maßnahmen zur Eindämmung von Gesundheitsrisiken zu unterstützen, beeinflusst (Sun et al., 2016). Maßgeblich geprägt wird die Verantwortungswahrnehmung dabei durch die Verantwortungsdarstellung in der medialen Berichterstattung mittels sog. Responsibility Frames (Temmann et al., 2022).

## **Responsibility Framing in der COVID-19-Pandemie und Verantwortungswahrnehmung der Bevölkerung**

Responsibility Frames stellen spezifische Ursachen und Lösungen (bzw. entsprechende Hindernisse) eines Problems heraus und legen damit eine bestimmte Interpretation kausaler bzw. lösungsbezogener gesundheitlicher Verantwortung nahe (Iyengar, 1990; Semetko & Valkenburg, 2000). Dabei wird zwischen Einflussfaktoren auf der Ebene des Individuums, der Ebene des sozialen Netzwerks und der Ebene der Gesellschaft unterschieden (Reifegerste et al., 2021). Die Berichterstattung zu Gesundheitsthemen hebt zumeist individuelle Verantwortung hervor (Major, 2018; Temmann et al., 2022). Inhaltsanalysen im Kontext der COVID-19-Pandemie gelangten allerdings zu gegenteiligen Befunden: So stellten australische Medien zu Beginn der Pandemie insbesondere gesellschaftliche lösungsbezogene Verantwortung und v. a. politische Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie heraus (Thomas et al., 2020). Auch die New York Times betonte die gesellschaftliche Verantwortungsebene, jedoch vornehmlich in Bezug auf kausale Verantwortung und politische Fehlentscheidungen (Zhang, 2021). Für die deutsche Berichterstattung fehlen bislang Erkenntnisse hierzu.

Im Hinblick auf die Wahrnehmung gesundheitlicher Verantwortung zeigt die bisherige Forschung, dass auch hier individuelle kausale und lösungsbezogene Verantwortungszuschreibungen bei Gesundheitsthemen überwiegen (Major, 2018). Allerdings gibt es hierzu nur wenige Befragungsstudien, zumal zu COVID-19, die dies bevölkerungsrepräsentativ beleuchten.

## **Forschungsinteresse und Untersuchungsanlage**

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Rolle der medialen Berichterstattung als zentrale Informationsquelle zu Beginn der COVID-19-Pandemie (Dreisiebner et al., 2020) untersucht der vorliegende Beitrag die Responsibility Frames in der deutschen Berichterstattung in der 1. Welle der Pandemie. Zudem wird beleuchtet, wem die deutsche Bevölkerung die Verantwortung zu dieser Zeit zuschrieb und ob sich Verantwortungsdarstellung und -wahrnehmung im Zeitverlauf verändert haben. Mit Blick auf die Ergebnisse bisheriger Studien im Kontext der COVID-19-Pandemie formulieren wir zunächst die folgende Hypothese (Thomas et al., 2020; Zhang, 2021):

H1: Die Berichterstattung schreibt vornehmlich gesellschaftliche kausale und lösungsbezogene Verantwortung für die COVID-19-Pandemie zu.

Aufgrund der mangelnden Befundlage zur Verantwortungszuschreibung der Bevölkerung und Veränderungen im Zeitverlauf formulieren wir darüber hinaus zwei offene Forschungsfragen:

FF1: Wem schreibt die deutsche Bevölkerung a) kausale und b) lösungsbezogene Verantwortung für die COVID-19-Pandemie zu?

FF2: Verändern sich a) Verantwortungsdarstellung und b) Verantwortungswahrnehmung im Zeitverlauf?

Zur Überprüfung der H1 und Beantwortung der FF2 führten wir eine Inhaltsanalyse der Berichterstattung der drei überregionalen Tageszeitungen BILD, Frankfurter Allgemeine Zeitung (F.A.Z.) und Süddeutsche Zeitung (SZ) durch. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich vom 27.01. bis 31.05.2020 (1. Welle der Pandemie in Deutschland bis zum ersten Absinken der Infektionszahlen). Die Stichprobe umfasste N = 472 Beiträge (für weitere Details siehe Abbildung 1). Neben formalen Kategorien wurden die Responsibility Frames erfasst (Tabelle 1). Die Codierung erfolgte durch zwei Masterstudierende, die Intercoder-Reliabilität lag zwischen 0.81 und 1.0 (Krippendorff, 2011; Tabelle 1).

Um FF1 und FF2 nachzugehen, wurde eine Online-Panel-Befragung in zwei Wellen durchgeführt (Welle 1: 23.-31.03.2020, N = 1.378; Welle 2: 15.-21.04.2020, N = 1.065). Die Teilnehmenden wurden nach Alter, Geschlecht und Bildung für die deutsche Bevölkerung quotiert (Tabelle 2). Die Zuschreibung von kausaler und lösungsbezogener Verantwortung wurde in Bezug auf verschiedenen Akteur\*innen auf der Ebene des Individuums, des sozialen Netzwerks und der Gesellschaft mit einer fünfstufigen LikertSkala erfasst (Tabelle 3).

## **Ergebnisse und Diskussion**

Die Berichterstattung schreibt eher selten kausale Verantwortung für die COVID-19-Pandemie zu: Nur 44 Beiträge (9.3 %) führen Ursachen der Pandemie an, wobei der Fokus auf gesellschaftlicher kausaler Verantwortung liegt. Im Gegensatz dazu spielt die Frage, wer für die Lösung der COVID-19-Pandemie verantwortlich ist, eine zentrale Rolle (n = 360, 76.3 %). In insgesamt 325 Beiträgen (68.9 %) wird die lösungsbezogene Verantwortung dabei gesellschaftlichen Akteur\*innen und Institutionen zugeordnet. Individuelle und netzwerkbezogene Verantwortung werden deutlich seltener genannt. H1 kann somit angenommen werden. Die Betrachtung der Verantwortungsdarstellung im Zeitverlauf (FF2) verdeutlicht, dass die Ebene der Gesellschaft, die am häufigsten adressierte Verantwortungsebene bleibt (Tabelle 4).

Im Gegensatz dazu schreibt die Bevölkerung die kausale und lösungsbezogene Verantwortung für die COVID-19-Pandemie in hohem Maße dem Individuum zu (FF1). Dabei ist die Zuschreibung von Lösungsverantwortung stärker ausgeprägt als die Ursachenzuschreibung, was der geringeren Thematisierung von Ursachen in der Berichterstattung entspricht (Tabelle 3). Auch die Betrachtung der Entwicklung im Zeitverlauf (FF2) bekräftigt, dass die Bevölkerung vornehmlich individuelle kausale und lösungsbezogene Verantwortung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie attribuiert (Tabelle 3).

Folglich bestätigen unsere Ergebnisse, dass die journalistische Auseinandersetzung mit COVID-19 mit dem über die Jahre medial etablierten Frame individueller gesundheitlicher Verantwortung brach. Sie zeigen jedoch auch, dass die deutsche Bevölkerung Entstehung und Umgang mit der Pandemie nichtsdestotrotz als etwas wahrnahm, das in der Verantwortung eines jeden Einzelnen liegt. Dies hat sich auch im Verlauf der ersten Welle der Pandemie nicht verändert. Möglicherweise lässt sich dieser Befund damit begründen, dass – anders als die mediale Berichterstattung – verschiedene gesellschaftliche Akteur\*innen und Institutionen wiederholt artikulierten, dass jede\*r Einzelne einen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie leisten kann und sollte.

Obgleich die vorliegende Studie verschiedenen Limitationen unterliegt (u.a. kleines Mediensample, keine Kausalanalysen), liefert sie einen wichtigen Einblick in die Verantwortungsdarstellung und -wahrnehmung während der Pandemie: Dass Ursachen und Lösungen der Pandemie seitens der Bevölkerung als etwas erachtet werden, das in der Verantwortung eines jeden Einzelnen liegt, ist mit Blick auf die Bedeutung von Verantwortungswahrnehmung für das individuelle Gesundheitsverhalten sowie die Bereitschaft, politische Maßnahmen zu unterstützen, ein zentraler Befund. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die mediale Berichterstattung die Verantwortungszuschreibung der Bevölkerung nicht in allen Kontexten zu determinieren scheint.

---

## **Die Anfragen an Dr. Google: Verhaltensdaten zum Online-Informationshandeln mit Gesundheitsbezug**

*Elena Link<sup>1</sup>, Marko Bach<sup>2</sup>, Frank Mangold<sup>3</sup> & Sebastian Stier<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover; <sup>2</sup>Universität Hohenheim; <sup>3</sup>GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften*

Für den Erhalt der Gesundheit, die Befähigung zur Teilhabe an der eigenen Gesundheitsversorgung und die Bewältigung einer Erkrankung sind der Zugang zu qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen und ihre angemessene Nutzung bedeutsam (Horch & Wirz, 2005; Rummer & Scheibler 2016). In diesem Sinne ist die Suche nach Gesundheitsinformationen als eine aktiv und zielgerichtet initiierte Form des Informationshandelns eine situative Strategie, um den eigenen Wissenstand zu erweitern, Einstellungen zu bilden, Entscheidungen vorzubereiten und Unsicherheiten zu bewältigen (Atkin, 1973; Brashers, 2001; Zimmerman & Shaw, 2020). Die Art des Bedürfnisses bedingt, welche Quellen und konkreten Informationen entweder problemorientiert oder interessengeleitet gesucht werden (Galarce et al., 2011). Zu den Schlüsselmomenten der Suche zählt die selektive Auswahl geeigneter Informationsquellen und relevanter Informationen (Knobloch-Westerwick 2015).

Ein Anteil von 72 Prozent der Deutschen, der angibt schon einmal das Internet für gesundheitsbezogene Zwecke genutzt zu haben, verdeutlicht, dass der Suche nach Gesundheitsinformationen mittels des Internets eine hohe Bedeutung zukommt (Link & Baumann, 2020). Aufgrund des umfangreichen und aktuellen Angebots und der Möglichkeit der zielgerichteten, bequemen und kostengünstigen Recherche wird dem Online-Gesundheitsinformationshandeln das Potenzial zugeschrieben maßgeblich zur Förderung, zum Erhalt oder der Wiederherstellung der Gesundheit beizutragen und informationale Ungleichheiten abzubauen (Hartoonian et al., 2014; Johnson & Case, 2012; Link et al., 2021). Diesen Potenzialen steht die Herausforderung gegenüber, hochwertige Informationen zu finden und vertrauenswürdige Quellen zu identifizieren. Zudem weisen Studien darauf hin, dass soziale Ungleichheiten digital fortbestehen und nur Teile der Bevölkerung digital erreichbar sind (Bachl, 2016; Cornejo et al., 2020).

Es bedarf daher einer belastbaren Beschreibung des Online-Informationshandelns mit Blick auf die relevanten Inhalte und Quellen sowie eine Charakterisierung der Nutzer\*innen. Hierzu gibt es zahlreiche Studie (Zimmerman & Shaw, 2020; Wang et al., 2021), die allerdings größtenteils auf der Selbstauskunft der Befragten basieren. Die Reliabilität und Validität ist in diesen Studien maßgeblich durch die Erinnerungsleistung, die Auskunftsfähigkeit und -willigkeit

beeinträchtigt (Prior, 2009; Scharow, 2016). Vor allem das breite Spektrum an Informationen über bestimmte Krankheiten, Symptome, Therapien, Möglichkeiten zur Prävention sowie eines gesunden Lebensstils (Cao et al., 2016) sowie die Vielfalt an Quellen und Angebotsformen – von der Informationsbereitstellung beispielsweise auf Gesundheitsportalen (Health Content) bis zum Austausch in Online-Foren (Health Communitys; Rossmann & Karnowski 2014) – können die Aussagekraft solcher Abfragen erschweren. Daher bieten Tracking-Daten eine wichtige Ergänzung der Erkenntnisse aus Befragungsstudien, indem sie eine grundlegende Beschreibung des Online-Gesundheitsinformationshandelns ermöglichen.

Der vorliegende Beitrag verfolgt das Ziel zunächst die Prävalenz gesundheitsbezogenen Suchanfragen mittels Suchmaschinen abzubilden (Forschungsfrage 1a) und anhand der gesuchten Inhalte zu beschreiben (FF1b), die Suchprozesse mit Blick auf die genutzten Angebotsformen bzw. Quellen nachzuzeichnen (FF2) sowie zu bestimmen, inwiefern Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen im Sinne sozialer Ungleichheiten mit dem Suchverhalten korrespondieren (FF3).

## **Methode**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen, führen wir eine Sekundäranalyse der deutschen Teilstichprobe einer komparativen Studie zur Nachrichtennutzung durch (siehe für mehr Informationen Stieret al., 2022), in der die Online-Nutzung über drei Monate (15.3.-16.6.2019) hinweg passiv aufgezeichnet und mit einer Panelbefragung kombiniert wurde. Die Stichprobe war nach Alter, Geschlecht und Bildung quotiert. Die Tracking-Daten umfassen für jeden Besuch die komplette URL sowie den Zeitpunkt und die Dauer des Besuchs. Der Teildatensatz für Deutschland enthält ca. 1.000 Personen, von denen im Untersuchungszeitraum etwa 25 Millionen Aufrufe von Internetseiten, davon etwa 1.5 Millionen Aufrufe der Google-Suche, erfasst wurden. Da die Befragung Themen politischer Kommunikation fokussierte, soll in dieser Analyse zum gesundheitsbezogenen Informationshandeln nur auf soziodemographische Personenmerkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen) zurückgegriffen werden. Ausgangspunkt unserer Analyse sind alle Suchanfragen bei Google, die wir mit einer Liste von gesundheitsrelevanten Suchbegriffen aus verschiedenen Bereichen abgleichen. Dann betrachten wir die Internetseiten, die nach diesen Suchen aufgerufen wurden.

## **Erste Ergebnisse und geplante Analysen**

Die Analyse der Tracking-Daten zeigt, dass entsprechende Suchanfragen im dreimonatigen Untersuchungszeitraums nur von etwa 7 Prozent der Teilnehmer\*innen vorgenommen wurden (FF1a). Bei einer Hochrechnung auf den verbreiteten Abfragezeitraum von zwölf Monaten liegt die geschätzte Prävalenz im Jahr bei 28 Prozent. Differenziert nach den Themen der Suche (FF1b) zeigt sich, dass Suchen nach medizinischem Fachpersonal und Einrichtungen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen) am weitesten verbreitet sind. Danach folgen Anfragen nach konkreten Krankheiten und ihren Symptomen sowie Therapien. Bezüglich der nach einer gesundheitsbezogenen GoogleSuche aufgerufenen Seiten (FF2) findet sich eine große Vielfalt von Angebotsformen und Quellen. Sie reicht von etablierten Informationsangeboten (z.B. Gesundheitsbehörden) über spezialisierte und allgemeine mediale Angebote (z.B. netdoktor.de, spiegel.de), Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser) bis hin zu spezialisierten und allgemeinen Community-basierten Plattformen (z.B. Elternforen, Wikipedia). Weitere noch ausstehende Analysen werden die Suchanfragen

und letztlich gewählten Angebote miteinander in Beziehung setzen. Zudem steht auch noch die Analysen zu den Unterschieden nach Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen aus (FF3).

## Diskussion

Bereits auf Basis der ersten Analysen lässt sich festhalten, dass zwischen der selbstberichteten und der passiv beobachteten Prävalenz der gesundheitsbezogenen Informationssuche im Internet eine so große Diskrepanz besteht, dass sie sich nicht alleine durch eine methodisch bedingte Unterschätzung bei Erhebung und Analyse der Tracking-Daten plausibel erklären lässt. Übereinstimmend mit Befunden zur allgemeinen Internetnutzung (Scharkow, 2016) oder zur Nachrichtennutzung (Prior, 2009) ist auch im Gesundheitsbereich von einer starken Tendenz zu Overreporting auszugehen. Allerdings zeigen sich ähnliche Muster mit Blick auf die Interessenschwerpunkte der Suchenden (Baumann et al., 2020; Link et al. 2021) sowie die Bandbreite der genutzten Angebotsformen und Quellen. Vor allem eine problemorientierte Online-Suche nach Fachpersonal und Krankheiten wird deutlich. Es zeigt sich, dass besonders Betroffene über das Internet erreicht werden können (Kreps, 2008). Dies ist auch mit Blick auf die gefundenen Unterschiede in der Prävalenz bedeutsam. Die Informationssuche ist bedarfsorientiert und wird damit keineswegs regelmäßig, sondern eher selten im Bedarfsfall eingesetzt. Demnach legt der Beitrag eine Relativierung der Ergebnisse von Befragungsstudien mit Blick auf die Prävalenz nahe, untermauert aber Erkenntnisse zur Art der Suche.

Die weiteren erwarteten Erkenntnisse zu personenbezogenen Unterschieden ermöglichen die Untersuchung von sozialen Ungleichheiten. Daraus können Implikationen für die strategische Gesundheitskommunikation abgeleitet werden. Es soll darauf eingegangen werden, welche Informationen wo gesucht werden und welche spezifischen Gruppen mit Hilfe von Online-Quellen erreichbar sind (Kreps, 2008). Abschließend diskutieren wir den Nutzen einer auf gesundheitsbezogenes Informationshandeln zugeschnittenen Primärerhebung.

---

## Selbst schuld und gefährlich noch dazu: Kognitive Frames zum Krankheitsbild Depression und deren Bedeutung für das individuelle Kommunikationsinteresse

*Anna Freytag<sup>1</sup>, Eva Baumann<sup>1</sup>, Matthias C. Angermeyer<sup>2</sup> & Georg Schomerus<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover; <sup>2</sup>Center for Public Mental Health, Gösing am Wagram; <sup>3</sup>Universität Leipzig*

## Hintergrund

Mit einer Prävalenz ca. fünf Prozent sind Depressionen weltweit die am weitesten verbreitete psychische Erkrankung (World Health Organization, 2022). Studien zeigen eine verzerrte, von stereotypen Vorstellungen und stigmatisierenden Haltungen geprägte öffentliche Wahrnehmung des Krankheitsbildes (Angermeyer & Dietrich, 2006). Depressionen werden oft als kontrollierbar und selbstverschuldet betrachtet, was mit geringer Sympathie und Hilfsbereitschaft gegenüber Betroffenen einhergeht (Muschetto & Siegel, 2019). Häufig wird die Ursache für Depressionen in akutem persönlichen Stress, Problemen in der Ehe oder Familie, den Genen, einer Gehirnerkrankung (z. B. Dietrich et al., 2004; Lersner et al., 2019; Schomerus et al., 2014), in fehlender Selbstkontrolle (Hegerl et al., 2003) oder im schlechten Charakter einer

Person (Jorm et al., 1997) gesehen. Die Verantwortung für einen adäquaten Umgang mit Depressionen wird vor allem auf die Betroffenen selbst attribuiert (Angermeyer & Dietrich, 2006). Studien zur Haltung gegenüber Menschen mit Depressionen betrachten bislang primär einzelne Einstellungsaspekte. Aus einer kognitiven Framing-Perspektive erscheint es jedoch angemessen, die Wahrnehmung psychischer Krankheit im Sinne sozial geteilter Interpretationsmuster als Bündel kognitiver Schemata zu begreifen (Entman, 1993; Goffman, 1974). Daher lautet unsere FF1: Welche kognitiven Frames existieren und welche Denkmuster dominieren in der deutschen Bevölkerung zum Krankheitsbild Depression? (FF1)

Aus einer kommunikationsstrategischen Perspektive stellt sich hieran anknüpfend die Frage der kommunikativen Erreichbarkeit (Fransen et al., 2015). So ist bekannt, dass der Kontakt mit Betroffenen und Gespräche über das Thema (Couture & Penn, 2003) sowie Informationen (z. B. Romer & Bock, 2008; Schomerus et al., 2016) entstigmatisierend wirken können. Um dysfunktionale Denkmuster kommunikativ adressieren zu können, spielt somit die mit den kognitiven Frames der Menschen potenziell verbundene kommunikative Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. Daher exploriert die vorliegende Studie: Inwiefern unterscheiden sich Menschen je nach kognitivem Frame zum Krankheitsbild Depression hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Kommunikation mit Betroffenen und ihrer Offenheit gegenüber themenrelevanten Informationen? (FF2)

## **Methode**

In 2020 wurde eine repräsentative, standardisierte Face-to-face-Befragung in der deutschen erwachsenen Bevölkerung durchgeführt (N = 1.530; Tabelle 1). Zu Beginn wurde den Befragten die Vignette einer Person mit Depressionssymptomatik (Angermeyer & Matschinger, 1997, Abbildung 1) vorgelegt.

Die kognitiven Frames zu Depression wurden über (1) die attribuierte Kausalverantwortung, d.h. wahrgenommene Ursachen für das in der Vignette beschriebene Problem (nach Schomerus et al., 2014), (2) die zugeschriebene Handlungsverantwortung, d.h. Lösungsvorschläge für das beschriebene Problem (nach Riedel-Heller et al., 2005; Speerforck et al., 2017), (3) die antizipierten Folgen sowie (4) die Eigenschaften der beschriebenen Person (Angermeyer & Matschinger, 2003) und (5) die Zuschreibung von Schuld (single Item; Angermeyer et al., 2016) gemessen. Die Items zur Erfassung der Kausalverantwortung, Handlungsverantwortung, antizipierten Folgen sowie der Merkmale der beschriebenen Person wurden zunächst in explorativen Faktoranalysen verdichtet (Tabelle 5-8). Die Faktoren der Frame-Dimensionen gingen zusammen mit dem Single-Item zum Eigenverschulden in eine zweistufige Clusteranalyse ein (FF1).

Zur Beantwortung der FF2 wurden die Cluster anhand der Bereitschaft der Befragten, mit der in der Vignette beschriebenen Person zu sprechen (M = 4,1, SD = 1,06; 5-stufige-Likert-Skala) sowie anhand eines Mittelwertindex zur Erfassung der Offenheit für Informationen zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit (Howell & Shepperd, 2016;  $\alpha = .86$ , M = 2,85, SD = 0,94; 5-stufige Likert-Skala) auf Unterschiede geprüft.

## **Ergebnisse**

Die Clusteranalyse ergab vier kognitive Frames zur Depressionssymptomatik, die insgesamt 61 % der Varianz zwischen den Gruppen erklären (Tabelle 2). Das größte Cluster (n = 527, 37

%) nimmt eine medizinisch-psychologische Perspektive ein und ist durch eine rationale und eher gering stigmatisierende Sichtweise gekennzeichnet. Als Ursachen für das in der Vignette beschriebene Problem werden vor allem Widrigkeiten in der Kindheit oder biogenetische Ursachen und weniger der Lebensstil des Betroffenen gesehen. Die psychiatrische Versorgung wird als wichtigste Lösung wahrgenommen. Den Betroffenen wird in relativ geringem Maße Eigenverschulden zugeschrieben und sie werden nicht für schwach gehalten.

Das zweitgrößte Cluster (n = 402, 28 %) kann als entdramatisierende Alternativperspektive betitelt werden und hat die positivste Sicht auf die Person in der Vignette. Negativen Emotionen als Ursache der Problematik wird leicht überdurchschnittlich zugestimmt, alternative Lösungen und Hilfe zur Selbsthilfe werden am stärksten empfohlen. Negative Folgen sowie negative Charaktereigenschaften und der Vorwurf des Eigenverschuldens werden eher abgelehnt.

Die dritte, fast ebenso große, Gruppe (n = 394, 27 %) stellt eine pessimistische Schuld- und Gefahrenperspektive dar. Sie stimmt allen Ursachen überdurchschnittlich zu und schreibt auch den Betroffenen selbst die Schuld zu. Überdurchschnittlich werden Institutionen wie der Notarzt oder das Gesundheitsamt in der Handlungsverantwortung gesehen. Besonders prägnant sind die hohe Zustimmung zu einer negativen Lebensprognose für die Betroffenen und die Annahme, dass diese Personen gefährlich und schwach sind.

Die kleinste Gruppe (n = 112, 8 %) ist von einer ablehnenden, die beschriebene Situation wenig ernstnehmenden Haltung gekennzeichnet und nimmt eine oberflächlichen Schuldperspektive ein. Sie scheint keine der thematisierten Ursachen für das in der Vignette beschriebene Problem für bedeutsam zu halten. Auch die denkbaren Lösungen werden nur unterdurchschnittlich empfohlen. Negative Folgen werden vergleichsweise wenig gesehen, zudem werden Betroffene für eher wenig gefährlich gehalten. Betroffene werden als schwach und an dem beschriebenen Zustand selbst schuld gesehen.

Die vier Gruppen unterscheiden sich signifikant in Bezug auf Geschlecht, Alter, Bildung sowie hinsichtlich der direkten oder indirekten eigenen Betroffenheit (Tabelle 3). Auch hinsichtlich der kommunikativen Offenheit finden sich signifikante Unterschiede (Tabelle 4): Die größte Gesprächsbereitschaft zeigen Personen mit einer entdramatisierende Alternativ-Perspektive (M = 4,55, SD = 0,75), die bei Menschen mit einer pessimistischen Schuld- und Gefahrenperspektive deutlich geringer ist (M = 3,41, SD = 1,2). Die Informationsoffenheit ist bei Befragten mit einer medizinisch-psychologischen Perspektive am höchsten (M = 3,01, SD = 0,96), Menschen mit einer pessimistischen Schuld- und Gefahrenperspektive sowie mit einer oberflächlichen Schuldperspektive haben eine geringere Offenheit (M = 2,61, SD = 0,8/0,84).

## **Diskussion**

Menschen in Deutschland haben unterschiedliche kognitive Muster zum Krankheitsbild Depression, die mit unterschiedlich ausgeprägten und akzentuierten Verantwortungszuschreibungen einhergehen. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Stigmatisierung von Menschen mit Depressionen sind vor allem Personen mit pessimistischer Schuld- und Gefahrenperspektive sowie oberflächlicher Schuldperspektive als kritisch einzuschätzen, die mehr als ein Drittel der Befragten ausmachen und der Schuld und Eigenverantwortung von Menschen mit Depression besonders zustimmen. Außerdem ist in beiden Gruppen die fehlende Bereitschaft zur

Interaktion mit Betroffenen—und somit der Wunsch nach sozialer Distanz—am stärksten ausgeprägt und die Offenheit gegenüber Informationen zum Thema am geringsten. Diese Gruppen stellen somit eine besondere Herausforderung für die Anti-Stigma-Arbeit dar. Weitere theoretische und praktische Implikationen sowie Limitationen der Studie werden im Vortrag diskutiert.