

Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022

Reifegerste, Doreen (Ed.); Kolip, Petra (Ed.); Wagner, Anna (Ed.)

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Konferenzband / conference proceedings

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reifegerste, D., Kolip, P., & Wagner, A. (Hrsg.). (2023). *Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022* (Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft). Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.90137>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Gesundheitskommunikation
Fachgruppe der Deutschen Gesellschaft für Publizistik-
und Kommunikationswissenschaft (DGPuK)

Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für
Publizistik- und
Kommunikationswissenschaften (DGPuK)

Doreen Reifegerste, Petra Kolip & Anna Wagner
(Hrsg.)

Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?

Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft e.V.
Stuttgart
2023
doi: <https://doi.org/10.21241/ssoar.90137>

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitskommunikation(sforschung zu Fragen der Verantwortungszuschreibung. Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022	
<i>Doreen Reifegerste, Petra Kolip & Anna Wagner</i>	1
Verleiht Flügel? Wirkung von Warnhinweisen auf Energydrink-Dosen	
<i>Moritz Hölzer, Cosima Nellen & Matthias R. Hastall</i>	7
Ich, du, wir? Empowerment als relevantes Konstrukt im Gesundheitskontext	
<i>Isabell Koinig & Sara Atanasova</i>	26
Der Blick über den Tellerrand – Chancen, Herausforderungen und Zielgrößen guter Lehre in der Gesundheitskommunikation	
<i>Dominik Daube, Alexander Ort, Freya Sukalla, Anna Wagner & Doreen Reifegerste</i>	47
Irresponsible Memes? Psychische Erkrankungen, Betroffene und gesellschaftliche Bewertungen in „Depression Memes“ auf Instagram	
<i>Anna Wagner & Linn Julia Temmann</i>	57
„Dass es eben nicht so einfach ist für Leute mit einer Angststörung“ Entstigmatisierung von Angststörungen mittels Perspektivübernahme in Videospielen	
<i>Celine Dorrani & Freya Sukalla</i>	73
Instagram for #recovery – Eine qualitative Befragung von Bloggerinnen mit Essstörungen	
<i>Anne Kraemer, Freya Sukalla & Anne Bartsch</i>	85
Systemische Aufstellungen als Methode zur Erforschung und Vermittlung sozialer Kontexte im Gesundheitsbereich	
<i>Anne-Kathrin May & Doreen Reifegerste</i>	95
Methodische Herausforderungen der Partizipativen Gesundheitsforschung: Reflexionen aus zwei Praxisprojekten	
<i>Hanna Lütke Lanfer & Janna Landwehr</i>	108

Die Rolle journalistischer Medieninformationen in einer Krise am Beispiel der COVID-19-Pandemie. Eine repräsentative Online-Befragung.

Dominik Daube, Georg Ruhrmann & Carolin Wehrstedt _____ 123

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

Linn Julia Temmann, Annemarie Wiedicke, Doreen Reifegerste & Sebastian Scherr _____ 136

„Ich will diese Verantwortung nicht auf meinen Schulter haben“ – Verantwortungszuschreibung im Podcast „Das Coronavirus-Update“

Ina von der Wense & Michael Wild _____ 158

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

Elena Link & Eva Baumann _____ 169

Transparenzhinweise im Gesundheitsjournalismus – Ein Experiment zum Einfluss der Offenlegung von Pharma-Lobbyismus im Gesundheitsjournalismus

Nariam Sawalha & Constanze Rossmann _____ 180

Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Apotheken. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Apothekenpersonal

Katja Caspar & Paula Stehr _____ 192

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 _____ 205

Nature, Nurture. Journalistische Responsibility Frames im Kontext von Depressionen

Annemarie Wiedicke _____ 215

Gesundheitskommunikation(sforschung) zu Fragen der Verantwortungszuschreibung. Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022

Doreen Reifegerste, Petra Kolip und Anna Wagner

Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Pflicht, Schuld, schlechtes Gewissen, aber auch Fürsorge und Solidarität sind Begriffe, die häufig im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auftauchen. Sie sind eng mit dem Konzept Verantwortung verbunden, welches für das Gesundheitsverhalten einer der zentralen Treiber ist. 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 oder Frames in Mediendarstellungen, Gesprächen oder politischen Stellungnahmen damit verbunden sind. Vor diesem Hintergrund lautete der Tagungstitel der 7. Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation „Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich?“ Sie fand vom 16. bis 18. November 2022 als Hybridtagung an der Universität Bielefeld statt. Neben einer thematischen Einführung geben wir hier einen kurzen Überblick über die 16 Beiträge, die uns einerseits Erkenntnisse über diese Fragen der Verantwortungsattributionen zu vermitteln, andererseits aber auch weitere Themen der Gesundheitskommunikation (wie z. B. interdisziplinäre Lehre) aufgreifen.

Keywords: Gesundheitskommunikation, Verantwortungsattributionen, Framing

Summary

Duty, guilt, conscience, but also care and solidarity are terms that often come up in connection with health and illness. They are closely linked to the concept of responsibility, which is one of the central drivers of health behavior. For the success of health-related change processes (both for individuals and society as a whole), however, it is not only essential who and what is responsible for the causes, prevention or cure, but rather to whom this responsibility is attributed, i.e. which constructions of reality or frames in media representations, conversations or political statements are associated with it. Against this background, the conference title of the 7th annual conference of the DGPK division on health communication was "Who makes whom responsible for health (and illness)?" It took place as a hybrid conference at the Universität Bielefeld from November 16 to 18, 2022. In addition to a thematic introduction, we provide here a brief overview of the 16 contributions, which on the one hand give us insights into these questions of attributions of responsibility, but on the other hand also address other topics of health communication (such as interdisciplinary teaching).

Keywords: health communication, responsibility attributions, framing

Einleitung

Pflicht, Schuld, schlechtes Gewissen, aber auch Fürsorge und Solidarität sind Begriffe, die häufig im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auftauchen. Sie sind eng mit dem Konzept Verantwortung verbunden, welches 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 die Verantwortung hierfür 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 oder ergeben sich aus bestimmten thematischen Rahmungen beispielsweise der Medienberichterstattung.

Die Frage, wer für gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Medienberichterstattung verantwortlich gemacht wird, diskutiert die Kommunikationswissenschaft unter dem Begriff der sogenannten „Responsibility-Frames“. Sie schreiben die Verantwortung für Ursachen und Behandlung bzw. Lösung eines Problems entweder einem Individuum, einer Gruppe oder der Gesellschaft insgesamt zu, indem sie spezifische Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten (oder Barrieren) für bestimmte Probleme betonen (Iyengar, 1990; Semetko & Valkenburg, 2000; Wiedicke et al., 2022). 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 dar-

gestellt, 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?“ haben wir anlässlich der 7. Jahrestagung Gesundheitskommunikation (in Anlehnung an die Lasswell-Formel) einen interdisziplinären Blick darauf geworfen, wer wen wie in welchem Medium mit welchen Effekten für Gesundheit verantwortlich macht (oder auch nicht).

Überblick über die Beiträge in diesem Band

Im ersten Beitrag des Bandes untersuchen Moritz Hölzer, Cosima Nellen und Matthias R. Hastall von der TU Dortmund die Wirkung von Warnhinweisen auf Energydrink-Dosen. Diese enthalten bisher keine entsprechenden Angaben bezüglich gesundheitlicher Risiken. Die Ergebnisse zeigen, dass der erstmalige Kontakt mit Warnhinweisen anfänglichen Widerstand auslöst, jedoch nicht notwendigerweise die beabsichtigten gesundheitsförderlichen Einstellungen oder Verhaltensabsichten bei den Teilnehmenden auslöste. Die Wirkung des Warnhinweises ist unabhängig von dessen Farbgebung, wobei die Erwähnung von Übergewicht zu einem geringeren beabsichtigten Konsum im Vergleich zur Erwähnung von Herzproblemen führt.

Die Autorinnen Isabell Koinig und Sara Atanasova von den Universitäten Klagenfurt und der Ljubljana behandeln im zweiten Beitrag die Bedeutung des Empowerment-Konzepts in der Gesundheitskommunikation. Sie betonen, dass individuelles Empowerment eine wichtige Voraussetzung für Gruppen- oder kollektives Empowerment darstellt, da Einzelpersonen immer auch Mitglieder verschiedenster Gruppen sind. Die Ergebnisse ihrer Literaturrecherche der letzten 20 Jahre zeigen, dass einige allgemeine Definitionen weiterhin verwendet werden, es aber auch eine Tendenz zu spezifischeren Definitionen gibt. Neue Konzepte wie health literacy oder digitale Medien sind jedoch noch nicht verbreitet, und der Zusammenhang zwischen individuellem und kollektivem Empowerment wird oft vernachlässigt.

In ihrem Beitrag führen die Autor:innen Dominik Daube, Alexander Ort, Freya Sukalla, Anna Wagner und Doreen Reifegerste (Friedrich-Schiller Universität Jena, Universität Luzern, Universität Leipzig, Universität Bielefeld) in die akademische Lehre in der Gesundheitskommunikation ein. Sie adressieren zentrale Herausforderungen und Chancen sowohl struktureller Art (Lehrsettings) als auch im Hinblick auf die zu vermittelnden Theorien und Methoden. Ziel des Beitrags ist es, die Frage zu beantworten, wie gute Lehre in der Gesundheitskommunikation gestaltet sein sollte. Als Maßnahmen schlagen die Autor:innen unter anderem die Entwicklung einer einheitlichen modularen curricularen Struktur, die Einrichtung eines Lehr-Repositorys und die Förderung interdisziplinärer Vernetzung vor, die durch die Gründung einer „AG Lehre“ in der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation umgesetzt werden.

Anna Wagner und Linn Julia Temmann von der Universität Bielefeld und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster untersuchen 400 Memes mit dem Hashtag #depressionmemes auf Instagram. Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen in humoristischen Memes sowohl als unkontrollierbarer Akteur als auch als integraler Bestandteil der eigenen Identität dargestellt werden. Die Betroffenen selbst werden als nicht für ihr Handeln verantwortlich angesehen. Medikamente oder Therapien werden größtenteils als unwirksam und sogar kontraproduktiv dargestellt. Der Beitrag diskutiert die möglichen Auswirkungen dieser Darstellungen auf die Betroffenen.

Anhand des Puzzle-Adventure Spiels "Fractured Minds" (2019) untersuchen Celine Dorrani und Freya Sukalla von der Universität Leipzig die Entstigmatisierung von Angststörungen durch die Förderung der Perspektivübernahme in Videospiele. Die Hauptfigur des Spiels leidet an einer Angststörung, was die Spielenden in die Perspektive einer Person mit dieser Erkrankung versetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Spiel dazu beiträgt, die Symptome und Herausforderungen von Menschen mit Angststörungen zu vermitteln und die Perspektivübernahme anregt. Allerdings besteht auch das Risiko, dass das Spiel falsche Vorstellungen über die Krankheit verstärkt oder Stigmatisierung fördert.

Im sechsten Beitrag des Bandes analysieren Anne Kraemer, Freya Sukalla und Anne Bartsch von der Universität Leipzig das Phänomen der Recovery-Blogs von Menschen mit Essstörungen auf Instagram. Dazu

wurden Leitfadeninterviews mit zehn Recovery-Blogger:innen durchgeführt und mittels Inhaltsanalyse untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Blogger:innen ihre Accounts vor allem aus selbstbezogenen Motiven führen wie Identitäts- und Krankheitsmanagement, aber im Laufe der Zeit auch fremdbezogene Motive wie die Aufklärung über Essstörungen an Bedeutung gewannen. Das Führen des Accounts hatte überwiegend einen positiven Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und die psychische Gesundheit der Blogger:innen, während negative Rückmeldungen den Genesungsprozess beeinträchtigen konnten. Die Studie unterstreicht die Rolle von sozialen Medien, insbesondere Instagram, im Umgang mit Essstörungen und wie die Erkrankung in diesem Kontext behandelt wird.

Der Anwendung von systemischen Aufstellungen im Gesundheitsbereich nehmen sich Anne-Kathrin May und Doreen Reifegerste in ihrem Beitrag an. Diese Methode, ursprünglich in der systemischen Beratung und Therapie eingesetzt, dient dazu, Interaktionen im sozialen Kontext, insbesondere von Patient:innen, zu visualisieren. Die Autorinnen zeigen auf, wie systemische Aufstellungen in der Gesundheitskommunikation genutzt werden können, um soziale Kontexte in Gesprächen und Kommunikationsprojekten besser zu verstehen.

In dem Beitrag "Methodische Herausforderungen der Partizipativen Gesundheitsforschung" von Hanna Lütke Lanfer und Janna Landwehr von der Universität Bielefeld werden Herausforderungen bei der partizipativen Gesundheitsforschung diskutiert. Die Autorinnen betonen die Notwendigkeit, Machtverhältnisse zwischen verschiedenen Akteuren auszugleichen und diskutieren die Herausforderungen im Umgang mit Ein- und Ausschluss von Beteiligten, Ressourcen und Erwartungen sowie Teilhabe an Entscheidungen im Forschungsprozess. Sie zeigen anhand von Fallbeispielen, dass partizipative Gesundheitsforschung kontinuierliche Reflexionen über Ressourcen, Privilegien und soziale Normen erfordert, um ihrem Anspruch auf Teilhabe in der Wissensproduktion gerecht zu werden.

Das Informationsverhalten während der COVID-19-Pandemie und wie die Bewertung von Informationsanbietenden die Bereitschaft zur Umsetzung pandemiebezogener Maßnahmen beeinflusst, ist Gegenstand des Beitrags von Dominik Daube, Georg Ruhrmann und Carolin Wehrstedt von der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Sie kommen zu

dem Ergebnis, dass journalistisch vermittelte Informationen die häufigste Informationsquelle während der Pandemie sind, obwohl ihre Qualität nur knapp überdurchschnittlich eingeschätzt wird. Informationen von Politiker:innen werden als qualitativ schlechter bewertet, haben aber einen signifikanten Einfluss auf die affektive Pandemiebewertung und die Bereitschaft, pandemiebezogene Maßnahmen umzusetzen.

Im zehnten Beitrag des Bandes wird mittels multimethodischem Forschungsdesign untersucht, wie Medienberichte die Wahrnehmung der Verantwortlichkeit für Gesundheitsprobleme beeinflussen. Linn Julia Temmann (Universität Münster), Annemarie Wiedicke (Ludwig-Maximilians-Universität München), Doreen Reifegerste (Universität Bielefeld) und Sebastian Scherr (Universität Augsburg) kommen zu dem Ergebnis, dass individuelle Verantwortung in den Medien und bei Rezipierenden betont wird, besonders in Bezug auf die Erkrankung Typ-2-Diabetes. Nach der Rezeption dieser „Responsibility Frames“ neigen Menschen dazu, ihre Wahrnehmung entsprechend anzupassen, was auf eine effektive Beeinflussung der Meinungsbildung hinweist, trotz einiger Unterschiede zwischen Medien- und Publikumsframes.

Ina von der Wense und Michael Wild von der Universität Bamberg widmen sich in ihrem Beitrag den Verantwortungszuschreibungen im NDR-Podcast „Das Coronavirus-Update“ während der Corona-Pandemie. Sie verwenden ein Mehrebenen-Modell des Responsibility Framings, um Verantwortlichkeit auf den Ebenen Individuum, Netzwerk, Institution und Gesellschaft zu analysieren. Die Studie kombiniert automatisierte Textanalyse mit manueller quantitativer Inhaltsanalyse und umfasst 127 Podcast-Folgen von Februar 2020 bis März 2022. Die Ergebnisse zeigen eine starke Zuschreibung von Verantwortung auf der institutionellen Ebene und eine Verschiebung von Verantwortung an andere, insbesondere von der institutionellen auf die individuelle Ebene und umgekehrt (Shifting the blame).

Der Bedeutung von Geschlechterrollen für die Übernahme von Verantwortung in Gesundheitsfragen untersuchen Elena Link von der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Eva Baumann von der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover. Die Ergebnisse einer qualitativen Befragung zeigen, dass die Suche nach Gesundheitsinformationen und die Übernahme der Rolle des:der Gesundheitsmanager:in eng mit der Identifikation sozialer Werte verbunden

sind. Zusätzlich spielen männlich zugeschriebene Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine fördernde Rolle. Diese Erkenntnisse sind relevant für die strategische Gesundheitskommunikation und die Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen durch Meinungsführende.

Der Einfluss der Offenlegung von Pharma-Lobbyismus in gesundheitsjournalistischen Artikeln auf die Glaubwürdigkeit, die Qualität und das Vertrauen seitens der Rezipierenden ist Gegenstand des Beitrags von Nariman Sawalha und Constanze Rossmann von der Ludwig-Maximilians-Universität München. In einem Online-Experiment mit 266 Teilnehmenden wurden verschiedene Transparenzhinweise in Bezug auf Länge und Position getestet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Position des Hinweises einen signifikanten Einfluss auf die Bewertung hat, wobei ein mittig platzierter Infokasten als am positivsten und vertrauenswürdigsten bewertet wird. Dies legt nahe, dass Transparenzhinweise, die sich deutlich vom Nachrichtentext abheben, als passender wahrgenommen werden als unauffällige Hinweise im Fließtext.

Katja Caspar und Paula Stehr von der Universität Erfurt und der Ludwig-Maximilians-Universität München untersuchen in ihrem Beitrag die Technologieakzeptanz von Apothekenpersonal. In zehn qualitativen Leitfadeninterviews wurden die Determinanten der Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) anhand der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Leistungserwartungen, Aufwandserwartungen, soziale Einflüsse und erleichternde Rahmenbedingungen entscheidende Faktoren für die Absicht des Apothekenpersonals zur Nutzung von IKT sind. Darüber hinaus zeigen die Interviews, dass auch Berufsgruppe, Standort der Apotheke und Informationsverhalten die Technologieakzeptanz beeinflussen.

Die Verantwortungswahrnehmung während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland untersuchen Annemarie Wiedicke, Constanze Rossmann, Jana Sandrock, Linn Julia Temmann, Doreen Reifegerste und Laura Eva-Maria Koch von der Ludwig-Maximilians-Universität München, Universität Erfurt, Universität Münster, Universität Bielefeld und der Pädagogischen Hochschule Schwyz. Analysiert wurden die Responsibility Frames in den Me-

dienberichten und die Verantwortungswahrnehmung der Bevölkerung mittels teilstandardisierter Inhaltsanalyse und Online-Panelbefragung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Medien hauptsächlich gesellschaftliche Verantwortung betonten, während die Bevölkerung komplexere Verantwortungszuschreibungen aufwies. Dennoch war individuelle Verantwortung in der Bevölkerung am stärksten ausgeprägt, was angesichts der Bedeutung der Verantwortungswahrnehmung für das individuelle Gesundheitsverhalten und die Unterstützung politischer Maßnahmen ein wichtiger Befund ist.

Der letzte Beitrag des Bandes widmet sich der Frage, wie Journalist:innen Verantwortung für die Entstehung und den Umgang mit Depressionen zuweisen. Annemarie Wiedicke von der Ludwig-Maximilians-Universität München analysiert in ihrem Beitrag journalistische Responsibility Frames auf den Ebenen Individuum, soziales Netzwerk und Gesellschaft. Die Ergebnisse basieren auf 12 Interviews mit Journalist:innen, die regelmäßig über Gesundheitsthemen im deutschsprachigen Raum berichten. Die Studie zeigt, dass sowohl die Entstehung als auch der Umgang mit Depressionen auf allen drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung verortet wird und dass die Responsibility Frames der Journalist:innen stark von eigenen Erfahrungen und Hintergründen beeinflusst werden.

Danksagung

Ein großer Dank gilt zunächst der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die mit der Finanzierung des Projektes „Darstellung und Wirkung von Responsibility Frames zu Gesundheitsthemen“ (Projektnummer 404881979) auch zur Finanzierung der Tagung und der Erstellung des Tagungsbandes beigetragen hat. Zudem danken wir allen Autor:innen dieses Bandes und den überaus produktiven Mitgliedern der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation. Darüber hinaus möchten wir uns ganz besonders bei Marie Dette, Ellen Forray, Lisa Ludorf und Andrea Rappenhöner für die tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung dieses Sammelbandes sowie der Einträge bei der GESIS bedanken. Wir hoffen, dass die hier zusammengetragenen Erkenntnisse zu einem interdisziplinären Austausch, zukünftigen Kooperationen und breiter Anschlussforschung zu Fragen der Verantwortungszuschreibungen im Gesundheitskontext anregen.

Literatur

Iyengar, S. (1990). Framing responsibility for political issues: The case of poverty. *Political behavior*, 12(1), 19–40.

Semetko, H. A. & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109.

<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>

Wiedicke, A., Reifegerste, D., Temmann, L. & Scherr, S. (2022). Framing depression: Individual, societal, and social network responsibility attributions in media coverage. *European Journal of Health Communication*, 3(3), 92–117. <https://doi.org/10.47368/ejhc.2022.305>

Verleiht Flügel? Wirkung von Warnhinweisen auf Energydrink-Dosen

Moritz Hölzer, Cosima Nellen & Matthias R. Hastall

Technische Universität Dortmund

Zusammenfassung

Warnhinweise auf Lebensmittelverpackungen sind eine vergleichsweise kostengünstige und aufmerksamkeitsstarke Möglichkeit, um die gesundheitlichen Risiken des Konsums aufzuzeigen. Von welchen Aspekten es abhängt, ob und in welchem Ausmaß Warnhinweise intendierte sowie unbeabsichtigte Effekte hervorrufen, ist bislang weitgehend unbekannt. Die vorliegende Studie untersucht die Wirkung von Warnhinweisen auf Energydrink-Dosen und damit bei einem Produkt, das bislang ohne einen auffälligen Warnhinweis bezüglich möglicher gesundheitlicher Risiken aufgrund des hohen Koffein- und Zuckergehalts verkauft wird. In einem 2×2-Online-Experiment (plus Kontrollgruppe) sahen 222 Teilnehmende eine randomisiert zugeteilte fiktive Energydrink-Getränkedose. Experimentell variiert waren das Vorhandensein vs. Fehlen eines Warnhinweises, dessen farbliche Darstellung und das darauf thematisierte Gesundheitsrisiko. Die Befunde zeigen, dass der initiale Kontakt mit Warnhinweisen bei Rezipierenden Widerstand (Reaktanz) auslöst, aber nicht notwendigerweise die beabsichtigten gesundheitsförderlichen Einstellungs- oder Verhaltensintentionen. Die Wirkung des Warnhinweises war unabhängig von der Farbgebung, die thematisierte Konsequenz Übergewicht bewirkte jedoch einen geringeren intendierten Konsum als die Konsequenz Herzprobleme. Limitationen und Implikationen zum Einsatz von Warnhinweisen werden diskutiert.

Keywords: Gesundheit, EPPM, Warnhinweise, Reaktanz, Furchtappelle, Energydrinks, Risikokommunikation

Summary

Health warnings on food packaging are a relatively inexpensive and eye-catching way of highlighting the health risks of consumption. The aspects that determine whether and to what extent warnings have intended and unintended effects are still largely unknown. The present study investigates the effect of warning labels on cans of energy drinks, a product that is sold without directly visible warnings of potential health risks due to its high caffeine and sugar content. In a 2×2 online experiment (plus control group), 222 participants saw a randomly assigned fictitious energy drink can. The experiment varied the presence or absence of a warning label, the color of the label and the health risk addressed on the label. The results show that initial exposure to warnings elicits reactance in recipients, but not necessarily the intended health-promoting attitudinal or behavioural intentions. The effect of the warning was independent of color, but the suggested health consequence obesity led to lower intended consumption than the suggested health consequence heart problems. Limitations and implications of the use of warnings are discussed.

Keywords: Health, Warning Labels, EPPM, Reactance, Fear appeal, Energy drinks, Risk communication

1 Einleitung

Energydrinks erfreuen sich seit ihrer Einführung bei 68 Prozent der Jugendlichen in Europa großer Beliebtheit (Breda et al., 2014). Aufgrund ihres hohen Zucker- und Koffeingehalts kann der übermäßige Konsum gesundheitliche Probleme wie Erkrankungen des kardiovaskulären Systems, Diabetes, Adipositas und Karies fördern (Breda et al., 2014). Auch die weiteren Inhaltsstoffe wie Taurin, Inositol und Glucuronolacton stehen in Verdacht, bei zu hohem Konsum Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Kurzatmigkeit, Tremor und Angstzustände auszulösen (Ehlers et al., 2019). Der übermäßige Konsum kann zudem Schlaflosigkeit und Hyperaktivität begünstigen (Nadeem et al., 2020). Diese Risiken bei einem übermäßigen Konsum sind in der Öffentlichkeit noch vergleichsweise wenig bekannt (Breda et al., 2014; EFSA, 2021; Klein, 2021). Für ihre Kommunikation stellen prominent platzierte Warnhinweise auf Produktverpackungen eine vergleichsweise kostengünstige und aufmerksamkeitsstarke Möglichkeit dar, um die Bevölkerung einschließlich Käufer:innen dieser Getränke auf gesundheitliche Risiken des Konsums hinzuweisen. Solche Warnhinweise sind in der EU für Tabakerzeugnisse wie Zigaretten vorgeschrieben, bei anderen Produktgruppen wie Energydrinks bislang noch nicht verbreitet. Eine breitere Verwendung wird immer wieder vorgeschlagen und kontrovers diskutiert (z. B. Breda et al., 2014). So wird Warnhinweisen einerseits eine wichtige Funktion zur Aufklärung der Bevölkerung über relevante Gesundheitsrisiken zugeschrieben, andererseits bewirkt ihr negativer oder „drohender“ Charakter schnell Widerspruch und Widerstand (z. B. Institut Ranke-Heinemann, 2018; Lindemann, 2022; Spiegel, 2005; Taillie et al., 2021).

Hauptziel dieser Untersuchung war es, besser zu verstehen, wie Personen auf Warnhinweise bei einem Produkt reagieren würden, das bislang ohne entsprechende Risikoinformationen auskam. Uns interessierte insbesondere, welche intendierten und nicht-intendierten Effekte eine solche Warnung auslöst und inwieweit diese Wirkungen von der konkreten Gestaltung des Warnhinweises abhängt.

2 Risikokommunikation und Furchtappelle

Startpunkt für viele Aktivitäten der Gesundheitskommunikation ist die Existenz einer gesundheitlichen *Bedrohung*, die durch bestimmte Maßnahmen abgewendet oder abgemildert werden kann. Dement-

sprechend erscheint es oft naheliegend, diese Bedrohung besonders deutlich zu kommunizieren. Im Rahmen der sog. *Furchtappell-Forschung* wird seit Jahrzehnten untersucht, wie gesundheitliche Bedrohungen adäquat kommuniziert werden können. Als Furchtappelle lassen sich alle Botschaften klassifizieren, die gesundheitliche Bedrohung für Botschaftsempfangende kommunizieren “und diese stark betonen, um Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu motivieren” (Hastall, 2016, S. 493). Die Annahme der ersten Furchtappell-Ansätze wie z. B. des Fear-Drive-Modells (Hovland et al., 1953), welchen zufolge ein Erzeugen von Furcht bzw. Angst bei Rezipierenden die Wahrscheinlichkeit adaptiver Verhaltensänderung erhöht, erwiesen sich als zu simpel. In der Folge wurden alternative Ansätze postuliert, von denen das *Extended Parallel Process Model* (EPPM; Witte, 1992) zu den bekanntesten und empirisch vergleichsweise am besten bestätigten zählt (vgl. auch Popova, 2011). Stark verkürzt geht es davon aus, dass eine Bedrohung aus zwei Komponenten besteht, der wahrgenommenen Schwere einer Bedrohung (engl.: *Severity*) sowie der wahrgenommenen persönlichen Betroffenheit (engl.: *Susceptibility*). Stark bedrohliche Informationen können dem EPPM zufolge zwei gegensätzliche Prozesse bewirken: Sie können entweder die gewünschte *Schutzmotivation* („Gefahrenkontrolle“) auslösen, aber auch eine *Abwehrmotivation* („Furchtkontrolle“) wie z. B. Verdrängung, Reaktanz (Motivation zur Wiederherstellung einer empfundenen Einschränkung der persönlichen Freiheit, vgl. Brehm, 1966) oder Botschaftsvermeidung, falls die ausgelöste Furcht oder Angst zu hoch ausfällt. Zu welcher Reaktion es kommt, hängt dem EPPM zufolge vor allem vom Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (*Self Efficacy*) und Ergebniswirksamkeit (*Response-Efficacy*) ab. Die Wahrnehmung einer gewissen Bedrohung ist dem EPPM zufolge in jedem Fall notwendig, da Verhaltensänderungen unwahrscheinlich sind, wenn Personen keine unerwünschten Konsequenzen ihres Gesundheitsverhaltens antizipieren.

Die Differenzierung zwischen Furchtkontroll- und Gefahrenkontrollprozessen, die durch Parallel-Process-Modelle wie das EPPM eingeführt wurde (ebenso: Leventhal, 1970; So, 2013), impliziert auch, dass unerwünschte und intendierte Effekte *gleichzeitig* auftreten können. Die wiederholte Beobachtung, dass Menschen individuell unterschiedlich und sogar gegensätzlich auf Gesundheitsbotschaften reagieren, war Startpunkt der Entwicklung dieser Modelle (Leventhal, 1970). Bereits frühe Studien zur Effek-

tivität von Warnhinweisen zeigten, wie unterschiedlich Menschen auf diese Klasse von Informationen reagieren und dass fast immer intendierte wie unintendierte Effekte zu erwarten sind: „Warnings have multiple effects, and these effects are not uniform across the entire population. (...) The effect of a warning message on one group of consumers may not be the same for another group.“ (Stewart & Martin, 1994, S. 13). Erwünschte Reaktionen und Abwehrreaktionen schließen sich dabei nicht notwendigerweise aus, sondern können auch *gleichzeitig auftreten*, ggf. sogar bei derselben Person (vgl. van 't Riet & Ruiter, 2011).

Diesen Erkenntnissen entsprechend liegt dieser Studie eine Parallel-Process-Perspektive zugrunde. Da Warnhinweise primär die Bedrohung betonen und höchstens rudimentäre Selbstwirksamkeits- oder Ergebniswirksamkeitsinformationen beinhalten, sind Parallel-Response-Modellen wie dem EPPM zufolge sowohl Schutz- als auch Abwehrreaktionen möglich. Ziel dieser Studie ist es, das Ausmaß sowohl der erwünschten als auch der unerwünschten Reaktionen auf einen initialen Kontakt mit einem Warnhinweis besser zu verstehen und dabei insbesondere zu eruieren, inwieweit bestimmte Aspekte der formalen Gestaltung das Auftreten unerwünschter Reaktionen wie Reaktanz (Brehm, 1966) beeinflussen.

3 Warnhinweise in der Gesundheitskommunikation

Warnhinweise (engl.: Health Warning Labels) sind in der Risikokommunikation ein oft benutztes Stilmittel und aufgrund der Verbreitung auf Tabakwaren grundsätzlich einer weiten Öffentlichkeit bekannt. In Anlehnung an Clarke et al. (2021) verstehen wir darunter nachfolgend Hinweise auf Produktverpackungen, die entweder mittels Text oder einer Kombination aus Text und Bild eine oder mehrere negative gesundheitliche Konsequenzen des Konsums eines Lebensmittels herausstellen. Diese Hinweise sind i. d. R. prominent auf den Verpackungen platziert und sind nicht nur für die Käufer:innen des Produkts, sondern an den jeweiligen Verkaufs- oder Konsumorten auch für Nichtnutzende sichtbar und damit potenziell beeinflussend.

Existenz von Warnhinweisen

Der Einfluss von Warnhinweisen auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen ist am besten für Tabakwaren untersucht. Der diesbezügliche Forschungsstand ist allerdings komplex und teilweise

inkonsistent. So konnten einige Studien zeigen, dass Warnhinweise die Wahrscheinlichkeit zu rauchen und die Risikowahrnehmung in die gewünschte Richtung beeinflussen (z. B. Evans et al., 2017), allerdings wurden auch negative Effekte wie Reaktanz (Erceg-Hurn & Steed, 2011) oder Nulleffekte (z. B. Petersen & Lieder, 2006) beobachtet.

Untersuchungen zu anderen Produktgruppen liegen ebenfalls vor, wenn auch in deutlich geringerem Umfang (vgl. z. B. Clarke et al., 2021). Studien aus dem angloamerikanischen Raum zu zuckerhaltigen Getränken zeigen, dass Warnhinweise auf dieser Getränkegattung durchaus die erwünschten Einflüsse auf Verhaltensintentionen und die wahrgenommene Attraktivität dieser Lebensmittel haben können (Billich et al., 2018; Bollard et al., 2016; Grummon et al., 2019; Mantzari et al., 2018; VanEpps & Roberto, 2016). Diese positiven Effekte zeigten sich jedoch nicht konsistent, negative oder Null-Effekte von Warnhinweisen fanden sich ebenso (z. B. Acton & Hammond, 2018, Schubert et al., 2021). In einer Studie zu Energydrinks von Temple, Ziegler und Epstein (2016) waren positive Effekte eines Warnhinweises nur für Jugendliche nachweisbar, aber nicht für Erwachsene.

Angesichts des Forschungsstands sowie der in Abschnitt 2 diskutierten Parallel-Process-Annahmen (Leventhal, 1970; Witte, 1992; vgl. auch van 't Riet & Ruiter, 2011) postulieren wir, dass die Existenz eines Warnhinweises parallel sowohl intendierte als auch unintendierte Effekte hervorrufen kann:

Hypothese 1a: Das Vorhandensein eines Warnhinweises auf einer Energydrink-Dose reduziert deren wahrgenommene Attraktivität.

Hypothese 1b: Das Vorhandensein eines Warnhinweises auf Energydrink-Dosen reduziert den geplanten Konsum von Energydrinks.

Hypothese 1c: Das Vorhandensein eines Warnhinweises auf Energydrink-Dosen bewirkt Reaktanz.

Einfluss der Ausgestaltung des Warnhinweises

Warnhinweise können in inhaltlicher und formaler Hinsicht sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, weswegen pauschale Aussagen zu ihrer Wirksamkeit kaum möglich sind. Oft gibt es konkrete rechtliche Vorgaben zur Ausgestaltung (z. B. Richtlinie 2014/40/EU für Tabakerzeugnisse). Hypothetische Warnhinweise auf

Energydrinks wurden bisher nur von Temple et al. (2016) getestet. In dieser Studie bewirkte ein Warnhinweis bezüglich des Koffeingehalts („High levels of caffeine intake can cause headache, nausea, anxiety, irregular heartbeat, vomiting, and, in extreme cases, death. Use caution when consuming caffeine.“) eine geringere Kaufwahrscheinlichkeit für Energydrinks, allerdings zeigte sich dieser Effekt nur für Jugendliche und nicht für Erwachsene.

Im Kontext von Tabakwaren wird zwischen ausschließlich textlichen und grafischen (d. h. bildbasierten) Warnhinweisen unterschieden, wobei Letztere häufig einen stärkeren Effekt zeigten (Hammond, 2011). Analoge Befunde zeigten sich für zuckerhaltige Getränke (Billich et al., 2018). Clarke et al. (2021) verweisen darauf, dass in entsprechenden Untersuchungen häufig Gesundheitskonsequenzen kommuniziert werden, die sich auf den Konsum von Zucker beziehen (z. B. Übergewicht, Diabetes und Karies). Ein experimenteller Test verschiedener thematisierter Risiken gegeneinander steht allerdings noch aus. Teilweise wurde die Wirkung eines konkreten Gesundheitsrisikohinweises gegen eine Information über den Kalorien- bzw. Zuckergehalt des Lebensmittels getestet. Dabei zeigte sich, dass Warnhinweise, die ein konkretes Gesundheitsrisiko als Konsequenz des Konsums (Karies aufgrund des hohen Zuckergehalts) thematisieren, wirksamer sind als die Präsentation reiner Nährwertinformationen (Mantzari, 2018).

In der Summe zeigen die vorliegenden Befunde, dass verschiedene Faktoren der Gestaltung von Warnhinweisen einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Getränke, auf das Ausmaß der erlebten negativen Emotionen sowie auf die Intention zum Kauf dieser Getränke haben können (Clarke et al., 2021). Der Forschungsstand ist jedoch vergleichsweise überschaubar und bezüglich der Befundlage überwiegend inkonsistent. Insbesondere wurden bislang kaum verschiedene Risiken innerhalb einer Studie gegeneinander getestet. Es bleibt damit weitgehend unklar, welche formalen oder inhaltlichen Gestaltungen entscheidend für die Wirksamkeit von Warnhinweisen sind.

Die vorliegende Studie fokussiert dementsprechend auf zwei Aspekte, für die bislang kaum empirische Befunde vorliegen. In formaler Hinsicht wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Ausgestaltung eines textlichen Hinweises in der „Warnfarbe“ Rot einen Unterschied für die Wirkung macht. Die bislang in der EU gängigen Warnhinweise verwenden ausschließlich eine schwarze Schrift, die daher vergleichsweise

neutral wirkt. Eine rote Schrift- sowie Rahmenfarbe hingegen ist ungewöhnlicher, auffälliger und verstärkt zudem den warnenden Charakter. Diese erhöhte Auffälligkeit in Kombination mit dem stärker ausgeprägten Warncharakter sollte Reaktanz in stärkerem Maße hervorrufen als die geläufigere und sachlicher wirkende schwarze Gestaltung:

Hypothese 2: Die Gestaltung eines Warnhinweises in der Farbe Rot erhöht die psychologische Reaktanz im Vergleich zu Warnhinweisen, die in der Farbe schwarz gestaltet sind.

Auch die Art des thematisierten Gesundheitsrisikos sollte einen Unterschied machen. Basierend auf den eingangs skizzierten EPPM- oder Furchtappell-Annahmen lässt sich postulieren, dass die Thematisierung einer schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenz (im Vergleich zu einer weniger schweren Konsequenz) die intendierten positiven Effekte erhöhen müsste, gleichzeitig aber auch die Reaktanz:

Hypothese 3a: Im Vergleich zum thematisierten Risiko Übergewicht erhöht die Thematisierung von Herzproblemen die Reaktanz.

Hypothese 3b: Im Vergleich zum thematisierten Risiko Übergewicht reduziert die Thematisierung von Herzproblemen den geplanten Konsum von Energydrinks.

Rolle des bisherigen Risikoverhaltens

Schlussendlich gehen wir davon aus, dass die intendierten wie nicht-intendierten Wirkungen von Warnhinweisen abhängig davon sein werden, in welchem Ausmaß die Rezipierenden das jeweilige Risikoverhalten (z. B. Konsum von Energydrinks) bereits ausüben. Der bisherige Forschungsstand zum Einfluss dieses Rezipierendenmerkmals im Kontext von Warnhinweisen ist eher inkonsistent (vgl. Argo & Main, 2004) und zudem nur eingeschränkt auf Warnhinweise bei neuen Produktkategorien übertragbar. Der Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) zufolge sollten Warnhinweise auf Energydrink-Dosen bei Personen, die dieses Getränk konsumieren, eine kognitive Dissonanz und damit auch in stärkerem Maß eine Abwehrmotivation auslösen als bei Personen, die keine Energydrinks konsumieren und deren Gesundheitsverhalten daher nicht im Widerspruch zum Inhalt des Warnhinweises steht. Auch aus Annahmen der Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 2008) sowie der Reaktanztheorie von Brehm (1966) lässt sich die Annahme ableiten, dass Warnhinweise stärker bei

solchen Personen Reaktanz auslösen müssten, für die das als bedrohlich kommunizierte Gesundheitsverhalten aufgrund der bisherigen Ausübung eine stärkere subjektive Bedeutung hat bzw. ein Warnhinweis als Einschränkung der Autonomie oder Freiheit wahrgenommen werden könnte.

Hypothese 4: Im Vergleich zu Personen, die keine Energydrinks konsumieren, berichten Personen, die Energydrinks konsumieren, eine höhere Reaktanz nach dem Kontakt mit Warnhinweisen.

4 Methode

Studiendesign und Ablauf

In einem 2×2-Online-Experiment im Between-Subjects-Design sahen die Teilnehmenden nach einer Begrüßung zufällig eine von fünf Stimulusversionen (inkl. Kontrollgruppe). Ihnen wurde eine fiktive Getränkedose mit einem Warnhinweis präsentiert, der hinsichtlich der *Schwere des thematisierten Risikos* (Herzprobleme vs. Übergewicht) und der *Salienz des Warnhinweises* (rote vs. schwarze Schrift- und Rahmenfarbe) manipuliert war (siehe Abb. 1). In einer zusätzlichen Kontrollgruppe zeigte die Dose keinen Warnhinweis. Im Anschluss beantworteten die Teilnehmenden Fragen u. a. zur Attraktivität der Dose sowie ihrer Intention zum künftigen Konsum von Energydrinks.

Stimulusmaterial

Das Stimulusmaterial bestand aus der Abbildung einer Dose eines fiktiven Energydrinks. Die oberen 70 Prozent der Dose sind in allen Manipulationen identisch. Dieser Bereich zeigt einen um 90 Grad gedrehten Schriftzug mit der Aufschrift *Energy* in weißer Schrift auf türkisfarbenen Grund. Unterhalb dieses Bereiches befindet sich der Warnhinweis, der für die vier Experimentalgruppen variiert wurde. Die Größe des Warnhinweises beträgt 30 Prozent der sichtbaren Fläche, die Schriftart ist Helvetica (siehe Abbildung 1). Diese Gestaltung der Warnhinweise orientierte sich an Vorgaben der Europäischen Union für Zigarettenverpackungen. Ein Manipulationscheck mit $N = 28$ Teilnehmenden ($M = 26.57$ Jahre; $SD = 7.02$; 50 Prozent weiblich) bestätigte die Effektivität der Manipulation (prozentuale korrekte Zuordnung: Art des thematisierten Risikos = 100 Prozent; farbliche Gestaltung = 100 Prozent).



Abbildung 1. Stimulusmaterial: Fiktive Energydrink-Getränkedosen mit verschiedenen gestalteten Warnhinweisen (Kontrollgruppe).

Stichprobe

Insgesamt nahmen $N = 222$ Personen ($M = 26.37$ Jahre; $SD = 9.35$; 72.1 Prozent weiblich) an der Studie teil. Die Rekrutierung erfolgte im Juli 2021 in Online-Foren und über universitäre Mailverteiler der Technischen Universität Dortmund. Informationen zur Soziodemografie der Teilnehmenden finden sich in Tabelle 1, die Verteilung auf die Experimentalgruppen zeigt Tabelle 2.

Instrumente

Für die Messung der *Attraktivität der Getränkedosen* wurde eine Skala (13 Items; Cronbachs Alpha = .83) nach Pfister (2012) genutzt. Die Teilnehmenden bewerteten die Attraktivität direkt nach der Rezeption des Warnhinweises mittels siebenstufiger Schieberegler. An beiden Polen des Schiebereglers befand sich pro Item ein gegensätzliches Paar (semantisches Differential), z. B. „vertrauenswürdig“ vs. „suspekt“. Die Mittelposition entsprach einer neutralen Bewertung.

Zur Erfassung der *situativen Reaktanz* (fünf Items; Cronbachs Alpha = .75) wurde eine adaptierte Skala von Hastall & Sukalla (2013) verwendet. Die Teilnehmenden gaben auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1 = „Ich stimme der Aussage überhaupt nicht zu“ vs. 7 = „Ich stimme der Aussage voll und ganz zu“) den Grad ihrer Zustimmung zu Aussagen wie „Die Empfehlungen von Warnhinweisen auf Energydrinks würde ich am liebsten missachten“ an.

Die Abfrage des *geplanten Konsums von Energydrinks* in den kommenden 14 Tagen erfolgte durch ein Item. Die Teilnehmenden sollten die minimale sowie die maximale Anzahl an Energydrinks angeben, die sie planen, in diesem Zeitraum zu konsumieren. Für die weiteren Berechnungen wurde aus beiden Angaben ein Mittelwert gebildet. Zusätzlich gaben die Teilnehmenden mittels einer Ja-/Nein-Antwortoption an, ob

sie im Alltag Energydrinks konsumieren („Konsumieren Sie Energydrinks?“). Darüber hinaus wurde das Geschlecht der Befragten erhoben („Ihr Geschlecht:“; männlich vs. weiblich vs. divers). Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen der drei abhängigen Variablen sind in Tabelle 3 dargestellt.

5 Ergebnisse

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden in einem ersten Analyseschritt Effekte des *Vorhandenseins eines Warnhinweises* mittels univariater Varianzanalysen (ANOVAs) getestet. Faktoren waren jeweils das Vorhandensein eines Warnhinweises (ja vs. nein), das Geschlecht der Rezipierenden (weiblich vs. männlich) und der Konsum von Energydrinks (ja vs. nein); abhängige Variablen waren die wahrgenommene Attraktivität der Getränkedose, der geplante Konsum von Energydrinks in den nächsten 14 Tagen sowie die situative Reaktanz. In einem zweiten Analyseschritt wurden analog Effekte der *Ausgestaltung eines Warnhinweises* untersucht. Faktoren der entsprechenden ANOVAs waren das im Warnhinweis thematisierte Risiko (Übergewicht vs. Herzprobleme), die Farbe des Warnhinweises (rot vs. schwarz), das Geschlecht der Rezipierenden (weiblich vs. männlich) und der Konsum von Energydrinks (ja vs. nein). Abhängige Variablen waren wie zuvor die wahrgenommene Attraktivität der Getränkedose, der geplante Konsum von Energydrinks in den nächsten 14 Tagen sowie die situative Reaktanz.

Einfluss des Vorhandenseins eines Warnhinweises

In den Hypothesen 1a und 1b wurde ein potenziell gesundheitsförderlicher Effekt von Warnhinweisen im Sinne einer reduzierten wahrgenommenen Attraktivität und einer geringeren Intention zum Getränkekonsument postuliert. Die ANOVAs ergaben jedoch weder einen entsprechenden Haupteffekt auf die wahrgenommene Attraktivität der Dosen ($F(1,222) = 3.777, p = .053, \eta^2 = .017$) noch auf den geplanten Konsum ($F(1,222) = 3.828, p = .052, \eta^2 = .018$). Die Hypothesen 1a und 1b müssen daher abgelehnt werden. Hypothese 1c entsprechend zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Existenz eines Warnhinweises auf die psychologische Reaktanz ($F(1,222) = 661.340, p = .000, \eta^2 = .756$). Die Rezeption einer Getränkedose mit einem Warnlabel bewirkt eine signifikant höhere berichtete Reaktanz ($M = 2.39; SE = .10$) im Vergleich zur Getränkedose ohne Warnhinweis ($M = 2.00; SE = .14$; vgl. Abbildung 2). Hypothese 1c kann daher vorläufig beibehalten werden (Tabelle 4).

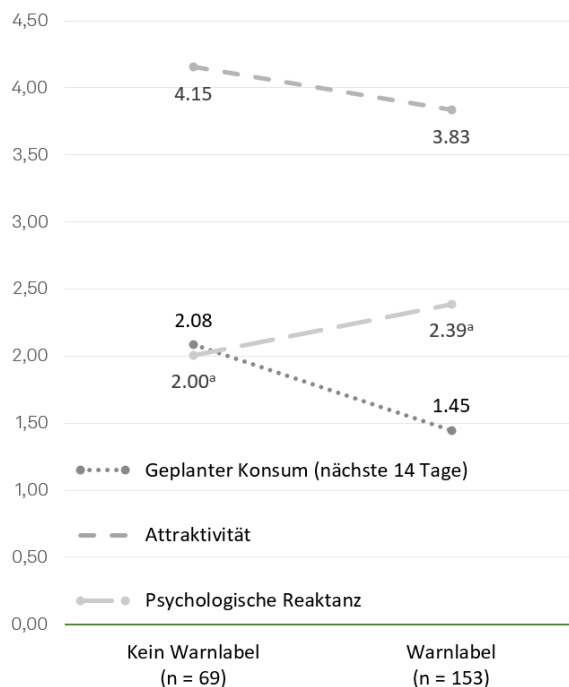


Abbildung 2. Sidak-korrigierte geschätzte Mittelwerte der abhängigen Variablen geplanter Konsum innerhalb der nächsten 14 Tage (in Dosen), Attraktivität und Reaktanz (beide siebenstufige Likert-Skalen). Mittelwerte mit identischen Kleinbuschstaben unterscheiden sich signifikant ($p < .001$).

Einfluss der Ausgestaltung eines Warnhinweises

In den Hypothesen 2 und 3a postulierten wir einen Effekt der genutzten Farbe und der Art des thematisierten Risikos des Warnhinweises auf die situative Reaktanz. Beide Hypothesen müssen verworfen werden, es zeigten sich keine entsprechenden Haupteffekte der Schrift- und Rahmenfarbe ($F(1,153) = .142, p = .707, \eta^2 = .001$) sowie des thematisierten Risikos ($F(1,153) = .617, p = .434, \eta^2 = .004$) auf die berichtete Reaktanz (Tabellen 5 & 6). Die Thematisierung der Gesundheitskonsequenz hatte jedoch einen signifikanten Effekt ($F(1,153) = 15.489, p = .000, \eta^2 = .101$) auf den geplanten Konsum von Energydrinks in den nächsten 14 Tagen, allerdings in umgekehrter Richtung als in Hypothese 3b postuliert: Die Kommunikation des Risikos Übergewicht reduzierte den intendierten Konsum stärker ($M = .97; SE = .20$) als die Thematisierung von Herzproblemen ($M = 2.30; SE = .26$) (vgl. Abbildung 3; Tabelle 6).

Einfluss des bisherigen Risikoverhaltens

Hypothese 4 postulierte, dass Personen, die habituell Energydrinks konsumieren, nach Kontakt mit einem

Warnhinweis in stärkerem Maße Reaktanz berichten als Nichtkonsumierende. Auch diese Hypothese muss verworfen werden, die Analyse ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt des bisherigen Konsums mit der Existenz eines Warnhinweises auf die Reaktanz ($F(1,222) = 1.879, p = .172, \eta^2 = .009$; Tabelle 7).

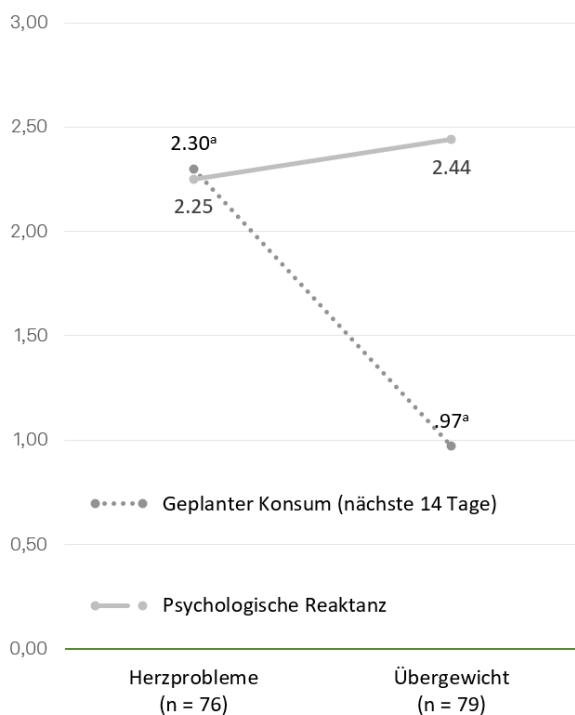


Abbildung 3. Sidak-korrigierte geschätzte Mittelwerte der abhängigen Variablen geplanter Konsum innerhalb der nächsten 14 Tage (in Dosen) und Reaktanz (siebenstufige Likert-Skala). Mittelwerte mit identischen Kleinbuchstaben unterscheiden sich signifikant ($p < .001$).

6 Diskussion

Ziel unserer Studie war es, mögliche Effekte von Warnhinweisen generell sowie in Abhängigkeit von deren inhaltlicher und formaler Gestaltung auf Konsumierende bzw. Nichtkonsumierende von Energydrinks besser zu verstehen. Bislang ist weitgehend unklar, welche intendierten und nicht-intendierten Effekte eine erstmalige Konfrontation mit einem Warnhinweis auf einer vertrauten Produktgruppen bei diesen Personengruppen auslöst. Insbesondere aus dem deutschsprachigen Raum liegen hierzu bislang kaum Erkenntnisse vor. Aus den verfügbaren theoretischen Ansätzen lässt sich nicht sicher ableiten, in welchem Ausmaß bzw. unter welchen Bedingungen erwünschte sowie insbesondere unerwünschte Effekte auftreten. Darüber hinaus fehlen in der Literatur Untersu-

chungen, die – wie die vorliegende Studie – den Einfluss verschiedener Gestaltungen der Warnhinweisen gegeneinander testet.

Zentrale Ergebnisse

Die initiale Wahrnehmung eines Warnhinweises bewirkte keinen der von uns postulierten intendierten Effekte. Der Warnhinweis als solcher reduzierte weder die wahrgenommene Attraktivität der Getränkedosen, noch führte sie zu einem geringeren intendierten Konsum. Hypothesen 1a und 1b müssen daher verworfen werden. Hypothese 1c entsprechend berichteten Teilnehmende, die eine Energydrink-Dose mit Warnhinweis sahen, im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Warnhinweis eine höhere Reaktanz. Diese Hypothese kann somit zumindest vorläufig beibehalten werden und verdeutlicht die inhärente Gefahr eines unbeabsichtigten Auslösens negativer Effekte bei Aktivitäten der Gesundheitskommunikation (vgl. z. B. Cho & Salmon, 2007; Hastall, 2023; Meitz & Kalch, 2019).

Die bisherige Studienlage zu Warnhinweisen zeigt ein eher inkonsistentes Bild. Nulleffekte (z. B. Acton & Hammond, 2018; Schubert et al., 2021; Temple et al., 2016) sind ebenso dokumentiert wie adaptive Effekte (z. B. Billich et al., 2018; Bollard et al., 2016) und Abwehrreaktionen (z. B. Erceg-Hurn & Steed, 2011). Diese Befundlage spricht unseres Erachtens klar dafür, dass die Stärke und Richtung ihrer Wirkung von der konkreten Ausgestaltung der Warnhinweise abhängt. Bislang finden sich allerdings kaum Studien, in denen verschiedene Varianten von Warnhinweisen gegeneinander getestet wurden. Die vorliegende Studie variierte gleich zwei Gestaltungsoptionen, die Farbe und die Schwere des thematisierten Risikos. Die Verwendung der „Warnfarbe“ Rot im Vergleich zu Schwarz erzeugte in unserer Studie weder mehr Reaktanz noch stärkere adaptive Effekte. Die Art des thematisierten Risikos hatte einen Einfluss, allerdings anders als von uns postuliert: Die Thematisierung des schwerwiegenderen Gesundheitsrisikos Herzprobleme beeinflusste zwar nicht die Reaktanz, bewirkte aber im Vergleich zur Thematisierung von Übergewicht einen höheren geplanten Konsum von Energydrinks in den nächsten 14 Tagen. Unsere Hypothesen 2, 3a und 3b müssen dementsprechend verworfen werden. Offen bleibt, inwieweit der Befund bezüglich der Art des thematisierten Risikos auf Verdrängung bzw. andere Abwehrprozesse zurückgeht oder dadurch zu erklären ist, dass die Teilnehmenden Übergewicht subjektiv als stärker bedrohlich empfanden als Herzprobleme.

Konsumierende von Energydrinks berichteten zudem keine stärkere Reaktanz nach Kontakt mit dem Warnhinweis als Nichtkonsumierende, daher muss Hypothese 4 ebenfalls abgelehnt werden.

Limitation

Die vorliegende Studie nutzte Abbildungen fiktiver Energydrink-Dosen als Stimulusmaterial, wodurch die Übertragbarkeit auf reale Produkte reduziert ist. Erhoben wurden direkte Reaktionen auf den initialen Kontakt mit einem Warnhinweis auf einem Produkt, das bislang ohne Warnhinweise verkauft wird. Daher sind keine Aussagen dazu möglich, welche längerfristigen Effekte solche Hinweise auslösen, z. B. bei einer wiederholten Rezeption über einen längeren Zeitraum. Die in Selbstaussagen berichteten Verhaltensintentionen sind nur in begrenztem Umfang auf tatsächliches Gesundheitsverhalten in realen Settings übertragbar (vgl. Mantzari et al., 2020; Ruiter & Kok, 2005; Webb & Sheeran, 2006). Da im Rahmen des Manipulationschecks die Wahrnehmung der Schwere der beiden thematisierten Risiken nicht überprüft wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Teilnehmenden nicht Herzprobleme als das schwerwiegendere Risiko ansahen, sondern Übergewicht.

Die Studie erhob zudem keine Maße für die wahrgenommene Selbstwirksamkeit oder Ergebniswirksamkeit bezüglich der Reduktion des Energydrink-Konsums, wodurch unklar bleibt, inwieweit die erhaltenen Befunde auf Unterschiede bei diesen Bewältigungseinschätzungen zurückgehen. Auch inwieweit die erhaltenen Befunde auf andere Kulturen oder Länder übertragbar sind, muss offenbleiben.

Fazit und Ausblick

Warnhinweise werden intensiv diskutiert und bei einigen Produktgruppen bereits eingesetzt, über ihre Wirkung wissen wir bislang jedoch relativ wenig. Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass der initiale Kontakt mit ihnen Widerstand (Reaktanz) auslöst, aber nicht notwendigerweise die beabsichtigten gesundheitsförderlichen Einstellungen oder Verhaltensintentionen beeinflusst. Es zeigte sich ebenfalls, dass die Art des thematisierten Risikos die Verhaltensintentionen beeinflussen kann. Insgesamt reiht sich die Untersuchung in den komplexen internationalen Forschungsstand ein, liefert jedoch neue Erkenntnisse bezüglich der Wirkung von Warnhinweisen im deutschen Sprachraum und ihrer Verwendbarkeit bei Energydrinks. Sie verdeutlicht zudem die Notwendigkeit, negative

Reaktionen sowie insbesondere Abwehrreaktionen im Blick zu haben, sobald gesundheitliche Risiken thematisiert werden (vgl. auch Hastall, 2012; Hastall & Scherenberg, 2022). Eine pauschale Befürwortung oder Ablehnung von Warnhinweisen erscheint angesichts des bisherigen Forschungsstandes nicht angemessen. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten systematisch eruieren, wie Warnhinweise inhaltlich und formal ausgestaltet sein müssen, um automatische Abwehrprozesse zu minimieren und eine sachliche Information und Entscheidungsfindung bezüglich der thematisierten Risiken zu fördern. Mehr Aufmerksamkeit verdient auch die Frage, welche Persönlichkeitsmerkmale die Reaktion auf Warnhinweise entscheidend beeinflussen.

Literaturverzeichnis

- Acton, R. B. & Hammond, D. (2018). The impact of price and nutrition labelling on sugary drink purchases: Results from an experimental marketplace study. *Appetite*, *121*, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.089>
- Argo, J. J. & Main, K. J. (2004). Meta-analyses of the effectiveness of warning labels. *Journal of Public Policy & Marketing*, *23*(2), 193–208. <https://doi.org/10.1509/jppm.23.2.193.51400>
- Billich, N., Blake, M. R., Backholer, K., Cobcroft, M., Li, V. & Peeters, A. (2018). The effect of sugar-sweetened beverage front-of-pack labels on drink selection, health knowledge and awareness: An online randomised controlled trial. *Appetite*, *128*, 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.05.149>
- Bollard, T., Maubach, N., Walker, N. & Ni Mhurchu, C. (2016). Effects of plain packaging, warning labels, and taxes on young people's predicted sugar-sweetened beverage preferences: An experimental study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0421-7>
- Breda, J. J., Whiting, S. H., Encarnação, R., Norberg, S., Jones, R., Reinap, M. & Jewell, J. (2014). Energy drink consumption in Europe: a review of the risks, adverse health effects, and policy options to respond. *Frontiers in Public Health*, *2*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00134>

- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Cho, H. & Salmon, C. T. (2007). Unintended effects of health communication campaigns. *Journal of Communication*, 57(2), 293–317. <https://doi.org/10.1111/-j.1460-2466.2007.00344.x>
- Clarke, N., Pechey, E., Kosıte, D., König, L. M., Mantzari, E., Blackwell, A. K., Marteau, T. M. & Hollands, G. J. (2021). Impact of health warning labels on selection and consumption of food and alcohol products: systematic review with meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(3), 430–453. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1780147>
- Ehlers, A., Marakis, G. N., Lampen, A. & Hirsch-Ernst, K. I. (2019). Risk assessment of energy drinks with focus on cardiovascular parameters and energy drink consumption in Europe. *Food and Chemical Toxicology*, 130, 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2019.05.028>
- European Food Safety Authority. (2021). Die EFSA erklärt: Wissenschaftlicher Gutachten-entwurf über die zulässige Höchstaufnahmemenge von diätetischen Zucker. Zugriff am 01.06.2023. Verfügbar unter: <https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/2021-07/Sugar-s-factsheet-DE.pdf>
- Erceg-Hurn, D. M. & Steed, L. G. (2011). Does exposure to cigarette health warnings elicit psychological reactance in smokers? *Journal of Applied Social Psychology*, 41(1), 219–237. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00710.x>
- Evans, A. T., Peters, E., Shoben, A. B., Meilleur, L. R., Klein, E. G., Tompkins, M. K. & Tusler, M. (2017). Cigarette graphic warning labels increase both risk perceptions and smoking myth endorsement. *Psychology & Health*, 33(2), 213–234. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1310864>
- Grummon, A. H., Taillie, L. S., Golden, S. D., Hall, M. G., Ranney, L. M. & Brewer, N. T. (2019). Sugar-sweetened beverage health warnings and purchases: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(5), 601–610. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.06.019>
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: A review. *Tobacco Control*, 20(5), 327–337. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037630>
- Hastall, M. R. (2012). Abwehrreaktionen auf Gesundheitsappelle: Forschungsstand und Praxisempfehlungen. In S. Hoffmann, U. Schwarz & R. Mai (Hrsg.), *Angewandtes Gesundheitsmarketing* (S. 281–296). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hastall, M. R. (2016). Wirkung von Furchtappellen in der Werbung. In G. Siegert, W. Wirth, P. Weber & J. A. Lischka (Hrsg.), *Handbuch Werbeforschung* (S. 493–513). Wiesbaden: Springer VS.
- Hastall, M. R. (2023). Unerwünschte Effekte und Barrieren der Gesundheitskommunikation. In U. Ritterfeld, K. Subellok, E. Wimmer & A.-L. Scherger (Hrsg.), *Beeinträchtigungen und Potentiale von Sprache und Kommunikation: Praxisrelevante Erkenntnisse aus Lehre und Forschung an der TU Dortmund* (S. 519–529). Dortmund: Eldorado. <http://dx.doi.org/17877/DE290R-23124.2>
- Hastall, M. R. & Scherenberg, V. (2022, ahead of print). Widerstände gegen Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie: Ursachen und Strategien für ihre Minimierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00960-2>
- Hastall, M. R. & Sukalla, F. (2013). Multiples Framing in der Gesundheitskommunikation: Annahmen und Befunde. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen* (S. 201–218). Baden-Baden: Nomos.
- Hovland, C., Janis, I., & Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, GT: Yale University Press.
- Institut Ranke-Heinemann (2018, 6. Juli). *Uni Melbourne: Drastische Warnhinweise auf ungesunden Lebensmitteln helfen Konsumenten bei der Auswahl | IRH*. Zugriff am 01.06.2023. <https://www.ranke-heinemann.de/ueber-uns/irh-magazin/news-archiv/einzelansicht-news/490-uni-melbourne-drastische-warnhinweise-auf-ungesunden-lebensmitteln-helfen-konsumenten-bei-der-auswahl/>
- Klein, R. (2021, 9. März). *Wirkung von Red Bull & Co.: Wie lange wirkt ein Energy-Drink?* Zugriff am 01.06.2023 <https://www.wiwo.de/technologie/forschung/red-bull-und-co-so-wirkt-eine-dose-energy-drink-auf-den-koerper/12207238.html>

- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communication. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Bd. 5, S. 119–186). New York, NY: Academic Press.
- Lindemann, F. (2022, 29. Juli). *Forderung nach Warnhinweisen auf Alkohol*. Zugriff am 01.06.2023. <https://alkoholpolitik.de/aktuell/deutschland/585-forderung-nach-warnhinweisen-auf-alkohol>
- Mantzari, E., Vasiljevic, M., Turney, I., Pilling, M. & Marteau, T. (2018). Impact of warning labels on sugar-sweetened beverages on parental selection: An online experimental study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.016>
- Mantzari, E., Pechey, R., Codling, S., Sexton, O., Hollands, G. J. & Marteau, T. M. (2020). The impact of ‘on-pack’ pictorial health warning labels and calorie information labels on drink choice: A laboratory experiment. *Appetite*, 145, 104484. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104484>
- Meitz, T. & Kalch, A. (2019). Nicht-intendierte Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In C. Rossmann, & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 383–396). Springer VS.
- Nadeem, I. M., Shanmugaraj, A., Sakha, S., Horner, N. S., Ayeni, O. R. & Khan, M. (2020). Energy Drinks and their Adverse Health Effects: A Systematic review and Meta-analysis. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*, 13(3), 265–277. <https://doi.org/10.1177/1941738120949181>
- Petersen, L. E. & Lieder, F. (2006). Die Effektivität von schriftlichen und graphischen Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(4), 245–258. <https://doi.org/10.1024/0044-3514.37.4.245>
- Pfister, T. (2012). Mit Fallbeispielen und Furchtappellen zu erfolgreicher Gesundheitsbotschaften. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Popova, L. (2011). The Extended Parallel Process Model: Illuminating the gaps in research. *Health Education & Behavior*, 39(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/1090198111418108>
- Ruiter, R. A. C. & Kok, G. (2005). Saying is not (always) doing: cigarette warning labels are useless. *European Journal of Public Health*, 15(3), 329–329. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki095>
- Schubert, E., Smith, E., Brydevall, M., Lynch, C., Ringin, E., Dixon, H., Kashima, Y., Wakefield, M. & Bode, S. (2021). General and specific graphic health warning labels reduce willingness to consume sugar-sweetened beverages. *Appetite*, 161, 105141. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105141>
- Spiegel (2005, 8. Oktober). *Verbraucherschützer fordern Warnhinweise für Pommes frites*. DER SPIEGEL, Hamburg, Germany. Zugriff am 01.06.2023. <https://www.spiegel.de/spiegel/vorab/a-378685.html>
- Stewart, D. J. & Martin, I. M. (1994). Intended and unintended consequences of warning messages: A review and synthesis of empirical research. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1177/074391569401300101>
- Taillie, L. S., Bercholz, M., Popkin, B. M., Reyes, M., Colchero, M. A. & Corvalán, C. (2021). Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study. *The Lancet Planetary Health*, 5(8), e526–e533. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(21\)00172-8](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00172-8)
- Temple, J. L., Ziegler, A. M. & Epstein, L. H. (2016). Influence of price and labeling on energy drink purchasing in an experimental convenience store. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(1), 54–59.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.08.007>
- van ‘t Riet, J. & Ruiter, R. A. C. (2011). Defensive reactions to health-promoting information: An overview and implications for future research. *Health Psychology Review*, 7(sup1), S104–S136. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.606782>
- VanEpps, E. M. & Roberto, C. A. (2016). The influence of sugar-sweetened beverage warnings. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.07.010>

Webb, T. L. & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329–349. <https://doi.org/10.1080/03637759209376276>

Tabelle 1
Soziodemografische Beschreibung der Stichprobe

	Häufigkeiten	
	n	%
Geschlecht (n = 222)		
Männlich	62	27.9
Weiblich	160	72.1
Alter (Jahre; n = 222)		
17-20	35	15.8
21-30	150	67.6
31-40	14	6.3
41+	20	9
Aktueller Konsum von Energydrinks (n = 222)		
Ja	70	31.5
Nein	152	68.5
Höchster bisher erreichter Bildungsabschluss (n = 222)		
Kein Schulabschluss	1	0.5
Haupt-/Volksschulabschluss	3	1.4
Realschule (Mittlere Reife)	8	3.6
Fachhochschulreife	7	3.2
Gymnasium (Abitur)	96	43.2
Berufskolleg	3	1.4
Abgeschlossene Ausbildung	24	10.8
Fachhochschulabschluss	9	4.1
Universität (Bachelor)	52	23.4
Universität (Master)	8	3.6
Universität (Diplom)	4	1.8
Sonstiges	7	3.2
Berufsgruppe (n = 222)		
Erwerbs- bzw. berufstätig	51	23
Ausbildung	10	4.5
Schüler*in	2	0.9
Student*in	146	65.8
Rentner*in/Pensionär*in	3	1.4
Hausfrau/-mann (inkl. Versorgung pflegebedürftiger Verwandte)	1	0.5
Arbeitssuchend	2	0.9
Sonstiges	7	3.2

Tabelle 2

Verteilung der Teilnehmenden auf die Experimentalgruppen

Gruppen-Nr.	Gesehene Farbe	Gesehenes Risiko	Anzahl der Versuchspersonen in der Gruppe
1	Rot	Übergewicht	34
2	Schwarz	Übergewicht	45
3	Rot	Herzprobleme	40
4	Schwarz	Herzprobleme	36
5	Kontrollgruppe (Risiko Herzprobleme)		38
6	Kontrollgruppe (Risiko Übergewicht)		31

Tabelle 3

Interkorrelationen, Mittelwerte und Standardabweichungen der abhängigen Variablen

	M	SD	(1)	(2)	(3)
Geplanter Konsum (1)	.99	2.50		.07	.28**
Attraktivität (2)	3.90	1.01			-.13
Psychologische Reaktanz (3)	2.05	1.10			

Anmerkung. ** $p < .01$

Tabelle 4

Geschätzte Randwerte, Standardfehler, F-Werte, Freiheitsgrade, Signifikanzniveau und Effektgrößen der Haupteffekte des Vorhandenseins eines Warnhinweises auf alle abhängigen Variablen

	Warnhinweis (<i>n</i> = 153)		Kein Warn- hinweis (<i>n</i> = 69)		F	df	p	η^2
	M	SE	M	SE				
Geplanter Konsum	1.45	.19	2.08	.27	3.828	222	.052	.018
Attraktivität	3.83	.09	4.15	.14	3.777	222	.053	.017
Psychologische Re- aktanz	2.39	.10	2.00	.14	661.340	222	.000	.756

Anmerkung. Sidak-korrigierte geschätzte Randmittel der ANOVAs.

Tabelle 5

Geschätzte Randwerte, Standardfehler, F-Werte, Freiheitsgrade, Signifikanzniveau und Effektgrößen der Haupteffekte der Salienz eines Warnhinweises auf die psychologische Reaktanz

	Schwarz (<i>n</i> = 81)		Rot (<i>n</i> = 74)		F	df	p	η^2
	M	SE	M	SE				
Psychologische Reaktanz	2.30	.16	2.39	.18	.142	153	.707	.001

Anmerkung. Sidak-korrigierte geschätzte Randmittel der ANOVAs.

Tabelle 6

Geschätzte Randwerte, Standardfehler, F-Werte, Freiheitsgrade, Signifikanzniveau und Effektgrößen der Haupteffekte des thematisierten Risikos eines Warnhinweises auf den geplanten Konsum und die psychologische Reaktanz

	Übergewicht (<i>n</i> = 79)		Herzprobleme (<i>n</i> = 76)		F	df	p	η^2
	M	SE	M	SE				
Geplanter Konsum	.97	.20	2.30	.26	15.489	153	.000	.101
Psychologische Reaktanz	2.44	.15	2.25	.19	.617	153	.434	.004

Anmerkung. Sidak-korrigierte geschätzte Randmittel der ANOVAs.

Tabelle 7

Geschätzte Randwerte, Standardfehler, F-Werte, Freiheitsgrade, Signifikanzniveau und Effektgrößen der Haupteffekte des bisherigen Gesundheitsverhaltens auf die abhängige Variable psychologische Reaktanz

	Habitueeller Konsum				Kein Konsum				F	df	p	η^2
	Kein Warnhinweis (n = 23)		Warnhinweis (n = 47)		Kein Warnhinweis (n = 46)		Warnhinweis (n = 106)					
	M	SE	M	SE	M	SE	M	SE				
Psychologische Reaktanz	2.21	.22	2.82	.15	1.80	.17	1.95	.12	1.879	222	.172	.009

Anmerkung. Sidak-korrigierte geschätzte Randmittel der ANOVAs.

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

Isabell Koinig & Sara Atanasova

Universität Klagenfurt, Universität Ljubljana

Zusammenfassung

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitskommunikation ist das Empowerment von Individuen durch die Bereitstellung von Information, sowie deren Beeinflussung von und Einbindung in Gesundheitsentscheidungen. Dabei wird das Empowerment-Konzept oft aus der individuellen Perspektive betrachtet. Diese Perspektive vernachlässigt aber die Multidimensionalität und Vielschichtigkeit des Konzepts, denn individuelles Empowerment stellt bspw. auch eine wichtige Voraussetzung für Gruppenempowerment oder kollektives Empowerment dar, da Einzelpersonen immer auch Mitglieder verschiedenster Gruppen sind. Dieser Aspekt soll daher im vorliegenden Beitrag vertiefend thematisiert werden. Dafür möchten wir die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche von Studien aus den letzten 20 Jahren vorstellen, die sich mit dem Konzept von Empowerment im Bereich der Gesundheitskommunikation befassen. Die Ergebnisse unseres Reviews zeigen auf, dass einige allgemeinere Begriffsdefinitionen nach wie vor verwendet werden, jedoch auch eine Tendenz zu spezielleren Definitionen erkennbar ist. Brücken zu neueren Konzepten, wie health literacy oder digitalen Medien stellen noch nicht die Norm dar. Zudem wird auch der Zusammenhang zwischen individuellem und kollektivem Empowerment häufig vernachlässigt.

Keywords: individuelles Empowerment, kollektives Empowerment, systematischer Review, Verantwortung

Summary

The goals of health communication are diverse and focus on providing information in order to empower individuals and grant them an increased say in health-related decisions. The concept of empowerment is often viewed from the individual perspective, neglecting the multidimensionality and complexity of the concept. Individual empowerment must also be seen as a prerequisite for group or collective empowerment, since individuals are members of diverse groups. This aspect will be addressed in the contribution at hand. In this article we will present the results of a systematic literature review of studies published in the last 20 years, which are dedicated towards the concept of empowerment in the field of health communication. The results of our review show that some general definitions are still used, but there is also a tendency towards more specific definitions. Bridges to newer concepts such as health literacy or digital technologies do not yet present the norm. Additionally, the link between individual and collective empowerment is often neglected.

Keywords: individual empowerment, collective empowerment, systematic review, responsibility

1 Einleitung

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitskommunikation ist das Empowerment von Individuen durch die Bereitstellung von Information, sowie deren Beeinflussung von und Einbindung in Gesundheitsentscheidungen. Die WHO sieht das Empowerment spätestens seit 1986 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: 17). Empowerment ist somit eine direkte Antwort auf Forderungen, Patient:innen mehr Mitspracherecht bei Gesundheitsentscheidungen einzuräumen (Prigge et al., 2015). Der Begriff ist über die Jahrzehnte hinweg zu einem zentralen Ziel der nationalen Gesundheitsagenden in westlichen Ländern wie den USA, Irland und England geworden und hat die Entwicklung von Gesundheitsreformen stark vorangetrieben (Selman et al., 2017).

In diesem Zusammenhang wird auch die Frage, wer für Gesundheitsentscheidungen verantwortlich ist, seit Langem umfangreich diskutiert. Während in der Vergangenheit – und im Rahmen des *medical oder biomedical models* – Ärzt:innen dafür zuständig waren, biologisch oder physiologisch bedingte Krankheitsbilder zu erkennen und zu behandeln (Blaxter, 2004), haben aktuelle Trends und Verschiebungen im Gesundheitsbereich hin zum *social model* die Rolle der Patient:innen nachhaltig verändert (Earle, 2007). Diese sind nicht länger passiv, sondern werden durch neue Informations- und Produktangebote in die Lage versetzt, sich aktiv an Gesundheitsentscheidungen zu beteiligen (Warwick-Booth, 2012).

Laut Ringsberg et al. (2018) ist health literacy als eine Grundvoraussetzung für individuelles und kollektives Empowerment anzusehen. Darunter versteht man “personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health” (Nutbeam, 2000: 263). Die zentrale Rolle von health literacy bei Gesundheitsentscheidungen wird auch von Schulz und Nakamoto (2013) unterstrichen: nur wenn Individuen und Gruppen in der Lage sind, die Qualität von Gesundheitsinformationen zu beurteilen, diese verstehen und darauf basierend handeln können, können sie als empowered angesehen werden. In anderen Worten: sie sind in der Lage, ihre Gesundheit aktiv mit zu beeinflussen.

Zudem werden digitale Angebote als zentral angesehen, um Individuen mehr Kontrolle bei Gesundheitsentscheidungen einzuräumen (Cheng et al., 2021). Akeel und Mundy (2019) unterscheiden beispielsweise zwischen verschiedenen Technologien, die Patient:innen empowern können: *personalized technologies* (mehr Selbstbestimmung), *assistive technologies* (erhöhtes Selbstvertrauen), *participative technologies* (verbessertes Selbstmanagement), *knowledge-based technologies* (optimierte Informationsaneignung und -austausch) und *access technologies* (verstärkter Austausch). Besonders *access technologies* verdeutlichen, dass digitale Technologien nicht nur das individuelle Empowerment begünstigen, sondern durch das angesprochene Vernetzungspotential auch zu einem erhöhten kollektiven Empowerment führen können (Atanasova & Petric, 2019; Fayn et al., 2021).

Diese Entwicklung soll mit der vorliegenden Studie genauer nachgezeichnet werden. Dafür werden in diesem Beitrag die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche von Studien, die in den letzten 20 Jahren veröffentlicht wurden, vorgestellt, die sich mit dem Konzept des Empowerments im Bereich der Gesundheitskommunikation befassen. In dem vorliegenden systematischen Review soll herausgearbeitet werden, inwieweit sich Definitionen von Empowerment im Laufe der Zeit verändert haben. Dabei geht es konkret darum, zu untersuchen 1) wer in Empowerment-Konzeptualisierungen als zentral angesehen wird (das Individuum, die Gruppe oder beide), 2) und ob Empowerment mit verwandten Konzepten in Verbindung gesetzt wird. Zudem soll geklärt werden, 3) ob aktuellere Studien zu Empowerment bereits verstärkt auf das Konzept der health literacy und den Zusammenhang mit digitalen Technologien eingehen.

2 Empowerment

Empowerment ist ein interdisziplinärer Begriff, der in der Psychologie, der Kommunikationswissenschaft, der Bildungsforschung, vermehrt aber auch im Bereich des Marketings verwendet wird (Koinig, 2016; Bunton & Macdonald, 2004). Zudem findet Empowerment häufig im Bereich der Sozialen Arbeit bzw. in den Sozialarbeitswissenschaften und der Entwicklungszusammenarbeit Anwendung (Herriger & Bleck, 2022). Zumeist beschreibt Empowerment einen Prozess, durch den Individuen oder Gruppen Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit (*self efficacy, self awareness*; Anderson et al., 2019; Maizes et al., 2009), Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeiten (*behavioral and*

decisional control; McAllister et al., 2011) und ein kritisches Bewusstsein (*critical reflection*; Zimmerman, 2000) für ihr gesellschaftspolitisches Umfeld entwickeln (sollen). Gleichzeitig können Individuen durch ihre Partizipation und aktive Teilnahme Veränderungen im sozialen Umfeld oder einzelnen Bereichen des täglichen Lebens erzielen (z. B. erhöhte Lebensqualität; Mengozzi et al., 2019).

Obwohl der Ursprung von Empowerment auf die sozialen Bewegungen der 1960er Jahre zurückzuführen ist, und sich das Konzept bereits früh als Kernbegriff der Gesundheitsförderung etabliert hat (Ottawa Charter; WHO, 1986), finden sich die theoretischen Grundlagen von Empowerment vermehrt in den 1980er Jahren, als Julian Rappaport (1981) nicht nur die Grundlage für Empowerment, sondern auch eine erste Definition des Begriffs lieferte. Rappaport (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. Eine Übersetzung des Begriffs ins Deutsche verdeutlicht, dass Empowerment mit einer Verschiebung von Macht verbunden ist (Koinig, 2016). Empowerment zielt darauf ab, Individuen zu befähigen, ihre benachteiligte Position in der Gesellschaft zu verbessern. Durch die Übernahme von Verantwortung und die Akzeptanz von Kontrolle soll benachteiligten Personen dazu verholfen werden, (weitreichende gesellschaftliche) Veränderungen herbeizuführen (Laverack, 2013; Abrahams et al., 2019). Bis heute wird Rappaport als „der wichtigste Programmierer der Empowerment-Idee“ angesehen (Keupp, 2018: 563).

3 Gesundheitskommunikation und Empowerment

Für das Gesundheitswesen stellt Empowerment eine vielversprechende Strategie dar (WHO, 2006) und wird auch von der WHO im Rahmen von *Self-Care* und *Shared Decision Making* priorisiert (Delnoij & Hafner, 2013). Diese erachtet Empowerment sogar als entscheidend für patientenzentrierte Gesundheitskommunikation in der Versorgung (Prigge et al., 2015), im Zuge derer Patient:innen erhöhte Partizipation sowie mehr Kontrolle und Autonomie eingeräumt wird (Delnoij & Hafner, 2013; Guadagnoli & Ward, 1998).

Auch wenn Empowerment in den meisten Fällen auf der Individual- bzw. Patient:innen-Ebene betrachtet wird (Atanasova & Koinig, 2022), so ist Empowerment prinzipiell auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt: neben der individuellen Ebene, müssen auch die kol-

lektive Ebene und die soziale Ebene berücksichtigt werden (Yeo, 2016). Dies deutet darauf hin, dass eine Reihe von Akteur:innen im Gesundheitssystem an Empowermentveränderungen mitwirken (z.B. Patient:innen, Ärzt:innen, medizinisches Personal, sowie Individuen und ihr unmittelbares soziales Umfeld; Menon, 2002). Trotz dieser vielen Beteiligungsebenen wird in der bisherigen Forschung Empowerment überwiegend aus der individuellen Perspektive betrachtet. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Definitionen betonen dabei vor allem die Fähigkeiten des/der Einzelnen, sich pro-aktiv an Gesundheitsentscheidungen zu beteiligen und somit mehr Verantwortung für die persönliche Gesundheit zu übernehmen. Häufig wird diese individuelle Perspektive mit Aspekten der Teilhabe an Gesundheitsentscheidungen und der Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen verbunden (Zimmerman, 1995; Fadda et al., 2016). Durch den reflektierten Umgang mit Informationen sollen Patient:innen ein größeres Mitspracherecht in Gesundheitsfragen erhalten (Koinig, 2016, Ouschan et al., 2006; Prigge et al., 2015). Auch wenn der Fokus zumeist auf dem Empowerment von Individuen liegt, betonen aktuellere Definitionen, dass individuelles Empowerment eine wichtige Voraussetzung für Gruppen- oder kollektives Empowerment darstellt (Barcham et al., 2016). Dies wird durch die Zugehörigkeit von Individuen zu unterschiedlichen Gruppen begründet (Ferrera et al., 2015). Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch wenn individuelles Empowerment bedeutet, dass die Verantwortung für Gesundheitsfragen von Einzelnen übernommen wird, so können diese – als Mitglieder unterschiedlicher Gruppen – ihr Wissen mit anderen teilen. Individuelles Empowerment kann somit das kollektive Empowerment fördern bzw. vorantreiben. Kollektives Empowerment stellt zudem eine Grundvoraussetzung dafür dar, dass soziale Probleme als solche wahrgenommen und öffentlich diskutiert werden (Barcham et al., 2016; Cross et al., 2017).

Trotz dieser Zusammenhänge wird die Entwicklung psychologischer Fähigkeiten, die dem individuellen Empowerment dienen und zu (potentiellen) Veränderungen im sozialen Umfeld führen (z. B. in Bezug auf die Zugänglichkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten bzw. die Organisation des Gesundheitssystems (Israel et al., 1994; Marston et al., 2016), eher selten als Teil des Patient:innenempowerments erachtet (engl. *patient empowerment*). Diese Aspekte werden erst im Rahmen des *kollektiven Empowerments* berücksichtigt, das auf der Überzeugung der/des Einzelnen beruht, dass persönliche gesundheits-

bezogene Probleme (effektiv) in Zusammenarbeit mit anderen und durch gemeinsame Einflussnahme auf breitere soziale Strukturen gelöst werden können (Zimmerman, 1995; Barcham et al., 2016).

Die Vielschichtigkeit und Komplexität des Begriffs deutet darauf hin, dass die Verantwortlichkeiten für Gesundheitsentscheidungen auf zwei unterschiedlichen Ebenen (der individuellen und der kollektiven Ebene) angesiedelt sind. Während sich bisherige systematische Reviews zum Thema Empowerment vorwiegend mit den Faktoren, die Patient:innenempowerment fördern (Prigge et al., 2015), Konzeptualisierungen von Patient:innenempowerment im Rahmen von qualitativen Studien (Agnier & Braun, 2018) oder mit den Messinstrumenten von Patient:innenempowerment (Pekonen et al., 2020) beschäftigt haben, so wurden die beiden angesprochenen Ebenen nur selten miteinander verknüpft. Diese fehlende Verknüpfung von individuellem und kollektivem Empowerment dient als Forschungsanlass, um bestehende Texte zu Empowerment systematisch zu analysieren. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher herauszuarbeiten, wie das Konzept des Empowerments in den letzten 20 Jahren im Bereich der Gesundheitskommunikation definiert und konzeptualisiert wurde.

Im Detail gilt es, herauszuarbeiten,

(FF1) ob sich Definitionen von Empowerment im Laufe der Zeit in Bezug auf deren zentrale Charakteristika verändert haben,

(FF2) welche Akteur:innen in Empowerment-Konzeptualisierungen als zentral angesehen werden (Individuen, Gruppen oder beide, was mit der Frage nach individueller/kollektiver Verantwortung verknüpft wird), und

(FF3) ob Definitionen von Empowerment mit verwandten Konzepten wie health literacy und neuen digitalen Kommunikationstechnologien in Verbindung gesetzt werden, die den Handlungsraum des individuellen Empowerments und die Verantwortung für Gesundheitsentscheidungen stärker am Individuum festmachen.

4 Empirische Studie: Systematischer Review

Suchstrategie

Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Drei Daten-

banken (PubMed, PsychInfo, Web of Science) wurden dafür nach geeigneten Texten durchsucht, die sich explizit mit Empowerment im Kontext von Gesundheitskommunikation beschäftigen. Die Suchstrategie beinhaltete folgende Suchbegriffe: Empowerment, Gesundheit/health und Kommunikation/communication. Die Begriffe wurden gewählt, da Empowerment sowohl durch die Patient:innenkommunikation im Rahmen der Gesundheitsversorgung als auch durch Kampagnen zur Gesundheitsförderung gestärkt werden kann. Die Begriffssuche wurde auf Titel und Abstracts beschränkt. Die Suchstrategie wurde an die Gegebenheit der jeweiligen Datenbank angepasst (siehe Tabelle 1).

Datenbank	PubMed	PsychINFO	Web of Science
Suchbegriff	((empowerment[Title/Abstract]) AND (health[Title/Abstract]) AND (communication[Title/Abstract])) AND	AB empowerment AND AB health AND AB communication	(AB=(empowerment) AND AB=(health) AND AB=(communication)) OR (TI=(empowerment) AND TI=(health) AND TI=(communication))

Tabelle 1. Verwendete Suchbegriffe per Datenbank.

Die Suche wurde im August 2021 durchgeführt. Die Artikel mussten in englischer Sprache verfasst, peer-reviewed und im Zeitraum von 2000 bis 2021 (Stand August 2021) veröffentlicht worden sein.

Die Suchergebnisse wurden in ein Literaturmanagementprogramm (citavi) importiert. Anschließend wurden die Artikel von beiden Autorinnen anhand von Titel, Abstract und Volltext auf deren Eignung überprüft. Konnten Volltexte nicht abgerufen werden, wurden zuerst weitere Datenbanken (z. B. Academia, Researchgate) konsultiert; im Anschluss daran wurden die Autor:innen direkt kontaktiert. Insgesamt waren 16 Volltexte nicht verfügbar. Die zu prüfende Stichprobe bestand somit aus 670 Volltexten.

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Studien wurden für den systematischen Review berücksichtigt, wenn sie (1) in englischer Sprache verfasst wurden, (2) in peer-reviewed Journals veröffentlicht wurden, (3) empirische Studien waren, und (4) eine Definition von Empowerment enthielten.

Texte wurden ausgeschlossen, wenn sie (1) Empowerment nicht explizit definierten, (2) (systematische) Reviews waren, oder (3) Empowerment definierten, aber nicht auf den Anwendungsbereich der Gesundheitskommunikation bezogen waren (siehe Abbildung 1).

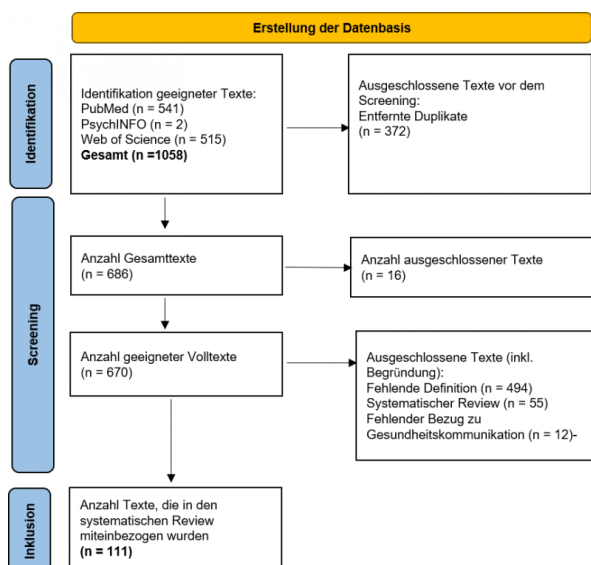


Abbildung 1. Visuelle Darstellung des Textwahlprozesses (PRISMA; in Anlehnung an Page et al., 2021).

Datenanalyse

Unter Verwendung der zuvor identifizierten Einschluss- und Ausschlusskriterien überprüften beide Autorinnen unabhängig voneinander die durch die Suchstrategie identifizierten Artikel. Die Gesamtstichprobe belief sich auf 111 Textdokumente. Nach dem Datenscreening und der Stichprobenreduktion entwickelten die Autorinnen ein Kodierschema (siehe Tabelle 3 im Anhang). Der Großteil des Kodierungsschemas widmete sich der Konzeptionalisierung des Empowerment-Begriffs. Unter anderem wurde erhoben, welche Form von Empowerment im Zentrum der Untersuchung stand (individuelles oder kollektives Empowerment), wie Empowerment definiert und welche Spezifika von Empowerment thematisiert wurden. Des Weiteren wurde festgehalten, ob Empowerment als Top-Down oder Bottom-Up Prozess konzipiert bzw. wie Empowerment in jeweiligen Artikeln operationalisiert wurde. Abschließend wurde erhoben, ob Empowerment mit den zuvor diskutierten Konstrukten (health literacy und digitalen Technologien) in Bezug gesetzt wurde. Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte der Analyse näher erläutert.

Das entwickelte Kodierschema (inkl. Kodieranleitung) wurde im Zuge einer Pilotstudie getestet, in der beide Autorinnen unabhängig voneinander dieselbe Stichprobe (n=4) kodierten. Die Ergebnisse der Pilotstudie dienten dazu, die Eignung des Kodierungsschemas zu bewerten. Im Anschluss an die Pilotstudie wurden die kodierten Daten verglichen. Probleme, die während der

Kodierung auftraten, wurden diskutiert und dienten dazu, das Kodierschema anzupassen und zu optimieren. Für die Kodierung verwendeten die Autorinnen das Web-Survey-Tool IKA (2022).

Die Kodierung der Texte erfolgte im Februar 2023. Beide Autorinnen kodierten unabhängig voneinander dasselbe Drittel der Texte der endgültigen Stichprobe (n= 35), und jede der beiden Autorinnen kodierte ein weiteres Drittel der endgültigen Stichprobe. Die von beiden Autorinnen kodierte Teilstichprobe wurde dazu verwendet, die Inter-coder-Reliabilität zu ermitteln, die im Anschluss für geschlossene Fragen berechnet wurde. Die Inter-coder-Reliabilität lag je nach Kodierkategorie zwischen 0.78 und 1 nach Krippendorffs Alpha.

Um die zentralen Ergebnisse des systematischen Reviews darzustellen, wurde eine deskriptive statistische Analyse verwendet, die mithilfe von MS Excel durchgeführt wurde. Um Definitionen von Empowerment, die verwendeten Autor:innen und Referenzen, sowie die genannten Dimensionen (z. B. wem wird Verantwortung für Gesundheitsentscheidungen zugeschrieben), Ergebnisse und Voraussetzungen von Empowerment zu identifizieren, wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

5 Ergebnisse

Definitionen von Empowerment

Die erste Frage (FF1), die mithilfe des systematischen Reviews beantwortet werden sollte, war, inwieweit sich Definitionen von Empowerment im Laufe der analysierten 20 Jahre verändert haben. Tabelle 2 im Anhang liefert eine Übersicht über die sechs am häufigsten verwendeten Definitionen des Empowerment-Begriffs in den 111 Studien.

Die Ergebnisse des systematischen Reviews lassen darauf schließen, dass einzelne Definitionen, die in der Vergangenheit häufig verwendet wurden, auch aktuell noch Anwendung finden. Die Definitionen von Zimmermann & Rappaport (1988) und Rappaport (1987) werden oft als Ausgangspunkt für individuelles Empowerment oder Patient:innenempowerment verwendet. Darunter wird die erhöhte Kontrolle jedes/-r einzelnen für Gesundheitsentscheidungen verstanden. Eine weitere Definition, die häufig im Gesundheitsbereich Anwendung findet, ist jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2012), in der davon gesprochen wird, dass *people* (im Plural) dazu befähigt werden sollen, ihre Gesundheit zu meistern.

Die (individuelle) Natur des Patient:innenempowerments wird besonders von Anderson & Funnell (2010) in den Fokus gerückt; sie ist jener von Menon (2002) ähnlich, jedoch betont letzterer eher die kollektive Verantwortung. Kabeer's (1999) Definition hingegen findet sich besonders in Studien, die sich mit dem Empowerment von Frauen beschäftigen, um ihre gesellschaftliche benachteiligte Situation zu bewältigen, während auf die Definition von Anderson & Funnell (2010) zurückgegriffen wird, wenn es darum geht, die Notwendigkeit von (individueller) Bildung und Kompetenzaneignung zu betonen.

Obwohl etablierte Definitionen im Laufe der Jahre nach wie vor verwendet werden, konnten einige Änderungen festgestellt werden. Zum einen sind die Definitionen zielgruppenspezifischer geworden. Das bedeutet, dass der Begriff des Patient:innenempowerments oder individuellen Empowerments zwar noch häufig genutzt wird, das Konzept des Empowerments selbst jedoch oftmals an ausgewählte Thematiken oder Forschungsprobleme angepasst wurde. So ist in ausgewählten Studien beispielsweise von *parental empowerment* (van den Hoogen et al., 2021), *nurse empowerment* (Itzhaky et al., 2004), *companion empowerment* (Suárez Vázquez et al., 2022) oder *women's bzw. girls' empowerment* die Rede (Karp et al., 2020). Auch hierbei zeigt sich, dass Empowerment sowohl Individuen als auch Gruppen zugeschrieben wird.

Zweitens haben die Definitionen von Empowerment an Komplexität gewonnen. Während beispielsweise frühere Definitionen von Empowerment einzelne Aspekte betonten (z. B. *control, mastery*, Selbstbestimmung; Zimmerman & Rappaport, 1988; Zimmerman, 1998), bieten neuere Definitionen ein viel breiteres Spektrum des Begriffs. Einige Definitionen werden präziser und beziehen sich explizit auf Gesundheit, z. B. „*control over health decisions*“ oder „*actions affecting their health*“ (WHO, 2012), während andere zusätzliche, wünschenswerte Ergebnisse des Empowermentprozesses anführen, wie beispielsweise „*think critically*“ und „*act autonomously*“ (Anderson & Funnell, 2010). Diese fallen dann zumeist in die individuelle Verantwortung.

Zentrale Empowerment Akteur:innen

Eine weitere Frage setzt sich damit auseinander, wer in Empowerment-Konzeptualisierungen (in der Rolle der Akteur:innen bzw. Empfänger:innen) als zentral betrachtet wird (FF2). Wer wird als Akteur:in bzw.

Empfänger:in angesehen - ein Aspekt, der direkt mit der Frage nach individueller/kollektiver Verantwortung verknüpft ist. Die Ergebnisse des Reviews verdeutlichen, dass die meisten Studien sich mit dem Empowerment von Patient:innen (*individuelles Empowerment*) beschäftigten (n = 86), während das Empowerment der Gruppe (*kollektives Empowerment*) in 13 Prozent aller Studien (n = 15) betont wurde. Eine ähnlich große Anzahl von Beiträgen (n = 13) widmete sich einer anderen Form des Empowerments und griff andere Begrifflichkeiten auf. Wie im vorherigen Absatz bereits herausgearbeitet wurde, wurde bestimmten Personengruppen – wie beispielsweise *Eltern* (van den Hoogen et al., 2021), *Krankenschwestern* (Itzhaky et al., 2004), oder *Familienangehörigen* (Suárez Vázquez et al., 2022) – in ausgewählten Gesundheitsszenarien Verantwortung für vulnerable Dritte (z. B. Kinder oder ältere, pflegebedürftige Angehörige) zugeschrieben. Oftmals wird die Verantwortung für Gesundheitsentscheidungen jedoch zur Individualverantwortung (Gill & Scharff, 2011; Bell et al., 2011).

Verbindung zwischen individuellem und kollektivem Empowerment

Empowerment ist in den meisten Fällen als ein multidimensionales Konstrukt konzipiert. Frans (1993) sieht Empowerment als Zusammenspiel von individuellen und kollektiven Elementen und geht davon aus, dass Empowerment aus mehreren, miteinander verbundenen Komponenten besteht: dem individuellen Selbstverständnis (*individual self-concept*), dem kritischen Bewusstsein, dass jede/r Teil eines größeren sozialen Systems ist, der Verfügbarkeit von (individuellem) Wissen und Fähigkeiten zur Einflussnahme, einer individuellen Handlungsbereitschaft sowie einem Gefühl der kollektiven Identität. Hieraus wird ersichtlich, dass in seiner Definition individuelle und kollektive Verantwortung miteinander verwoben sind.

Auch Yeo (2016) meint, dass Empowerment die Beteiligung unterschiedlichster Akteur:innen voraussetzt. Dieser Zusammenhang wurde in der Vergangenheit von mehreren Studien bestätigt (Becker et al., 2004; Zimmermann & Rappaport, 1988; Israel et al., 1994). Somit untersuchte eine weitere Forschungsfrage, ob individuelles Empowerment als Grundvoraussetzung für kollektives Empowerment angesehen wird. Die Ergebnisse unseres systematischen Reviews weisen jedoch darauf hin, dass die beiden Empowerment-Formen weitestgehend unabhängig voneinander gedacht werden und der Zusammenhang zwischen individuellem und kollektivem Empowerment nur in

fünf Prozent aller Studien explizit festgehalten wurde. Im Falle von individuellem Empowerment wird beispielsweise von *individual self-efficacy und self-esteem* (de Souza, 2011), *self care* (Janssen et al., 2021) aber auch von *patient autonomy* (Jerofke-Owen et al., 2018) im weitesten Sinne gesprochen, wohingegen bei kollektivem Empowerment häufig Konzepte wie *enabling others* (Mora et al., 2019) verwendet werden.

Bezug von Empowerment zu health literacy

Bisherige Analysen haben zudem aufgezeigt, dass Empowerment häufig mit Kompetenz-Konzepten in Verbindung gesetzt wird (z. B. *self-efficacy, self-esteem*; de Souza, 2011). Aufgrund von digitalen Entwicklungen und der zunehmenden Bedeutung von Self-Management/*self care* (Duineveld et al., 2015; Abrahams et al., 2019) könnte (digitale) Gesundheitskompetenz/health literacy eine davon sein, da neue Informations- und Kommunikationstechnologien (IKTs) den Individuen mehr Kontrolle für ihre eigene Gesundheit einräumen (FF3; Warwick-Booth & Cross, 2018; Cross et al., 2017).

Allerdings konnte die Annahme, dass health literacy häufig in Studien, die sich mit Patient:innen-Empowerment befassen, erwähnt wird, nicht bestätigt werden. Insgesamt gingen nur etwas mehr als ein Drittel aller Studien (35 Prozent) explizit auf health literacy ein und sahen diese als Grundvoraussetzung für Empowerment an. Dieses Ergebnis ist interessant, besonders vor dem Hintergrund, dass einzelne Autor:innen health literacy als Grundvoraussetzung von Empowerment bzw. als *social determinant* von Gesundheit im Allgemeinen ansehen (Cross et al., 2017; Rowlands, 2012; WHO, 2009). Auch wenn unterschiedliche Formen von health literacy unterschieden werden müssen, so wird zumeist der critical health literacy eine zentrale Bedeutung zugeschrieben (Sykes et al., 2009). In diesem Zuge wird die individuelle Motivation beleuchtet, Gesundheitsinformationen zu beziehen, zu bewerten und diese für die individuelle Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (WHO, 2009). Somit kann behauptet werden, dass health literacy die individuelle Verantwortungsübernahme für Gesundheitsentscheidungen mitbedingt.

Bezug von Empowerment zu Informations- und Kommunikationstechnologien (IKTs)

Ähnlich verhielt es sich mit dem Bezug von Empowerment zu neuen Informations- und Kommunikationstechnologien. Auch wenn Studien betonen, dass

IKTs sowohl das individuelle Empowerment (Cheng et al., 2021; Duineveld et al., 2015) als auch das kollektive Empowerment fördern, so wurden die beiden Konstrukte nicht einmal in der Hälfte aller Fälle miteinander in Beziehung gesetzt (45 Prozent), obwohl die Nutzung von Technologien nicht nur der individuellen Wissensaneignung sondern auch für mehr Transparenz bzgl. der Verfügbarkeit von Gesundheitsangeboten dienen kann (Jiang & Street, 2019). Ausgewählte Studien untersuchten beispielsweise, wie Telemedizin Stress und Angst von Patient:innen reduzieren kann (Cheng et al., 2021) bzw. wie der Austausch in Internetforen User:innen eine erweiterte Form von sozialer Unterstützung im Internet bieten kann (Koinig & Diehl, 2021). Hierbei wird das Zusammenspiel von individuellem und kollektivem Empowerment abermals ersichtlich.

6 Diskussion und Implikationen

Individuelles und kollektives Empowerment

Die Ergebnisse des vorliegenden systematischen Reviews verdeutlichen, dass Empowerment in erster Linie mit dem Individuum (d. h. dem Ich und nicht dem Wir) verbunden ist. Dies bedeutet, dass sich die meisten Studien damit beschäftigen, wie Patient:innen dazu befähigt werden können, eine aktivere Rolle bei Gesundheitsentscheidungen zu spielen. Dies setzt voraus, dass Patient:innen Kontrolle für ihre Gesundheit einfordern, sich Wissen aneignen, um aktiv an Gesundheitsentscheidungen teilzuhaben, und in weiterer Folge Kompetenzen entwickeln (müssen), um positive Gesundheitsresultate zu erzielen bzw. Krankheiten abwenden zu können (Fadda et al., 2016; Ouschan et al., 2000; Ouschan et al., 2006; Prigge et al., 2015). Diese Konzipierung von Empowerment unterstreicht nochmals, dass im Gesundheitskontext vorwiegend das Individuum dazu aufgerufen ist, für seine/ihre Gesundheit – im Zuge von *self care* – Sorge zu tragen (Duineveld et al., 2015; Abrahams et al., 2019).

Vor dem Hintergrund, dass individuelles und kollektives Empowerment eigentlich laut Literatur als zusammenhängende Konzepte betrachtet werden müssen (Becker et al., 2004; Zimmermann & Rappaport, 1988; Israel et al., 1994), scheint es kritisch zu sein, dass die meisten Studien individuelles Empowerment bzw. Patient:innenempowerment in den Fokus rücken. Andererseits ist der Fokus auf individuelles Empowerment durchaus plausibel, da Individuen sich erst ihrer Rolle in Gesundheitsfragen bewusst sein müssen, bevor sie andere bei Gesundheitsentscheidungen unterstützen

(können). Dies legt wiederum nahe, dass, wenn Individuen *befähigt* werden, sich pro-aktiv mit Gesundheitsfragen bzw. ihrer Gesundheit zu beschäftigen, sie auch andere Gruppenmitglieder *empowern* können, indem sie als Multiplikatoren fungieren (Ferrera et al., 2015). Dies entspricht auch einem der zuvor identifizierten Resultate von kollektivem Empowerment (*enabling others*; Mora et al., 2019). Zukünftige Studien sollten den Zusammenhang zwischen individuellem Empowerment und kollektivem Empowerment nicht vernachlässigen. In diesem Zusammenhang dürften Forschende jedoch nicht verabsäumen, darauf hinzuweisen, dass diese Verbindung auch Gefahren bergen kann, sollte beispielsweise das individuelle Empowerment überschätzt werden (siehe hierzu Atanasova & Petrič, 2019). Zudem verfolgen die beiden Empowerment-Formen unterschiedliche Ziele, die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind. Während individuelle Ziele die Micro-Ebene betreffen, so sind die Ziele des kollektiven Empowerments sowohl auf der Meso- als auf der Macro-Ebene angesiedelt. Außerdem kann die Überbetonung des individuellen Empowerments die Relevanz des kollektiven Empowerments reduzieren; gleichzeitig kann, eine Überbetonung des kollektiven Empowerments die Notwendigkeit des individuellen Empowerments schmälern (Peterson et al., 2005). Somit kann festgehalten werden, dass individuelles und kollektives Empowerment eigenständige, aber miteinander verbundene Konstrukte darstellen.

Health literacy

Die WHO (2013) sieht health literacy als essentiell für individuelle Gesundheit an. Individuen mit geringer health literacy sind, laut Studien der WHO (2009) weniger stark in ihrer Gesundheit involviert, d. h. sie sind weniger stark empowert. Dies bedeutet somit auch, dass sowohl individuelles Empowerment als auch kollektives Empowerment direkt an health literacy geknüpft sind (Ringsberg et al., 2018). Allerdings setzt nur eine begrenzte Anzahl von Studien diese beiden Konzepte zu health Literacy in Bezug. Dieses Ergebnis ist äußerst interessant, da laut dem Health Empowerment Model (Shearer, 2007) health Literacy eine wichtige Voraussetzung für individuelles Empowerment ist (Diviani et al., 2012). Auch Schulz und Nokamoto (2013) sehen einen Zusammenhang zwischen Empowerment und health literacy und gehen davon aus, dass eine geringe health literacy das Verständnis von Gesundheitsbotschaften erschwert und somit das individuelle Empowerment reduziert. Zukünftige Definitionen von Empowerment sollten

somit das Konzept der health literacy nicht außer Acht lassen.

Neue Informations- und Kommunikationstechnologien (IKTs)

Empowerment wird durch den vermehrten Einsatz von eHealth oder mHealth-Tools und Telemedizin forciert und bietet Individuen einen schnelleren und effizienteren Austausch mit ihren Ärzt:innen. Gleichzeitig erhalten sie dadurch verstärkt Zugang zu personalisierten Lösungen (Duineveld et al., 2015; Cheng et al., 2021). Zudem erhalten Individuen durch die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen im Internet und den Austausch über Krankheitsgeschichten auf sozialen Medien einen Zugang zu neuen Personengruppen, wodurch das kollektive Empowerment neue Dimensionen erreicht (Cheng, 2021; Koinig & Diehl, 2021).

Die meisten Studien zu Empowerment im Bereich der Gesundheitskommunikation haben bereits die Bedeutung technischer Lösungen erkannt, welche Patient:innen mehr Kontrolle zuzuerkennen und ihnen eine erhöhte Teilhabe an Gesundheitsentscheidungen einräumen. Vor dem Hintergrund der Verbreitung digitaler Gesundheitslösungen sollte die zukünftige Forschung die Auswirkungen des Einsatzes digitaler Technologien für das Gesundheitswesen und für individuelle und kollektive Gesundheitsentscheidungen, sowie ihre Auswirkungen auf die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung, genauer untersuchen.

Literaturverzeichnis

- Abrahams, N.; Gilson, L.; Levitt, N. S.; Dave, J. A. (2019): Factors that influence patient empowerment in inpatient chronic care: early thoughts on a diabetes care intervention in South Africa. In: *Bmc Endocrine Disorders* 19 (1). DOI: 10.1186/s12902-019-0465-1.
- Akeel, A.U. & Mundy, D. (2019). Re-thinking technology and its growing role in enabling patient empowerment. *Health Informatics Journal* 25(4), 1278-1289.
- Alpay, L.; van der Boog, P.; Dumaij, A. (2011): An empowerment-based approach to developing innovative e-health tools for self-management. In: *Health Informatics Journal* 17 (4), S. 247–255. DOI: 10.1177/1460458211420089.

- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions, *Patient Education & Counseling* 79 (3), 277–282, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Anderson, A. C.; Akre, E.; Chen, J. (2019): Exploring national trends of patient- and family-centered care among US children. In: *Journal of Child Health Care* 23 (2), S. 200–212. DOI: 10.1177/1367493518786015.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling* 57(2), 153-157
- Arvidsson, H.; Olin, E.; Strand, J.; Tidefors, I. (2014): Effects of the Two-Way Communication Checklist (2-COM): A one-year cluster randomized study in a group of severely mentally ill persons. In: *International Journal of Social Psychiatry* 60 (1), S. 95–102. DOI: 10.1177/0020764012467145.
- Atanasova, S., & Petrič, G. (2019). Empowered, but not fully empowered: A cluster analysis of online health community users' individual and collective empowerment. Paper at European Conference on Health Communication, Zurich, Switzerland. Available at: https://echc2019.files.wordpress.com/2019/11/boa_ehc2019-1.pdf
- Atanasova, S.; Kamin, T.; Petrič, G. (2017): Exploring the benefits and challenges of health professionals' participation in online health communities: Emergence of (dis)empowerment processes and outcomes. In: *International journal of medical informatics* 98, S. 13–21. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2016.11.005.
- Atanasova, S. & Koinig, I. (2022). Empowerment. In: *The International Encyclopedia of Health Communication*.
- Barcham, R.; Silas, E.; Irie, J. (2016): Health promotion and empowerment in Henganofi District, Papua New Guinea. In: *Rural and Remote Health* 16 (4). Online verfügbar unter <Go to ISI>://WOS:000396697000005.
- Bartlett, Y. K.; Coulson, N. S. (2011): An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. In: *Patient Education and Counseling* 83 (1), S. 113–119. DOI: 10.1016/j.pec.2010.05.029.
- Becker, J.; Kovach, A. C.; Gronseth, D. L. (2004): Individual empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. In: *Journal of Community Psychology* 32 (3), S. 327–342. DOI: 10.1002/jcop.20000.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity.
- Bunton, R. & Macdonald, G. (2004). *Health Promotion: Disciplines, Diversity and Developments*. 2. Aufl. London: Routledge.
- Bush, J. (2004). *Consumer Empowerment and Competitiveness*. London: National Consumer Council.
- Cardarelli, K. M.; Ickes, M.; Huntington-Moskos, L.; Wilmhoff, C.; Larck, A.; Pinney, S. M.; Hahn, E. J. (2021): Authentic Youth Engagement in Environmental Health Research and Advocacy. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (4). DOI: 10.3390/ijerph18042154.
- Carlier, S.; van der Paelt, S.; Ongenaes, F.; Backere, F. de; Turck, F. de (2020): Empowering Children with ASD and Their Parents: Design of a Serious Game for Anxiety and Stress Reduction. In: *Sensors* 20 (4). DOI: 10.3390/s20040966.
- Cheng, Y. S.; Wei, W.; Zhong, Y. Y.; Zhang, L. (2021): The empowering role of hospitable telemedicine experience in reducing isolation and anxiety: evidence from the COVID-19 pandemic. In: *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 33 (3), S. 851–872. DOI: 10.1108/ijchm-07-2020-0786.
- de Souza, R. (2011): Local Perspectives on Empowerment and Responsibility in the New Public Health. In: *Health communication* 26 (1), S. 25–36. DOI: 10.1080/10410236.2011.527619.
- Delnoij, D., & Hafner, V. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. WHO Europe.
- Diviani N, Camerini A-L, Reinholz D, et al. (2012). Health literacy, health empowerment and health information search in the field of MMR vaccination: a cross-sectional study protocol. *BMJ Open* 2:e002162. doi:10.1136/bmjopen-2012-002162

- Duineveld, L. A. M.; Wieldraaijer, T.; van Asselt, K. M.; Nugteren, I. C.; Donkervoort, S. C.; van de Ven, A. W. H. et al. (2015): Improving care after colon cancer treatment in The Netherlands, personalised care to enhance quality of life (I CARE study): study protocol for a randomised controlled trial. In: *Trials* 16. DOI: 10.1186/s13063-015-0798-7.
- Earle, S. (2007). Exploring Health. In S. Earle, C.E. Lloyd, M. Sidell & S. Spurr (Hrsg.). *Theory and Research in Promoting Public Health* (S. 37-66). London: SAGE.
- Fadda, M.; Galimberti, E.; Carraro, V.; Schulz, P. J. (2016): What are parents' perspectives on psychological empowerment in the MMR vaccination decision? A focus group study. In: *BMJ open* 6 (4). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010773.
- Fayn, MG., des Garets, V. & Rivière, A. (2021). Collective empowerment of an online patient community: conceptualizing process dynamics using a multi-method qualitative approach. *BMC Health Services Research* 21, 958. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06988-y>
- Ferrera, M.J., Sacks, T.K., Perez, M., Nixon, J.P., Asis, D., & Coleman, W.L. (2015). Empowering Immigrant Youth in Chicago: utilizing CBPR to document the impact of a Youth Health Service Corps program. *Family & Community Health* 38(1), 12-21. doi: 10.1097/FCH.000000000000058. PMID: 25423240.
- Frøisland, D. H.; & Årsand, E. (2015): Integrating visual dietary documentation in mobile-phone-based self-management application for adolescents with type 1 diabetes. In: *Journal of diabetes science and technology* 9 (3), S. 541-548. DOI: 10.1177/1932296815576956.
- Funnell, M.M. & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 22, 123-127.
- Gabitova, G.; Burke, N. J. (2014): Improving healthcare empowerment through breast cancer patient navigation: a mixed methods evaluation in a safety-net setting. In: *BMC health services research* 14. DOI: 10.1186/1472-6963-14-407.
- Grace, V.M. (1991). The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion. *International Journal of Health Services* 21, 329-343.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine*, 46(3), 329-339.
- Harrison, T., Waite, K., & Hunter, G.L. (2006). The internet, information and empowerment. *European Journal of Marketing* 40(9/10), 972-993.
- Itzhaky, H.; Gerber, P.; Dekel, R. (2004): Empowerment, skills, and values: a comparative study of nurses and social workers. In: *International journal of nursing studies* 41 (4), S. 447-455. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2003.10.012.
- Janssen, S. L.; Venema-Taata, N.; Medlock, S. (2021): Anticipated Benefits and Concerns of Sharing Hospital Outpatient Visit Notes With Patients (Open Notes) in Dutch Hospitals: Mixed Methods Study. In: *Journal of Medical Internet Research* 23 (8). DOI: 10.2196/27764.
- Jerofke-Owen, T.; Bull, M. (2018): Nurses' Experiences Empowering Hospitalized Patients. In: *Western journal of nursing research* 40 (7), S. 961-975. DOI: 10.1177/0193945917701395.
- Jiang, S. H.; Street, R. L. (2019): The effects of patient-centered communication, social capital, and internet use on patient empowerment: a cross-sectional study in China. In: *Global health promotion* 26 (4), S. 33-43. DOI: 10.1177/1757975917749197.
- Jongen, P. J.; Veen, G. ter; Lemmens, W.; Donders, R.; van Noort, E.; Zeinstra, E. (2020): The Interactive Web-Based Program MSmonitor for Self-Management and Multidisciplinary Care in Persons With Multiple Sclerosis: Quasi-Experimental Study of Short-Term Effects on Patient Empowerment. In: *Journal of medical Internet research* 22 (3), e14297. DOI: 10.2196/14297.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. *Dev. Change*, 30, pp. 435-464.

- Karp, C.; Wood, S. N.; Galadanci, H.; Sebina Kibira, S. P.; Makumbi, F.; Omoluabi, E. et al. (2020): 'I am the master key that opens and locks': Presentation and application of a conceptual framework for women's and girls' empowerment in reproductive health. In: *Social science & medicine* 258, S. 113086. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113086.
- Keupp, H. (2018). Empowerment. In: Graßhoff, G., Renker, A., Schröer, W. (eds) *Soziale Arbeit*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_38
- Kim, S. C.; Boren, D.; Solem, S. L. (2001): The Kim Alliance Scale: development and preliminary testing. In: *Clinical nursing research* 10 (3), S. 314–331. DOI: 10.1177/c10n3r7.
- Koinig, I. (2016). *Advertising as a Source of Consumer Self-Empowerment*. Wiesbaden: Springer.
- Koinig, I., Diehl, S. (2021). Health Communication (Campaigns) for Sustainable Development—Can Social Media Be a Remedy?. In: Weder, F., Krainer, L., Karmasin, M. (eds) *The Sustainability Communication Reader*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31883-3_24LaverackG. (2013). *Health activism: foundations and strategies*. SAGE.
- Maizes, V.; Rakel, D.; Niemiec, C. (2009): Integrative medicine and patient-centered care. In: *Explore (New York, N.Y.)* 5 (5), S. 277–289. DOI: 10.1016/j.explore.2009.06.008.
- Marston, C., Hinton, R., Kean, S., Baral, S., Ahuja, A., Costello, A. et al. (2016). Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bulletin of the WHO* 94, 376-382.
- McAllister, M. and Dearing, A. (2015), Patient reported outcomes and patient empowerment in clinical genetics services. *Clinical Genetics*, 88: 114-121. <https://doi.org/10.1111/cge.12520>
- Mengozi, C.; Campaniello, G.; Aversa, F.; Re, F.; Calatafimi, B.; Albertini, R.; Montali, F. (2019): The "Patient's Empowerment rights-duty Charter": new communication tools targeted at patient and professionals in a Hematology and Bone marrow transplant center. In: *Acta bio-medica: Atenei Parmensis* 90 (2), S. 233–240. DOI: 10.23750/abm.v90i2.6831.
- Menon, S.T. (2002). Toward a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities, *Nurse Education Today* 22 (1) 28–39, <http://dx.doi.org/10.1054/nedt.2001.0721>
- Mesko, B.; Györfy, Z. (2019): The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. In: *Journal of medical Internet research* 21 (3), e12490. DOI: 10.2196/12490.
- Mora, M. A.; Sparud-Lundin, C.; Burstrom, A.; Hanseus, K.; Rydberg, A.; Moons, P.; Bratt, E. L. (2019): Patient empowerment and its correlates in young persons with congenital heart disease. In: *European Journal of Cardiovascular Nursing* 18 (5), S. 389–398. DOI: 10.1177/1474515119835434.
- Nankinga, O.; Misinde, C.; Kwagala, B. (2016): Gender relations, sexual behaviour, and risk of contracting sexually transmitted infections among women in union in Uganda. In: *Bmc Public Health* 16. DOI: 10.1186/s12889-016-3103-0.
- Narayan, D. (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. New York: World Bank.
- Neuhauser, L. (2017): Integrating Participatory Design and Health Literacy to Improve Research and Interventions. In: *Studies in health technology and informatics* 240, S. 303–329.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3). 259-267.
- Ouschan, R., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2000). Dimensions of patient empowerment: Implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18(1/2), 99–114.
- Ouschan, R.; Sweeney, J.; Johnson, L. (2006): Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. In: *European Journal of Marketing* 40 (9-10), S. 1068–1086. DOI: 10.1108/03090560610681014.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

- Passardi, A.; Rizzo, M.; Maines, F.; Tondini, C.; Zambelli, A.; Vespignani, R. et al. (2017): Optimisation and validation of a remote monitoring system (Onco-TreC) for home-based management of oral anticancer therapies: an Italian multicentre feasibility study. In: *BMJ open* 7 (5). DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014617.
- Prigge, J.-K., Dietz, B., Hamburg, C., Hoyer, W.D., & Burton, J. (2015). Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *International Journal of Research in Marketing* 32, 375-386.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology* 9(1), 1-25.
- Ringsberg, K.C., Olander, E., Tillgren, P., Thualagant, N., & Trollvik, A. (2018). Concerns and future challenges of health literacy in the Nordic countries – From the point of view of health promotion practitioners and researchers. *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (20_suppl), 107-117. doi:10.1177/1403494817743903
- Schiavo, R. (2013). *Health Communication: From Theory to Practice*. 2nd ed. Josey-Bass.
- Schulz, P. J.; & Nakamoto, K. (2013): Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. In: *Patient Education and Counseling* 90 (1), S. 4–11. DOI: 10.1016/j.pec.2012.09.006.
- Selman, L. E.; Daveson, B. A.; Smith, M.; Johnston, B.; Ryan, K.; Morrison, R. S. et al. (2017): How empowering is hospital care for older people with advanced disease? Barriers and facilitators from a cross-national ethnography in England, Ireland and the USA. In: *Age and ageing* 46 (2), S. 300–309. DOI: 10.1093/ageing/afw193.
- Shearer, N.B. (2007). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing*;33:38–45.
- Suárez Vazquez, A.; Alvarez, L. S.; Lanza, A. B. D. (2022): Communicating with Companions. The Impact of Companion Empowerment and Companion Literacy on the Well-being of Elderly Patients. In: *Health communication* 37 (5), S. 648–655. DOI: 10.1080/10410236.2020.1862398.
- Topac, V.; & Stoicu-Tivadar, V. (2011): Patient empowerment by increasing information accessibility in a telecare system. In: *Studies in health technology and informatics* 169, S. 681–685.
- Tsai, T. I.; Lee, S. Y. D.; Yu, W. R. (2018): Impact of a Problem-Based Learning (PBL) Health Literacy Program on Immigrant Women's Health Literacy, Health Empowerment, Navigation Efficacy, and Health Care Utilization. In: *Journal of Health Communication* 23 (4), S. 340–349. DOI: 10.1080/10810730.2018.1445798.
- van den Hoogen, A.; Eijssermans, R.; Ockhuijsen, H. D. L.; Jenken, F.; Oude Maatman, S. M.; Jongmans, M. J. et al. (2021): Parents' experiences of VOICE: A novel support programme in the NICU. In: *Nursing in Critical Care* 26 (3), S. 201–208. DOI: 10.1111/nicc.12569.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*;6: 197-205.
- Warwick-Booth, L. & Cross, R. & Lowcock, D. (2012). *Contemporary Health Studies: An Introduction*. Cambridge: Polity.
- WHO. (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization <https://www.who.int/publications/m/item/constitution-of-the-world-health-organization>
- Wright, L.T., Newman, A. & Dennis, C. (2006). Enhancing consumer empowerment. *Emerald Journal of Marketing* 40(9/10). 925-935.
- Yeo, Y. (2016): Indirect effects of contextual factors on patients' consultations with healthcare professionals about health information found online. In: *BMC health services research* 16. DOI: 10.1186/s12913-016-1713-y.
- Zimmerman, M.A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology* 16(5), 725-743. doi: 10.1007/BF00930023. PMID: 3218639.

Zimmerman, M.A. & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.1.3>

Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory. In Rappaport, J., Seidman, E. (eds) *Handbook of Community Psychology*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23(5), 581-599. doi:10.1007/BF02506983

Empowerment - Definitionen		
AutorInnen	Definition	zitiert von (exemplarisch)
Zimmerman & Rappaport (1988: p. 726)	<i>“process by which individuals gain mastery or control over their own lives and democratic participation in the life of their community”</i>	Ouschan et al. (2006)
Rappaport (1987: p. 122)	<i>“as the process by which people gain mastery over their affairs”</i>	Suárez Vázquez et al. (2017)
Funnell et al. (1991: p. 38)	<i>“patients are empowered when they have knowledge, skills, attitudes and self-awareness necessary to influence their own behavior and that of others in order to improve the quality of their lives” [outcome]</i>	Suárez Vázquez et al. (2017) Frøisland & Årsand (2015)
WHO (2012)	<i>“a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”</i>	Janssen et al. (2021) Mesko & Gyorffy (2019)
Anderson & Funnel (2010, p: 278)	<i>“Empowerment is a process when the purpose of an educational intervention is to increase one’s ability to think critically and act autonomously”</i>	Chen et al. (2011) Jonsson et al. (2012)
Menon (2002, p: 29)	<i>“empowerment is the act or process by which the influence of the less powerful in a given domain is increased”</i>	Atanasova et al. (2017) Cheng et al. (2021)

Tabelle 2. Empowerment-Definitionen und ihre Vertreter:innen

Basic Article Information		
Category	Description	Answer Options
[Q1] Coder	Please indicate your name [coder].	
[Q2] Article ID	Please enter the article ID.	
[Q3] Year of Publication	When was the article published?	
[Q4] Keywords	Please write down the article's key words.	
Research Problem and Research Design		
Category	Description	Answer Options
[Q6] Purpose Statement	Please write down the main research problem of the article.	
[Q7] Research Type	Please identify which research design was used in the article.	1- Empirical study 2- Case/clinical study 3- Other
[Q8] Number of studies	Please indicate how many studies are presented in the article.	1- One study 2- Two studies 3- Three studies
[Q9] Research approach	Please identify the dominant research approach used in the paper.	1- Quantitative approach 2- Qualitative approach 3- Mixed methods approach
[Q10] Research approach – Study 1	Please identify the dominant research approach used in study 1.	1- Quantitative approach 2- Qualitative approach 3- Mixed methods approach
[Q11] Research approach – Study 2*	Please identify the dominant research approach used in study 2.	1- Quantitative approach 2- Qualitative approach 3- Mixed methods approach
[Q12] Research approach – Study 3*	Please identify the dominant research approach used in study 3.	1- Quantitative approach 2- Qualitative approach 3- Mixed methods approach
[Q13] Research Design	Which research design is used in the article?	1- Cross-sectional 2- Panel 3- Longitudinal 4- Case study 5- Experimental 6- Other
[Q14] Research Design – Study 1	Which research design is used in study 1 presented in the article?	1- Cross-sectional 2- Panel 3- Longitudinal 4- Case study 5- Experimental 6- Other

[Q15] Research Design – Study 2*	Which research design is used in study 2 presented in the article?	1- Cross-sectional 2- Panel 3- Longitudinal 4- Case study 5- Experimental 6- Other
[Q16] Research Design – Study 3*	Which research design is used in study 3 presented in the article?	1- Cross-sectional 2- Panel 3- Longitudinal 4- Case study 5- Experimental 6- Other
[Q18] Main data collection methods	Which were the main data collection methods used in the article?	1- Online survey 2- (Field) survey 3- In-depth interviews 4- Online in-depth interviews 5- Semi-structured interviews 6- Expert interviews 7- Narrative interviews 8- Online semi-structured interviews 9- Focus groups 10- Online focus groups 11- Other
[Q19] Data analysis	Which data analysis techniques were used and EXPLICITLY mentioned in the study?	1- Qualitative content analysis 2- Quantitative content analysis 3- Qualitative thematic analysis 4- Descriptive statistical analysis 5- Inferential statistical analysis 6- Discourse analysis 7- Linguistic analysis 8- Other

Health-related Questions

Category	Description	Answer Options
[Q20] Health topic	Which health-related topic is studied in the article?	
[Q21] Health conditions	Are there specific health condition(s) studied in the article?	1- Yes 2- No
[Q22] Health conditions - types	Which of the following types of health conditions are studied in the article?	1- Acute or general health problems 2- Chronic health condition(s) 3- Mental health problems 4- Other
[Q23] Health conditions studied	Which specific health condition(s) in relation to the observed research population are studied in the article?	

Population

Category	Description	Answer Options
[Q24] Target population	Who presents a target population in the study?	1- Patients 2- Women 3- Men 4- Elderly 5- Children 6- Young adults/ Adolescents 7- Consumers 8- Clients 9- Nurses 10- Physicians/Doctors 11- Citizens 12- Other

Empowerment

Category	Description	Answer Options
[Q25] Role of Patient	How is the role of patient defined/perceived in the conceptualization of empowerment?	1- Patient is dependent (passive) to doctor (or other health professionals) 2- Patient is in equal partnership with a doctor (or other health professionals) 3- Other 4- Not mentioned in the paper.
[Q26] Empowerment - Type	Which main type of empowerment do the authors EXPLICITLY point out (mention) in the article?	1- Psychological empowerment 2- Intrapersonal empowerment 3- Interactional empowerment 4- Behavioral empowerment 5- Emotional empowerment 6- Cognitive empowerment 7- Individual empowerment 8- Collective empowerment 9- Community empowerment 10- Patient empowerment 11- Personal empowerment 12- Empowerment (without specific type) 13- Other

[Q27] Empowerment – Characteristics [explicit]	Are any of the following characteristics of empowerment EXPLICITLY specified in the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Multidimensional concept 2- Relational concept 3- Latent construct 4- Outcome vs. process relation 5- Relation to the concept of power/control 6- Paradox of the concept of empowerment 7- Other 8- None of above
[Q28] Empowerment – Characteristics [implicit]	Are any of the following characteristics of empowerment IMPLICITLY specified in the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Multidimensional concept 2- Relational concept 3- Latent construct 4- Outcome vs. process relation 5- Relation to the concept of power/control 6- Paradox of the concept of empowerment 7- Other 8- None of above
[Q29] Empowerment – Study Focus	Is empowerment an explicit and main focus of the article or more a side topic?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Empowerment is main and primary focus of the article 2- Empowerment is an important focus, but not primarily studied 3- Empowerment is a side topic
[Q30] Empowerment – Direction	How is the direction of empowerment understood in the paper?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Bottom-up process 2- Top-down process 3- Both bottom-up and top-down process
[Q31] Empowerment – Definition 1	Do the authors of the article explicitly define the concept of empowerment (and its dimensions)	<ul style="list-style-type: none"> 1- Yes 2- No
[Q32] Empowerment – Definition 2	Write down the exact definition of the core concept of empowerment that is specified in the study.	
[Q33] Empowerment – Definition 3	Is the definition of the core concept of empowerment that is studied in the paper based on other sources or is the definition developed in the analyzed article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Definition is summarized from other sources. 2- Definition is developed in the analyzed article.
[Q34] Empowerment – Definition 4	Write down the authors by whom the definition of empowerment is summarized.	
[Q35] Empowerment - Dimensions	Do the authors of the article explicitly define the goals (desirable outcomes) of empowerment for specific population studied in the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Yes 2- No

[Q36] Empowerment – Outcomes 1	What are the goals (desirable outcomes) of empowerment explicitly defined by the authors of the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Improved bodily functions 2- Improved mental functions 3- Improved spirituality 4- Improved quality of life 5- Improved social/ societal participation 6- Improved daily functioning 7- None of the above 8- Other
[Q37] Empowerment - Outcomes 2	Which of the following health-related goals/outcomes of empowerment are (explicitly) mentioned in the article?	
[Q38] Empowerment – Measurement 1	Is empowerment explicitly measured in the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Yes 2- No
[Q39] Empowerment – Measurement 2	Does the article measure outcomes or process of empowerment or both?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Empowerment as an outcome 2- Empowerment as a process 3- Empowerment as an outcome and a process
[Q40] Empowerment – Measurement 3	Is the measurement instrument of empowerment described or presented in the article?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Yes 2- No
[Q41] Empowerment – Measurement 4	Did the authors of the article use (or adopt) the measuring instrument(s) from other sources or did they design their own measuring instruments?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Measuring instrument(s) is/are adopted from other sources. 2- Measuring instrument(s) is/are developed in the analyzed article
[Q42] Empowerment – Measurement 5	Do authors of the article mention the exact name(s) of the measurement scale(s) that they used or adopted in the study?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Yes 2- No
[Q43] Empowerment – Measurement 6	If yes: write down the exact name(s) of the measurement scale(s). Write down the sources from which the measuring instrument has been used or adopted.	
[Q44] Empowerment – Measurement 6	What is analyzed/studied/measured in relation to empowerment?	<ul style="list-style-type: none"> 1- Empowerment dimensions 2- Empowerment factors/antecedents 3- Empowerment is considered as a factor of other social phenomena
[Q45] Empowerment – Measurement 7	Write down the exact dimensions, which were used for measuring empowerment in the article.	

[Q46] Empowerment – Measurement 8	Write down the exact factors/antecedents, which were analyzed/studied in relation to empowerment in the article.
[Q47] Empowerment – Measurement 9	Write down the exact concepts (social phenomena, variables) that empowerment is considered as their factor and were analyzed/studied in the article (for instance: self-care, well-being, quality of life, etc.).
[Q48] Empowerment & Health Literacy	If health literacy is explicitly mentioned in the paper: How is health literacy defined/discussed/analyzed/examined in relation to empowerment? What is the role of health literacy in empowerment?
[Q49] Empowerment & ICTs	How are ICTs defined/discussed/analyzed/examined in relation to empowerment? What is the role of ICTs in empowerment?
[Q50] Additional notes for analysis	Please write down any additional comments that might be useful for the in-depth analysis.

Tabelle 3. Codebook

Der Blick über den Tellerrand – Chancen, Herausforderungen und Zielgrößen guter Lehre in der Gesundheitskommunikation

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

Friedrich-Schiller Universität Jena, Universität Luzern, Universität Leipzig, Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag führt in die akademische Lehre in der noch jungen und sich zunehmend etablierenden Disziplin der Gesundheitskommunikation ein. Dabei werden zentrale Herausforderungen und Chancen im Lehrkontext adressiert – auf struktureller Ebene (Lehrsettings) sowie hinsichtlich der zu vermittelnden Theorien und Methoden – um die zentrale Frage zu beantworten: Wie müsste gute Lehre in der Gesundheitskommunikation gestaltet sein? Als Maßnahmen werden u. a. die Erarbeitung einer einheitlichen modularen curricularen Struktur, die Einrichtung eines Lehr-Repositorys sowie die inter- und transdisziplinäre Vernetzung vorgeschlagen, die in einer neugegründeten AG ‚Lehre‘ der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation umgesetzt werden sollen.

Keywords: Gesundheitskommunikation, Lehre, Curriculum, Open Educational Resources

Summary

This chapter introduces academic teaching in the still young and increasingly established discipline of health communication. Central challenges and opportunities in the teaching context are addressed – both at the structural level (teaching settings) as well as regarding the theories and methods to be taught – in order to answer the central question: How should good teaching in health communication be designed? Proposed measures include the development of a uniform modular curricular structure, the establishment of a teaching repository, as well as inter- and transdisciplinary networking, which are to be implemented in the newly founded working group 'Teaching' of the Health Communication Division in the German Communication Association.

Keywords: Communication, teaching, curriculum, open educational resources

1 Ausbildung in einer sich etablierenden Disziplin: Wege zur guten Lehre in der Gesundheitskommunikation

Ein besonderer Reiz, der die Gesundheitskommunikation ausmacht, ist ihr inter- und transdisziplinärer Charakter. Forscher:innen aus unterschiedlichsten Disziplinen arbeiten zusammen, steuern Theorien und Methoden bei und stellen Kontextinformationen zur Verfügung (bspw. medizinisches Fachwissen). Diese inter- und transdisziplinäre Mentalität zieht sich sowohl durch das akademische Forschungsfeld als auch das praktische Anwendungsgebiet und beinhaltet große Chancen, welche naturgemäß gleichermaßen mit Herausforderungen einhergehen. In diesem Beitrag wird der Fokus auf die damit verbundenen Anforderungen an Ausbildung und Lehre in der Gesundheitskommunikation gelegt, da sie eine essenzielle Voraussetzung zur aktiven gesundheitskommunikationswissenschaftlichen Arbeitsweise und Mentalität in Forschung und Praxis ist. Dafür werden die für die (gute) Lehre in der Gesundheitskommunikation zentralen Bausteine (strukturelle Rahmenbedingungen, Theorienvielfalt, Literatur- und Quellenarbeit, Methodenvielfalt) identifiziert und hinsichtlich der mit ihnen verbundenen Herausforderungen und Chancen reflektiert. Darüber hinaus werden allgemeine Zielgrößen formuliert, die dabei helfen sollen, die Lehre in der Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum zu verbessern und deren praktische Umsetzung zukünftig angestrebt wird. Der vorliegende Beitrag soll also weiterführende Schritte zur kollaborativen Entwicklung einer professionalisierten und (teil-)standardisierten Lehre vorbereiten und Denkanstöße für die zukünftige Auseinandersetzung mit einer gelungenen Ausbildung im Bereich der Gesundheitskommunikation bieten.

Zunächst wird ein Überblick über die Disziplin der Gesundheitskommunikation im Allgemeinen gegeben, bevor in Kap. 2 konkrete Herausforderungen und Chancen im Lehrsetting diskutiert werden. In Kap. 3 werden konkrete Maßnahmen und Arbeitsziele vorgeschlagen, die im Rahmen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe kooperativ erarbeitet werden können. Das anvisierte Ziel ist es, die Lehre in der Gesundheitskommunikation zu strukturieren und zu systematisieren, um ein konsensuales Lehrgebiet (*Curriculare Struktur*) zu ermöglichen.

Die Gesundheitskommunikation gilt im Vergleich zum englischsprachigen Raum, in dem sie als *Health*

Communication auf eine rund 80-jährige Tradition zurückblicken kann, im DACH-Gebiet (Deutschland, Österreich, Schweiz) als noch recht junge Disziplin, die sich erst zunehmend als akademisches Fach etabliert (Reifegerste & Ort, 2018). Schulz und Hartung (2010) formulierten Indikatoren, um eine eigenständige, etablierte wissenschaftliche Disziplin zu identifizieren:

1. Wissenschaftliche Fachjournals
2. Wissenschaftliche Vereinigungen
3. Departements, Institute und akademische Stellen (inkl. Professuren) an Universitäten
4. Studiengänge
5. Fachbücher/Lehrbücher

Während im englischsprachigen Raum (v. a. USA) *Health Communication* bereits als eine etablierte und eigenständige Disziplin gesehen werden kann, die alle Indikatoren erfüllt (Spatzier & Signitzer, 2014), wächst sie in Europa und im deutschsprachigen Raum gerade zu einer ebensolchen heran. Im Jahr 2014 war eine wissenschaftliche Institutionalisierung erst ansatzweise erkennbar (Baumann & Hurrelmann, 2014), u. a. durch die Gründung der Ad-hoc-Gruppe ‚Gesundheitskommunikation‘ im Jahr 2013 in der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPK), die gut drei Jahre später zur Fachgruppe „aufstieg“, oder durch erste Publikationen (Monografien/Sammelbände) mit dem Schwerpunkt Gesundheitskommunikation. Rund zehn Jahre später hat sich einiges getan, die Fachgruppe zählt nach Mitgliedern zu den stärksten Fachgruppen der DGPK, es gibt im europäischen Raum wissenschaftliche Fachzeitschriften (z. B. *European Journal of Health Communication*) und mehrere Fach- und Lehrbücher (z. B. Hurrelmann & Baumann, 2014; Reifegerste & Baumann, 2018; Reifegerste & Ort, 2018; Rossmann & Hastall, 2019). So lässt sich zusammenfassen, dass die *Indikatoren 1, 2 und 5* (zunehmend) erfüllt sind und auf eine mehr und mehr etablierte Disziplin hinweisen (für eine Übersicht siehe auch Reifegerste & Ort, 2018). Die akademische Einbettung über Professuren und spezialisierte wissenschaftliche Institutionen (*Indikator 3*) sowie über strukturierte Studiengänge (*Indikator 4*) schreitet ebenfalls voran, hier sind deutliche Fortschritte in den vergangenen Jahren zu beobachten. Da die (akademische) spezialisierte Ausbildung gerade erst beginnt und wichtig für eine neue Disziplin und ihr

Fortbestehen ist, soll auf diese zwei Indikatoren im Folgenden der Fokus gesetzt werden.

In der Lehre wird die Gesundheitskommunikation in zahlreichen Lehrformaten bereits seit Längerem behandelt, meist allerdings über einzelne (Wahlpflicht-)Module innerhalb eines Studiums (z. B. Kommunikationswissenschaft, Psychologie oder Medizin) und nicht in einschlägigen Studiengängen mit curricularer Struktur. Seit wenigen Jahren existieren nun auch erste Studiengänge, die schwerpunktmäßig im Bereich der Gesundheitskommunikation ausbilden bzw. starke Bezüge zur Gesundheitskommunikation herstellen und den inter- und transdisziplinären Charakter im Curriculum berücksichtigen:

- Universität Erfurt: Master ‚Gesundheitskommunikation‘
- Universität Bielefeld: Bachelor ‚Health Communication‘
- Friedrich-Schiller-Universität Jena: Berufsbeleitender Master ‚eHealth and Communication‘
- Università della Svizzera italiana: Masterprogramme mit Bezügen zur Gesundheitskommunikation (Master ‚Communication, Management and Health‘ und Master ‚Cognitive Psychology in Health Communication‘)

Hinzu kommen diverse Studiengänge aus dem Gesundheitsbereich, die Schwerpunkte in Gesundheitskommunikation anbieten. Eine zunehmende Akademisierung spiegelt sich zudem in den mittlerweile eingerichteten Professuren mit der Bezeichnung ‚Gesundheitskommunikation‘ wider (Universität Augsburg, Universität Bielefeld, Universität Erfurt, Universität Wien, Universität Luzern, Hochschule Fulda). Auch diese Professionalisierung reflektiert die Inter- und Transdisziplinarität des Fachs, so kommen die Inhaber:innen der Professuren aus diversen Disziplinen wie Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Bildungswissenschaft oder Gesundheitswissenschaft und Management, was auch die Schwerpunkte der Lehre an den Standorten prägt. Hier zeigt sich bereits eine Herausforderung, die sich (bisher) durch das gesamte Feld zieht: Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheitskommunikation, die das Feld unterschiedlich weit abstecken – von kommunikatorzentrierten Perspektiven über die ausschließlich intendierten Wirkungen von Gesundheitskommunikation bis zur umfassenden (mittlerweile häufig zitierten) Definition, die

gesundheitsbezogene und gesundheitsrelevante Gesundheitskommunikation beinhaltet. Für eine Übersicht und die häufig zitierte Definition siehe Baumann & Hurrelmann (2014). Gleiches zeigt sich auch in den bestehenden Studienordnungen, die das Fach mit unterschiedlichen Schwerpunkten auslegen. Obwohl diese Inter- und Transdisziplinarität den Reiz der Disziplin ausmacht, ist sie gleichzeitig eine der größten Herausforderungen, die sich auch auf vielen Ebenen in der Lehre zeigen.

In diesem Beitrag möchten wir die Gesundheitskommunikation aus Perspektive der universitären Lehre betrachten und Herausforderungen und Chancen herausarbeiten, die sich in der Lehre ergeben. Ziel des Beitrags ist es, Impulse für eine weitergehende Standardisierung der Lehre zu liefern und die Entwicklung konkreter Maßnahmen zur weiteren Professionalisierung anzustoßen. Hierzu adressieren wir die folgende Frage:

Wie müsste gute Lehre in der Gesundheitskommunikation gestaltet sein?

2 Herausforderungen und Chancen für die Lehre in der Gesundheitskommunikation

Um Herausforderungen und Chancen für die Lehre zu identifizieren, werden zunächst typische Erfahrungen aus dem Lehralltag der Gesundheitskommunikation (aus Studierenden- und Dozierendenperspektive) durch die Autor:innen zusammengetragen.

Disziplinen und Lehrsettings

Wie eingangs bereits erwähnt, ist die Gesundheitskommunikation in erster Linie eine Disziplin, die mit zahlreichen etablierten Disziplinen kooperiert, sich überschneidet und aus diesen hervorgeht. Dabei gehen die Kooperationen über rein *multidisziplinäre* Settings hinaus, es kommen also nicht nur mehrere Disziplinen zusammen, sondern die Vertreter:innen unterschiedlicher Disziplinen arbeiten miteinander und erarbeiten kooperativ gemeinsame Lösungsansätze unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Perspektive (*Interdisziplinarität*) oder es werden – im Idealfall – Theorien, Modelle und Methoden aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen adaptiert und Wissen aus verschiedenen Wissenschaften wird unmittelbar im Forschungsprozess integriert (*Transdisziplinarität*). Letzteres definieren wir als einen *Goldstandard* für exzellente Gesundheits-

kommunikation, in Forschung und Praxis. Allerdings erfordert dies eine komplexe multidisziplinäre Ausbildung im Studium, um Studierende in die Lage zu versetzen, eine transdisziplinäre Arbeitsweise zu adaptieren. Diese Orientierung kann als Herzstück der Lehre gesehen werden. Abbildung 1 im Anhang zeigt eine Übersicht (potenziell) beteiligter Disziplinen in der gesundheitskommunikationswissenschaftlichen Ausbildung.

Eine Herausforderung ist aus Dozierendenperspektive, sich aus von der eigenen (je nach Disziplin mehr oder weniger engen) fachwissenschaftlichen Perspektive zu lösen und bereit zu sein, transdisziplinäre Sicht- und Arbeitsweisen umzusetzen. Dies ist schon deshalb erforderlich, weil Studierende der Gesundheitskommunikation in der Regel aus unterschiedlichen Kontexten kommen: Häufig sind die Studiengänge als Masterstudium akkreditiert, d. h. es kommen Bachelorabsolvent:innen mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen zusammen, die in der Lehre integriert werden müssen. Ebenfalls unterscheidet sich das Wording und die Quellenarbeit teilweise erheblich, es gibt in den unterschiedlichen Disziplinen jeweils eigene Journals mit eigener Struktur (z. B. eher theorien- oder methodenfokussiert, unterschiedlichen Studientypen). Auch dies muss in der Lehre behandelt werden, um alle Studierenden „abzuholen“ und gleichzeitig eine transdisziplinäre Arbeitsweise von Beginn an zu fördern.

Es gibt weitere strukturelle Herausforderungen, die an dieser Stelle ebenfalls kurz erwähnt werden sollen. So gibt es keinen einheitlichen Abschlussgrad, sondern jede Universität/Fakultät entscheidet über den Studienabschluss (Bachelor/Master of Science vs. Bachelor/Master of Arts). Selbst dann, wenn die inhaltliche Ausbildung ähnlich ist. Dies sollte bei einer potenziellen Neuakkreditierung von Studiengängen berücksichtigt werden. Dabei geht es auch um die Definition der Zulassungsvoraussetzungen (B. A. als Voraussetzung für ein M. A.-Studium bzw. analog B. Sc./M. Sc.-Abschluss). Dies kann eine Hürde in der konsekutiven Ausbildung darstellen, gerade wenn die Bachelor- und Masterausbildung an unterschiedlichen Universtitäten/Standorten absolviert werden soll. Damit einher geht ggf. auch die Ausrichtung des Studiums, von einem *forschungsorientierten* Studium, das in der Regel an Universitäten vorherrscht, zu einem tendenziell eher *anwendungsbezogenen* Studium mit stärkerem Praxisbezug an Fachhochschulen. Hier spiegelt sich auch die Zweiteilung der Disziplin in ein Forschungs- und Anwendungsgebiet wider (siehe Einleitung). Das

Studium bedient im Idealfall beide Stränge, sodass evidenzbasierte Gesundheitskommunikation praktiziert werden kann. Das bedeutet, dass sowohl empirische als auch praxisbezogene Lehrveranstaltungen konzipiert werden sollten.

Es lassen sich damit drei zentrale Aussagen bzw. mögliche Ziele zu Lehrsettings in der Gesundheitskommunikation festhalten: Zentrale Zielgröße wäre eine (1) *transdisziplinär ausgerichtete Lehre*. Außerdem sollten Studiengänge einem (2) *vereinheitlichten, modularem Curriculum* folgen, um sicherzustellen, dass eine konsekutive Ausbildung möglich ist. In dieser können wiederum eher (3) *forschungs- orientierte oder anwendungsbezogene Schwerpunkte* gesetzt werden, wobei beide Aspekte auch miteinander verschränkt werden können und sollen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl Studierende als auch Dozierende offen bzw. sensibilisiert für eine kooperative, transdisziplinäre Themenbearbeitung sein sollten – was wiederum Herausforderung und Chance gleichermaßen ist.

Theorienvielfalt

Die Gesundheitskommunikation als inter- und transdisziplinäres Fach ist geprägt von einer Vielzahl an Theorien, die aus verschiedenen Disziplinen wie der Kommunikationswissenschaft, der Psychologie, der Soziologie oder den Gesundheitswissenschaften stammen. Diese Theorievielfalt bietet Chancen für die universitäre Lehre, da sie den Studierenden ermöglicht, ein breites theoretisches Fundament zu erlangen und dieses für konkrete Fragestellungen und Probleme in der beruflichen Praxis anzuwenden. Die Lehrenden stehen dabei immer wieder vor der Herausforderung, aus dem Kanon sich ständig verändernder und wachsender Ansätze diejenigen auszuwählen, die im Rahmen der Ausbildung innerhalb eines Studiengangs die höchste Relevanz besitzen.

Eine weitere Herausforderung der Anwendung spezifischer Theorien in einem durch Interprofessionalität und Interdisziplinarität geprägten Forschungsfeld ist, dass die verschiedenen Disziplinen oft unterschiedliche theoretische Konzepte und Terminologien für zum Teil ähnliche oder gleiche Sachverhalte verwenden. Umso wichtiger ist es, auch bei einer möglichen Spezialisierung diese Vielfalt an Perspektiven, Theorien und Konzepten in der Lehre zu vermitteln und die Studierenden dabei zu unterstützen,

die Potenziale, Grenzen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ansätze kritisch zu reflektieren.

Aus dieser Vielfalt ergibt sich die zentrale Frage, ob und wie vertieft bestimmte Theorien behandelt werden müssen. Dies gilt insbesondere für Fragestellungen und Probleme aus der beruflichen Praxis. Einige Praktiker:innen argumentieren, dass Theorien zu abstrakt und nicht anwendungsorientiert sind und dass die Berücksichtigung und Anwendung von Theorien in der Praxis nicht notwendig sei. Allerdings ist es wichtig zu betonen, dass Theorien dazu beitragen können, komplexe Zusammenhänge zu verstehen und Probleme systematisch anzugehen. Der praktische Nutzen und die Relevanz zeigen sich nicht zuletzt auch, weil Theorien immer wieder helfen, Interventionen zu konzipieren. Eine Herausforderung in der Lehre ist an dieser Stelle ein durchdachtes Zeitmanagement durch Dozierende, um zeitintensive Projektphasen mit unmittelbarem Praxisbezug in Lehrkonzepte zu integrieren, ohne theoretische Grundlagen zu vernachlässigen. Durch diese anwendungsbezogenen (und theoriebasierten!) Lehrformate kann beispielsweise der Mehrwert theoriegestützter Interventionen nachhaltig und anschaulich vermittelt werden.

Dies spiegelt sich auch in den beiden Strängen der Gesundheitskommunikation wider: Einerseits das forschungsorientierte, akademische Feld der Gesundheitskommunikation, das eine *analytische*, theoriebasierte Auseinandersetzung erfordert. Andererseits die praktische Gesundheitskommunikation, welche eher *normativ* arbeitet und Handlungsempfehlungen bereitstellt. Beide Stränge sind verwoben und ergänzen sich bestenfalls. Durch eine *analytische* Vorgehensweise werden *evidenzbasierte normative* Arbeitsweisen und Resultate gefördert. In der Ausbildung sind beide Orientierungen wichtig, um den Anspruch einer *evidenzbasierten Gesundheitskommunikation* gerecht zu werden. Um etwa theoriebasierte Interventionsmaßnahmen anschließend angemessen evaluieren zu können, sind umfassende methodische Grundkenntnisse erforderlich, die im Folgekapitel erläutert werden.

Literatur- und Quellenarbeit

Gesundheitskommunikative Fachliteratur ist stark diversifiziert – es gibt nicht nur einschlägige Fachzeitschriften, sondern die Publikationen finden sich in unterschiedlichsten Fachzeitschriften aus den Bereichen Medizin, Public Health, Kommunikationswissenschaft und Gesundheitswissenschaften. Als

Lehrwerke gibt es mittlerweile einschlägige Sammelbände und Monografien, die für die Lehre herangezogen werden können und einen ersten Überblick geben. Für Studierende essentiell ist jedoch auch eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung über wissenschaftliche Studien, die themenbezogen recherchiert und vorbereitet werden müssen. Dies setzt entsprechende *methodische Kenntnisse* zur Interpretation von Studien voraus. Hier zeigt sich die Herausforderung, ggf. aus den eigenen wissenschaftlichen Routinen auszubrechen, den Blick über den Tellerrand zu wagen und in der Ausbildung aktiv zu fördern. Eine Möglichkeit ist, die Vielzahl an Recherchedatenbanken (z. B. PubMed, PsycInfo, Web of Science usw.) aktiv zur Literaturbeschaffung in die Lehre einzubeziehen und so einen möglichst diversifizierten Literaturkorpus zu schaffen. Gleichzeitig sollten/könnten einzelne Seminare oder Module entsprechende Schwerpunkte setzen, um sich mit einer fachwissenschaftlichen Perspektive fokussiert auseinanderzusetzen (z. B. kommunikationswissenschaftliche Perspektive oder psychologische Perspektive). Dadurch wird die Multidisziplinarität unmittelbar erlebbar gemacht.

Methodenvielfalt

Wie unter dem Punkt Theorienvielfalt bereits aufgezeigt, zeichnet sich Forschung und Lehre in der Gesundheitskommunikation durch ihren stark inter- bzw. immer häufiger auch transdisziplinären Charakter aus. Neben der gerade vorgestellten Vielgestaltigkeit an Theorien ergibt sich daraus auch eine Vielfalt im Einsatz von Methoden, welche folglich auch in der Ausbildung von Studierenden Berücksichtigung finden müssen. Die gängigsten angewendeten Methoden sind dabei (experimentelle) Befragung und Beobachtung, Inhaltsanalyse/Dokumentenanalyse und Systematic Reviews/Meta-Analysen. Für einen umfassenden Überblick über den Methodenkanon in der Gesundheitskommunikation siehe auch Baumann et al. (2019).

Es ist erstrebenswert, bei den Studierenden Kompetenzen hinsichtlich des Einsatzes (Orientierung an der jeweiligen Forschungsfrage), der methodischen Anlage, der Reflexion und Bewertung, der Auswertung sowie des Berichts methodischer Verfahren zu entwickeln. Nur so können Lernende zur Beteiligung an bzw. Durchführung von eigenen Forschungsprojekten befähigt werden. Zentral hervorgehoben sollen in diesem Zusammenhang die notwendigen Kompetenzen zur Datenanalyse. Dies betrifft die Statistikausbildung ebenso wie qualitative

Auswertungsverfahren. In der Gesundheitskommunikation werden oft quantitative Methoden eingesetzt. Für deren korrekte Analyse und Interpretation ist eine solide Kenntnis der Statistik unabdinglich. Darum ist es auch für Studiengänge, in deren Zentrum nicht mathematische oder statistische Inhalte stehen, wichtig, den Studierenden eine solide Statistikausbildung anzubieten. In der Kombination verstehen die Studierenden dann nicht nur die Anwendung der Methoden, sondern werden auch in die Lage versetzt, eigene Analysen durchzuführen und deren Ergebnisse kritisch zu hinterfragen.

Eine große Herausforderung ist dabei, das Verständnis für die Anwendung von mathematischen oder statistischen Konzepten auf Seiten der Studierenden zu erreichen. Die Andersartigkeit im Vergleich mit sonstigen Studieninhalten sowie die Komplexität der Inhalte führt dabei oft zu Frustration bei den Studierenden, was den Lernprozess beeinträchtigen kann. Darum ist es wichtig, geeignete Unterstützung, wie beispielsweise Tutorien, Workshops oder Übungsaufgaben, anzubieten. Darüber hinaus sollte die Lehre so gestaltet werden, dass sie auch für Studierende ohne intrinsische Motivation für solche Inhalte bzw. fehlende mathematische Vorkenntnisse zugänglich ist.

Ebenso müssen in der Ausbildung qualitative Analysemethoden integriert werden, die interpretative Kompetenzen erfordern. Hier können die Studierenden beispielsweise lernen, Expert:innen- oder Leitfaden-Interviews durchzuführen und auszuwerten, Fokusgruppen zu organisieren oder qualitative Inhaltsanalysen umzusetzen. Insgesamt erscheint es mit Blick auf eine umfassende und der fachlichen Realität Rechnung tragende Ausbildung wichtig, den Studierenden *sowohl quantitative als auch qualitative Methoden* zu vermitteln und sie auf die Herausforderungen und Potenziale bei der Analyse von Daten vorzubereiten.

In der lehrbezogenen Methodenvermittlung liegen die wesentlichen Herausforderungen in den zeitlichen Restriktionen, da Methodenseminare sehr zeitintensiv sind. Eigenständige empirische Forschung in Lehrkonzepten zu integrieren, erfordert große zeitliche Ressourcen und Flexibilität und bedeutet einen hohen Betreuungsaufwand. Das unterschiedliche Niveau zu Statistikkennntnissen (und Programmierkenntnissen, wenn es um statistische Analysen bspw. mit der Programmiersprache und Statistiksoftware R/Rstudio geht) sowie (fortgeschrittenen) qualitativen

Analyseverfahren muss gerade in den Masterstudiengängen aufgefangen werden. Dies erfordert häufig eine entsprechende Anpassung von Seminarkonzepten. Darüber hinaus benötigen auch Dozierende die notwendigen Kompetenzen, um das Lehrangebot sicherzustellen.

Die Methodenlehre umfasst daneben auch die Vermittlung der Kompetenz, um zu verstehen, welche Methoden sich für verschiedene Fragestellungen eignen. Dabei geht es auch um die Bewertung der Limitationen der jeweiligen Methode. Das Hauptziel dabei ist eine korrekte Auswahl und Anwendung für spezifische Kontexte. Ebenso sollten im Methodenkontext forschungsethische Themen beleuchtet werden, die im Forschungsalltag große Herausforderungen darstellen können. Diese ethischen Fragestellungen sind in zahlreichen Berufsfeldern relevant, auf die die Gesundheitskommunikation akademisch vorbereitet.

3 Der Tellerrand – Ziele und Desiderata für gute Lehre in der Gesundheitskommunikation

Den Blick über den Tellerrand zu wagen und diese Philosophie aktiv in die Arbeit einzubinden, zählt wohl zu einem der großen Reize der Gesundheitskommunikation für Forscher:innen und wird darum häufig auch in die Lehre eingebunden. Und genau diese Offenheit und Vielseitigkeit ist ein bedeutendes Potenzial (des Studiums) der Gesundheitskommunikation: Eine Ausbildung auf dem Gebiet befähigt dazu, in diversen Feldern zu arbeiten und es gibt vielfältige potenzielle Arbeitgeber:innen. Im akademischen Bereich kommen Universitäten/Hochschulen und Forschungsinstitute mit zahlreichen vertretenen Fachrichtungen in Frage. Gleichzeitig gibt es auch außerhalb der Wissenschaft vielfältige Möglichkeiten. Diese reichen von Marktforschung und Marketing bis hin zu nationalen und internationalen Einrichtungen mit Gesundheitsbezug (z. B. Bundesministerien, World Health Organization). Der breite Kompetenzerwerb im Studium, in methodischer als auch theoretischer Hinsicht bringt den Lernenden große Flexibilität. Hierdurch können sie sich im beruflichen Zusammenhang in unterschiedlichste Kontexte und Projekte kurzfristig einarbeiten, selbst wenn diese inhaltlich nicht den bisherigen fachlichen Schwerpunkt beinhalten.

Die bewusste und aktive Förderung eines grundlegenden Verständnisses der Inter- und Transdisziplinarität der Gesundheitskommunikation eröffnet den Zugang zu diesen vielfältigen und

durchaus heterogenen Berufsfeldern. Es befähigt dazu, wissenschaftliche Fragestellungen theoretisch herleiten und mit den passenden Methoden bearbeiten zu können und Theorie, Forschungspraxis und Medienpraxis miteinander verbinden zu können.

Wie kann nun aber eine transdisziplinäre Ausbildung gut gelingen? Zunächst ist es naheliegend, Lehrende aus diversen Disziplinen (ggf. auch als externe Dozierende) einzubeziehen und Lehrveranstaltungen nach Bedarf instituts- und fakultätsübergreifend auch oder auch universitätsübergreifend anzubieten. Dies gestaltet sich in der Hochschulrealität jedoch häufig schwierig, da Kooperationen in den Studien- und Prüfungsordnungen häufig nicht oder nur sehr begrenzt vorgesehen sind. Die wichtigste zunächst zu erfüllende Voraussetzung ist eine koordinierte Lehr-Struktur, die über einzelne Studiengänge hinausgeht und sich im Fachgebiet etablieren kann. Ein erster Schritt wurde hierfür auf der Fachgruppentagung ‚Gesundheitskommunikation‘ der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft im Jahr 2022 mit der Gründung einer Arbeitsgruppe ‚Lehre‘ gegangen, aus der auch dieser Artikel hervorgeht. Ein ähnlicher Prozess lässt sich auch für die Entwicklung der Public-Health Lehre Anfang der 1990er Jahre beschreiben. Die damals beteiligten Standorte haben ein Kerncurriculum entwickelt, welches dann – mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten – umgesetzt und individuell an den Universitäten durch eigene Akzente ergänzt wurde. Für die Etablierung des Fachs war dies sehr wichtig, weil so gegenüber potenziellen Arbeitgeber:innen gemeinsam kommuniziert werden konnte, welche Kompetenzen die Absolvent:innen aus dem Studium mitbringen (Gerhardus, Munko, Kolip, Schilling & Schlingmann, 2020)

Obwohl bereits an vielen Standorten zu Gesundheitskommunikation gelehrt wird, geht bisher viel Potential verloren. Es fehlt eine koordinierte Vernetzung der Lehre. So müssen Konzepte individuell (aufwändig) erarbeitet werden. Darum strebt die gegründete AG Lehre an, syneregetische Effekte zu nutzen: Über die Einrichtung eines zentralen *Lehr-Repositoriums* soll ein *koordinierter Austausch von Lehrkonzepten und -materialien* aus der Gesundheitskommunikation ermöglicht werden. Dies bietet für Lehrende, die neu in die (Gesundheitskommunikations-)Lehre starten, große Vorteile und Orientierung. Darüber hinaus werden generelle Inspiration und Anreize für die Lehre geschaffen, die letztlich die Professionalisierung weiter fördern.

Ein weiterer Schritt in Richtung strukturierter Lehre (im deutschsprachigen Raum) wäre ein *einheitliches, modulares Curriculum*, welches unter Beteiligung möglichst vieler relevanter Akteur:innen aus der Gesundheitskommunikation(slehre) formuliert werden muss. Dieses Curriculum muss die *Dynamiken und Diversität* in der Gesundheitskommunikation abbilden. Aus diesem Grund wird kein starres Curriculum, sondern ein modulares Konzept vorgeschlagen, das der *Flexibilität* der Disziplin gerecht wird. Eine Art „Baukasten“, aus welchem Bausteine je nach *Kontext und Schwerpunkt* des Studiengangs zusammengesetzt werden können und die stets an aktuelle Entwicklungen und Anforderungen des zunehmend *etablierten Fachs angepasst* werden können. Dieses modulare Curriculum bietet somit *wichtige Impulse für die Professionalisierung und Standardisierung* in der universitären Ausbildung und dient als *Orientierungspunkt* in der Lehre.

Diese Ziele zu realisieren, hat sich die AG ‚Lehre‘ der DGPK-Fachgruppe ‚Gesundheitskommunikation‘ zur Aufgabe gemacht. Ein zentraler Schritt ist die Erarbeitung eines *modularen Curriculums*, um die Standardisierung voranzutreiben. Ebenso wird über die AG und deren Treffen eine *fächerübergreifende Vernetzung* aktiv vorangetrieben.

Literatur

Baumann, E., Finne, E., & Ort, A. (2019). Methoden der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 29–41). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7_3

Baumann, E., & Hurrelmann, K. (2014). Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (1. Auflage, S. 8–17). Verlag Hans Huber.

Gerhardus, A., Munko, T., Kolip, P., Schilling, I. & Schlingmann, K. (Hrsg.). (2020). *Lehren und Lernen in den Gesundheitswissenschaften: Ein Praxishandbuch* (1. Auflage). Hogrefe.

Hurrelmann, K., & Baumann, E. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation* (1. Aufl.). Huber.

Reifegerste, D., & Baumann, E. (2018). *Medien und Gesundheit* (1. Auflage 2018). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

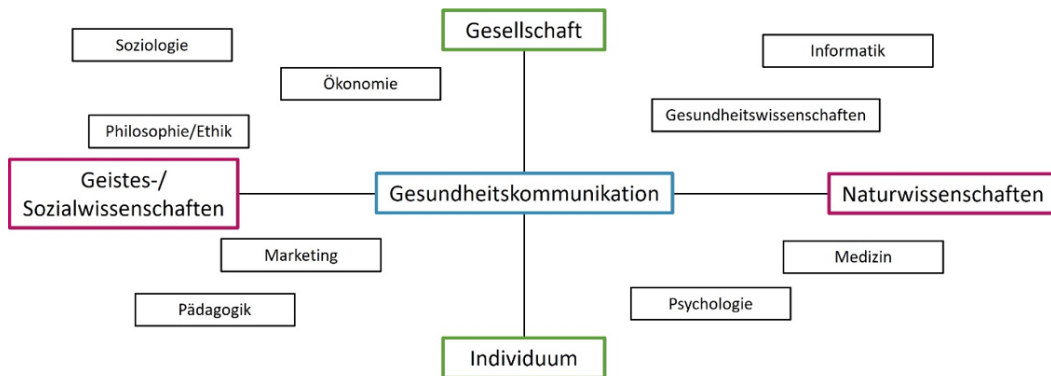
Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Gesundheitskommunikation*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845281827>

Rossmann, C., & Hastall, M. R. (Hrsg.). (2019). *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7>

Schulz, P. J., & Hartung, U. (2010). Health Communication Research in Europe: An Emerging Field. *Health Communication*, 25(6–7), 548–551. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.496720>

Spatzier, A., & Signitzer, B. (2014). Ansätze und Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (1. Aufl, S. 34–50). Huber.

Abbildung 1: Übersicht beteiligter Disziplinen, in Anlehnung an Reifegerste und Ort (2018, S. 28)



Irresponsible Memes? Psychische Erkrankungen, Betroffene und gesellschaftliche Bewertungen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram

Anna Wagner & Linn Julia Temmann

Universität Bielefeld, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen werden im digitalen Zeitalter in verschiedenen Medien thematisiert. Dies gilt auch für humoristische Social-Media-Inhalte wie die sogenannten Depression Memes – Memes, die sich mit Themen wie Suizid, Sterben oder Depression befassen. Während die Wirkungen von Depression Memes bereits punktuell untersucht wurden, sind die konkreten Inhalte bislang kaum in den Blick genommen worden. In einer qualitativen Inhaltsanalyse von 400 unter dem Hashtag #depressionmemes geposteten Memes auf Instagram untersuchten wir daher, wie 1) die psychische(n) Erkrankung(en), 2) von der Erkrankung Betroffene und 3) potentiell wirksame Gegenmaßnahmen darin dargestellt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychischen Erkrankungen gleichzeitig als unkontrollierbarer Akteur und als integraler Bestandteil der eigenen Identität dargestellt werden. Die Betroffenen selbst werden entsprechend als kontrolliert und für ihr Handeln nicht verantwortlich porträtiert. Zudem wird in den Memes sowohl die unrealistische Erwartungshaltung an die Betroffenen als auch gesellschaftliche Fehlwahrnehmungen und -vorstellungen der psychischen Erkrankungen kritisiert. Potenzielle Gegenmaßnahmen wie Medikamente oder Therapien werden als größtenteils wirkungslos, unzulänglich und sogar kontraproduktiv präsentiert. Der Beitrag diskutiert auf Basis dieser Ergebnisse die möglichen kurz- und langfristigen Implikationen der Nutzung von Depression Memes für die Betroffenen.

Keywords: Soziale Medien, psychische Erkrankung, Depression, Memes, Humor

Summary

Mental illness is portrayed in a wide variety of media in the digital age. This also applies to humorous social media content such as the so-called depression memes – memes that deal with topics like suicide, dying, or depression. While the effects of depression memes have been sporadically investigated, the specific contents and representations have received little attention so far. Therefore, in a qualitative content analysis of 400 memes posted on Instagram under the hashtag #depressionmemes, we investigated how 1) mental illness(es), 2) those affected by the illness, and 3) potentially effective countermeasures are portrayed in these memes. Findings show that mental illness is simultaneously depicted as an uncontrollable agent and an integral part of one's own identity. The affected individuals themselves are presented as controlled and not responsible for their actions. Furthermore, the memes criticize unrealistic expectations placed on the affected individuals as well as societal misperceptions and misconceptions about mental illnesses. Potential countermeasures such as medication or therapy are presented as largely ineffective, inadequate, and even counterproductive. Based on these findings, the paper discusses the possible short- and long-term implications of using depression memes for those affected.

Keywords: social media, mental illness, depression, memes, humor

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen werden im digitalen Zeitalter in verschiedenen Medien thematisiert und auf bestimmte Art und Weise dargestellt. Diese Mediendarstellungen beeinflussen und (co-)konstruieren wiederum die gesellschaftlichen und individuellen Bilder und Vorstellungen, die zu psychischen Erkrankungen existieren (Scherr, 2019). Aus Sicht der Gesundheitskommunikationsforschung ist es daher wichtig, sich neben den auf Information gerichteten Inhalten auch mit primär auf Unterhaltung abzielenden Inhalten als (Mit-)Konstrukteure der Bilder und Vorstellungen von psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen. Eine Form von Inhalten, die eine Rolle bei der Darstellung und Konstruktion von psychischen Erkrankungen spielen können, sind Social Media Memes und deren Subgenre – die sogenannten Depression Memes. Diese beschäftigen sich auf meist emotionale und humoristische Weise mit Depression und damit verbundenen, überwiegend negativen Themen wie Selbsthass oder Suizidalität. Während die Wirkungen von Depression Memes in Studien bereits untersucht wurden (Akil et al., 2022; Gardner et al., 2021), sind die konkreten Inhalte und Darstellungen nur selten in den Blick genommen worden. Lediglich in einer Studie wurden bislang die Inhalte von Depression Memes auf Reddit untersucht und die darin enthaltenen Topoi (d. h. die darin dargestellten Themen wie Todessehnsucht oder Selbsthass) analysiert (Beach, 2021). Depression Memes auf der deutlich populäreren Social Media-Plattform Instagram sind demgegenüber noch nicht analysiert worden. Zudem ist noch nicht erforscht worden, wie psychische Erkrankungen, davon Betroffene und potentielle Gegenmaßnahmen in diesen Memes repräsentiert werden. In einer qualitativen Inhaltsanalyse von 400 unter dem Hashtag #depressionmemes geposteten Memes untersuchen wir daher, wie die psychische(n) Erkrankung(en), die Betroffenen und potentiell wirksame Gegenmaßnahmen darin dargestellt werden.

2 (Depression) Memes auf der Social Media-Plattform Instagram

Darstellung von psychischen Erkrankungen in Sozialen Medien

Darstellungen psychischer Erkrankungen finden sich in der digitalisierten Gesellschaft 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. Psychische Erkrankungen werden in Sozialen Medien in einer Vielzahl verschiedener Medieninhalte und von einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure thematisiert: In (gesundheitsbezogenen) Online-Foren findet ein Austausch über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten statt, Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen werden von individuellen Nutzenden in sozialen Netzwerken geteilt, informative, online-journalistische Erzeugnisse werden auf verschiedenen Social Media-Plattformen eingebunden und kommentiert und sogenannte Mental Health Influencer (Koinig, 2022) möchten durch Instagram-Posts oder Video-Vlogs ihre Follower zur Förderung psychischer Gesundheit informieren und motivieren. Auch die Betroffenen selbst thematisieren dabei wiederkehrend psychische Erkrankungen in den Sozialen Medien (Hussain, 2020) und beeinflussen dadurch mit, wie diese individuell und öffentlich wahrgenommen und ausgehandelt werden. So existieren Social Media-Gruppen, in denen sich Betroffene mit Gleichgesinnten austauschen und vernetzen und spezifische Bilder von psychischen Erkrankungen generieren (Lerman et al., 2017). Mitunter streben Betroffene durch die Erstellung und Verbreitung von Inhalten in Sozialen Medien auch explizit an, das öffentliche Bild von Erkrankungen und Betroffenen (u. a. durch den Einsatz von Memes) mitzugestalten und negative Stereotype aufzubrechen (Dorrani et al., 2022).

In vielen der genannten Formen von Social Media-Kommunikation rund um psychische Erkrankungen spielen humoristische Darstellungen und insbesondere Memes eine wichtige Rolle. Eine Analyse des Hashtags #depressed auf Instagram zeigte beispielsweise, dass mehr als ein Drittel der mit dem Hashtag verbundenen Beiträge aus Memes und ähnlichen humoristischen bzw. spielerischen Inhalten besteht (McCosker & Gerrard, 2021). Memes können dabei verschiedene Funktionen für die Nutzenden übernehmen, da sie die Möglichkeit zur Vergemeinschaftung bieten, zur Verarbeitung beitragen können und die Bewältigung der Erkrankung und deren Folgen unterstützen (siehe unten). Gleichzeitig konstruieren sie ein spezifisches Bild von psychischen Erkrankungen, Betroffenen und potentiellen Gegenmaßnahmen mit, welches die individuellen und kollektiven Vorstellungen von allen drei Aspekten mitbeeinflussen kann.

Social Media Memes und Humor im Kontext von Gesundheit und Krankheit

Social Media-Inhalte wie Memes zirkulieren vielfach in und auf den digitalen Plattformen und sind insgesamt geeignet, (psychische) Erkrankungen zu adressieren – auch ohne die eigenen Erfahrungen verbalisieren zu müssen (Hussain et al., 2020; Westly Evers et al., 2013). Sie tragen durch diese Thematisierung dazu bei, (psychische) Erkrankungen auf eine gewisse Art und Weise darzustellen und schließen an Narrative an, die (z. B. zur Depression) bereits öffentlich existieren (Hussain et al., 2020). Definiert werden 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. Memes sind überwiegend visueller Natur und enthalten häufig, obgleich nicht immer, Humor. Dies gilt auch für die sogenannten ‚Depression Memes‘, die im folgenden Unterkapitel dezidiert behandelt werden (McCosker & Gerrard, 2021). Auch die sogenannten ‚cancer comics‘, also Comics zu Krebserkrankungen, die ebenfalls in Sozialen Medien zu finden sind, arbeiten mit Humor und werden dabei als probates Mittel zum Coping, also der Bewältigung einer Erkrankung, beschrieben (Holmes, 2013).

Die Rolle von Humor, unter anderem für die Krankheitsbewältigung, ist in der Gesundheitskommunikation, auch im Kontext psychischer Erkrankungen, vielfach beschrieben worden (Cernerud & Olsson, 2004; Schwarz & Reifegerste, 2019; Wagner & Sukalla, im Erscheinen). Hierbei lässt sich zwischen verschiedenen Humorstrategien differenzieren (z. B. humorvolle Herabsetzung) (Speck, 1991), die auch in Social Media-Inhalten eingesetzt werden. Gerade der sogenannte ‚Dark Humor‘, der angesichts der dort behandelten ‚schweren‘ Themen in Memes zu psychischen Erkrankungen besonders häufig vorkommen sollte, wurde dabei als eine mögliche Strategie des Coping, aber auch als ein potentieller Stressor diskutiert (Napp, 2023). Inwieweit humoristische Darstellungen tatsächlich zur Krankheitsbewältigung beitragen oder die Vorstellungen zu Gesundheits- und Krankheitsthemen beeinflussen, ist eine empirische Frage, die sich nur mit Nutzer:innen- und Wirkungsstudien hinreichend beantworten lässt. Auf inhaltlicher Ebene ist festzustellen, dass Social Media-Inhalte wie Memes, die auf Humor zurückgreifen, weit verbreitet sind und einige davon Krankheiten, Symptome, Gegenmaßnahmen und Betroffene auf eine spezifische Weise

adressieren. Wie sich diese Darstellungen in den sogenannten Depression Memes gestalten, ist jedoch bislang noch kaum erforscht.

Depression Memes zu psychischen Erkrankungen

Bei Depression Memes handelt es sich um ein spezifisches Subgenre von Memes und sie können wie folgt definiert werden: “these memes are predominantly negative and emotional in nature, often depicting themes pertaining to death, suicide and social isolation” (Gardner et al., 2021, S. 502). Obgleich Depression Memes sich mit überaus ernsten Themen wie Depression, Selbstverletzung oder Suizid befassen, sind diese ebenso wie Memes generell häufig humoristisch gestaltet und machen die ernsten Themen zum Gegenstand des – oft schwarzen – Humors (McCosker & Gerrard, 2021).

Der Forschungsstand zu Memes über psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Depression Memes im Besonderen ist bislang vergleichsweise spärlich. Die wenige vorhandene Forschung zu Depression Memes konzentriert sich dabei überwiegend auf die Auswirkungen der besagten Memes auf depressive Symptome und/oder die Bewältigung von psychischen Erkrankungen. Dabei zeigen die Befunde, dass Depression Memes insbesondere von depressiven Personen rezipiert und verbreitet zu werden scheinen, und dass Personen mit depressiven Symptomen den Memes mehr Aufmerksamkeit schenken als nicht depressive Personen (Akram et al., 2021). Was die Wirkungen von Depression Memes auf die Rezipierenden betrifft, so sind die empirischen Belege bisher nicht eindeutig, weisen aber überwiegend eher auf positive Wirkungen hin. Die Ergebnisse zeigen, dass depressionsbezogene Social Media Memes die individuelle Bewältigung der Erkrankung durch die Mechanismen Humor und Emotionsregulation unterstützen können (Akram et al., 2021; Gardner et al., 2021). Insbesondere Personen, die von Depressionen betroffen sind, scheinen sich mehr mit den Inhalten zu identifizieren, sich mehr über sie zu amüsieren und infolgedessen – ähnlich wie bei den genannten Cancer-Comics – eine Verbesserung ihrer Stimmung zu erfahren (Akram et al., 2020; Gardner et al., 2021). Empirische Belege deuten jedoch auch auf bestimmte negative Auswirkungen hin: So scheinen nicht alle von der psychischen Erkrankung betroffenen Personen in gleicher Weise von Depression Memes beeinflusst zu werden und einige Personen sogar eine Verschlechterung der depressiven Symptome zu erfahren (Akil et al., 2022).

Die Erkenntnisse zu den Inhalten der Depression Memes stützen sich bislang lediglich auf eine einzige empirische Arbeit. In ihrer Dissertation identifizierte Beach (2021) vier verschiedene Arten von Themen, die in Depressions-Memes auf Reddit präsentiert werden: Das Thema „Kampf“, das Thema „Selbsthass“, das Thema „Autorität“ und das Thema „Todessehnsucht“ wurden in den Memes als zentrale Topoi identifiziert. Das erste Thema *Kampf* beschreibt, wie der Name schon sagt, dass das alltägliche Leben in den Memes als ein ständiger Kampf und eine für die Betroffenen große Anstrengung präsentiert wird. Das zweite Thema *Selbsthass* in den Depression Memes stellt spezifische depressive Symptome im Alltag als Ursache für negative Gefühle gegen das eigene Ich und Enttäuschung dar. Mit dem Thema *Autorität* wird in den Memes die Frage aufgegriffen, wem die Deutungshoheit über depressive Symptome, Diagnose, Behandlung, Beurteilung und Erfahrung zusteht. Die Memes zum Thema *Todessehnsucht* schließlich spielen (mehr oder weniger humoristisch gefärbt) auf Suizid, Tod und Sterben sowie Scherze über den Suizid selbst an.

Die konkreten Inhalte der Depression Memes haben von dieser Untersuchung abgesehen bislang noch sehr wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten. Die identifizierten Topoi geben zwar Hinweise auf die allgemeinen Themen und Inhalte der Depression Memes, sie berühren aber nur am Rande Fragen rund um die adressierten Erkrankungen. Es liegt derzeit noch keine einzige empirische Studie dazu vor, wie psychische Erkrankungen, die davon Betroffenen und potentielle Gegenmaßnahmen in den Depression Memes repräsentiert werden. Die Untersuchung der Inhalte von Depression Memes in Sozialen Medien ist jedoch von entscheidender Bedeutung, um ihre Rolle bei der Kultivierung individueller und kollektiver Vorstellungen von psychischen Erkrankungen zu verstehen und um mögliche langfristige Auswirkungen von Depression Memes zu erforschen. Ziel der in diesem Beitrag vorgestellten empirischen Untersuchung war es daher, die folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Wie werden 1) psychische Erkrankungen, 2) deren Betroffene und 3) potentielle Gegenmaßnahmen in ‚Depression Memes‘ auf Instagram dargestellt?

Innerhalb dieser Forschungsfrage soll zum einen auf die konkreten Themen und Inhalte der Depression Memes (u. a. Thematisierung von Symptomen, wirksamen Gegenmaßnahmen) und zum anderen auf

die Form und Darstellungsweise (u. a. verwendete Humorstrategien, künstlerische Aufbereitung) fokussiert werden. Von Interesse sind dabei auch Interaktionen aus Themen/Inhalten und Form, also spezifische Kombinationen aus beiden Aspekten, die in den Memes wiederholt vorkommen.

3 Methode

Zur Untersuchung dieser Fragestellung führten wir eine qualitative Inhaltsanalyse von 400 Depression Memes durch, die unter dem Hashtag #depressionmemes auf Instagram geteilt wurden. Das Hashtag wird von der Social Media-Plattform ‚geflagged‘, also gekennzeichnet und hinter einem wegklickbaren Hinweis versteckt, der Unterstützung und erste Hilfe bei psychischen Problemen anbietet. Obwohl das Hashtag gekennzeichnet ist, ist es mit über 500.000 Beiträgen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter diesem Hashtag gepostet wurden, vergleichsweise viel genutzt.

Auswahlstrategie und Sample

Für die Inhaltsanalyse wurden die ersten 400 Memes ausgewählt, die zwischen Dezember 2021 und Februar 2022 unter dem Hashtag #depressionmemes gepostet und als Top-Memes, also von dem Instagram-Algorithmus als am relevantesten auf der Plattform öffentlich angezeigt wurden. In die Analyse sollten alle Arten von Inhalten eingehen, die der Definition von Memes entsprachen (z. B. Bilder, Videos), es fanden sich aber ausschließlich Bilder, die mit kurzen Bildunterschriften kombiniert waren, oder Bilder, die aus Texten oder Zitaten bestanden.

Alle Inhalte bezogen sich auf psychische Erkrankungen, wir konnten also kein ‚Hijacking‘ (d. h. ein Kapern) des Hashtags für thematisch andere Zwecke beobachten (Xanthopoulos et al., 2016). Um auf die Memes zuzugreifen und sie ohne algorithmische Verzerrung zu speichern, verwendeten wir ein neu erstelltes Konto, das keine früheren Aktivitäten auf Instagram aufwies. Die Memes wurden manuell in einem Dokument auf einem verschlüsselten Server gespeichert und einzeln in die QDA-Software MAXQDA kopiert, wo die Codierung durchgeführt wurde.

Ablauf und Codierprozess

Die qualitative Inhaltsanalyse folgte einem gängigen Ansatz, bei dem deduktive und induktive Codierverfahren kombiniert werden (Schreier, 2012). Hierbei

werden zunächst deduktive Kategorien (siehe unten) aus der Theorie bzw. der wissenschaftlichen Literatur zu Depression Memes, Humor und der medialen Darstellung von Erkrankungen in der Gesundheitskommunikation abgeleitet und auf das zu analysierende Material angewandt. Anschließend werden im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Material neue Kategorien induktiv entwickelt. Auf diese Weise wird das Kategoriensystem iterativ erweitert, angepasst und verfeinert. Die Codierung der Depression Memes wurde von zwei Codierer:innen – den beiden Autor:innen dieses Aufsatzes – durchgeführt, die jedes Depression Meme getrennt codierten. Die Reliabilität zwischen den beiden Codierer:innen wurde durch das Prinzip der kommunikativen Validierung und der Diskussion von mehrdeutigen, unklaren Fällen sichergestellt (Mayring, 2014).

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem enthielt zunächst aus der aktuellen Forschung abgeleitete deduktive Kategorien, die das Thema der Memes (z. B. Sexualität, gesellschaftlicher Umgang mit Depression, Suizidalität), die Darstellung von Symptomen, Therapie, Komorbidität und Gegenmaßnahmen umfassten. Weitere deduktive Kategorien waren Humorstrategien und die Art der Darstellung (z. B. Meme-Form, Art der dargestellten Akteure und Charaktere, Verwendung popkultureller Referenzen). Die Kategorien zu den Humorstrategien wurden aus den von Martin et al. (2003) vorgeschlagenen vier verschiedenen Humorstilen abgeleitet und auf den Kontext des Meme-Inhalts übertragen. Die Humorstile umfassen zwei Arten von positivem Humor und zwei Arten von negativem Humor: Positiv-zugewandter Humor ist definiert als spontaner, leichter und anekdotischer Humor, der darauf abzielt, andere zu amüsieren und zwischenmenschliche Spannungen abzubauen. Positiv-selbstbestärkender Humor umfasst demgegenüber eine humorvolle Haltung gegenüber negativen Ereignissen, die das Individuum selbst positiv hervorhebt. Der negativ-aggressive Humor beschreibt eine Form der destruktiven Komik, die sich aggressiv gegen andere richtet, mit dem Ziel, diese lächerlich zu machen und abzuwerten. Negativer, selbstzerstörerischer Humor schließlich ist definiert als ein gegen das Selbst gerichteter Humor, der darauf abzielt, die eigene Person zur Belustigung anderer herabzuwürdigen. Die deduktiven Kategorien wurden schließlich modifiziert und durch induktive Kategorien ergänzt, woraus das finale Kategoriensystem resultierte (siehe Tabelle 1 im Anhang).

4 Ergebnisse

Die Forschungsfrage zielte darauf ab, die Darstellungen von (1) psychischen Erkrankungen, (2) den Betroffenen und (3) den Gegenmaßnahmen zu explorieren. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse lassen sich dabei in vier separate Blöcke unterteilen: Analog zu den Forschungsfragen werden erstens die Befunde dazu berichtet, wie psychische Erkrankung(en) in den Memes dargestellt werden; zweitens werden die Ergebnisse zur Darstellung der Betroffenen und drittens die Darstellung von potentiellen Gegenmaßnahmen gegen die psychischen Erkrankungen berichtet. Diese Aspekte waren in der Forschungsfrage bereits angelegt. Darüber hinaus emergierte in der Analyse jedoch ein weiterer zentraler Aspekt, der im Vorhinein nicht Fokus der Forschungsarbeit war. Angesichts seiner Wichtigkeit innerhalb der Daten soll er hier aber ebenfalls separat dargestellt werden: Er umfasst die Thematisierung von und Kritik an den gesellschaftlichen Bewertungen von psychischen Erkrankungen. Obgleich er nicht unmittelbar mit der Darstellung von Symptomen, Auswirkungen, Gegenmaßnahmen etc. von Erkrankungen zu tun hat, weist er auf wichtige soziale und gesellschaftliche Komponenten im Umgang mit den Erkrankungen hin, die nicht zuletzt für die Frage nach Verantwortung eine Rolle spielen. Der vierte Block umfasst also die in den Depression Memes thematisierten gesellschaftlichen Bewertungen.

Darstellung der psychischen Erkrankung(en)

Die Inhaltsanalyse zeigt zunächst, dass die Depression Memes im Sample eine diffuse Mischung aus verschiedenen psychischen Erkrankungen (u. a. Schizophrenie, Angststörungen) behandeln, deren Symptome oft nur angedeutet sind, und die Memes entsprechend nicht nur auf Depression fokussieren. Die jeweiligen Krankheitsbilder werden dabei selten benannt, vielmehr stehen die subjektive Erfahrung und das Erleben der Krankheit(en) und deren Symptome im Vordergrund. In diesem Zusammenhang werden insbesondere alltägliche Herausforderungen, die sich aus den psychischen Erkrankungen ergeben, sowie die persönliche Belastung durch diese aufgegriffen und auf humoristische Weise dargestellt. So ist beispielsweise in einem der Memes zu lesen: „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“. Ein weiteres besteht aus dem Zitat: “I don’t have a nervous system. I am a nervous system“. Diese beiden Beispiele deuten bereits einen weiteren

zentralen Befund in der Darstellung der Erkrankung(en) und der Betroffenen an: Die psychische Krankheit wird in den Memes häufig als unabhängiger, eigenständiger Akteur porträtiert, der die Betroffenen im Griff hat und in das (Alltags-)Leben eingreift bzw. dieses entgegen des Willens der Betroffenen beherrscht. Hierbei übernimmt die Erkrankung gerade dann die Kontrolle über die Betroffenen, wenn vermeintlich eine Besserung eintritt bzw. die Illusion der eigenständigen Kontrolle auf Seiten des Betroffenen besteht (siehe Abbildung 1 im Anhang).

Darstellung der Betroffenen

Dieses Muster des fatalistischen Ausgeliefertseins an die Erkrankung ist auch in der Darstellung der Betroffenen reflektiert. So wird durch die wahrgenommene Unkontrollierbarkeit der Erkrankung in den Darstellungen die Verantwortung der Betroffenen für die eigenen Handlungen negiert. In einem Meme ist beispielsweise unter dem Bild einer Katze, die ihre Futterschüssel durch unkontrollierte Bewegungen nach unten wirft, zu lesen: „I am a stack of bones controlled by a meaty electrical circuit. I am not responsible for my actions“. In einem weiteren Meme, auf dem ein mit hängendem Kopf stehendes Kätzchen abgebildet ist, wird sowohl die eigene Verantwortung von sich gewiesen als auch die Unveränderlichkeit der eigenen Verhaltensweisen als zwingendes Symptom der psychischen Krankheit(en) thematisiert: „Sorry for acting like that, it will happen again“ (siehe Abbildung 2 im Anhang). Hierbei findet, wie beide Beispiele zeigen, eine Verniedlichung dieser Unkontrollierbarkeit und mangelnden Selbst-Verantwortung durch die Verwendung von Tier- und insbesondere Katzenbildern statt. Obgleich die psychischen Erkrankungen als unkontrollierbare Entität dargestellt werden, deren Konsequenzen außerhalb der Verantwortung der Betroffenen liegen, werden diese gleichzeitig auch als integraler und erneut unveränderlicher Teil des Selbst präsentiert. Dieses fatalistische Bild der Betroffenheit, das als Gegenpol zur Selbstverantwortung verstanden werden kann, macht deutlich, dass psychische Erkrankungen als nicht oder nur eingeschränkt heilbar präsentiert werden und untrennbar mit dem eigenen Ich verbunden sind. Mit Blick auf die Betroffenen wird die psychische Krankheit in den Memes hierbei immer wieder als identitätsstiftend dargestellt – sowohl in der eigenen Wahrnehmung als auch in jener von anderen, nicht Beteiligten. Dieser Bestandteil der eigenen Identität macht psychisch Erkrankte laut den Meme-

Darstellungen schließlich auch besonders und isoliert sie zu einem gewissen Grad von Nicht-Erkrankten. Ein wichtiges Thema ist hierbei daher auch die Abgrenzung und Unterscheidung von jenen „gesunden“ Personen oder Personengruppen, die nicht von psychischen Erkrankungen betroffen sind und die jeweiligen Erfahrungen aus Sicht der Memes entsprechend nicht nachvollziehen können (z. B. „oh you have a weighted blanket? Haha that’s cute, I sleep with the crushing weight of all my failures & shortcomings“). In diesem Zusammenhang wird in einer Art Meta-Perspektive immer wieder die Nutzung und Verbreitung von Depression Memes selbst und der in den Memes enthaltene spezielle Humor zum Gegenstand gemacht, den aus Sicht der Memes nur ein spezifischer Kreis an ‚Eingeweihten‘ und ebenfalls Betroffenen versteht. Dieser spezielle Humor wird als zentraler Aspekt der Gruppenidentität hervorgehoben, welcher die Krankheitsbetroffenen (In-group) verbindet und ebenfalls von den Nicht-Betroffenen (Out-group) unterscheidet (siehe Abbildung 3 im Anhang).

Darstellung der Gegenmaßnahmen

Als mögliche Gegenmaßnahmen werden in den Memes auf der einen Seite externe Behandlungsmöglichkeiten wie Therapien und Medikamente thematisiert; auf der anderen Seite sind auch die eigene Bewältigungsmöglichkeit und der persönliche Umgang mit der psychischen Erkrankung im Alltag Gegenstand der Memes. In der Porträrierung aller Gegenmaßnahmen wird in den Memes das bei den psychischen Erkrankungen bereits sehr präsente Thema der Unveränderlichkeit erneut evident. So werden die externen Gegenmaßnahmen als größtenteils wirkungslose, unzulängliche und teilweise sogar schädliche Strategien dargestellt, die nicht in der Lage sind, nachhaltig etwas am Zustand der Betroffenen zu verändern. Beispielsweise wird in einem Meme die Therapie als anfänglich positiv wahrgenommene Gegenmaßnahme präsentiert, die im Laufe zusätzlicher Sitzungen jedoch dazu führt, dass der Betroffene gebrochen zurückbleibt (siehe Abbildung 4 im Anhang). Illustriert wird dieses Beispiel durch das Bild eines Fahrradfahrers, der sich selbst einen Stock zwischen die Speichen wirft und damit vom Fahrrad fällt. Hierbei wird also, ähnlich wie bei den nachfolgend dargelegten persönlichen Bewältigungsstrategien, entsprechend die Rolle des Individuums und dessen Beteiligung an den negativen (bzw. an den fehlenden positiven) Auswirkungen für die Betroffenen betont.

Auch bei den individuell verfügbaren Bewältigungsstrategien, die im inneren Vermögen der Erkrankten liegen, wird deutlich, dass diese in den Memes als wirkungslos bzw. den Zustand tendenziell eher verschlechternd dargestellt werden. Dies liegt aus Perspektive der Memes erneut insbesondere an den Betroffenen selbst, die diese wider besseren Wissens entweder nicht konsequent genug anwenden oder sich für alternative Coping-Strategien mit destruktiven Folgen (z. B. Drogenkonsum, Binge-Eating) entscheiden (siehe Abbildung 5 im Anhang). In den Memes zu den internen Bewältigungsmöglichkeiten wird also überwiegend die Unfähigkeit der Betroffenen, die Erkrankung selbst wirksam zu bewältigen, thematisiert. Hierbei wird deutlich, dass Inhalt und Form in einer spezifischen Kombination auftreten: Die Unfähigkeit der Bewältigung wird aus der Ich-Perspektive und mittels des sogenannten ‚negativ-selbsterstörerischen‘ Humors – einer gegen das Selbst gerichteten destruktiven Humorart – aufgegriffen und damit das eigene Scheitern zum Gegenstand der (selbstironischen) Belustigung gemacht. Zusammengefasst ist das Scheitern an der Anwendung von Gegenmaßnahmen damit häufiger Gegenstand der Memes, welcher humoristisch und spielerisch dargestellt wird – sowohl mit Blick auf die extern verfügbaren Gegenmaßnahmen als auch mit Blick auf die eigenen, ‚internen‘ Handlungsoptionen der Betroffenen.

Gesellschaftliche Bewertungen der psychischen Erkrankung(en)

Neben der Krankheitserfahrung und (Nicht-)Bewältigung der Betroffenen, wird in den Memes immer wieder auch die gesellschaftliche Bewertung thematisiert und zum Gegenstand der humoristischen Auseinandersetzung gemacht. In diesem Kontext werden zum einen gesellschaftliche Erwartungen an die Betroffenen von psychischen Krankheiten aufgegriffen, andererseits werden gesellschaftliche (Fehl-)Wahrnehmungen und Vorstellungen hinsichtlich psychischer Erkrankungen adressiert. In beiden Fällen werden die von der Gesellschaft auf die Betroffenen projizierten Attributionen kritisch gesehen und mitunter satirisch aufbereitet. So wird in den Memes der gesellschaftliche Druck thematisiert, Erwartungen von Gesundheit oder Normalität zu entsprechen, etwaige Symptome verheimlichen oder kaschieren zu müssen und damit letztlich im Sinne der postmodernen Leistungsgesellschaft zu funktionieren. Wiederkehrendes Thema ist dabei die Nicht-Erfüllung dieser Erwartungen angesichts der schweren Auswirkungen

der psychischen Erkrankung(en) auf die Betroffenen, die entweder auf die Unfähigkeit zu funktionieren, den Unwillen dazu oder beides zurückzuführen sind (siehe Abbildung 6 im Anhang). Hierbei wird wie bei der Thematisierung der Gegenmaßnahmen erneut ein gemeinsames Auftreten von Inhalt und Form evident. Im Gegensatz zu den individuellen Bewältigungsstrategien wird hier nicht etwa mit negativ-selbsterstörerischem Humor gearbeitet, sondern überwiegend mit positiv-selbstbestärkendem oder mit negativ-aggressivem Humor, der sich gegen die Gesellschaft und ihre Erwartungen richtet. Der negativ-aggressive Humor wird insbesondere auch in der zweiten Ausprägung der gesellschaftlichen Ebene evident: der kritischen Thematisierung von falschen Annahmen und Vorstellungen zu psychischen Erkrankungen und deren Gegenmaßnahmen. Beispielsweise werden in den Memes Ratschläge zum ‚positiven Denken‘ oder zu vermeintlich wirkungsvollen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (wie Ernährung) als angetragene Gegenmaßnahmen aufgegriffen und sarkastisch kommentiert. Hierbei werden mitunter populärkulturelle Referenzen herangezogen, um den eigenen kritischen Umgang mit diesen Fehlvorstellungen zu illustrieren: So ist zum Beispiel in einem Meme zu sehen, wie die Zeichentrickfigur Heidi ihre gelähmte Freundin Klara auf deren Ratschlag hin, Depression mit roh-veganer Ernährung zu bekämpfen („I had depression too but then I became a raw vegan“), eine Klippe hinunter stößt (siehe Abbildung 7 im Anhang).

5 Diskussion

Zusammenfassend zeigt die Inhaltsanalyse, dass psychische Erkrankungen in den Depression Memes als unveränderliche, unbehandelbare Störungen dargestellt werden, die für die eigene Identität (mit-)konstituierend sind, sich aber der Verantwortung und Eingriffsmöglichkeit der Betroffenen weitgehend entziehen. Dieser Befund ist mit Blick auf eine mögliche (Selbst-)Stigmatisierung der von psychischen Erkrankungen Betroffenen (Scherr, 2019) ambivalent zu bewerten: Einerseits weist diese Sichtweise Ähnlichkeiten zum Essentialismus auf, also der Ansicht, dass psychische Erkrankungen von etwas ausgelöst werden, das inhärenter Bestandteil von Menschen ist und damit auch nur schwer bzw. nur zu einem gewissen Grad beeinflusst werden können. Diese Sichtweise kann potenziell die (Selbst-)Stigmatisierung psychisch Erkrankter verschärfen (Berryessa, 2016), sodass auch die analysierten Depression Memes als möglicherweise stigmatisierend einzustufen sind.

Andererseits ist gerade die Überzeugung, dass eine psychische Erkrankung nicht in der individuellen Verantwortung liegt, mit einer geringeren Stigmatisierung verbunden, weil dadurch der Krankheitscharakter gegenüber persönlichen Handlungsverpflichtungen in den Vordergrund gerückt wird (Corrigan et al., 2003). Dies scheint im Falle der Depression Memes jedoch nur eingeschränkt zuzutreffen, da die Betroffenen sowohl bei der Darstellung der Erkrankungen als auch der (eigentlich objektiv wirksamen) Gegenmaßnahmen dennoch wiederholt in die Rolle der Verantwortlichen und oft sogar kontraproduktiv Handelnden gerückt werden. Insbesondere, wenn man von einer möglichen kultivierenden Wirkung der Memes bei einer längerfristigen Rezeption ausgeht, sind die Inhalte der Memes damit kritisch zu betrachten, da sie Bilder und Vorstellungen von psychischen Erkrankungen perpetuieren, die überwiegend negativ und aussichtslos sind und die Verantwortung dafür gleichzeitig individuell attribuieren.

Geht man jedoch davon aus, dass die Creator:innen und Rezipient:innen der Depression Memes überwiegend selbst von psychischen Erkrankungen betroffen sind, so sind auch potentiell positive Motivationen und Wirkungen denkbar: So könnte die humoristische Verarbeitung der eigenen Erlebnisse und der gesellschaftlichen Erwartungen positive Folgen für die Betroffenen haben, zumal Humor als wirkungsvolle Copingstrategie im Kontext von psychischen Erkrankungen gut erforscht ist (Cernerud & Olsson, 2004). Zudem ist davon auszugehen, dass Depression Memes durch die (augenscheinlich) verantwortungslosen Inhalte dem insbesondere auf Instagram vorherrschenden Positivity Bias (Waterloo et al., 2018) etwas entgegensetzen und damit gesellschaftliche Normen punktuell aufbrechen wollen. Schließlich könnte eine über die Memes stattfindende Vergemeinschaftung und das Herstellen einer kollektiven (Krankheits-)Identität, wie sie im Darstellungsmuster ‚Wir gegen die anderen‘ deutlich wurde, soziale Funktionen erfüllen und sich ebenfalls positiv auf das Wohlbefinden auswirken (Casey, 2018); hier deutet die wenige existierende Forschung bislang jedoch eher darauf hin, dass sich um bestimmte depressionsbezogene Hashtags keine engmaschige Gemeinschaft bildet, sondern dass diese eher singuläre Praktiken des in-Kontakt-Tretens oder des Selbstausrucks fördern (McCosker & Gerrard, 2021). Zukünftige Studien sollten an diesen Punkten ansetzen. Sie sollten zum einen langfristige Wirkungen bei den Rezipient:innen der Depression Memes beforschen.

Zum anderen sollten sie untersuchen, inwieweit Meme-Creator:innen und -Rezipient:innen Depression Memes tatsächlich zum Coping mit den psychischen Erkrankungen heranziehen, welche kollektiven kommunikativen Handlungen rund um die Memes existieren und welche Rolle eine mögliche (Selbst-)Stigmatisierung in diesem Kontext spielt.

Literaturverzeichnis

Akil, A. M., Ujhelyi, A. & Logemann, H. N. A. (2022). Exposure to depression memes on social media increases depressive mood and it is moderated by self-regulation: Evidence from self-report and resting EEG assessments. *Frontiers in Psychology, 13*, 880065. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.880065>

Akram, U., Drabble, J., Cau, G., Hershaw, F., Rajenthiran, A., Lowe, M., Trommelen, C. & Ellis, J. G. (2020). Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes in depression. *Scientific Reports, 10*(1), 899–906. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-57953-4>

Akram, U., Ellis, J. G., Cau, G., Hershaw, F., Rajenthiran, A., Lowe, M., Trommelen, C. & Drabble, J. (2021). Eye tracking and attentional bias for depressive internet memes in depression. *Experimental Brain Research, 239*(2), 575–581. <https://doi.org/10.1007/s00221-020-06001-8>

Beach, S. E. (2021). *Big mood: Ambient suffering and depression memes* [Dissertation]. Ohio University, Athens, Ohio. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ohiou161899951719584

Berryessa, C. M. (2016). Genetic essentialist biases, stigma, and lack of mitigating impact on punishment decisions. *Journal of Law and the Biosciences, 3*(2), 359–364. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsw023>

Casey, A. (2018). The role of internet memes in shaping young people's health-related social media interactions. In V. A. Goodyear & K. M. Armour (Hrsg.), *Young people, social media and health* (S. 162–176). Routledge.

Cernerud, L. & Olsson, H. (2004). Humour seen from a public health perspective. *Scandinavian Journal of Public Health, 32*(5), 396–398. <https://doi.org/10.1080/14034940410026895>

- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Dorrani, C., Betz, A., Philipp, A., Redenz, C., Waßmann, L. F., & Sukalla, F. (2022). Sick style als digitaler Medientrend im Kontext von (Ent-)Stigmatisierung psychischer Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. In J. Vogelgesang, N. Ströbele-Benschop, M. Schäfer, & D. Reifegerste (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation in Zeiten der COVID-19-Pandemie* (S. 1-9). Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.85050>
- Gardner, K. J., Jabs, N.-M., Drabble, J. & Akram, U. (2021). Humor styles influence the perception of depression-related internet memes in depression. *Humor*, 34(4), 497–517. <https://doi.org/10.1515/humor-2021-0045>
- Holmes, M. S. (2013). Cancer comics: Narrating cancer through sequential art. *Tulsa Studies in Women's Literature*, 33(1), 147–162. http://muse.jhu.edu/journals/tulsa_studies_in_womens_literature/v033/33.1.holmes.html
- Hussain, S. A. (2020). Is this what depression looks like? Visual narratives of depression on social media. *Visual Studies*, 35(2-3), 245–259. <https://doi.org/10.1080/1472586X.2020.1779611>
- Koinig, I. (2022). Welche Form der Unterstützung bieten Mental Health Influencer:innen auf Instagram an? Ergebnisse einer Inhaltsanalyse. In J. Vogelgesang, N. Ströbele-Benschop, M. Schäfer, & D. Reifegerste (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation in Zeiten der COVID-19-Pandemie* (S. 1-11). Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.85996>
- Lerman, B. I., Lewis, S. P., Lumley, M., Grogan, G. J., Hudson, C. C., & Johnson, E. (2017). Teen depression groups on Facebook: A content analysis. *Journal of Adolescent Research*, 32(6), 719–741. <https://doi.org/10.1177/0743558416673717>
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis. Theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Gesis. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39517>
- McCosker, A. & Gerrard, Y. (2021). Hashtagging depression on Instagram: Towards a more inclusive mental health research methodology. *New Media & Society*, 23(7), 1899–1919. <https://doi.org/10.1177/1461444820921349>
- Napp, T. (2023). The medicine of memes: An exploration of humor styles, memes, and dark humor. *Electronic Theses and Dissertations, Paper 595*. <https://digitalcommons.acu.edu/etd/595>
- Scherr, S. (2019). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 579–589). Springer VS.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. SAGE.
- Schwarz, U., & Reifegerste, D. (2019). Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 459–470). Springer.
- Shifman, L. (2014). *Memes in digital culture. MIT press essential knowledge series*. The MIT Press. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=649171>
- Speck, P. S. (1991). The Humorous Message Taxonomy: A framework for the study of humorous ads. *Current Issues and Research in Advertising*, 13(1-2), 1–44. <https://doi.org/10.1080/01633392.1991.10504957>
- Wagner, A. & Sukalla, F. (im Erscheinen). Humorappelle: Grundlagen aus der Gesundheitskommunikation. In F. Fischer, C. Pfeifer & T. Scheel (Hrsg.), *Humor und Gesundheit*. Hogrefe Verlag.
- Waterloo, S. F., Baumgartner, S. E., Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2018). Norms of online expressions of emotion: Comparing Facebook, Twitter, Instagram,

and WhatsApp. *New Media & Society*, 20(5), 1813–1831.

<https://doi.org/10.1177/1461444817707349>

Westly Evers, C., Albury, K., Byron, P. & Crawford, K. (2013). Young people, social media, social network sites and sexual health communication in Australia: ‘this is funny, you should watch it’. *International Journal of Communication*, 7, 263–280.

Xanthopoulos, P., Panagopoulos, O. P., Bakamitsos, G. A., & Freudmann, E. (2016). Hashtag hijacking: What it is, why it happens and how to avoid it. *Journal of Digital & Social Media Marketing*, 3(4), 353–362.

Tabelle 1: Dimensionen und Kategorien des Kategoriensystems

Themen(kontexte)
(Umgang mit) Alltagssituationen, Alltagsbelastungen und -einschränkungen, soziale Beziehungen, subjektive Gefühle, gesellschaftlicher Umgang mit psychischer Erkrankung, Sexualität, Suizidalität, mentale Gesundheit und Wohlbefinden
Darstellung der psychischen Erkrankung(en) und Betroffenen
Diffuse Symptome/ Komorbidität; psychische Erkrankung als kontrollierender, unabhängiger Akteur; Erkrankung als unveränderlicher Teil des Selbst/ der Identität; Einzigartigkeit und Isolation der Betroffenen
Gegenmaßnahmen für die psychischen Erkrankung(en)
Medikation, Therapie/ Behandlung als Gegenmaßnahmen; Unwirksamkeit und Unzulänglichkeit der Gegenmaßnahmen; individuelle Unfähigkeit zur konstruktiven Bewältigung
Gesellschaftliche Bewertungen der psychischen Erkrankung(en)
Gesellschaftliche Wahrnehmungen von Ursachen und Lösungen; gesellschaftliche Erwartungshaltungen an Betroffene; Kritik an gesellschaftlichen Fehlwahrnehmungen; gesellschaftliche Fehlwahrnehmung
Humorstrategien
Positiv-zugewandt, positiv-selbstbestärkend, negativ-aggressiv, negativ-selbstzerstörerisch
Darstellungsweisen
Meme-Typ, Charaktere und Protagonisten, populärkulturelle Referenzen, Darstellungsform



Abbildung 1: Psychische Erkrankung als eigenständiger Akteur



Abbildung 2: Unkontrollierbarkeit und Unveränderlichkeit der psychischen Erkrankung



Abbildung 3: Besonderheit und Isolation der Betroffenen durch die Erkrankung



Abbildung 4: Kontraproduktivität von Gegenmaßnahmen



Abbildung 5: Persönliche Unfähigkeit zur konstruktiven Bewältigung



Abbildung 6: Nicht-Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen



Abbildung 7: Kritik an gesellschaftlichen Fehlwahrnehmungen psychischer Erkrankungen

„Dass es eben nicht so einfach ist für Leute mit einer Angststörung“ Entstigmatisierung von Angststörungen mittels Perspektivübernahme in Videospielen

Celine Dorrani & Freya Sukalla

Universität Leipzig

Zusammenfassung

*Psychische Erkrankungen wie Angststörungen sind in der Öffentlichkeit noch immer stark stigmatisiert. Eine Strategie der Stigmatisierung entgegenzuwirken, ist das Fördern der Perspektivübernahme, bei der Individuen aktiv die Perspektive einer stigmatisierten Person einnehmen und sich bestimmte Situationen aus dieser heraus vorstellen. Videospiele, bei denen die Avatare mit psychischen Erkrankungen konzipiert werden, ermöglichen Spielenden aktiv Erfahrungen aus dieser Perspektive heraus zu machen. Ziel dieser Studie ist es, die Perspektivübernahme beim Spielen eines Videospieles mit einer Hauptfigur mit Angststörung zu untersuchen und im Hinblick auf die (Ent-)stigmatisierung von Menschen mit Angststörungen zu analysieren. Hierfür wurden 21 fokussierte Leitfadeninterviews durchgeführt, bei denen die Teilnehmenden gebeten wurden, das Puzzle-Adventure Spiel *Fractured Minds* (2019), welches Angststörung zentral als Erkrankung des zu steuernden Avatars aufgreift, zu spielen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Spiel die Symptome und Herausforderungen von Menschen mit Angststörungen transportieren kann. Vor allem die Spielmechaniken regen dabei die Perspektivübernahme an. Bei bewusster Perspektivübernahme von Personen mit Angststörungen trägt *Fractured Minds* zu wissensbasierter und emotionaler Aufklärung bei. Gleichzeitig kann das Spiel falsche Vorstellungen der Krankheit erzeugen oder bereits vorherrschende falsche Vorstellungen bestätigen und so Stigmatisierung verstärken.*

Keywords: Stigmatisierung, Angststörung, Perspektivübernahme, Subjektivierung, Videospiele

Summary

*Mental illnesses such as anxiety disorders are still highly stigmatized in the public eye. One strategy to counter stigma is to promote perspective taking, where individuals actively take the perspective of a stigmatized person and imagine certain situations from that perspective. Video games in which the avatars are conceptualized as having mental illnesses allow players to actively experience events from this perspective. The aim of this study is to investigate perspective taking while playing a video game with a main character with anxiety disorder and to analyze it with regard to the (de)stigmatization of individuals with anxiety disorders. For this purpose, 21 qualitative interviews were conducted during which participants were asked to play the puzzle-adventure game *Fractured Minds* (2019), which features anxiety disorder as a condition of the avatar to be controlled. The results show that the game can convey the symptoms and challenges of people with anxiety disorders. It is mainly the game mechanics that stimulate perspective taking. When players actively take the perspective of a person with anxiety, *Fractured Minds* contributes to knowledge-based and emotional education. At the same time, the game can create misconceptions of the disease or confirm already prevailing misconceptions and thus reinforce stigmatization.*

Keywords: Stigmatization, anxiety disorders, perspective-taking, subjectification, video games

1 Einleitung

Mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 29 Prozent sind Angststörungen laut internationalen Studien die häufigsten psychischen Erkrankungen (Remes et al., 2016). Trotz der Häufigkeit ist vielen Menschen weder die Symptomatik noch das Ausmaß der Krankheit bewusst oder sie haben ein falsches Bild von dieser. So werden Menschen mit Angststörung in der Öffentlichkeit noch immer stark stigmatisiert und als Folge dessen diskriminiert (Curcio & Corboy, 2020).

Auch Mediendarstellungen wie in Videospielen können zur Stigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen beitragen, wenn sie verzerrte, stereotype mediale Repräsentationen psychischer Krankheiten vermitteln (Scherr, 2016). In Videospielen treten psychische Krankheiten meist bei Charakteren auf, die nicht durch Spielende gesteuert werden, insbesondere bei Antagonist:innen. Dabei werden häufig bewusst stereotype Darstellungen genutzt und psychische Krankheiten negativ überzeichnet, um narrative Spannung zu erzeugen und den Figuren ein Handlungsmotiv zuzuschreiben (Runzheimer, 2020). Menschen mit Angststörung werden in kommerziellen Videospielen vor allem als gefährlich, gruselig, wahnsinnig und/oder gewaltbereit dargestellt. So werden Ängste gegenüber Betroffenen geschürt und diskriminierendes Verhalten gefördert (Ferrari et al., 2018).

Um der von negativen Stereotypen geprägten Wahrnehmung entgegenzuwirken, ist es wichtig psychische Krankheiten zu entstigmatisieren, d. h. zu normalisieren, indem negative Stereotype mit Wissen ersetzt, Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen hergestellt und die Distanz zu diesen verringert werden (Lundahl, 2020, S. 244). Eine Strategie zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist das Fördern der Perspektivübernahme, bei der Personen aktiv die Perspektive einer Person mit einer psychischen Erkrankung einnehmen und sich bestimmte Situationen aus dieser heraus vorstellen (Healey & Grossman, 2018). Perspektivübernahme zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten wird vor allem im Rahmen von Schizophrenie untersucht (Formosa et al., 2017).

Die Möglichkeit, die Perspektive einer Person mit psychischer Krankheit einzunehmen, nutzen auch einige in den letzten Jahren im Bereich der Serious Games (Breuer & Schmitt, 2017) publizierte Videospiele, bei denen Hauptfiguren mit psychischen Krankheiten konzipiert werden. Hier zeigt sich – im Gegensatz zu den

stigmatisierenden Darstellungen psychischer Erkrankungen in Videospielen – ein neuer Darstellungstyp, der die Krankheit in den narrativen Mittelpunkt stellt und den Spielenden so die Möglichkeit bietet, verschiedene Aspekte der psychischen Krankheit in einem exemplarischen Kontext nachzuempfinden (Runzheimer, 2020). Noch existieren allerdings keine Studien, die sich spezifisch der entstigmatisierenden Wirkung von Perspektivübernahme in Videospielen widmen.

Das Ziel dieser Studie ist es daher, die Perspektivübernahme beim Spielen von Videospielen mit einer Hauptfigur mit psychischer Erkrankung zu untersuchen und im Hinblick auf die (Ent-)stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu analysieren.

2 Perspektivübernahme als Strategie zur Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Perspektivübernahme bezeichnet einen komplexen soziokognitiven Prozess, der Individuen dazu befähigt, Situationen und Erfahrungen aus der Sicht einer anderen Person wahrzunehmen (Healey & Grossman, 2018). Sie ist immer ein aktiver Prozess und fordert daher von der Person, die die Perspektive einer anderen übernimmt, ein willentliches Eingehen auf die Gedanken und Gefühle der Person. Das Selbstkonzept wird dabei beibehalten, so dass die eigene Perspektive mit der übernommenen Perspektive verglichen werden kann (Kaufman & Libby, 2012).

Um Perspektivübernahme zu induzieren werden bspw. Geschichten oder Filme aus der Perspektive von Personen mit psychischen Erkrankungen gezeigt. Aktuelle Studien verwenden immer häufiger Simulationen, beispielsweise mit Virtual Reality Anwendungen. Sie bieten den Vorteil, unmittelbare physische und mentale Erfahrungen als Person mit psychischer Krankheit zu machen, statt sich diese nur vorzustellen. Damit kann so nah wie möglich an der Realität der stigmatisierten Gruppe teilgenommen werden, ohne direkten Kontakt herzustellen (Reddyhough et al., 2020).

Die durch Perspektivübernahme ermöglichte Einsicht in die Gedanken, Gefühle und Herausforderungen von Personen mit psychischen Erkrankungen wird als emotionsbasierte Aufklärung bezeichnet. Diese kann zu mehr Empathie, Verständnis und Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen und

stellt eine erfolgreiche Strategie zur Entstigmatisierung dar (Todd & Galinsky, 2014).

Experimentalstudien zeigen, dass eine Aufforderung zur Perspektivübernahme zu mehr Sympathie, mehr Empathie und mehr Verständnis für die Zielperson führt. Teilnehmende, die nach einer entsprechenden Aufforderung eine solche Perspektive einnahmen, gaben weniger stigmatisierende Antworten, standen den Zielpersonen positiver gegenüber und zeigten mehr prosoziales Verhalten, als Teilnehmende, die nicht zur Perspektivübernahme angewiesen wurden (Batson et al., 1997; Healey & Grossman, 2018). Darüber hinaus kann die Übernahme der Perspektive nicht nur das Stigma für diese Person, sondern auch das Stigma der Gruppe als Ganzes reduzieren (Batson et al., 1997). Die Perspektivübernahme mittels Simulation hilft zudem dabei, dass Personen mit ihrem Denken über die Zielperson konfrontiert werden und daraufhin die Einstellung zu Betroffenen reflektieren (Todd & Galinsky, 2014). Simulationen bieten auch wissensbasierte Aufklärung, d. h. über die biogenetischen und psychosozialen Ursachen psychischer Erkrankungen sowie über den Krankheitsverlauf, Therapieformen oder Stigmata. Obwohl Simulationen von psychischen Krankheiten in der Regel keine direkten Informationen über Symptome, Diagnosen etc. der Krankheiten lehren, erlangten Proband:innen nach einer solchen Simulation durch die direkte Erfahrung der Krankheit mehr Wissen über diese (Formosa et al., 2017).

Es ist jedoch anzumerken, dass Simulationen in vielen Studien auch das Bedürfnis nach sozialer Distanz zur Zielperson bzw. Gruppe, der diese Person angehört, erhöhen (Reddyhough et al., 2020). Bei Virtual Reality-Anwendungen besteht zudem die Gefahr, dass sich Rezipierende auf den technischen Schauwert fokussieren und die Simulation als digitale Attraktion wahrnehmen, welche faszinieren oder schockieren soll. Damit gerät die eigentliche Erfahrung in den Hintergrund (Runzheimer, 2020).

3 Videospiele als Methode zur Perspektivübernahme

Auch Videospiele können zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen durch Perspektivübernahme beitragen. Zum einen können sie – wie auch Videos oder Filme – über das Narrativ des Spiels Informationen zu Krankheiten bereitstellen und Personen mit psychischen Erkrankungen auf eine emphatische Weise porträtieren. Ebenso können visuelle und auditive Effekte genutzt werden, um die Krankheit oder Aus-

wirkungen dieser darzustellen. Da psychische Krankheiten äußerlich oft nicht sichtbar sind, stellt eine sensible, nicht-stigmatisierende Darstellung jedoch eine besondere Herausforderung dar (Runzheimer 2020).

Mit der Spielmechanik verfügen Videospiele über eine zusätzliche Ebene, über die Spielende die Perspektive der Zielpersonen einnehmen können. Da Spielende die Spielfigur, den sogenannten Avatar, direkt steuern, können sie so das Narrativ aktiv produzieren. Verwendet das Spiel eine Egoperspektive wird die Distanz zum Spielgeschehen verringert, denn die Spielenden sehen keinen Avatar, dessen Aussehen von ihrem eigenen abweicht und dadurch als andere Person betrachtet werden kann. Für die Spielenden scheint es so, als gingen die Handlungen direkt von ihnen aus. Sie transferieren dadurch nicht nur ihr Blickfeld auf den Avatar, sondern auch ihre eigene Körperwahrnehmung, so dass Spielende und Avatar verschmelzen. Dies wird Subjektivierung genannt (Runzheimer 2020). Die Spielenden werden so zum aktiv agierenden Subjekt, das die Spielwelt und das Narrativ erkundet und durch die eigene Interaktion produziert. Die Ereignisse rezipieren sie nicht nur, sondern sie beeinflussen sie aktiv durch die Steuerung und den innerhalb der Wahlmöglichkeiten des Spiels getätigten Entscheidungen (Mosel, 2011). Werden Avatare mit psychischen Krankheiten ausgestattet, können auch die Krankheiten der Avatare subjektiviert werden, wodurch psychische Krankheiten erleb- und erfahrbar werden (Runzheimer, 2020).

Mithilfe von Videospielen können so spezifische kontrollierte Situationen geschaffen werden, in denen die Nutzenden mit geringem Eigenrisiko Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen machen können, die in interpersonaler Kommunikation mit Unbehagen oder sogar Angst verbunden bzw. gar nicht möglich wären (Simon, 2020). Ähnlich wie bei der Simulation machen Spielende eigene Erfahrungen mit der Krankheit. Dies geschieht jedoch nicht auf direktem Weg wie bei der Simulation, sondern mittels Subjektivierung der Spielfigur und deren Erfahrungen. Im Vergleich zu Simulationen haben Videospiele den Vorteil, dass sie einfach in der Bedienung sind, auch der Unterhaltung dienen und günstig in der Produktion sowie Distribution sind, wodurch sie ein breites Publikum erreichen können (Brown, 2020).

Noch gibt es wenig Forschung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten durch Videospiele. Eine Studie von Ferchaud et al. (2020) bietet erste Einblicke. Sie zeigten in einem Experiment, dass Pro-

band:innen, die eine Spielfigur mit Psychosen innerhalb eines Videospiels steuerten, signifikant weniger stigmatisierende Überzeugungen teilten und weniger den Wunsch nach sozialer Distanz äußerten, als Proband:innen, die sich das Videomaterial des Gameplays nur anschauten. Die Studie gibt allerdings keine Auskunft darüber, welche Aspekte eines Spiels und des Spielens konkret mit welchen Formen der Perspektivübernahme einhergehen und in welchem Zusammenhang dies mit (Ent-)Stigmatisierung steht. Hierin besteht das Forschungsinteresse dieser Studie.

4 Perspektivübernahme zur Entstigmatisierung im Videospiel *Fractured Minds*

Als Untersuchungsgegenstand der Studie wurde das Puzzle-Adventure Spiel *Fractured Minds* (2019) gewählt. Es wurde von Emily Mitchell, die selbst mit einer generalisierten Angststörung lebt, entwickelt und stellt ihre Erfahrungen mit der Krankheit in sechs Kapiteln dar (Mitchell, 2019). Das Spiel eignet sich besonders für diese Studie, da es das Thema Angststörung zentral als Erkrankung des zu steuernden Avatars aufgreift, über Techniken der Subjektivierung konkret zur Perspektivübernahme anregt, und zudem mit einer für Laien zugänglichen Steuerung in etwa 30 bis 60 Minuten vollständig gespielt werden kann.

Um die einzelnen Spielelemente im Zusammenhang mit der Perspektivübernahme von Personen mit Angststörungen betrachten zu können, wurde zunächst die Darstellung von Angststörung im Spiel analysiert. Drei Darstellungsebenen konnten identifiziert werden (siehe Tabelle 1 im Anhang):

- a) Die narrative Ebene: Darstellung der Angststörung durch die Spielhandlung und Metaphorik.
- b) Die visuell-auditive Ebene: Darstellung der Angststörung durch Farbgestaltung, Musik und weitere Geräusche.
- c) Die Ebene der Spielmechanik: Darstellung der Angststörung durch den hohen Schwierigkeitsgrad der einzelnen Aufgaben, fehlende Informationen und Spielziele sowie negatives Feedback bei Spielerfolgen.

Diese drei Darstellungsebenen können jeweils einzeln aber auch im Zusammenspiel die direkte Erfahrung als Person mit Angststörung, zum Beispiel über explizit dargestellte Situationen, metaphorische Darstellungen oder intendierte emotionale Reaktionen ermöglichen. Daher lautet die erste Forschungsfrage:

FF1: Wie erleben die Spielenden die Darstellung der Angststörung auf den drei Ebenen?

Da die Perspektivübernahme ein aktives Einlassen auf die Perspektive der betroffenen Person fordert und die Erfahrungen in der Perspektive auch als solche gedeutet werden müssen (Kaufman & Libby, 2012), stellt sich die zweite Forschungsfrage:

FF2: Inwiefern und in welcher Form interpretieren die Spielenden ihre Spielerfahrungen im Hinblick auf die Perspektive von Personen mit Angststörung ?

Wie bereits dargelegt kann die Übernahme der Perspektive eines Menschen mit Angststörung zur Entstigmatisierung beitragen. Daraus folgt die abschließende Forschungsfrage:

FF3: Wie sind die Spielerfahrungen im Kontext von (Ent-)stigmatisierung von Personen mit Angststörungen zu deuten?

5 Methode

Für die Studie wurden 21 fokussierte Leitfadeninterviews durchgeführt (13 weiblich, Alter: 21-56 Jahre, mind. Abitur). Zehn Personen hatten einen indirekten Bezug zu Angststörung durch Familie, Freund:innen oder Bekannte. Zwölf Proband:innen spielten regelmäßig Videospiele.

Bereits bei der Rekrutierung wurde das Thema der Studie genannt, um nur Personen ohne eigene direkte Erfahrung mit Angststörung, die das Spiel nicht bereits kannten, zu rekrutieren. Die Rekrutierung erfolgte über soziale Netzwerke und Aushänge. Die Interviews wurden in einem Forschungslabor der Universität Leipzig geführt.

Die Teilnehmenden wurden zu Beginn der Interviews zu ihrer Videospielrezeption und ihrem Wissen zu Angststörungen befragt. Anschließend wurden sie gebeten, das Spiel *Fractured Minds* zu spielen. Die Studienleitung entschied abhängig von der Spielzeit der Teilnehmenden, ob sie das fünfte Kapitel überspringen und zum sechsten Kapitel weitergehen oder das gesamte Spiel spielen. Zehn Personen übersprangen das fünfte Kapitel. Nach dem Spielen wurden sie zu ihren Spielerfahrungen befragt.

Die Interviews hatten eine Länge von ca. 25 Minuten. Die zusätzliche Spielzeit bis zum Ende des Spiels betrug zwischen 25 und 60 Minuten, abhängig davon, wie

schnell es den Proband:innen gelang, die einzelnen Aufgaben zu lösen. Um bereits vorherrschenden stigmatisierenden Ansichten entgegenzuwirken und mögliches stigmatisierendes Potential des Spiels zu minimieren, wurde nach jedem Interview ein umfassendes Debriefing durchgeführt. Auf Basis einer Audio-Aufzeichnung wurden die Interviews transkribiert und in Anlehnung an Mayring (2015) mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet.

6 Ergebnisse

FF1: Wie erleben die Spielenden die Darstellung der Angststörung auf den drei Ebenen?

Alle Spielenden berichteten überwiegend von negativen Gefühlen während des Spielens. Frustration und Beklemmung waren im Spielerleben sehr präsent, wobei diese Gefühle sich nicht auf einzelne Kapitel oder Aufgaben bezogen, sondern bei unterschiedlichen Kapiteln angemerkt bzw. als Gesamtstimmung während des Spielens beschrieben wurden. Daneben erlebten die Spielenden Gefühle von Stress, Überforderung, Traurigkeit, Selbstzweifel, Grusel, Einsamkeit, aber auch vereinzelt Spaß sowie Freude über Spielerfolge.

Aus den Aussagen der Teilnehmenden wird deutlich, dass die Ebene der Spielmechanik den relevantesten Bezugspunkt für das Spielerleben bildet. Vor allem durch die Aufgaben, fehlende Informationen und das negative Feedback im Spiel wurden die negativen Gefühle ausgelöst.

„Einmal bin ich auf die Straße gelaufen und von einem Auto erwischt worden und dann musste ich wieder von vorne anfangen und dann stand da unten auch wieder ‚Soll ich dich dieses Mal an der Hand halten?‘ Also so richtig vorwurfsvoll irgendwie. Das hat einem echt ein unglaublich beklemmendes Gefühl irgendwie gegeben.“ (W, 24, Nicht-Spielerin)

Die visuell-auditive Ebene trug bei den Spielenden zusätzlich zu diesen negativen Gefühlen bei. Bei genauerer Analyse fällt hier auf, dass diese Ebene vor allem Gefühle und Wahrnehmungen der Spielenden weiter verstärkt und nicht alleinstehend negative Gefühle auslöst.

Zwar lösten auch einzelne narrative Elemente wie die generelle Spielhandlung oder das Monster negative Gefühle aus, für die Proband:innen war die narrative Ebene jedoch kein großer Fokus bei ihrem Spielerleben.

Die Aussagen der Teilnehmenden zeigen, dass die einzelnen Darstellungsebenen sich oft ergänzen und miteinander in Bezug stehen:

„Da war es wirklich Stress, vor allem, weil da stand ja dann auch die ganze Zeit auf dem Bildschirm ‚Falscher Schlüssel. Falscher Schlüssel‘. Es kam immer mehr dazu. Dadurch konnte man es auch nicht vergessen, dass man schon so viele Niederlagen hatte. [...] Es wurde auch ganz kurz schwarz-weiß zwischendurch nachdem man irgendwie acht falsche Schlüssel gefunden hat und da stand dann ‚I hate you‘ und so an der Wand, da hat man sich schon echt gar nicht gut gefühlt.“ (W, 21, Nicht-Spielerin)

Hier wird deutlich wie die narrative Ebene (Schlüssel-suche, Kommentare) zusammen mit der spielmechanischen Ebene (Aufgabe, negatives Feedback) und der visuell-auditiven Ebene (visuelle Änderung des Raumes) das negative Gefühl erzeugt.

FF2: Inwiefern und in welcher Form interpretieren die Spielenden ihre Spielerfahrungen im Hinblick auf die Perspektive von Personen mit Angststörung?

Die Mehrheit der Spielenden nahm während des Spielens aktiv die Perspektive einer Person mit Angststörung ein und interpretierte ihre Spielerfahrungen als Erlebnisse dieser. Dabei sahen einige den Avatar als Emily Mitchell, andere als Person mit Angststörung an. Sie waren sich bewusst, dass die Spielerfahrung ihnen näher bringen soll, wie sich Personen mit Angststörungen fühlen. Oft schlossen sie während des Spielens bewusst Bezüge zur Angststörung und deren Symptomen sowie Herausforderungen. Sie hinterfragten auch die Intentionen von Rätseln und Darstellungen im Hinblick auf die Perspektive der Betroffenen. Es zeigten sich drei Interpretationsweisen der Spielerfahrung, wobei entweder eine auf das gesamte Spiel oder verschiedene Interpretationsweisen auf einzelne Aspekte angewandt wurden.

Eine Interpretationsweise war die metaphorische Deutung. Hier wurden das Narrativ und die visuell-auditive Ebene als Metaphern von Angststörung gedeutet. Die Gefühle, die die Spielerfahrungen auf Ebene der Spielmechanik auslösten, wurden ebenfalls als intendiertes Mittel erkannt und entsprechend gedeutet:

„Es war zutiefst frustrierend. Also ich habe da rein interpretiert, dass halt die Person schon die Möglichkeit hat rauszugehen, weil es gibt genug Schlüssel. Aber die kann sich sicher wahrscheinlich einfach selber nicht

dazu überwinden, rauszugehen. Also man will schon, man sucht ja auch den Schlüssel, aber man hat vielleicht teilweise einfach alleine nicht genug Kraft, den wirklich auch zu nutzen.“ (W, 25, Spielerin)

Eine weitere Interpretationsweise war die wörtliche Interpretation. Dabei werden die dargestellten Elemente nicht als Sinnbild für die Gefühle und Herausforderungen Betroffener interpretiert, sondern als realistische Darstellungen von Situationen und Ängsten:

„Oder dass man irgendwo ertrinkt und sich nicht selbst helfen kann, weil es jetzt schon vorbei ist. Angst im Autoverkehr, dass man auf einmal umgefahren wird. Ähm ja oder auch einfach diese Dunkelheit, Gewitter und so. Und Angst, dass man in die Hölle kommt. Wenn man daran glaubt.“ (W, 25, Nicht-Spielerin)

So wurden in einigen Fällen die visuellen Darstellungen und Metaphern wie z. B. das Monster, das im Spiel als Sinnbild für die allgegenwärtige Angst steht, nicht als solches interpretiert. Stattdessen wurde angenommen, Menschen mit Angststörungen würden Monster sehen. Dadurch wurden Halluzinationen der Krankheit zugeschrieben, obwohl diese kein Symptom der Angststörung darstellen.

„Ähm, ... na, dass diese, ähm, zum Beispiel diese Figur mit den Tentakeln, äh oder auch, dass man in einem Zimmer ist und dabei gleichzeitig unter Wasser. Ähm, dass das ... halt offensichtlich Sachen sind, die in der realen Welt nicht auftreten... und wenn man die so wahrnimmt, dann könnten das ... möglicherweise Vorstellungen sein, also Halluzinationen oder so.“ (M, 35, Spieler)

Bei der dritten Interpretationsweise lag der Fokus auf der Programmierung, der Rätselmechanik oder der Gestaltung des Spiels. In diesen Aspekten wurden keine Zeichen der Perspektivübernahme deutlich.

„Okay, also ... am Anfang – klar, musste ich mir erstmal ein bisschen in die Bedienung und so weiter, aber das war ja wirklich relativ... simpel und ähm, ... genau auch so ein bisschen wie so Escape-Room-Spiel so ein bisschen und weil ich die ganz gern spiele, war das eigentlich, war das ganz – hab ich mich, glaub ich, eher auf die, darauf konzentriert, das Rätsel zu lösen, das jetzt dahinter steckt als, ähm, an irgendwas anderes zu denken.“ (W, 32, Spielerin)

Teilnehmende mit und ohne Spielerfahrungen unterschieden sich nicht grundsätzlich in ihrer Interpretation

oder der Stärke der Perspektivübernahme. Einige Teilnehmende ohne Spielerfahrung bezogen jedoch die Schwierigkeiten des Spiels und die damit verbundenen negativen Gefühle auf ihre fehlende Erfahrung und interpretierten sie somit nicht als Intention des Spiels und schlossen keinen Bezug zur Angststörung. Da sie in diesen Fällen ihre eigenen Spielerfahrungen auf Ebene der Spielmechanik nicht mit den Erfahrungen Betroffener verbanden, interpretierten sie vor allem das Narrativ und die visuell-auditive Ebene. Symptome der Krankheit wurden dann nur identifiziert, wenn sie auf diesen Ebenen dargestellt oder direkt erwähnt wurden.

FF3: Wie sind die Spielerfahrungen im Kontext von (Ent-)stigmatisierung von Personen mit Angststörungen zu deuten?

Das Erleben der Symptome auf spielmechanischer Ebene half den Spielenden ihnen bereits bekannte Symptome von Angststörungen nachzuvollziehen. Aber auch bisher unbekannte Symptome der Krankheit wurden erlernt. Einige Teilnehmende verglichen ihr eigenes Bild von Angststörungen mit dem, welches sie durch das Spiel erlebten. Dies führte teilweise zu Empathie, nicht nur für die Spielfigur, sondern auch für Personen mit Angststörung insgesamt. Besonders häufig erwähnten die Spielenden, dass sie nun mehr Verständnis für die Schwere bzw. das Ausmaß der Krankheit hätten. Einige reflektierten durch das Spiel ihren Umgang mit Menschen mit Angststörung. Dies betrifft zum einen den bisherigen Umgang mit ihnen, zum anderen haben einige nach der Spielerfahrung das Gefühl, zukünftig besser mit ihnen umgehen bzw. konkret helfen zu können.

„Sicherlich die Erkenntnis, dass dieses immer so ‚Ja, reiß dich doch zusammen, du kriegst das schon hin. Es kann doch nicht so schwierig sein‘, dass es eben nicht so einfach ist für Leute mit einer Angststörung. Vielleicht auch ein bisschen mehr Verständnis für Leute, die unter solchen Angststörungen leiden.“ (W, 56, Spielerin)

Es kam allerdings auch dazu, dass Teilnehmende Personen mit Angststörung als gefährlich oder Beziehungen zu diesen als schwierig einschätzen. Außerdem entstanden aufgrund von wörtlicher Interpretation zum Teil falsche Annahmen über die Krankheit.

7 Diskussion

Das Spiel *Fractured Minds* schafft es, die Symptome und Herausforderungen von Menschen mit Angststörung zu transportieren. Relevant für die Perspektiv-

übernahme ist dabei, dass die Erfahrungen, welche die Spielenden während des Spiels machen, aktiv interpretiert werden. Der Avatar muss bewusst als Person mit Angststörung erkannt werden, um die eigenen Spielerfahrungen als Erfahrung mit der Krankheit deuten zu können. Das Spiel wird so als Metapher für das Erleben einer Angststörung und den damit einhergehenden Herausforderungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Spielmechaniken, insbesondere die Aufgaben und das negative Feedback, die Perspektivübernahme anregen. Damit bietet das Videospiel auch einen Mehrwert im Vergleich zu Filmen, die ebenfalls eine visuell-auditive und narrative Ebene haben und auch als Mittel zur Perspektivübernahme verwendet werden (z. B. Shih et al., 2009). Die Spielmechanik ermöglicht eine weitere Ebene, mit der die Spielenden die Perspektive der Zielperson einnehmen und das Narrativ aktiv erleben können. Dieses Ergebnis ist vor allem relevant, da die visuelle Darstellung psychischer Krankheiten eine Herausforderung darstellt (Runzheimer, 2020). Produzierende derartiger Spiele, können insbesondere die Spielmechanik nutzen, um Angststörungen darzustellen und damit einhergehende Gefühle und Erfahrungen zu vermitteln. Liegt der Fokus für die Spielenden jedoch nur auf dem Spielerlebnis, hält dies von der Perspektivübernahme ab.

Das Spiel kann bei bewusster Perspektivübernahme zu wissensbasierter Aufklärung in Form von neuem Wissen über die Symptome, Verlauf und das Ausmaß der Krankheit beitragen. Ebenfalls kann es zu emotionaler Aufklärung beitragen, bei der Einsichten in die Herausforderungen von Menschen mit Angststörung vermittelt werden. Hier wird über die eigenen Erfahrungen innerhalb der Perspektivübernahme nachvollzogen, wie herausfordernd der Alltag mit Angststörung sein kann. Diese Ergebnisse decken sich mit den Untersuchungen zu Simulationen, bei denen ebenfalls nicht direkt Informationen über Symptome bereitgestellt werden, die Rezipierenden durch die direkte Erfahrung der Krankheit aber mehr Wissen erlangten (Formosa et al., 2017). Dadurch, dass das Verstehen der Gefühle und Verhaltensweisen einer Person auf die gesamte Outgroup übertragen wird (Batson et al., 1997), bietet das Spiel Entstigmatisierungspotential nicht nur für einzelne Personen, sondern für die gesamte Outgroup.

Zusammenfassend zeigt die Perspektivübernahme in einem Videospiel mit Subjektivierung ähnliches Entstigmatisierungspotential wie die Perspektivübernahme mittels Simulation. Dabei ist die Entwicklung von Vi-

deospielen in der Regel günstiger als die von Simulationen beispielsweise mittels VR-Anwendungen und einfacher zu implementieren (Brown, 2020).

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.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass es sich um eine überdurchschnittlich gebildete Stichprobe handelt. Innerhalb der Untersuchung hat sich weiterhin herausgestellt, dass die Befragten zwar ein geringes Wissen, aber – bis auf wenige falsche Vorstellungen über die Krankheit – eine weniger stigmatisierende Haltung gegenüber Menschen mit Angststörungen haben als die Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al., 2017). Die Studie bezieht sich zudem auf ein ausgewähltes Videospiel. Da Angststörungen ein sehr individuelles Krankheitsbild aufweisen, vermag das Spiel kein zu generalisierendes Bild von Angststörungen zu porträtieren. Studien, in denen diese Aspekte adressiert werden, sind wünschenswert.

Die Studie liefert jedoch wertvolle Erkenntnisse zur Nutzung von Videospielen für die Entstigmatisierung von Menschen mit Angststörung sowie ganz allgemein mit psychischen Erkrankungen. Durch die Nutzung der verschiedenen Darstellungsebenen kann Perspektivübernahme induziert werden, welche für Entstigmatisierung zentral ist. Dabei sollte bei der Entwicklung von weiteren Serious Games vor allem die spielmechanische Ebene genutzt werden, um die wenig sichtbare Krankheit erfahrbar zu machen.

Literaturverzeichnis

Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: A systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry, 16*(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>

- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*(1), 105–118. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.105>
- Breuer, J., & Schmitt, J. B. (2017). Serious Games in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_16-1
- Brown, S. (2020). The effectiveness of two potential mass media interventions on stigma: Video-recorded social contact and audio/visual simulations. *Community Mental Health Journal*, *56*(3), 471–477. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00503-8>
- Curcio, C., & Corboy, D. (2020). Stigma and anxiety disorders: A systematic review. *Stigma and Health*, *5*(2), 125–137. <https://doi.org/10.1037/sah0000183>
- Fractured Minds (2019). Entwicklerin: Emily Mitchell. Publisher: Wired Productions. Microsoft Windows/ iOS/ Xbox One/ PlayStation 4/ Nintendo Switch.
- Ferchaud, A., Seibert, J., Sellers, N., & Escobar Salazar, N. (2020). Reducing mental health stigma through identification with video game avatars with mental illness. *Frontiers in Psychology*, *11*, Artikel 2240. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02240>
- Ferrari, M., McIlwaine, S. V., Jordan, G., Shah, J. L., Lal, S., & Iyer, S. N. (2018). Gaming with stigma: Analysis of messages about mental illnesses in video games. *JMIR Mental Health*, *6*(5), Artikel 12418. <https://doi.org/10.2196/preprints.12418>
- Formosa, N. J., Morrison, B. W., Hill, G., & Stone, D. (2017). Testing the efficacy of a virtual reality-based simulation in enhancing users' knowledge, attitudes, and empathy relating to psychosis. *Australian Journal of Psychology*, *70*(1), 57–65. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12167>
- Healey, M. L., & Grossman, M. (2018). Cognitive and affective perspective-taking: evidence for shared and dissociable anatomical substrates. *Frontiers in Neurology*, *9*, Artikel 491. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00491>
- Kaufman, G. F., & Libby, L. K. (2012). Changing beliefs and behavior through experience-taking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *103*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1037/a0027525>
- Lundahl, O. (2020). Dynamics of positive deviance in destigmatisation: Celebrities and the media in the rise of veganism. *Consumption Markets & Culture*, *23*(3), 241–271. <https://doi.org/10.1080/10253866.2018.1512492>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik*. Beltz Verlagsgruppe.
- Mitchell, E. (2019, 25. November). Fractured Minds developer interview – video games & mental health (M.Scordio)[Interview]. <https://miketendo64.com/2019/11/25/interview-fractured-minds-developerinterview-video-games-mental-health/>
- Mosel, M. (2011). *Deranged Minds: Subjektivierung der Erzählperspektive im Computerspiel*. Verlag Werner Hulsbusch.
- Reddyhough, C., Locke, V., Badcock, J. C., & Paulik, G. (2020). Changing attitudes towards voice hearers: A literature review. *Community Mental Health Journal*, *57*(6), 1032–1044. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00727-z>
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, *6*(7), Artikel 00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Runzheimer, B. (2020). First Person Mental Illness. Digitale Geisteskrankheit als immersive Selbsterfahrung. In A. Gorgen & S. H. Simond (Hrsg.), *Krankheit in digitalen Spielen* (S. 145–162). transcript.
- Scherr, S. (2016). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_46-1
- Shih, M., Wang, E., Trahan Bucher, A., & Stotzer, R. (2009). Perspective taking: Reducing prejudice towards general outgroups and specific individuals. *Group Processes & Intergroup Relations*, *12*(5), 565–577. <https://doi.org/10.1177/1368430209337463>

Simon, A. (2020). The Mountains We Make. Eine medienästhetische Analyse psychischer Störungen in Celeste. In A. Görgen & S. H. Simond (Hrsg.), *Krankheit in digitalen Spielen. Interdisziplinäre Betrachtungen*. (S. 189–210). transcript.

Todd, A. R., & Galinsky, A. D. (2014). Perspective-taking as a strategy for improving intergroup relations: evidence, mechanisms, and qualifications: Perspective-taking and intergroup relations. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(7), 374–387. <https://doi.org/10.1111/spc3.12116>

Zusammenfassung der Darstellungsebenen von Angststörungen im Spiel *Fractured Minds*

<i>Überblick</i>	Das Spiel besteht aus sechs Kapiteln, von denen jedes ein anderes Gefühl der Angststörung oder eine Alltagssituation aus Sicht einer Person mit Angststörung darstellt. Aus der First-Person-Perspektive bewegen sich die Spieler:innen durch die einzelnen Räume und müssen meist mittels Rätsel eine Tür öffnen, um in den nächsten Raum zu gelangen. Die Puzzlemechaniken sind dabei sehr einfach.			
Elemente	Symptome	Narrative Darstellung	Visuell-auditive Darstellung	Darstellung durch die Spielmechanik
<i>Das Monster</i>	Repräsentiert die Angststörung/ Angst; Krankheit als Feind	Begleitet die Spielfigur im Alltag	Schwarz-weiß; Smiley-Gesicht: unnatürliche Erscheinung	Keine
<i>Kommentare</i>	Negative Gedankenspiralen; geringes Selbstbewusstsein	Erscheinen im Zusammenhang mit der Handlung	Textzeilen am unteren Bildschirmrand	Teilweise als negatives Feedback auf Spielerfolge
Kapitel	Symptome	Narrative Darstellung	Visuell-auditive Darstellung	Darstellung durch die Spielmechanik
<i>Vorspann</i>	Angst; Herzrasen; Alpträume; Schweißbildung	Alptraum	Schwarz-weiß	Keine
<i>1 Alltag</i>	Atemnot; Aussichtslosigkeit; Überforderung; Versagensängste; Hilflosigkeit	Alltag/ einfache Aufgaben schwierig zu bewältigen	Textzeilen schränken Sichtfeld ein; Sequenz in schwarz-weiß mit Sprüchen an der Wand	Schlüsselsuche (viele falsche Schlüssel)
	Rückzugsort	Eigenes Zimmer: Ort, an dem das Spiel und der Alltag beginnt; Herausforderung Zimmer zu verlassen	Buntes, helles Zimmer und ruhige Musik	Keine
<i>2 Leere</i>	Leere; Einsamkeit; Trauer; soziale Situationen als Herausforderung	Geburtsstagsfeier, bei der sich die Spielfigur allein fühlt	Bunte Gestaltung im Gegensatz zur Spielhandlung; melancholische Musik; Zeichnung an den Wänden	Keine
	Angst, zu enttäuschen; Versagensangst	Gewitter	Raum wird dunkler und grauer; keine Musik	Gewitter setzt nach gelöster Aufgabe ein
<i>3 Komfortzone</i>	Zentralität eines Rückzugsorts	Gemütliches Kaminzimmer	Warme Farbgebung; ruhige Musik	Einfaches Rätsel
	Überforderung durch Außenwelt	Blick vom warmen Zimmer in eine Schneekugel; Tür führt wieder in die Komfortzone	Kalte Farbgebung der Schneekugel	Aufgabe muss wiederholt werden

Kapitel	Symptome	Narrative Darstellung	Visuell-auditive Darstellung	Darstellung durch die Spielmechanik
4 <i>Paranoia</i>	Soziale Angst; Gefühl von Enge und Bedrohung	Abstrakte Darstellung der Menschen; Regen; Nebel; Spieler:innen werden bei Unachtsamkeit überfahren	Kapitel in schwarz-weiß; keine Musik; schnelles Atmen und lauter Herzschlag	Spieler:innen müssen für den Spielerfolg mit den Menschen agieren
	Kontrollverlust; Schwierigkeiten, Gefühle zu artikulieren	Therapiesitzung; Riss zwischen Patientin und Therapeutin	Schwarz-weiße Darstellung	Keine
5 <i>Ich ertrinke</i>	Generelle Angst; Angst vor Fehlern; hohe Selbstüberwachung	Alarmanlage; Beschreibung der Krankheit auf dem Fernseher	Blaue Farbgebung; dissonante Musik	Ausweichen der Alarmanlage
	Krankheit als Feind; Keine Kontrolle über Gefühle	Monster zieht den Stöpsel; Spielfigur wird eingesogen	Blaue Farbgebung; dissonante Musik	Keine
6 <i>Monster</i>	Gefühl von Eingesperrtsein; keine Kontrolle über Gefühle	Raum mit Ventilen; Herz in Ketten; Monster hinter Ventilen; Herz wird schwarz	Dramatische Musik; Mechanische Geräusche; lauter Herzschlag; Gestaltung in Rot- und Schwarztönen	Monster verschwindet bei Nähe
	Bewältigungsmechanismen; Kampf gegen die Krankheit	Verschiedene Ventile müssen gedreht werden, um das Monster zu besiegen	Laute Geräusche beim Drehen der Ventile	Ventile drehen; es werden mehrere Versuche benötigt
<i>Abspann</i>	Krankheit als Teil des Selbst; Selbststigmatisierung	Spielfigur ist selbst das Monster (Spiegel)	Keine	Keine
	Krankheit als Teil des selbst; Leid; Leben mit Angststörung ist möglich; Mut, die Krankheit zu akzeptieren	Keine	Dramatische Musik	Keine

Tabelle 1. Zusammenfassung der Darstellungsebenen von Angststörungen im Spiel *Fractured Minds*

Instagram for #recovery – Eine qualitative Befragung von Bloggerinnen mit Essstörungen

Anne Kraemer, Freya Sukalla & Anne Bartsch

Universität Leipzig

Zusammenfassung

Immer mehr Menschen mit Essstörungen teilen ihren Genesungsweg in Recovery Accounts auf Instagram. Welche Motive hinter der Veröffentlichung stehen, in welcher Rolle sich die Blogger:innen sehen und inwieweit das Führen eines Recovery Accounts aus ihrer Sicht mit dem Genesungsprozess zusammenhängt, stellt eine Forschungslücke dar. Um diese zu füllen, wurden Leitfadeninterviews mit zehn Recovery Bloggerinnen geführt. Die Daten wurden durch eine inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bloggerinnen den Account vor allem aufgrund von selbstbezogenen Motiven führen, z. B. zum Identitäts- oder Krankheitsmanagement. Mit der Zeit gewinnen auch fremdbezogene Motive an Relevanz, z. B. um die Aufklärung Anderer über Essstörungen zu unterstützen. Das Rollenbild der Bloggerinnen wird vor allem durch ihre persönlichen Erwartungen an Ästhetik, Inhalt, Erfolg und Qualität des Accounts geprägt, wodurch Überschneidungen zum Rollenbild von Influencer:innen erkennbar werden. Den Account zu führen, hat aus Sicht der Bloggerinnen überwiegend positiven Einfluss auf ihre Krankheitsbewältigung und ihre psychische Gesundheit. Triggernde oder kritische Rückmeldungen können den Genesungsprozess hingegen auf negative Weise beeinflussen. Die Studie verdeutlicht, wie Essstörungen in Sozialen Medien verhandelt werden und dass solche Plattformen für den Umgang mit der Erkrankung von hoher Relevanz sind.

Keywords: Recovery Accounts, Essstörungen, Instagram, qualitative Interviews

Summary

More and more people with eating disorders are sharing their recovery journey in recovery accounts on Instagram. The motives for posting, the role bloggers see themselves in, and the extent to which maintaining a recovery account is related to the recovery process represent a research gap. To address this, guided interviews were conducted with ten female recovery bloggers. Data were analyzed using qualitative content analysis. The results show that bloggers primarily maintain the account for self-related motives, such as identity or disease management. Over time, other-related motives, such as education about eating disorders, also gain relevance. Bloggers' perceptions of their role are primarily shaped by their personal expectations regarding aesthetics, content, success and quality of the account. Here, similarities to influencers become apparent. From the bloggers' point of view, maintaining the account has a predominantly positive influence on their coping and mental health. Triggering or critical feedback can have a negative impact on the recovery process. The study illustrates how eating disorders are negotiated in social media and that such platforms are highly relevant for managing the disorder.

Keywords: Recovery accounts, eating disorders, Instagram, qualitative interviews

1 Einführung

Essstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland, die meist im Jugendalter beginnen und eine hohe Lebenszeitprävalenz aufweisen (Bundesgesundheitsministerium, 2023). Es werden verschiedene Formen von Essstörungen unterschieden, darunter Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung. Alle zeichnen sich durch einen gestörten Umgang mit Essen und eine verzerrte Körperwahrnehmung aus (Wälte, 2021). Sozialen Medien, wie auch Instagram, wird dabei häufig eine verursachende Rolle zugeschrieben – durch die Internalisierung von Körperidealen, das Schüren falscher Erwartungen an Körperbilder, sowie den Möglichkeiten sich mit anderen Personen zu vergleichen (Holland & Tiggemann, 2016).

Gleichzeitig gibt es Recovery Accounts auf Instagram, in denen Personen mit Essstörungen öffentlich über ihre Erkrankung und ihren Genesungsprozess berichten: Sie erzählen vom Genesungsprozess ihrer Essstörung, dokumentieren ihre Erfolge und Rückschläge und tauschen sich aus (Kenny et al., 2020; LaMarre & Rice, 2017; Smethurst & Kuss, 2018). Dabei kritisieren sie die Oberflächlichkeit Sozialer Medien oder versuchen Stereotype über Essstörungen zu widerlegen (Herrick et al., 2020). Die bisherige Forschung zu Recovery Inhalten basiert überwiegend auf inhaltsanalytischen Untersuchungen; die Perspektiven der Instagram-Blogger:innen selbst wurden in der Forschung bisher kaum berücksichtigt (Eikey & Booth, 2017; Šmahelová et al., 2019).

Ziel dieser Studie ist es, der subjektiven Bedeutung des Recovery Bloggings für die Blogger:innen mittels qualitativer Leitfadeninterviews nachzugehen. Im Fokus stehen die Motive für Recovery Blogging und das Rollenverständnis der Blogger:innen. Darüber hinaus wird untersucht, welche subjektiven Zusammenhänge zwischen Recovery Blogging und dem Genesungsprozess der Essstörung hergestellt werden. Die Studie trägt dazu bei, die Rolle von Instagram im Kontext von Essstörungen besser zu verstehen. Dies ist insbesondere für die therapeutische Behandlung von Relevanz.

2 Recovery Blogging bei Essstörungen

Bisherige inhaltsanalytische Studien zeigen, dass Personen mit Essstörungen die Genesung als komplexen, nicht-linearen Prozess beschreiben, der sich in subjektiven Erfahrungen manifestiert (Kenny et al., 2020). Da die Erkrankung eng mit der persönlichen Identität ver-

knüpft ist, geht auch der Genesungsprozess mit Identitätsfindung einher. Recovery Blogs in Sozialen Medien stellen für Personen mit Essstörungen einen Raum zum Erlernen eines gesunden Essverhaltens dar (LaMarre & Rice, 2017). Als Blog können öffentliche Webseiten oder Social Media Accounts definiert werden, auf denen regelmäßig Einträge von einer oder mehreren Personen publiziert werden (Sauers, 2006). Oft sind Interaktionsmöglichkeiten mit Rezipierenden gegeben. Recovery Blogs können als Mischung eines individuellen und subjektbezogenen Blogs eingeordnet werden, die persönlichen Lebenserfahrungen aber auch das Thema Genesung von Essstörungen aufgreifen. Dort kritisieren viele Blogger:innen den Druck, gesellschaftlichen Körperidealen standhalten zu müssen (Smethurst & Kuss, 2018). Zugleich spiegeln Hashtags wie #recoverforboobs oder #bumoverbones den Wunsch nach Weiblichkeit, Attraktivität und den kritisierten Schönheitsidealen wider (LaMarre & Rice, 2017). Warum Pro-Recovery Inhalte erstellt und rezipiert werden, wurde in der Forschung bisher kaum berücksichtigt (Eikey & Booth, 2017; Šmahelová et al., 2019). Dennoch lassen sich aus der bisherigen angrenzenden Forschung erste theoretische Überlegungen ableiten.

3 Motive für Recovery Blogging

Es ist naheliegend, dass Personen mit Essstörungen ihren Recovery Account zum *Krankheitsmanagement* nutzen: Dies ermöglicht ein Monitoring, eine tagebuchähnliche Analyse und Reflektion (Knittel et al., 2021). Krankheitsmanagement in Sozialen Medien hat neben dem Tracking von Symptomen auch eine soziale Komponente inne – es ist mit persönlichen emotionalen Reaktionen und den Reaktionen anderer verbunden (Chung et al., 2017).

Die Identität spielt in der Essstörung sowie für die Genesung eine zentrale Rolle (McNamara & Parsons, 2016). Soziale Medien bieten ihren Nutzenden die Möglichkeit des *Identitätsmanagements*, also ihre Identität auszuhandeln, Identitätsfacetten zu erproben oder nach Personen mit ‚geteilten Identitäten‘ zu suchen (Kneidinger-Müller, 2017; Williams & Riley, 2013).

Ein weiteres mögliches Motiv für Recovery Blogging ist die *Aufklärung* über Essstörungen (Naslund et al., 2016). Burke-Garcia et al. (2018) fanden im Kontext von Blogs zur Mutterschaft heraus, dass Bloggerinnen versuchen durch Aufklärung eine Veränderung bei ihren Rezipierenden zu bewirken und ein Bewusstsein für bestimmte gesundheitliche Themen zu schaffen.

Für aufklärendes Verhalten ist ein hohes Maß an Einsicht zur Krankheit nötig, die erst in späterem Stadium von Genesung erreicht wird (Baumann, 2009).

Daher ist davon auszugehen, dass sowohl selbstbezogene Motive (Krankheits- und Identitätsmanagement) als auch publikumsbezogene Motive (Aufklärung) Beweggründe für einen Recovery Account sein könnten. Solche motivationalen Faktoren stehen im Fokus der ersten Forschungsfrage:

FF1: Mit welchen Motiven bloggen Personen mit Essstörungen auf ihrem Recovery Account auf Instagram?

4 Rollenverständnis von Recovery Blogger:innen

Die Recovery-Blogger:innen treten in ihren Accounts mit anderen User:innen in Kontakt, sodass neben den Motiven für das Bloggen auch ihre Vorstellungen über ihr Verhältnis zu anderen User:innen relevant sind. Dahrendorfs (2006) Rollentheorie nach übt der Mensch mehrere soziale Rollen aus, die in verschiedenen Beziehungen zu verschiedenen Bezugsgruppen oder -personen stehen. Diese richten Erwartungen an Rollenträger:innen, die ihr Rollenverhalten zumeist daran anpassen, um negativen Sanktionen zu entgehen und positive Sanktionen zu erhalten. In dieser Studie soll das Rollenverständnis von Recovery Blogger:innen untersucht werden, also welche Erwartungen sie an sich selbst richten, welche sie von ihren Follower:innen wahrnehmen, in welchem Verhältnis sie zu ihren Follower:innen stehen und wie sie dies bewerten. In diesem Kontext sind Überschneidungen mit dem Rollenbild von Influencer:innen denkbar. Altendorfer (2019) definiert eine/n Influencer:in als eine „Person, die in den sozialen Medien [...] einen Bekanntheitsgrad erlangt hat. Dieser ist durch eine Reichweite und Präsenz in den sozialen Medien charakterisiert [...] Influencer genießen bei ihren Followern ein hohes Ansehen, wodurch sie Einfluss haben können.“ (S. 43) Die Interaktion von Influencer:innen mit ihren Follower:innen ist essenziell für ihren Erfolg, kann jedoch zugleich aufgrund der Menge und Häufigkeit eine Belastung darstellen (Kühn & Riesmeyer, 2021). Influencer:innen versuchen somit den Kontakt zu initiieren, aber auch zu kontrollieren und zu limitieren, um ihre Privatsphäre zu schützen. Als wichtigste Eigenschaft für Influencer:innen nennen sie Authentizität und Verantwortungsbewusstsein (Altendorfer, 2019). Inwiefern diese Befunde auf das Rollen-selbstbild und wahrgenommene Rollenfremdbild von Recovery Blogger:innen zutreffen, ist Gegenstand der zweiten Forschungsfrage:

FF2: Mit welchem Rollenverständnis bloggen Personen mit Essstörungen in Recovery Accounts auf Instagram?

5 Wahrgenommene Zusammenhänge zwischen Recovery Blogging und Genesungsprozess

Personen mit Essstörungen sind je nach Form der Erkrankung verschiedenen Stigmata ausgesetzt, z. B. dass ihre Krankheit selbstverschuldet, ein Mittel für Aufmerksamkeit oder harmlos sei (Chang & Bazarova, 2015; Puhl & Suh, 2015). Stigmatisierung löst bei Vielen ein Bedürfnis nach Selbstoffenbarung aus, für das Soziale Medien ein beliebter Anlaufpunkt sind. Von der Offenbarung erhoffen sich Individuen vor allem eine Erleichterung ihrer Belastung oder soziale Unterstützung (Andalibi et al., 2017). Die Selbstoffenbarung stigmatisierter Identitäten birgt jedoch ein höheres Risiko an negativen Reaktionen, sozialer Zurückweisung oder Diskriminierung (Chaudoir & Fisher, 2010). In Online-Communities können Stigmata herausgefordert und konfrontiert werden, Personen sich gegenseitig unterstützen (Naslund et al., 2016). Die Selbstoffenbarung innerhalb des persönlichen Accounts kann daher zu einem gesteigerten Wohlbefinden, sozialer Integration oder einem gestärkten Selbstwert führen (Gowen et al., 2012). Zudem kann es zu einer Veränderung der persönlichen Rolle kommen, wenn Personen aufgrund ihrer Selbstoffenbarung z. B. als Mentor:in wahrgenommen werden (Andalibi, 2019). Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die Blogger:innen die Selbstoffenbarung innerhalb des Recovery Accounts als hilfreich oder hinderlich für ihre Genesung interpretieren sowie welche Rolle sie den Rückmeldungen der Communities in diesem Zusammenhang zuschreiben:

FF3: Welche Zusammenhänge stellen Recovery Blogger:innen zwischen Recovery Blogging und dem Genesungsprozess der Essstörung her?

6 Methode

Rekrutierung & Stichprobe

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden im November 2021 Leitfadenterviews mit zehn weiblichen Recovery Bloggerinnen per Videokonferenz geführt. Die Interviews dauerten im Schnitt 43 Minuten. Mit dem Suchstichwort ‚recovery‘ konnten insgesamt 32 deutschsprachige Recovery Accounts identifiziert werden, die per Direktnachricht kontaktiert wurden. Auswahlkriterium für die Stichprobe war das Führen eines öffentlichen, deutschsprachigen

Recovery Accounts auf Instagram, dessen zentrales Thema die Genesung von Essstörungen ist. Dies wurde anhand des Namens des Accounts, der Profilbeschreibung sowie vergangener Posts und Stories festgestellt. Von den 32 kontaktierten Blogger:innen haben sieben der Interviewteilnahme zugesagt, vier abgesagt und 21 Anfragen blieben ungelesen. Aufgrund des sich als schwierig erweisenden Zugangs zum Forschungsfeld wurde die Rekrutierung um ein Schneeballverfahren ergänzt: Bereits befragte Blogger:innen leiteten die Studienanfrage an bekannte Recovery Blogger:innen weiter, woraus drei weitere Interviews resultierten. Nur zwei der kontaktierten Profile wurden von Männern geführt, die jedoch nicht zusagten.

Die befragten Bloggerinnen waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 18 und 24 Jahren alt und hatten zwischen 111 und 3897 Follower:innen. Die Befragten gaben an, von folgenden Essstörungen betroffen zu sein: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating, Atypische Anorexie und Picky Eating. Teilweise traten mehrere Formen von Essstörungen parallel auf. Acht der zehn Befragten zählten neben der Essstörung noch weitere psychische Erkrankungen zu ihrer Diagnose auf, z. B. Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Post-Traumatische Belastungsstörung. Alle befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews aufgrund ihrer Essstörung(en) und weiteren psychischen Erkrankungen in (ambulanter) therapeutischer Behandlung.

Forschungsethische Aspekte

Aufgrund der sensiblen Forschungsthematik wurde besonderen Wert auf Forschungsethik gelegt, ausgerichtet nach dem Prinzip der ‚Schadensvermeidung‘ (Schlütz & Möhring, 2016). Die kontaktierten Bloggerinnen wurden vorab über die Ziele der Studie und die Befragungsinhalte informiert. Für den Schutz der Befragten wurde das Forschungsthema vor der Interviewphase mit einer angehenden Psychotherapeutin besprochen (S. Bechtold, persönliche Kommunikation, 26. Oktober 2021). Neben der Prüfung der Interviewanfrage und des Leitfadens auf potenzielle Trigger, gab sie Auskunft über Krankheitsbilder, besondere Sensibilitäten und schlug Gesprächstechniken vor. So wurde den Befragten zugesichert, jederzeit eine Pause nehmen zu können, nicht alle Fragen beantworten zu müssen oder das Interview abbrechen zu können, sofern ihnen die Thematik zu nahegeht. Zudem wurde das Prinzip des Datenschutzes, der Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme und das Widerrufsrecht in einer Einverständniserklärung

vor dem Interview festgelegt und vor Interviewbeginn für die Befragten wiederholt. Um die Befragten auch über das Interview hinaus vor Belastung zu schützen, wurden sie vor Beginn des Interviews gefragt, ob sie, bei Bedarf, mit Kontakten ihres privaten Umfelds oder Therapeut:innen über mögliche entstandene Belastungen sprechen können. Nach dem Interview wurden sie erneut nach ihrem Wohlbefinden und Gesprächsbedarf gefragt. Die Befragten äußerten jedoch keinerlei Bedenken oder Unwohlsein nach dem Interview. Stattdessen meldeten einige Befragte zurück, dass das Interview für sie eine hilfreiche Reflektion ihrer Mediennutzung war.

Interviewleitfaden

Zum Einstieg wurden die Befragten zu ihrer Medienbiografie mit Instagram und ihrem Recovery Account befragt. Sie reflektierten ihre vergangene Instagram-Nutzung und schätzten dessen Rolle im Kontext ihrer Erkrankung und Genesung ein. Um die Motive für den persönlichen Recovery Account herauszuarbeiten, stellten die Bloggerinnen im Interview zwei Posts ihres Accounts vor. Darüber hinaus wurden sie für das Rollenselbstbild nach ihren persönlichen Erwartungen und Zielen für den Account befragt. Weiterhin wurde das Verhältnis zu ihren Follower:innen, das wahrgenommene Rollen Fremdbild dieser und ihr Einfluss auf ihre Community thematisiert. Im letzten Interviewteil wurden die wahrgenommenen Auswirkungen des Recovery Accounts auf ihr Leben, die Erkrankung und den Genesungsprozess thematisiert. Außerdem wurden die erhaltenen Rückmeldungen, der Umgang damit sowie stigmatisierende Erfahrungen aufgrund der Essstörung erfragt. Abschließend wurden die Befragten zur Reflektion des Interviews eingeladen.

Analytisches Vorgehen

In Anlehnung an die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wurden die Interviewtranskripte mit einer Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung mit MAXQDA ausgewertet. Basierend auf der Forschungsliteratur, den Forschungsfragen sowie dem Interviewleitfaden wurden deduktive Kategorien (Medienbiografie, Motive, Rollenverständnis, Verhältnis zu Follower:innen, Rollenkonflikte, mediale Selbstoffenbarung, Rückmeldungen) gebildet. Diese waren die Grundlage für erste Codierungen, bei denen weitere Ober- und Subkategorien auf Basis des Interviewmaterials ergänzt wurden. Dabei wurden die Kategorien am Material ausdifferenziert, subsumiert, reduziert und bei Bedarf

neu nachcodiert (Kuckartz, 2018). Das gesamte Material wurde durch ein mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung codiert und zirkulär überprüft.

7 Ergebnisse

FF1: Motive für Recovery Blogging

Die Bloggerinnen führten ihren Recovery Account zu Beginn vor allem für sich selbst: Zentrale Motive waren Krankheits- und Identitätsmanagement sowie die Selbstmotivation. Zudem suchten sie über ihren Account Kontakte und Austausch mit anderen Personen mit Essstörungen und wollten ihre Kreativität durch kreative Texte und (Bewegt-)Bild ausleben. Krankheitsmanagement kristallisierte sich als stärkstes Motiv heraus. Die Bloggerinnen zeichneten innerhalb ihres Accounts ihre Stimmungen, besondere Ereignisse oder Wendepunkte, Herausforderungen, Klinik-Aufenthalte sowie Erfolge und Fortschritte auf. Damit wollten die Bloggerinnen ihre persönliche Entwicklung besser beobachten. Dies verdeutlicht, dass sich die Bloggerinnen die Verantwortung für ihre Genesung teilweise selbst zuschrieben: „*Und es ist super spannend, das so als Tagebuch zu sehen und nachzuverfolgen, was eben in meinem Kopf los war. Wie, was für Gedanken ich hatte, wie ich mich verhalten habe (...)*“ (B5, 24 Jahre, Anorexie u. Bulimie). Dass der Account nicht nur ihnen helfen, sondern auch einen Nutzen für andere bergen kann, wurde den Bloggerinnen meist im Laufe der Zeit bewusst und erst dann zu einem starken Motiv: Die Bloggerinnen wollten anderen Hilfestellungen geben, sie motivieren und deren Einsamkeit reduzieren. Zudem machten sie es sich zur Aufgabe, Aufklärung über Symptome, Behandlungsformen und ‚untypische‘ Formen von Essstörungen zu leisten: „*Weil ich immer finde, dass das zu wenig thematisiert wird, dass man auch Anorexie im Normal- oder sogar Übergewicht haben kann.*“ (B8, 19 Jahre, Atypische Anorexie). Als Ziele dieser Aufklärung wurden Sensibilisierung für, Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Essstörungen genannt.

FF2: Rollenverständnis der Recovery Bloggerinnen

Das Rollenverständnis der Bloggerinnen war primär an eigenen Erwartungen und Bedürfnissen ausgerichtet, statt an wahrgenommenen Erwartungen ihrer Follower:innen. Auch wenn die Bloggerinnen durch ihre Motive für den Recovery Account Verantwortung für die eigene Genesung übernahmen, äußerten sie sich zur Verantwortungsübernahme für ihre Community zwiespalten. In ihrer Rolle als Recovery Bloggerinnen

empfand die Hälfte keine Verantwortung für ihre Follower:innen: „*Nee, jeder ist für sich selber verantwortlich (...) Also den Schuh will ich mir auch nicht anziehen.*“ (B7, 22 Jahre, Atypische Anorexie). Die Bloggerinnen lehnten die Verantwortung mit verschiedenen Begründungen ab, z. B. aufgrund einer kleinen Reichweite, ihres Fokus auf informative und ihrer Ansicht nach nicht triggernde Inhalte und aufgrund ihres eigenen Rollenverständnisses als Person auf Augenhöhe oder als Freundin der Follower:innen. Von ihren Follower:innen wurde ihnen nach eigener Aussage oft widerspiegelt, ein Vorbild oder eine Ersatz-Therapeutin zu sein. Die unterschiedliche Rollenzuschreibung löste innere Konflikte aus: „*Also ich weiß zwar, dass manche mir folgen, weil sie sich vielleicht irgendwas erhoffen, keine Ahnung, aber ich bin kein Arzt, ich bin kein Psychotherapeut, ich bin einfach ein ganz normales Mädel, das einen Recovery Account hat.*“ (B4, 24 Jahre, Bulimie). Auch wenn die Bloggerinnen eine Verantwortung für ihre Communities von sich wiesen, berichteten sie gleichzeitig, ihr Handeln möglichst verantwortungsbewusst zu gestalten – meist aufgrund eigener negativer Erfahrungen mit Instagram und der Erkrankung. So versuchten einige der Bloggerinnen ihre Follower:innen zu schützen: Sie nannten keine Zahlen (Gewicht, BMI, Kalorien), verwendeten keine Filter, teilen nicht all ihre Mahlzeiten oder Essensmengen und zeigten ihren Körper nicht genau: „*Ja, und auch diese ganzen Vorher-Nachher Körperbilder finde ich auch ganz furchtbar. Weil es ist mehr eine Repräsentation von ‚Wie krank sah ich mal aus?‘“* (B10, 19 Jahre, Anorexie). Wichtig war ihnen dabei vor allem, ihre Follower:innen vor einem Rückfall in essgestörtes Verhalten zu schützen.

FF3: Wahrgenommene Zusammenhänge zwischen Recovery Blogging und Genesungsprozess

Die Bloggerinnen schätzten das Recovery Blogging überwiegend als positiven Einflussfaktor auf ihren Genesungsprozess ein. Besonders die mediale Selbstoffenbarung innerhalb des Accounts beeinflusste ihre Krankheitsbewältigung positiv. Zunächst sammelten die Bloggerinnen immer wieder neue Motivation, an sich und der Krankheit zu arbeiten und daraus Kraft für den Heilungsprozess zu gewinnen. Darüber hinaus verbesserten die Bloggerinnen durch ihre Selbstoffenbarung das Verständnis für ihr Krankheitserleben. Durch das Ausformulieren von Gedanken in Posts und Stories konnten sie ihr Krankheitsbild und bestimmte Probleme erkennen und akzeptieren. Weiterhin berichteten die Bloggerinnen, durch ihren Account Fortschritte im Heilungsprozess besser erkennen und

sogar mit der Essstörung abschließen zu können. Dies begründeten sie in der bewussten Auseinandersetzung mit sich und der Krankheit durch die mediale Selbstoffenbarung: *„Und ich würde insgesamt sagen, dass ich mich mit den Themen dann auch nochmal auseinandergesetzt habe und die aufgeschrieben habe, was mir teilweise geholfen hat, Sachen, die halt schwierig waren, abzuschließen.“* (B3, 18 Jahre, Anorexie). Darüber hinaus nutzten sie die Offenbarung im Recovery Account als Möglichkeit, Offenheit über die eigene Erkrankung für Gespräche im eigenen Umfeld zu üben. Generell nannten die Bloggerinnen besonders den Austausch zu und Hilfe von anderen im Recovery Account als große Unterstützung. Die überwiegend positiven Rückmeldungen der Follower:innen vermittelten den Bloggerinnen verstärkt das Gefühl einer sinnvollen Betätigung. Die Bloggerinnen erzählten zudem, dass sie ihre Aufmunterungen für ihre Follower:innen auch oft für sich selbst mitnehmen und besser verinnerlichen konnten.

Für manche der Bloggerinnen war der Account teilweise eine Belastung. Sie hatten das Gefühl, sich regelmäßig bei ihren Follower:innen melden zu müssen, selbst wenn sie z. B. einen Rückfall hatten: *„Aber in dem Moment ist es halt ein zusätzlicher Stressfaktor, der einem dann auch so zu viel werden kann.“* (B4, 24 Jahre, Bulimie). Die Angst vor Bewertung oder Hass-Kommentaren stellte einen weiteren negativen Aspekt dar. Auch die persönlichen Geschichten der Follower:innen konnten manchmal zur Belastung für die Bloggerinnen werden, besonders, wenn sie es als schwierig empfanden, die richtigen Worte zur Aufmunterung zu finden. Kritische Rückmeldungen oder unangebrachte Fragen führten bei einigen Bloggerinnen dazu, dass sie weniger Freude am Account hatten und sich persönlich verletzt fühlten. Mitunter lösten Trigger Selbstzweifel aus und erschwerten die Genesung: *„Also es gibt immer wieder böse Privatnachrichten, die dann Essensmengen kommentieren oder sagen, welche schlechten Nährstoffe ich zu mir nehme.“* (B8, 19 Jahre, Atypische Anorexie).

Dass der Recovery Account für sie in keinem Zusammenhang mit dem Genesungsprozess steht, erwähnten vier Bloggerinnen. Ihren Erfahrungen nach waren Therapien, Klinikaufenthalte oder professionelles Personal, wie Ärzt:innen oder Psycholog:innen, die primären Einflussfaktoren in der Heilung ihrer Essstörung. Eine Bloggerin ergänzte, sich bewusst weniger an Instagram, sondern an ihrer Therapie orientieren zu wollen, um nicht wieder falsche ‚Vorbilder‘ für die Essstörung zu finden.

Neben dem Einfluss des Bloggings auf den Genesungsprozess wurde auch ein umgekehrter Einfluss erkennbar: Je fortgeschrittener die Bloggerinnen im Genesungsprozess waren, desto unwichtiger wurde Recovery Blogging für sie, auch um Distanz zu ihrer Erkrankung zu gewinnen.

8 Diskussion

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich Potentiale und Risiken von Recovery Accounts und Recovery Blogging auf Instagram ableiten: Viele Recovery Bloggerinnen thematisierten, dass sie und ihre Krankheit oft kaum wahr- und ernstgenommen werden. Ihre Recovery Accounts auf Instagram können als Gegenentwurf dazu verstanden werden. Sich mit anderen dazu auszutauschen, kann den Erkrankten helfen, ihre Gefühle zu legitimieren, zu normalisieren und Einsamkeit zu überwinden. Ein solcher Austausch ist jedoch nur dann hilfreich für den Genesungsprozess, sofern alle Beteiligten genesungsorientiert sind (McNamara & Parsons, 2016). Die Bloggerinnen empfinden ihre Community als Netzwerk von Insidern, die sich gegenseitig verstehen, ohne zu stigmatisieren. Gleichzeitig wird ihre Angst vor Stigmatisierung deutlich, da ein Großteil ganz oder teilweise anonym, z. B. mit Pseudonym, in dem Netzwerk agiert. Dennoch oder gerade deshalb empfinden die Befragten Instagram als einen sicheren Ort, wo sie sich anderen gegenüber ein wenig einfacher öffnen können als im Alltag (Smethurst & Kuss, 2018). Das Rollenbild der Recovery Bloggerinnen überschneidet sich mit dem von Influencer:innen, z. B. durch die textliche und visuelle Narration ihres Lebens sowie der wahrgenommenen Zuschreibung als Expert:in (Altendorfer, 2019). Dennoch sehen sich die Recovery Bloggerinnen nicht als Influencerinnen und grenzen sich teils bewusst davon ab.

Die Nutzung von Instagram durch vulnerable Personengruppen birgt jedoch auch Risiken für die Genesung, z. B. durch das Posten als Stressfaktor oder triggernde Kommentare. Einige Bloggerinnen versuchen diesen Einfluss nicht zu groß werden zu lassen – ausgehend von schlechten Erfahrungen mit Instagram und ihrer Essstörung. Vor diesem Hintergrund zeigen sich nachvollziehbare Ambivalenzen in der Motivation der Bloggerinnen: Sie verfolgen mit dem Account Ziele, die der eigenen Genesung dienen, sehen aber teilweise keinen Einfluss durch den Account auf den Genesungsprozess. Die Recovery Bloggerinnen übernehmen in ihrem Account Selbstverantwortung für ihre Krankheit und Genesung und nutzen den Account und

die Community für ihren Heilungsweg. Gleichzeitig distanzieren sie sich von einer Rolle als Verantwortungsträgerinnen für andere, grenzen sich von professionellen Therapieangeboten ab, achten jedoch darauf, verantwortungsvoll im Account zu handeln.

Insgesamt sprechen die Befunde für die These, dass ein Recovery Blogging geeignet sein kann, um wichtige Aspekte der Genesung zu fördern (Eikey & Booth, 2017), z. B. indem sie sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen, Fortschritte dokumentieren und anerkennen. Ebenso wichtig ist jedoch, ein Leben ohne die Krankheit führen zu lernen. Durch die vorrangige Definition der Bloggerinnen über ihre Krankheit und ihren Heilungsweg besteht die Gefahr darin, in dieser Rolle im Recovery Account zu verharren und sich so schlechter von der Krankheit lösen zu können (Eikey & Booth, 2017).

Limitationen

Mit zehn weiblichen Recovery Bloggerinnen aus dem deutschsprachigen Raum bildet die Studie nur einen kleinen Teil der gesamten Recovery Community ab. Zudem sind die Account-Reichweiten der befragten Bloggerinnen im Vergleich zu anderen deutschsprachigen Recovery Accounts zu Essstörungen auf Instagram eher klein. Eine größere Community könnte möglicherweise Einfluss auf das Rollenbild haben, indem sich die Bloggerinnen mehr an den Erwartungen ihrer Follower:innen orientieren oder ein anderes Verantwortungsempfinden haben. Die Studie bildet nur die individuellen Perspektiven der Bloggerinnen ab. Inwiefern diese ihre Community beeinflussen, kann nicht nachvollzogen werden.

Auch wenn die Studie gezeigt hat, dass Instagram bei Essstörungen eine große Rolle spielt, sollte das gesamte Medienensemble und andere (stigmatisierte) Erkrankungen in diesem Kontext berücksichtigt werden: Wie unterscheiden sich die Recovery Communities je nach Plattform? Hier könnten andere Soziale Medien, wie TikTok, von hoher Relevanz sein. Darüber hinaus ist die Bedeutung und Nutzung Sozialer Medien in den verschiedenen Phasen der Erkrankung differenziert zu untersuchen.

Ausblick

Die Studie verdeutlicht die Relevanz des Recovery Bloggings für das Krankheitsmanagement, die soziale Unterstützung und für die Aufklärung über (stigmatisierte) Erkrankungen. Neben weiteren qualitativen

Studien zur Fundierung und Erweiterung der gewonnenen Erkenntnisse, wären Studien zur Wahrnehmung und Wirkung von Recovery Accounts auf deren Rezipierende ein relevanter weiterer Schritt. An dieser Stelle wäre die Forschung jedoch in einem geschützten Rahmen, z. B. in psychotherapeutischer Betreuung, angebracht.

Deutlich wurde durch die Ergebnisse, dass Klinikaufenthalte eine besondere Rolle in Recovery Accounts spielen: So wurden Personen erst auf andere Accounts aufmerksam, begannen selbst zu bloggen und erhielten Fragen dazu. Kliniken könnten zusätzliche Möglichkeiten zum Austausch zwischen Behandelten und Interessierten herstellen oder innerhalb eines Aufenthalts kreative und soziale Formen des Krankheitsmanagements anbieten. So können selbsttherapeutische Maßnahmen, wie sie innerhalb des Accounts angewandt werden, in einem geschützteren, ‚offline‘ Rahmen stattfinden.

Literaturverzeichnis

- Altendorfer, L.-M. (2019). *Influencer in der digitalen Gesundheitskommunikation: Instagrammer, YouTuber und Co. zwischen Qualität, Ethik und Professionalisierung* (1. Aufl.). Nomos.
- Andalibi, N. (2019). What happens after disclosing stigmatized experiences on identified social media: Individual, dyadic, and social/network outcomes. *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1–15. <https://doi.org/10.1145/3290605.3300367>
- Andalibi, N., Ozturk, P., & Forte, A. (2017). Sensitive self-disclosures, responses, and social support on Instagram: The case of #depression. *Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing*, 1485–1500. <https://doi.org/10.1145/2998181.2998243>
- Baumann, E. (2009). *Die Symptomatik des Medienhandelns: zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens*. Halem.
- Bundesgesundheitsministerium. (2023, 8. Februar). Essstörungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/essstoerungen.html>

- Burke-Garcia, A., Kreps, G. L., & Wright, K. B. (2018). Perceptions about disseminating health information among mommy bloggers: Quantitative study. *JMIR Research Protocols*, 7(4), e116. <https://doi.org/10.2196/resprot.7764>
- Chang, P., & Bazarova, N. (2015). Managing stigma: Disclosure-response communication patterns in pro-anorexic websites. *Health communication*, 31, 1–13. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.946218>
- Chung, C.-F., Agapie, E., Schroeder, J., Mishra, S., Fogarty, J., & Munson, S. A. (2017). When personal tracking becomes social: Examining the use of Instagram for healthy eating. *Proceedings of the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1674–1687. <https://doi.org/10.1145/3025453.3025747>
- Chaudoir, S., & Fisher, J. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological bulletin*, 136, 236–256. <https://doi.org/10.1037/a0018193>
- Dahrendorf, R. (2006). *Homo Sociologicus: Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle* (16. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eikey, E. V., & Booth, K. M. (2017). Recovery and maintenance: How women with eating disorders use Instagram. *iConference 2017 Proceedings*, 227–240. <https://doi.org/10.9776/17024>
- Gowen, K., Deschaine, M., Gruttadara, D., & Markey, D. (2012). Young adults with mental health conditions and social networking websites: Seeking tools to build community. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 245–250. <https://doi.org/10.2975/35.3.2012.245.250>
- Herrick, S., Hallward, L., & Duncan, L. (2020). “This is just how I cope”: An inductive thematic analysis of eating disorder recovery content created and shared on TikTok using #EDrecovery. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 516–526. <https://doi.org/10.1002/eat.23463>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Kenny, T. E., Boyle, S. L., & Lewis, S. P. (2020). #recovery: Understanding recovery from the lens of recovery-focused blogs posted by individuals with lived experience. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1234–1243. <https://doi.org/10.1002/eat.23221>
- Kneidinger-Müller, B. (2017). Identitätsbildung in sozialen Medien. In J.-H. Schmidt & M. Taddicken (Hrsg.), *Handbuch Soziale Medien* (S. 61–80). Springer Fachmedien.
- Knittel, M., Kollig, F., Mason, A., & Wash, R. (2021). Anyone else have this experience: Sharing the emotional labor of tracking data about me. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 5 (CSCW1), 1–30. <https://doi.org/10.1145/3449153>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kühn, J., & Riesmeyer, C. (2021). Brand endorsers with role model function: Social media influencers’ self-perception and advertising literacy. *MedienPädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung*, 43, 67–96. <https://doi.org/10.21240/mpaed/43/2021.07.25.X>
- LaMarre, A., & Rice, C. (2017). Hashtag recovery: #Eating Disorder Recovery on Instagram. *Social Sciences*, 6(3), 1–15. <https://doi.org/10.3390/socsci6030068>
- McNamara, N., & Parsons, H. (2016). ‘Everyone here wants everyone else to get better’: The role of social identity in eating disorder recovery. *British Journal of Social Psychology*, 55(4), 662–680. <https://doi.org/10.1111/bjso.12161>
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 113–122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>

Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>

Sauers, M. P. (2006). *Blogging and RSS: A Librarian's Guide*. Information Today, Inc.

Schlütz, D., & Möhring, W. (2016). Kommunikationswissenschaftliche Forschungsethik – Sonntagsworte, Selbstzweck, Notwendigkeit?. *M&K Medien & Kommunikationswissenschaft*, 64(4), 483–496. <https://doi.org/10.5771/1615-634X-2016-4-483>

Šmahelová, M., Drtilová, H., Smahel, D., & Čevelíček, M. (2019). Internet usage by women with eating disorders during illness and recovery. *Health Communication*, 35, 1–9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1582135>

Smethurst, L., & Kuss, D. (2018). 'Learning to live your life again': An interpretative phenomenological analysis of weblogs documenting the inside experience of recovering from anorexia nervosa. *Journal of Health Psychology*, 23(10), 1287–1298. <https://doi.org/10.1177/1359105316651710>

Wälte, D. (2021). Essstörungen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 877–888). Springer.

Williams, C., & Riley, S. (2013). Finding support and negotiating identity. *RESET. Recherches En Sciences Sociales Sur Internet*, 2, 1-18. <https://doi.org/10.4000/reset.117>

Systemische Aufstellungen als Methode zur Erforschung und Vermittlung sozialer Kontexte im Gesundheitsbereich

Anne-Kathrin May & Doreen Reifegerste

Kwerenzia-Institut für systemische Weiterbildung Dresden, Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Aufstellungen sind eine zentrale Methode systemischer Beratungs- und Therapiearbeit, um die Interaktionen im sozialen Kontext z. B. von Patient:innen aufzuzeigen. Der Beitrag schlägt eine Brücke von diesen personenbezogenen Aufstellungen zur analytischeren Anwendung der Aufstellungen für Lehre und Forschung in der Gesundheitskommunikation. Die Autorinnen geben dafür zunächst eine Einführung in die Erforschung sozialer Kontexte in der Gesundheitskommunikation sowie in die Grundlagen systemischer Aufstellungsarbeit. Anhand eines konkreten Falls wird dann die Praxis einer Aufstellung und deren Erkenntnisgewinn für Gesundheitskommunikationspraxis umrissen. Darauf aufbauend folgt ein Ausblick, der aufzeigt, wie die Aufstellungsarbeit in der Lehre und Forschung der Gesundheitskommunikation eingesetzt werden kann, um bspw. die sozialen Kontexte in Gesprächen und für Kommunikationsangebote besser wahrnehmen und in Projekten und für Evaluationen besser erheben zu können.

Keywords: Soziales Netzwerk, Aufstellungen, Systemische Beratung

Summary

Constellations are a central method of systemic counseling and therapy work to show the interactions in the social context of e.g. patients. This article builds a bridge from these person-centered constellations to the more analytical application of constellations for teaching and research in health communication. The authors first give an introduction to the research of social contexts in health communication as well as to the basics of systemic constellation work. On the basis of a concrete case, the practice of a constellation and its insights for health communication practice are outlined. This is followed by an outlook that shows how constellation work can be used in teaching and research in health communication, for example, to better perceive the social contexts in conversations and for communication offers and to be able to better survey them in projects and for evaluations.

Keywords: social network, constellations, systemic consulting

1 Einleitung

Der Begriff Systemische Aufstellungen bezeichnet Verfahren, bei denen die Mitglieder eines Systems (d. h. dem sozialen Kontext) in einem Raum aufgestellt werden, um deren Rolle im System und ihre Beziehungen untereinander zu illustrieren. So kann bspw. für das System eines Schmerzpatienten seine Ehefrau, seine Tochter und seine Ärztin durch andere Personen oder Figuren platziert werden, da all diese Personen relevant bzw. mitverantwortlich für die Entstehung und/oder Behandlung seiner Erkrankung sind. Dabei stehen die Personen in unterschiedlichem Abstand und mit unterschiedlicher Blickrichtung zur Indexperson (d. h. der Person, um die es im Zentrum des Systems geht). Der soziale Kontext wird somit durch die systemische Aufstellung räumlich miteinander in Beziehung gesetzt. Dadurch kann der Einfluss, den die Mitglieder eines Systems aufeinander haben, visualisiert und bewusst gemacht werden.

Systemische Aufstellungen sind aber nicht nur eine sehr gute Möglichkeit, um Beziehungen zwischen Personen im sozialen Kontext zu visualisieren und kognitiv nachvollziehbar zu machen, sondern auch, um die Wirkungen dieser Beziehungen körperlich und emotional zu erleben. Dies gelingt vor allem dadurch, dass in systemischen Aufstellungen verschiedene Akteure oder Entitäten durch unbeteiligte Personen (sog. Stellvertreter:innen) dargestellt werden. Sie können dann neutral Auskunft über die Erfahrungen an dieser Stelle (z. B. der Stelle der Ärztin) geben. Zudem kann neben den für eine Erkrankung relevanten Personen bspw. auch eine Krankheit oder ein Symptom in einer solchen Aufstellung als eine eigene Entität erscheinen. Damit können auch die positiven und negativen Zusammenhänge der Erkrankung im System sichtbar werden, die häufig weit über das betroffene Individuum hinausweisen. Fallbeispiele aus der Psychoonkologie zeigen z. B. gute Erfahrungen mit der Aufstellung von Organen zur Unterstützung von Heilungsprozessen (Eidmann, 2012).

Damit ermöglichen systemische Aufstellungen sowohl den Beteiligten als auch den Beobachtenden die Rolle der Betroffenen, der Beteiligten im Privat- und Berufsleben sowie die Rolle der Gesundheitsberufe aus einer anderen Perspektive zu sehen und ganzheitlicher zu erfassen (als wenn nur individuelle Merkmale der Indexpersonen erfasst werden). Das Verfahren der systemischen Aufstellung ist zur Findung von individuellen Lösungen für die Klient:innen im Bereich der

Beratung und Therapie bereits fest etabliert ist. In diesem Beitrag sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie das Verfahren zum einen für die Lehre (z. B. in der Ausbildung von Kommunikationskompetenzen) sowie für die (partizipative) Erforschung von (personenübergreifenden) Lösungen im Bereich der Gesundheitskommunikation eingesetzt werden kann. Dafür wird die Methode zunächst vor dem Hintergrund der bisherigen Erforschung sozialer Kontexte in der Gesundheitskommunikation eingeordnet. Anschließend werden grundlegende Verfahrensweisen der Methode und der Visualisierung sozialer Netzwerke vorgestellt, um dann die verschiedenen Zielstellungen systemischer Aufstellungen vorzustellen. Anhand eines konkreten Falls wird dann die Praxis einer Aufstellung und deren Erkenntnisgewinn für Gesundheitskommunikationspraxis umrissen. Abschließend werden verschiedenen Ideen skizziert, wie sich die Methode für die Lehre und die Forschung der Gesundheitskommunikation einsetzen lässt.

2 Erforschung des sozialen Kontextes in der Gesundheitskommunikation

Systemische Aufstellungen sind an bestehende Perspektiven in der Gesundheitskommunikation prinzipiell gut anschlussfähig. Dennoch spielen sie in der Gesundheitskommunikation bislang kaum eine Rolle, was auch auf eine Vernachlässigung sozialer Kontexte in der empirischen Forschung zurückzuführen ist. Während theoretische Ansätze und epidemiologische Auswertungen zwar durchaus auf die Wichtigkeit sozialer Kontexte für Gesundheits- verhaltensweisen verweisen, wird das konkrete soziale Umfeld (d.h. die sozialen Beziehungen) in der empirischen Praxis (d. h. der methodischen Umsetzung wie z. B. in Umfragen) selten berücksichtigt. So zeigen sozial-ökologische Modelle (Bronfenbrenner, 1981) auf, dass die Einflussfaktoren für die Entstehung und Behandlung von Erkrankungen im Gesundheitskontext auf unterschiedlichen Ebenen (individuelle, soziale, gesellschaftliche) liegen und in ihrem Zusammenspiel betrachtet werden müssen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es bei der Betrachtung von Verantwortung für Erkrankungen darauf ankommt, all diese Ebenen in den Blick zu nehmen. Es kommt also darauf an, bspw. nicht nur individuelles Verhalten als Einflussfaktor für eine Schmerzerkrankung zu betrachten, sondern auch den sozialen Kontext. Zu diesem zählen u. a. soziale Normen und soziale Unterstützung aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld (wie Familie, Freund:innen oder Kolleg:innen).

Trotz der potenziell hohen Relevanz des sozialen Kontextes und seiner Berücksichtigung in den sozial-ökologischen Modellen, wird allerdings die Erforschung des sozialen Kontextes im Forschungsbereich der Gesundheitskommunikation (swissenschaft) vielfach vernachlässigt. So fokussiert sich die kommunikationswissenschaftliche Forschung beim Framingansatz bislang zumeist auf zwei verschiedenen Ebenen: die Individualebene und die gesellschaftliche Ebene, wenn sie gesundheitsbezogene Medieninhalte und deren Wirkungen untersucht und vernachlässigt die Kommunikationsbestandteile, die soziale Kontexte betreffen (Reifegerste et al., 2021; Temmann et al., 2021). Dabei vernachlässigt diese Forschung zu Medieninhalten über Gesundheitsthemen aber zentrale Akteur:innen, die sowohl problemverstärkend als auch problemlösend im System z. B. eines Patienten wirksam sein können. Dies wird zwar aus epidemiologischen Untersuchungen zu chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus und Depressionen deutlich, aber spiegelt sich eben in den Medieninhalten zu diesen Themen nicht entsprechend wider.

Als Ursache für diese Vernachlässigung des sozialen Kontextes bei der Erforschung von Medieninhalten über Gesundheitsthemen wird oft die schwierige Visualisierung der komplexeren Beziehungs- und Interaktionsmuster (in eben diesem sozialen Kontext) genannt. Bisherige Ansätze nutzen vor allem die Visualisierung in zweidimensionaler Form in Netzwerkkarten oder Matrixabfragen, die entweder in Papierform oder auch interaktiv und digital in Fragebögen oder Interviews zum Einsatz kommen (Gamper & Schönhuth, 2016). Mit entsprechenden Netzwerkkarten lassen sich etwa wichtige Kontakte für die interpersonale Kommunikation über die COVID-19-Pandemie identifizieren (Wagner & Reifegerste, 2021) oder Unterstützungsrepertoires von jungen Erwachsenen mit Krebs erheben (Reifegerste & Linke, 2020). Ähnliche Formate zur Netzwerkerhebung werden auch für Therapiezwecke eingesetzt, um bspw. die Ressourcen für soziale Unterstützung zu identifizieren. Möchte man den sozialen Kontext in seiner Vielgestaltigkeit und seiner dynamischen Wirkung abbilden, lässt sich das mit den genannten zweidimensionalen Mitteln allerdings kaum bewerkstelligen.

Systemische Aufstellungen könnten hier für die Forschung und Lehre in der Gesundheitskommunikation eine Möglichkeit bieten, um Interaktionen zwischen Menschen sichtbar zu machen und deren jeweilige Bedürfnisse herauszuarbeiten. Dies

könnten z. B. soziale Konstellationen und Interaktionen bei der Bewältigung von Erkrankungen oder das soziale Unterstützungssystem bei der Ausführung von Präventionshandlungen wie Sport oder Ernährung zu erforschen. Zugleich könnte mit der besseren Visualisierung und dem körperlichen Nachempfinden ihrer Bedürfnisse (statt nur Aufzeichnen) auch eine größere Empathie für die Beteiligten erreicht werden. Empathie ist wiederum ein wichtiger Bestandteil von Kommunikationskompetenzen im Gesundheitsbereich. Um dieser Argumentation genauer folgen zu können, stellen wir im Folgenden die Grundlagen systemischer Aufstellungen und ein Fallbeispiel vertiefter vor, um dann anhand des Fallbeispiels aufzuzeigen, wie die Verfahren der systemischen Aufstellung in der Gesundheitskommunikation genutzt werden können, um den sozialen Kontext mehr bzw. besser zu berücksichtigen.

3 Grundlagen systemischer Aufstellungen

In der Literatur findet sich eine Fülle von teils divergierenden Definitionen und Beschreibungen für die Aufstellungsarbeit. Die Gemeinsamkeit dieser ist die Erschaffung einer Art System-Skulptur durch mehrere Menschen, die eine bestimmte Interaktion oder Haltung in Bezug auf ein bestimmtes Problem erlebbar machen soll. Dafür müssen nicht alle Personen eines Systems selbst anwesend sein. Es reicht in der Regel ein Mensch aus dem System mit einem konkreten Anliegen (dies kann im Fall einer Supervision auch die Behandler:in sein). Alle anderen Perspektiven werden mittels Stellvertreter:innen erzeugt. Die systemische Arbeit mit Familienaufstellungen geht auf Virginia Satir, eine amerikanische Pionierin der Familientherapie, zurück (Baldwin & Satir, 1999). Sie hat sich wiederum methodisch stark mit dem Psychodrama auseinandergesetzt, das als Basis für viele darstellende Methoden in der systemischen Therapie und Beratung gilt (Klein, 2014) und von dem Arzt J. L. Moreno Mitte des letzten Jahrhunderts als erlebnisorientierter Gegenentwurf zur Psychoanalyse entwickelt wurde. Satir arbeitete oft mit psychisch kranken Menschen und deren Familiensystemen und stellte deren Interaktionsmuster im Unterschied zum Psychodrama jedoch nicht szenisch, sondern statisch auf. Die statische Darstellung von Mustern ist damit das wesentlichste Merkmal der Aufstellungsarbeit. Die Muster werden nur über die Kriterien Zuwendung/Abwendung, Nähe/Distanz, Körperhaltung und Mimik gebildet, manchmal noch in Verbindung mit typischen, auf das Problem bezogenen kurzen Leit-

Sätzen der Protagonist:innen. Die Interaktionen werden jedoch nicht „ausgespielt“. Die Stellvertreter:innen bleiben starr an ihren Plätzen, beschreiben ihre sich so einstellenden Empfindungen und dürfen sich nur mit Erlaubnis durch den Anweisenden der Aufstellung verändern. Der Effekt auf die körperlichen Wahrnehmungen der Protagonist:innen tritt fast immer unmittelbar ein und ist nicht davon abhängig, welche Person die Repräsentanz übernimmt (Sparrer, 2012). Um Veränderungsprozesse zu ermöglichen, gibt es in der Regel zu Beginn eine Problemskulptur, die den Ist-Zustand beschreibt und am Ende eine Lösungsskulptur, die den Soll-Zustand beschreibt.

Eine statische Visualisierung von Interaktionen kann auch mit dem Systembrett oder mit einer Figurenaufstellung erfolgen. Hier fehlt zwar der Aspekt der körperlichen Wahrnehmung durch die Stellvertreter:in, dafür sind die Verfahren in der Einzelarbeit und für die Onlineberatung praktisch anzuwenden. Diese Methoden werden in der Regel alle unter dem Label „Skulpturarbeit“ zusammengefasst (Baldwin & Satir, 1999). Die verschiedene Skulptur- und Aufstellungs-Methoden werden inzwischen für Interventionen in ganz unterschiedlichen Systemen eingesetzt: Familien, Teams, Unternehmen, politische Vereinigungen, lose Gruppierungen, Intrapyschisches etc., weshalb im Folgenden der Begriff Systeme verwendet wird.

Seit den Anfängen der Aufstellungsarbeit gibt es etliche Weiterentwicklungen bzw. Richtungen von Aufstellungen. Eine wesentliche und die hier vielleicht relevanteste ist die von Insa Sparrer und Matthias Varga von Kibéd entwickelte Strukturaufstellung (Sparrer, 2016), die sich insbesondere für die Supervision (d. h. die Metaberatung von Beratenden und Therapeut:innen) sowie organisationale Kontexte sehr bewährt hat. Damit können Bedürfnisse und Logiken einzelner Systemteile und deren Auswirkungen auf ein Unternehmen, eine Gemeinschaft und deren Mitglieder erfasst werden. Im Unterschied zur traditionellen Familienaufstellung nach Virginia Satir verzichtet die Strukturaufstellung auf Beschreibungen von Beziehungen oder gar Deutungen dieser. Sie konzentriert sich auf den Ausdruck von Körperempfindungen und deren Unterscheidung in verschiedenen Aufstellungssituationen. Allein die Qualität der Körperempfindung leitet die Protagonist:innen zu Veränderungsimpulsen (z. B. zeigt die Angstempfindung eines Angestellten sein Schutzbedürfnis an und regt vielleicht ein Gespräch mit dem Betriebsrat an).

Neben der inhaltlichen und strukturellen Unterscheidbarkeit können noch relevante Unterscheidungen in der konkreten Ausführungspraxis beschrieben werden, die alle ihren Sinn und Zweck in ganz konkreten Fällen erfüllen. Deren Einsatz hängt vom Anliegen der Klient:innen ab und den spezifischen Erfahrungen der Aufstellenden. Es ist durchaus relevant, in wessen Tradition diese Aufstellung durchgeführt wird. Viele Herangehensweisen können sehr gut in der Veröffentlichung von Marion Lockert (2018) „Perlen der Aufstellungsarbeit-Tools für systemisch Praktizierende“ nachvollzogen werden. Ebenso lohnt sich ein Blick auf die Seite der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen (DGfS). Für den vorliegenden Beitrag soll allerdings die Aufstellungsarbeit weniger traditionsgeleitet, sondern etwas übergreifender dargestellt werden, um eine allgemeine Vorstellung zu generieren, wie Aufstellungen in der Gesundheitskommunikation zielführend genutzt werden können.

4 Anwendungsbeispiel

Um die Aufstellungsarbeit zu illustrieren und ihren Nutzen für die Gesundheitskommunikation zu verdeutlichen, werden wir im Folgenden den Fall von „Holger“ schildern, der beispielhaft für eine:n Patient:in mit einer Erkrankung steht.

Holger ist zum Zeitpunkt der Aufstellung 62 Jahre alt, seit 17 Jahren Schmerzpatient und fast so lange erwerbsunfähig. Davor hat er für eine Versicherung gearbeitet. Für seine chronischen Rückenschmerzen wurde bislang keine eindeutige medizinische Ursache gefunden. Trotzdem wurde er bereits dreimal an der Wirbelsäule operiert. Die letzten beiden Operationen waren aufgrund der ersten Operation notwendig, die aus seiner Erzählung nicht sehr erfolgreich verlief. Holger ist verheiratet und hat eine Tochter (28), die nicht mehr zu Hause wohnt. Seine Frau geht zum Zeitpunkt der Aufstellung (noch) arbeiten. Die wenigsten Aktivitäten kann er ohne Unterbrechung zu Ende führen, wodurch er hohe Kompetenzen in der strategischen Planung seiner Tätigkeiten entwickelt hat. In seinem Alltag wechselt Holger seine Positionen und Aufgaben ständig zwischen Liegen, Sitzen, Stehen und Laufen. In den letzten 6 Jahren hatte Holger zwei längere depressive Episoden, aktuell fühlt er sich aber stabil. Er hat bereits zweimal mit Psychotherapie begonnen, diese jedoch wieder abgebrochen, da er seine Schmerzen dort nicht ernst genommen fühlte. Holger sucht nach langem Zögern eine Beratung bei einer systemischen Beraterin auf, weil sein bester Freund ihm dies mehrfach geraten hatte.

Vor der weiteren Fall-Beschreibung werden zunächst wesentliche Grundhaltungen der systemischen Arbeit genannt:

Eine Aufstellung kann keine diagnostische Festschreibung eines Systems vornehmen, sondern ist ein konstruktivistisch organisiertes Geschehen, das lediglich die Perspektive eines Systemmitglieds abbildet. Andere Systemmitglieder würden eine andere, ebenfalls legitime Perspektive aufstellen.

Patient:innen beschreiben ein Phänomen grundsätzlich situativ abhängig. Hier spielt neben der sehr veränderlichen Auswirkung der jeweiligen Tagesform z. B. auch die Erwartung an den:die Aufstellenden eine Rolle. Wenn Patient:innen glauben, von ihnen wird eine möglichst gute Problembeschreibung erwartet, dann versuchen sie diese Erwartung in der Regel zu erfüllen. Eigene Ressourcen geraten in dieser Situation eventuell aus dem Blickfeld, während sie in anderen Situationen gut genutzt (und erinnert) werden können.

Die Lösung des Problems wird von den Patient:innen subjektiv erzeugt und ist nicht davon abhängig, ob Behandler:innen diese als Lösung (an)erkennen. Das Ziel jeglicher beratender Arbeit ist eine verbesserte Lebensqualität. Was Patient:innen als Verbesserung dieser Lebensqualität definieren, unterliegt ihrer autonomen Bewertung.

Ausgangspunkt einer Aufstellung ist eine konkrete Frage, ein genau herausgearbeiteter Auftrag. Wofür soll diese Aufstellung durchgeführt werden? Welche Erkenntnisse verspricht sich der:die Patient:in davon? Wofür will er/sie diese nutzen? Erst wenn solche Fragen ausreichend beantwortet sind, können die beteiligten Systemmitglieder bestimmt werden.

In diesem Fall wollte Holger wissen, ob es für ihn Sinn machte, sich weiteren invasiven Behandlungen auszusetzen. Er hatte die Hoffnung auf eine Verbesserung noch nicht ganz aufgegeben, fühlte sich aber von den vielen erfolglosen Behandlungen sehr mitgenommen. Die Beraterin arbeitete mit ihm heraus, dass in seinem Umfeld viele unterschiedliche Meinungen existierten, die ihn an einer Entscheidungsfindung hinderten. Holger wurde in der Beratung vorgeschlagen, diese Menschen einmal aufzustellen, damit er sich den Eindruck, den diese mit ihrer Haltung auf ihn machen, genauer anschauen könne. Er stimmte nach kurzem Zögern zu. Die Methode war ihm neu.

Die Frage nach den zentralen Personen beantwortete Holger klar und eindeutig: seine drei behandelnden Ärzte und seine Familie. Unsicherer und kritischer wurde er, als er der Erkrankung/den Schmerzen ebenfalls eine Rolle zuweisen sollte. Die Einführung der Symptome in der Aufstellung ist von großer Bedeutung, weil diese (gerade bei chronischen und langanhaltenden Erkrankungen) oft schon lange Teil des Systems sind. Aufsteller:innen sollten deshalb auf deren (eigenständiger) Rolle im System beharren und sich von der Skepsis ihrer Patient:innen nicht entmutigen lassen. Interaktion läuft häufig symptombezogen, was Abb.1 im Anhang auch zeigt. Das Symptom steht im Zentrum. Die Ehefrau wurde von Holger neben sich positioniert, während die Tochter abseits wegschaute. Auch diese Abwendung von Familienmitgliedern zeigt sich bei starken Krankheitsbildern häufiger. Sie halten die Belastung nicht mehr aus, können aber auch nicht aus dem System aussteigen. Die Behandler:innen bekamen eine Position gegenüber von Holger und seiner Frau. Sehr erstaunt reagierte Holger auf den Vorschlag, einen gesunden Anteil ebenfalls aufzustellen. Diesem Vorschlag liegt die Annahme zugrunde, dass es auch dann eine gesunde Seite gibt, wenn diese von niemandem im System wahrgenommen wird (Simon, 2012). Nach einigem Überlegen stellte er diesen so neben ein Regal, dass er ihn gerade noch sehen konnte. Die zuletzt übliche Frage, ob noch jemand fehlt, beantwortete er mit der Gegenfrage, ob sein Freund (der ihm die systemische Beratung empfohlen hatte) ebenfalls in die Aufstellung dürfe. Diesen postierte er dann in die Nähe des gesunden Anteils.

Allein dieses Hinstellen der beteiligten Menschen zeigte Holger bereits, dass er die meisten Menschen in seinem Leben als sehr fokussiert auf seine Schmerzen wahrnahm, obwohl sie recht gegensätzliche Meinungen zu weiteren Operationen hatten. Lediglich sein bester Freund stellte eine Verbindung zu seiner „alten“ gesunden Seite dar.

Im Verlauf des Stellens wurde Holger außerdem bewusst, dass er nicht mehr wusste, wofür er regelmäßig zu seinem Hausarzt und zu seinem Orthopäden ging. Er machte das eben seit Jahren so. Beide waren auch für weitere invasive Eingriffe. Aus Holgers Sicht könnte er Arzt-Termine einsparen, die ihm keine neuen Informationen über seinen Zustand brächten. Die Beraterin machte darauf aufmerksam, dass der Hausarzt bereits alternative Vorschläge gemacht hatte und stellte einen Stellvertreter für jenen Therapeuten hin, den Holger bisher ablehnte. Holger

rückte diesen ebenfalls in die Nähe der Schmerzen (siehe Abb. 1 im Anhang).

In Aufstellungen ist häufig zu sehen, dass Helfende zu nah am Problem stehen und der Abstand zwischen den Akteur:innen sehr klein wird. Die dadurch gefühlte Enge wird Teil der Belastung im System. Holger fragte sich wiederholt, warum alle so an den Schmerzen kleben, es ginge doch um ihn und sein Leben. Im Verlauf der weiteren Aufstellung verlagerte sich deshalb der Fokus auf die Beziehung zwischen ihm und seiner Frau. Diese wurde von dem Leitsatz getragen „Wir halten das gemeinsam aus“. Holger stellte fest, dass ihm das „Paarsein“ sehr fehlte. Er nahm sich vor, mit seiner Frau darüber zu sprechen, ob sie den gesunden Anteil noch sehen könne. Die Aufstellung endete für Holger mit der Erkenntnis, dass er auf die Suche nach den gesunden Anteilen in seinem Leben gehen möchte. Dafür wünschte er sich therapeutische Begleitung (siehe Abb. 2 im Anhang).

Später meldete sich Holger noch einmal bei der Beraterin mit der Information, eine ambulante Schmerztherapie in Kombination mit Entspannungsverfahren und Psychotherapie begonnen zu haben. Er vereinbarte mit ihr zudem einige Sitzungen Paarberatung.

5 Erkenntnisse der Aufstellungsarbeit

Im folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse der Aufstellungsarbeit für die praktische Gesundheitskommunikation erläutert, bevor auf deren Anwendbarkeit in Forschung und Lehre eingegangen wird. Der oben dargestellte Fall macht deutlich, dass Aufstellungen gute Möglichkeiten bieten, Behandlungsstrukturen genauer in ihrer Sinnhaftigkeit und Bezogenheit zu untersuchen. Es können zentrale Fragen gestellt werden, ohne diese endgültig beantworten zu müssen. Wie arbeiten Behandler:innen und Patient:innen zusammen? Welche gemeinsamen Zielvorstellungen gibt es? Welche Sichtweisen bzw. Frames werden überbetont, welche Perspektiven fehlen?

Aus dem Ablauf der Aufstellungsarbeit werden typische Entscheidungs- und Adhärenzprozesse bei Patient:innen im Gesundheitssystem deutlich. Aus der Compliance- und Adhärenzforschung ist bereits bekannt, dass die Kooperationsbereitschaft von Patient:innen sehr viel höher ist, wenn sie einen guten Grund (für ihr eigenes System) in den konkreten Behandlungsangeboten (z. B. der Psychotherapie) sehen und Beziehungspartner:innen mitmotivieren

(Dennis, 2006). Denn was Helfende als sinnvoll und hilfreich erachten, wird erst dann sinnvoll und hilfreich, wenn es die Patient:innen ebenfalls so sehen können (und ihrer Behandlung nicht Gefühle wie Angst oder Panik entgegenstehen).

So hatten bspw. während der Lockdowns in der Covid-19 Pandemie hochaltrige Patient:innen mit Diabetes Mellitus oder Herz-Kreislaufkrankungen Angst davor, sich mit dem Virus anzustecken und daran zu erkranken und sind deswegen weniger zu ihren Untersuchungsterminen in die Praxen gegangen (Kostev et al., 2020). Diese Angstgefühle und die damit einhergehende Therapieverweigerung sind aufgrund ihrer großen Verbreitung in der Bevölkerung in der Pandemiesituation sicherlich gut nachvollziehbar gewesen. Allerdings gibt es viele Fälle, in denen dem Gesundheitspersonal oder Kampagnenentwickler:innen die Nicht-Adhärenz nicht so nachvollziehbar erscheint. Um hier die Reaktanzen verstehbar zu machen, kann die Aufstellungsarbeit helfen, indem sie die Perspektivübernahme für den sozialen Kontext erleichtert.

Gleichzeitig lässt sich an der konkreten Aufstellung von Holger lernen, dass abgelehnte Behandlungsvorschläge wertvolle Informationen für die weiteren Behandlungsschritte liefern. Sie können aufzeigen, dass weitere Bedürfnisse hinter der Ablehnung bzw. Reaktanz liegen (Hastall & Scherenberg, 2022), die sich wiederum durch die Aufstellungsarbeit mit typischen Fällen für ein Phänomen aufdecken lassen. In diesem Fall könnte es hilfreich sein herauszufinden, wie diese anders berücksichtigt werden können.

Manchmal braucht es auch Zeit und/oder Abstand, um die unterschiedlichen Ziele und Informationen im System abzugleichen. In der Aufstellungsarbeit hat der:die Patient:in die Gelegenheit und Zeit, sich vom Geschehen zu distanzieren und Gedanken sowie Gefühle zuzulassen, die in einem Behandlungszimmer vielleicht nicht zugelassen werden würden. Insbesondere die Auswirkungen der ärztlichen Rolle und die wahrgenommene strukturelle Macht der Ärzt:innen auf Entscheidungsfindungen wird in vielen Fällen unterschätzt (Simon, 2012). Dieser Aspekt wird umso relevanter, wenn mehrere Expert:innen gegensätzliche Behandlungsempfehlungen geben, wie in Holgers Fall.

Zudem zeigt diese Fallbeschreibung, dass der Blick auf die gesunden Anteile die Kommunikation über

Bedürfnisse und Ziele im System wesentlich verändern kann. Dieser sog. Perspektivwechsel (sog. Reframing) kann sich wesentlich auf den Behandlungsverlauf auswirken, weil er den Blick auf die Ressourcen (und damit wichtige Selbstmanagementfähigkeiten) der Patient:innen lenkt. Reframing ist eine Strategie, die unter dem Schlagwort Konstruktiver Journalismus immer wieder für die Berichterstattung eingefordert wird (Meier, 2018), u. a. um schädliche Wirkungen negativer Schlagzeilen auf Kinder zu minimieren (Kleemans et al., 2017).

Schließlich zeigt das Fallbeispiel, dass sich Ziele im Verlauf der Therapie dynamisch verändern können. Das heißt für die Behandelnden, dass die Ziele mit Blick auf das gesamte System immer wieder neu überprüft und vereinbart werden müssen. Holger arbeitete in seiner anschließenden Therapie vor allem dafür, eine gute Paar- und Lebenszeit gestalten zu können, was auch der Wunsch seiner Frau war. Mit diesem gemeinsamen Ziel konnte er sich dann auch auf die Psychotherapie einlassen.

Negative Wirkfaktoren im Kontext der Patient:innen können in Aufstellungen zudem distanzierter betrachtet werden. Dies ist insbesondere wichtig, da Überforderungen die Handlungsräume von Menschen erheblich einschränken und Hoffnungslosigkeit fördern. Es können auf diese Art und Weise Lösungsmöglichkeiten gefahrlos ausgetestet und im Zusammenhang mit den eigenen grundlegenden Bedürfnissen nach Zugehörigkeit, Autonomie, Wachstum und Sicherheit erforscht werden. Das gilt nicht nur für sich hilflos fühlende Patient:innen, sondern auch für Behandler:innen (oder andere Entscheidungsträger:innen im Gesundheitsbereich), denn auch sie finden sich in komplexen Krankheitsgeschichten oder Pandemiesituationen auch in Überforderungssituationen wieder.

Es gilt letztlich zu berücksichtigen, dass mitunter eine (meist psychische oder psychosomatische) Erkrankung eben auch eine sehr gute und hochkompetente Lösungsstrategie im System ist. So können bspw. Rauchen und Alkoholkonsum auch als eine Möglichkeit zur Stressreduktion oder (für die soziale Gesundheit wichtigen) Anerkennung unter Gleichaltrigen genutzt werden (und sind nicht nur gesundheitsschädliche Substanzen). Therapeut:innen, Gesundheitsaktivist:innen u. Ä. versuchen – oft unwissend um diese Funktion – die Patient:innen lange Zeit erfolglos von ihren Lösungsversuchen abzubringen und scheitern frustriert (Hickey, 2022). Sie können es aber

aus ihren Behandlungszimmern oder Kommunikationsagenturen heraus nicht mit den ausdifferenzierten Interaktionen in den Herkunftssystemen der Patient:innen aufnehmen. Denn die Erkrankungen und das gesundheitsschädliche Verhalten werden (oft auch) unbewusst und aus Loyalität zu diesem aufrechterhalten. Selbstverständlich haben kranke Menschen einen Leidensdruck und wollen gesund sein. Aber sie wollen auch ihre Zugehörigkeit zur Familie spüren – selbst um den Preis krank zu bleiben. Diese sehr individuellen guten Gründe könnten über Aufstellungsarbeit oder andere Skulpturarbeiten aufgespürt und den Behandler:innen als Muster zugänglich gemacht werden. Allerdings sollte dabei keine neue Diagnose produziert werden (z. B. mit der Feststellung „So ist das in dem System und so bleibt es!“). Es gilt vielmehr die Idee der steten Neukonstruktion von Wirklichkeit zu stärken (d. h. „So könnte es sein und so auch!“). Denn mit dieser Haltung wäre zwar die Aufrechterhaltung des Problems immer weiter möglich (d. h. keine Veränderung), dessen Abschaffung durch das System aber auch (d. h. eine Veränderung).

Die System-Interaktionen während der Behandlungsverläufe können über diese Methode ebenso dynamisch in den Blick genommen werden. Das ist nicht neu. Instrumente zur Erhebung der Auswirkungen von Beziehungs- und Interaktionsmuster auf Krankheitsverläufe gibt es bereits. Eines dieser Verfahren zur Darstellung und Überprüfung von nichtlinearen Therapieverläufen ist das, von der um Günter Schiepek herum organisierten Salzburger Gruppe entwickelte, Prozessmonitoring (Matschi & Schiepek, 2015). Es erfasst die Wirkung der Dynamiken psycho-sozialer Systeme auf Therapieeffekte und gibt so Impulse, in welcher hilfreichen Art und Weise therapeutische Interventionen angepasst werden können. Dort werden (neben der Aufstellungsarbeit) viele weitere Therapieverfahren und Methoden vorgestellt.

6 Anwendungsbereiche systemischer Aufstellungen für Lehre und Forschung

Mit dem vorliegenden Beitrag möchten wir Lehrende und Forschende im Bereich der Gesundheitskommunikation(swissenschaft) dazu anregen zu prüfen, inwieweit die systemischen Aufstellungen den Erkenntnisprozess in Forschung und Lehre ergänzen können. Während quantifizierende Forschungsmethoden (z. B. mit Fragebögen) sich auf nachvollziehbare, verallgemeinerbare Fakten und eindeutige

Fragestellungen bzw. Hypothesen stützt, befasst sich Aufstellungsarbeit vor allem mit individuellen Sichtweisen auf ein Problem und die Interaktionsmöglichkeiten in einer (im Idealfall) sehr eingegrenzten Situation. Schon die Durchführung jeder Aufstellung ist trotz vorgegebenen Verfahrensstrukturen so individuell, dass ein einheitliches Vorgehen unmöglich wird. Das auftragsgeleitete Vorgehen macht eine Quantifizierbarkeit der Daten beinahe unmöglich.

Für die Lehre und die Forschung in der Gesundheitskommunikation lassen sich Aufstellungen von Einzelfällen (ähnlich wie Szenarien oder Schauspielpatient:innen im Medizinstudium oder typische oder Extremfälle in Samples für qualitative Interviews) verwenden, um allgemeinere Muster und bestimmte Typen zu erkennen. Dies kann insbesondere in bislang „unerklärlichen“ Fällen hilfreich sein, weil die Methoden der Aufstellungsarbeit dabei helfen, monokausale oder nur individuenzentrierte Erklärungsversuche aufzulösen und die (individuelle) Patientenversorgung zu verbessern.

Für die Lehre lassen sich Aufstellungen anhand von Einzelfällen verwenden, um wichtige Kommunikationskompetenzen wie Perspektivübernahme, Empathie zu üben und die sozial-ökologischen Faktoren von Erkrankungen und deren komplexe Zusammenhänge zu verstehen. Wie in einer Supervision (d. h. der Metaberatung von Beratern) können Ausbilder:innen ohne die Anwesenheit des: Patient:innen das System der Hilfsangebote und die Zusammenarbeit mit den Patient:innen beleuchten. Bestenfalls hilft ihnen das, um sich besser auf die Patientensysteme einzulassen und diese besser zu verstehen. Aber für die Vorbereitung auf die Kommunikation mit (pflegenden) Angehörigen kann dieses systemische Verständnis und die damit verbundene Perspektivübernahme für die Bedürfnisse der verschiedenen Beteiligten eine wichtige Rolle spielen, bspw. um zu verhindern, dass Angehörige selbst Patient:innen werden.

Die Vermutung liegt nahe, dass diese Anregung zur emotionalen Perspektivübernahme und Kontextwahrnehmung, die durch einen Aufstellungsarbeit (z. B. im Rahmen einer Kommunikationsausbildung für Gesundheitsberufe) angeregt wird, nachhaltig die Kommunikation z. B. die zwischen Gesundheitspersonal und Patient:innen (und damit auch die Adhärenz) verbessert. Dies sollte auch dann der Fall sein, wenn die Aufstellungsarbeit in der Ausbildung von

Gesundheitspersonal nur anhand von Einzelfällen ausführlich nachvollzogen wurde und nicht für die betreffende Person oder Personengruppen (für Beispiele aus der Praxis einer Fachärztin für Allgemeinmedizin (siehe Hickey, 2022)). Folgt man dieser Argumentation, könnte es sinnvoll sein, die Aufstellungsarbeit in die Ausbildung der Kommunikationskompetenz in Gesundheitsberufen zu integrieren.

In der Forschung könnten Aufstellungen als eine zusätzliche qualitative Forschungsmethode fungieren. Gegenüber der bislang verwendeten zweidimensionalen Visualisierung, wie Netzwerkkarten, haben Aufstellungen gegenüber den bestehenden Methoden den Vorteil, dass sie auch Bedürfnisse und Emotionen deutlicher aufzeigen. Somit könnten Aufstellungen eine Forschungsmethode sein, die Ist- und Soll-Zustände aus Sicht der Betroffenen bzw. Kommunizierenden erhebt (bspw. die von komasaufenden Jugendlichen). Damit kann sie auch als eine Form partizipativer Forschung (siehe dazu den Beitrag von [Landwehr und Lütke Lanfer](#) in diesem Band) verstanden werden.

Das Methodenrepertoire qualitativer Forschung, die die subjektive Sichtweise einzelner Individuen in den Blick nimmt, wird somit erweitert. Freilich braucht es für die Anwendung dieser ergänzenden Methode in der Gesundheitskommunikationsforschung noch weitere Ausführungen zur konkreten Umsetzung und Auswertung sowie zur Ausbildung des Forschungspersonals. Eine Option für Forscher:innen, die in ihrem qualitativen Forschungsprozess die Aufstellungsarbeit integrieren wollen, besteht darin, zur Analyse von Einzelfällen jemanden mit Expertise in der Aufstellungsarbeit aus dem Beratungs- oder Therapiebereich einzubinden. Diese:r Expert:in könnte dann bestimmte Fälle (bspw. bislang unerklärliche Fälle) mit der Methode Aufstellung gemeinsam mit dem Forschenden anschauen, um ggf. auf neue Ideen zu kommen. Eine andere Option wäre, dass Forschende die Methode selbst lernen, auch um einen verantwortungsvollen und kompetenten Umgang damit sicherzustellen. Da Aufstellungsarbeit viele Facetten hat und als Begriff nicht geschützt ist, empfiehlt sich hier ein Blick auf die Seiten der großen systemischen Verbände „DGSF e.V.“, und „Systemische Gesellschaft e.V. (SG)“. Dort finden Interessierte viele Fort- und Weiterbildungsangebote von zertifizierten Weiterbildungseinrichtungen bzw. nähere Informationen zu Aufstellungsarbeit.

Insbesondere bei (weit verbreiteten) Reaktanzen bei in der Gesundheitskommunikation adressierten Personen kann es zudem hilfreich für den Erfolg von Maßnahmen sein, sich auch in der Kampagnenentwicklung oder bei der Erstellung von Infomaterial dafür zu interessieren, ob Menschen die Ziele der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung verstehen und als passend zum Herkunftssystem erleben, nachdem sie die Kampagne gesehen oder das Material gelesen haben. Denn häufiger gelingt die Adhärenz der in der Kampagne Adressierten für die Handlungsempfehlungen mit diesem Verständnis leichter, selbst wenn die (ursprünglichen) Ziele (z. B. volle Leistungsfähigkeit oder vollumfänglicher Schutz) nicht immer erreicht werden können. Sonst können sich beispielsweise Erkrankungen in langwierigen Prozessen mit Stagnationen und Rückschritten äußern, ohne von außen eine plausible Erklärung dafür finden zu können. (Hausner, 2022). Man könnte also Aufstellungen als Methode einsetzen, um die lebensweltliche Aneignung und Umsetzbarkeit von Kampagnenempfehlungen im sozialen Kontext zu verstehen bzw. neue Ideen auch auszuprobieren.

7 Fazit

Mit diesem Beitrag sollte gezeigt werden, dass Aufstellungen nicht nur eine zentrale Methode systemischer Beratungs- und Therapiearbeit sind, um die Interaktionen im sozialen Kontext z. B. von Patient:innen aufzuzeigen, sondern in dieser Hinsicht auch für die Lehre und Forschung in der Gesundheitskommunikation angewendet werden können.

Letztlich möchten wir mit diesem kleinen Einblick in die Methoden der Aufstellungsarbeit und den skizzierten Ideen zu ihrem Einsatz in Forschung und Lehre der Gesundheitskommunikation dazu beitragen, dass der soziale Kontext zum wesentlichen Teil der Interventionen werden und gleichzeitig zum Indikator für den Erfolg von Maßnahmen – ein Ansatz den auch die systemische Medizin teilt (Hickey, 2022).

Literaturverzeichnis

Baldwin, M. & Satir, V. (1999). *Familientherapie in Aktion: Die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis* (5. Aufl.). Junfermann Verlag.

Bronfenbrenner, U., Lüscher K. & Cranach, A. v. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente*. Klett-Cotta.

Dennis, M. R. (2006). Compliance and intimacy: Young adults' attempts to motivate health-promoting behaviors by romantic partners. *Health Communication*, 19(3), 259–267. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1903_8

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (2003). *Stellungnahme der DGSF zum Thema Familienaufstellungen*. <https://www.dgsf.org/archiv/berufspolitik/hellinger.htm>

Eidmann, F. (2012). Erfahrungen mit der Nutzung der Konzepte Bert Hellingers als Psychotherapeutin in einer Arztpraxis mit onkologischem Schwerpunkt. In G. Weber (Hrsg.), *Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen: Systemische Lösungen im Einklang* (S. 200–217). Carl Auer Verlag.

Gamper, M. & Schönhuth, M. (2016). Ansätze und Verfahren der Visuellen Netzwerkforschung. In K. Lobinger (Hrsg.), *Handbuch visuelle Kommunikationsforschung. Handbuch visuelle Kommunikationsforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Hastall, M. R. & Scherenberg, V. (2022). Widerstände gegen Präventionsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie: Ursachen und Strategien für ihre Minimierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00960-2>

Hausner, S. (2022). *Auch wenn es mich das Leben kostet! Systemaufstellungen als Lösungshilfe bei Krankheiten und anhaltenden Symptomen. Systemaufstellungen*. Carl-Auer Verlag GmbH.

Hickey, B. (2022). *Wie die Familie unser Leben bestimmt - Genogramm und systemische Aufstellungen* (1. Aufl.). Carl-Auer Verlag GmbH.

Kleemans, M., de Leeuw, R. N. H., Gerritsen, J. & Buijzen, M. (2017). Children's responses to negative news: The effects of constructive reporting in newspaper stories for children. *Journal of Communication*, 67(5), 781–802. <https://doi.org/10.1111/jcom.12324>

- Klein, U. (2014). *Psychodrama und systematische Therapie*. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. https://www.praxis-institut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/Praxis-Dialog/2014_Klein_Psychodrama.pdf
- Kostev, K., Konrad, M. & Bohlken, J. (2020). Adhärenz von Herz-und Kreislauf- und Diabetes-Therapien vor und während der Covid-19 Sperre. *Monitor Versorgungsforschung*, 13(4), 52–55.
- Lockert, M. (Hrsg.). (2018). *Perlen der Aufstellungsarbeit*. Carl Auer Verlag. <https://media.hugendube1.de/shop/coverscans/309pdf/7758375c33cb43f6b3e2253ec4c337c4.pdf>
- Matschi, B. & Schiepek, G. (2015). Komplementäre Beschreibungen – die Kombination von OPD, Ressourcenerfassung, Systemmodellierung und Prozessmonitoring in der Psychotherapie. In I. Sammet, G. Dammann & G. Schiepek (Hrsg.), *Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik. Der psychotherapeutische Prozess: Forschung für die Praxis* (1. Aufl.). Verlag W. Kohlhammer.
- Meier, K. (2018). Wie wirkt Konstruktiver Journalismus? *Journalistik - Zeitschrift für Journalismusforschung*, 01(01), 4–25.
- Reifegerste, D. & Linke, C. (2020). Die Rolle digitaler Medien in Unterstützungsrepertoires junger KrebspatientInnen: Eine ego-zentrierte Netzwerkanalyse. In A. Wagner & A. Kalch (Hrsg.), *Aktuelle Handlungsfelder der Gesundheitskommunikation zwischen Lifestyle und Digitalisierung* (S. 91–102). Nomos.
- Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J. & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke: Verantwortungszuschreibung im sozialen Netzwerk als neuer Bereich in der Framingforschung zu Gesundheitsthemen: Mind the gap. Responsibility attributions at the level of the social network as a new avenue for research on the framing of health topics. *Publizistik*(2), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s11616-021-00652-5>
- Simon, F. B. (2012). *Die andere Seite der "Gesundheit": Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie* (3. Aufl.). Carl Auer Verlag GmbH.
- Sparrer, I. (2012). Konstruktivistische Aspekte der Phänomenologie und phänomenologische Aspekte des Konstruktivismus. In G. Weber (Hrsg.), *Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen: Systemische Lösungen im Einklang* (S. 68–97). Carl Auer Verlag GmbH.
- Sparrer, I. (2016). *Systemische Strukturaufstellungen: Theorie und Praxis*. Carl Auer Verlag GmbH.
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Scherr, S. & Reifegerste, D. (2021). A systematic review of responsibility frames and their effects in the health context. *Journal of Health Communication*, 26(12), 828–838. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
- Wagner, A. & Reifegerste, D. (2021). "The part played by people" in times of COVID-19: Interpersonal communication about media coverage in a pandemic crisis. *Health Communication*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1989786>

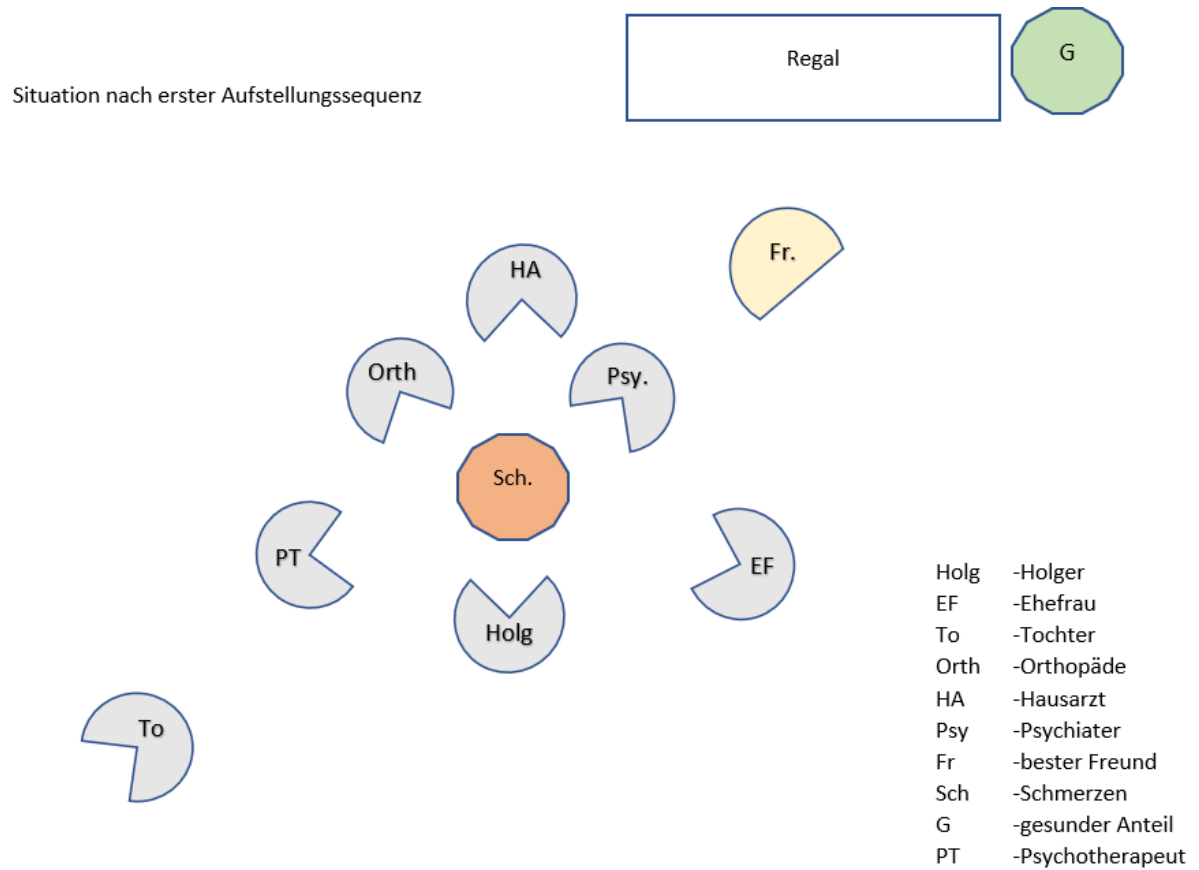


Abb.1 Die Situation nach der ersten Aufstellung

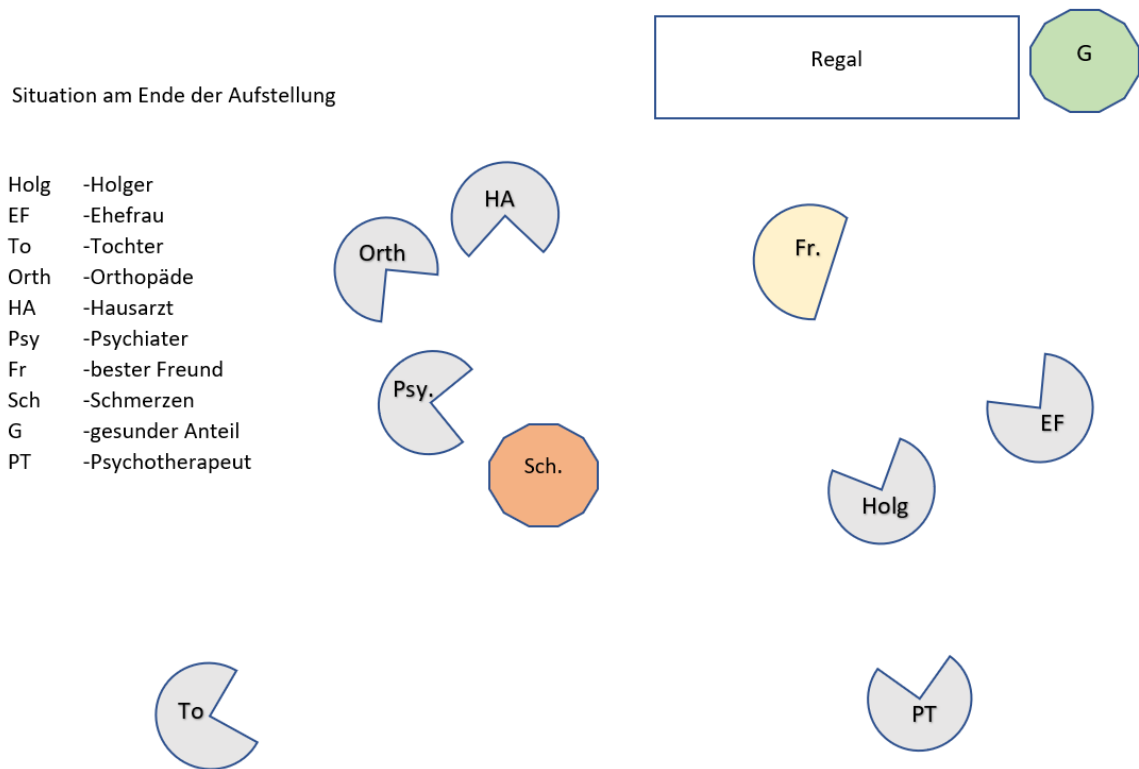


Abb.2 Die Situation am Ende der Aufstellung

Methodische Herausforderungen der Partizipativen Gesundheitsforschung: Reflexionen aus zwei Praxisprojekten

Hanna Lütke Lanfer & Janna Landwehr
(geteilte Erstautor:innenschaft)

Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Partizipative Forschung überschreibt eine Reihe von Ansätzen, deren Grundprinzip es ist, gemeinsam ‚mit‘ jenen Personen in Forschungsprozessen zusammenzuarbeiten, die aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse oder Annahmen besonders von Forschungsergebnissen und passgenauen Interventionen profitieren würden. Partizipative Gesundheitsforschung wird nicht ‚an‘ den Menschen durchgeführt, sondern strebt die Umverteilung von Machtverhältnissen hin zu einer Gleichberechtigung zwischen verschiedenen Personengruppen, Perspektiven und Fähigkeiten an, ohne ein spezifisches methodisches Vorgehen vorzugeben. Bestehende Machtungleichheiten zwischen Akteur:innen aufgrund ökonomischer, qualifikatorischer, institutioneller und (berufs-)politischer Unterschiede und damit einhergehende notwendige Verhandlungen führen zu Herausforderungen in der Umsetzung. Dies zeigt sich besonders an drei Punkten im Forschungsprozess: a. Ein- und Ausschluss von Beteiligten; b. Umgang mit Ressourcen und Erwartungen unterschiedlicher Gruppen; sowie c. Teilhabe an Entscheidungen. Der Beitrag illustriert diese drei Herausforderungen und Ansätze zu ihrem Umgang anhand von zwei Fallbeispielen. Damit soll deutlich werden, dass Partizipative Gesundheitsforschung kontinuierliche, offene und bisweilen unangenehme Auseinandersetzungen und Reflexionen über Ressourcen, Privilegien, Erwartungen und soziale Normen erfordert. Nur so kann sie ihrem Anspruch auf Teilhabe in der Wissensproduktion gerecht werden.

Keywords: Partizipative Gesundheitsforschung, Reflexion, Partizipative Methoden

Summary

Participatory research is an umbrella term for a range of research approaches that aim to collaborate with those who, on the basis of previous scientific knowledge or assumptions, would particularly benefit from research findings and tailored interventions. In doing so, participatory research claims that it is not conducted 'on' people as passive research subjects, but in collaboration 'with' them. Participatory Health Research thus seeks to redistribute power among different groups of people, perspectives, and abilities. As a research approach that does not use a specific methodology and is not immune to power inequalities between different groups of actors, participatory research poses numerous challenges during implementation. The different actors may be confronted with e.g. economic, qualification, institutional, and political differences that have to be negotiated. In practice, this is particularly evident at three central points in the research process: a. inclusion and exclusion of participants; b. handling of resources and expectations of different groups and c. participation in decision-making. This paper illustrates these three challenges and suggests ways to deal with them using two case studies. Participatory Health Research requires continuous, open, and sometimes uncomfortable discussions and reflections about resources and privileges, expectations and social norms. This way, it can live up to its claim of true participation and inclusive knowledge production.

Keywords: Participatory health research, reflection, participatory methods

1 Einleitung

Partizipative Forschung ist ein Überbegriff für eine Reihe von Ansätzen, deren Grundprinzip es ist, diejenigen Personen in Forschungsprozesse zu integrieren und an ihnen zu beteiligen, die aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse oder Annahmen besonders von Forschungsergebnissen und passgenauen Interventionen profitieren würden (von Unger, 2022). Damit wird der Anspruch erhoben, dass sie nicht ‚an‘ den Menschen als passive Forschungssubjekte zur Datenerhebung durchgeführt wird, sondern in Zusammenarbeit ‚mit‘ ihnen (International Collaboration for Participatory Health Research [ICPHR], 2013). Partizipative Forschung beschreibt somit keine bestimmte methodische Herangehensweise, sondern einen Ansatz in der Forschung. Es ist ein Ansatz, der anerkennt, dass Wissen zwischen Menschen sozial konstruiert (d. h. subjektiv verschieden) und kontextgebunden (d.h. sozial, kulturell und strukturell geprägt) ist (Hall, 1992; Koster et al., 2012). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass im Forschungsprozess diese subjektiven Perspektiven und Erfahrungen durch eine gleichberechtigte Teilhabe aller Akteur:innen zusammengeführt werden können und damit das Potential haben, aggregiertes Wissen zu generieren (Fals-Borda, 1987). Hervorzuheben sei an dieser Stelle, dass es bei partizipativer Forschung nicht nur um eine Erfassung multipler Perspektiven geht, sondern im gesamten Forschungsprozess - von der Entwicklung der Fragestellung über die Analyse der Daten, bis hin zur Deutungshoheit über Ergebnisse sowie deren Dissemination - Entscheidungsmacht zwischen den verschiedenen Akteur:innen geteilt wird (Tanzer & Fasching, 2022; Wright, 2015).

In den Gesundheitswissenschaften gewinnt partizipative Forschung (hier bekannt als Partizipative Gesundheitsforschung (PGF)) vor allem dort an Bedeutung, wo gesundheitliche bzw. soziale Ungleichheiten erforscht werden sollen. Indem sie sich insbesondere an marginalisierte oder von Ungleichheiten betroffene soziale Gruppen wendet, kann sie deren subjektive Perspektiven auf Gesundheit und kontextgebundene Erfahrungen in die Ursachen-erkundung und nachhaltige Lösungsfindung bei Gesundheitsproblemen integrieren (Wright, 2015). Ein entsprechendes Vorgehen kann zudem das Potential einer einhergehenden Förderung von Empowerment und gesellschaftlicher Teilhabe teilnehmender (Personen-)gruppen haben und zur Verringerung von

Ungleichheiten beitragen. Partizipative Gesundheitsforschung bietet allen Akteur:innen und der Gesellschaft als Ganzes somit viele Vorteile, birgt jedoch auch eine Vielzahl an methodischen Herausforderungen. Der vorliegende Beitrag adressiert drei zentrale Herausforderungen Partizipativer Gesundheitsforschung und reflektiert diese anhand zweier Praxisbeispiele.

2 Hintergrund

Partizipation in der Gesundheitsforschung

Dass Gesundheit ungleich verteilt ist und weltweit einem sozialen Gradienten folgt, ist hinlänglich bekannt (Donkin et al., 2018; Lampert et al., 2018; Marmot, 2003). Ziel gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist es daher, Erkenntnisse zu den Ursachen von Ungleichheiten zu generieren sowie nachhaltige Lösungen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit sozialer Gruppen zu entwickeln (Bergold & Thomas, 2012). Laut Kuckartz (2014) ist es aufgrund der Komplexität sozialer und gesellschaftlicher Probleme dafür erforderlich, flexibel, multidisziplinär sowie multiperspektivisch vorzugehen. Hier setzt Partizipative Gesundheitsforschung an, denn sie basiert auf der Prämisse, dass Forschung Kooperationen zwischen all denjenigen erfordert, die einen Bezug zu einem Gesundheitsproblem und dessen Determinanten haben (Wöhler et al., 2017; Wright, 2021; Wright & Kongats, 2018).

Dementsprechend wird Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) definiert als: „ein *wissenschaftlicher Ansatz*, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener AkteurInnen versteht. Der *Forschungsprozess* wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Macht-verhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungs-prozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den *Beteiligten* gehören insbesondere die Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden und u.a. Fachkräfte und Entscheidungsträger:innen des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens, Vertreter:innen der Zivilgesellschaft und Wissenschaftler:innen.“ (PartNet, 2022; Hervorhebung im Original).

Partizipative Gesundheitsforschung verdankt ihre Attraktivität dem Umstand, dass sie „im Hinblick auf die Beantwortung zentraler Fragen der Gestaltung und

Qualität von (v.a. Setting-)Interventionen alternativlos zu sein scheint“ (Rosenbrock & Hartung, 2012, S. 11). PGF hat somit häufig eine doppelte Zielsetzung, indem sie Potenziale für nachhaltige Forschung und Interventionen bietet, die zudem gesellschaftliche Teilhabe, Gesundheitsgewinne für Beteiligte aus der Bevölkerung und soziale Veränderungen ermöglichen (Bergold & Thomas, 2012). Laut Cornwall und Jewkes (1995) ist das wichtigste Merkmal, das die Partizipative Gesundheitsforschung von üblichen Ansätzen der Gesundheitsforschung unterscheidet, die Umverteilung von Machtverhältnissen hin zu einer Demokratisierung im Forschungsprozess. Dies soll erreicht werden, indem versucht wird, Gleichberechtigung zwischen verschiedenen Personengruppen, Perspektiven und Fähigkeiten herzustellen. Dabei soll die Beteiligung derjenigen, deren Gesundheit unmittelbarer Gegenstand der Studie ist, im Vordergrund stehen, und Entscheidungsmacht dieser Personen in möglichst allen Kernelementen der Forschung ermöglicht werden (ICPHR, 2013). Gleichzeitig bedeutet Partizipative Gesundheitsforschung nicht, dass alle Akteur:innen an allen Prozessen und zu allen Zeitpunkten der Forschung teilnehmen müssen, denn Aufgaben können gemeinsam nach den Ressourcen und Fähigkeiten der verschiedenen Personengruppen verteilt werden.

Ein Zusammentreffen verschiedener Personengruppen mit diversen Hintergründen ist somit der partizipativen Forschung inhärent. Entsprechend bedeutsam für die kollaborative Zusammenarbeit ist auch eine sensible Nutzung des Wordings für diese verschiedenen Gruppen und die damit (unbewusst) einhergehenden Implikationen. Welche Teilhabe, Entscheidungsmacht oder Hierarchie ist zu erwarten bei genutzten Begrifflichkeiten wie „Mitforschende“, „Praxispartner:innen“, „Co-Forschende“ oder „Peer-Forschende“ (vgl. von Unger, 2014; Wihofszky et al., 2020). Im Rahmen dieses Beitrags wird sich an vorgeschlagenen Begrifflichkeiten aus dem veröffentlichten Diskussionspapier von Wahl et al. (2021) orientiert. Die Autorinnen dieses Diskussionspapiers differenzieren die Beteiligungen im Forschungsprozess und stellen für partizipative Forschungen eine Unterscheidung zwischen Beteiligten (alle am Prozess Beteiligte), Teilnehmenden (Beteiligung ohne direkten Einfluss oder Entscheidungsmacht) und partizipativ Forschenden (übernehmen Aufgaben, haben Entscheidungsmacht) dar (siehe Abbildung 1). Dabei betonen sie, dass diese Rollen fluktuierend eingenommen werden können.

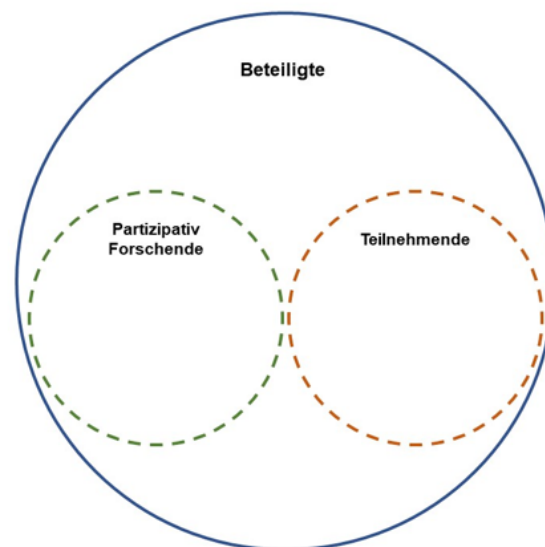


Abbildung 1: Schematische Darstellung verschiedener Beteiligungsformen in Partizipativer Gesundheitsforschung, in Anlehnung an Wahl et al. (2021), eigene Darstellung

Nach dem Diskussionspapier können partizipativ Forschende diese Rollen wiederum mit ihren Wissensressourcen als *berufliche Wissenschaftler:innen*, *Fachkräfte* oder/und *Expert:innen aus Erfahrung* füllen. Zur sprachlichen Verdeutlichung der Unterschiedlichkeit der beiden Fallbeispiele dieses Beitrags unterscheiden wir bei den Expert:innen aus Erfahrung zwischen *lebensweltlich Forschenden* und *forschenden Kindern*. Dabei entstehende Irritationen bei Leser:innen sind erwünscht, mit dem Ziel, etablierte und ggf. unbewusste Denkmuster zu stören und Reflexionen anzuregen (vgl. Luhmann, 1998).

Als Forschungsansatz, der nicht auf ein spezifisches methodisches Vorgehen reduziert werden kann, ist Partizipative Gesundheitsforschung jedoch kein Selbstläufer und kein Garant für die Erreichung dieses Anspruchs der Machtumverteilung (Rosenbrock & Hartung, 2012). So sehen sich die Akteur:innen in partizipativen Projekten häufig z. B. mit ökonomischen, qualifikatorischen, institutionellen und (berufs-)politischen Hindernissen konfrontiert, die Herausforderungen für die Umsetzung Partizipativer Gesundheitsforschung darstellen.

Herausforderungen der Machtverteilung in der Partizipativen Gesundheitsforschung

Die Fachliteratur zeigt wiederkehrend, dass insbesondere a) der Ein- und Ausschluss von Beteiligten

(Jacquez et al., 2013; Lenette et al., 2019; Schaefer et al., 2021); b) der Umgang mit Ressourcen und Erwartungen der unterschiedlichen Beteiligten (Casteleden, et al., 2012; Muhammad et al., 2015; sowie c) Rollen, Zuschreibungen und damit einhergehende Konflikte die (gleichberechtigte) Machtverteilung herausfordern können (Fasching & Biewer, 2014; von Köppen et al., 2020). Wir erläutern diese drei Herausforderungen beispielhaft anhand von zwei Praxisbeispielen und zeigen Wege zum Umgang mit ihnen auf.

Ein- und Ausschluss von Beteiligten

Partizipative Gesundheitsforschung findet nicht in neutralen Räumen statt, sondern häufig in der Lebenswelt derjenigen Personen, deren Gesundheit im Fokus der Studie steht. Besonders Forschung im Kontext von Institutionen ist häufig von Praktiken, Hierarchien und Gatekeeper:innen, die Zugänge zu der zu erreichenden Gruppe ermöglichen aber auch hemmen können, geprägt (Schaefer et al., 2021). Zugänge zu vulnerablen und selten gehörten Gruppen zu erhalten und diese angemessen in Forschungsprozesse einzubinden, ist eine häufig genannte Herausforderung in der Fachliteratur (Emmel et al., 2007; Flanagan & Hancock, 2010; von Unger, 2012). Für berufliche Wissenschaftler:innen und andere Fachkräfte, die Partizipative Gesundheitsforschung planen, stellen sich daher Fragen, wer auf welche Weise und zu welchen Zeitpunkten in die Forschung eingeschlossen bzw. ausgeschlossen werden soll, um die Teilhabe derjenigen zu ermöglichen, welche durch die Beteiligung anderer Gruppen beschränkt werden könnte. Bewusste und unbewusste Entscheidungen über Ein- und Ausschluss von partizipativ Forschenden sind also eng mit Machtstrukturen verbunden, die auf struktureller, institutioneller und individueller Ebene wirken können und reflektiert werden sollten.

Ressourcen und Erwartungen unterschiedlicher Beteiligter

Trotz des Anspruchs auf Selbstbefähigung und Kollaboration auf ‚Augenhöhe‘ setzen sich ungleiche Machtverteilungen und die Verfügbarkeit unterschiedlicher Ressourcen in der Partizipativen Gesundheitsforschung fort (Muhammad et al., 2015). Laut von Unger ist Partizipation „qua definitionem von asymmetrischen Beziehungen und unterschiedlichen Wissensbeständen geprägt“ (2022, S. 314). Eine Auseinandersetzung mit ihnen bedeutet einerseits,

Ressourcen und damit verbundene Zugänge und Privilegien der beruflichen Wissenschaftler:innen anzuerkennen, aber auch die der Forschenden aus Erfahrung zu sehen und zu nutzen (Brandner et al., 2022). Des Weiteren können sich im Verlauf von partizipativen Forschungsprojekten und sich formenden Rollen neue Ressourcen, Erwägungen und Machtansprüche ergeben, die thematisiert und reflektiert werden müssen (Tanzer & Fasching, 2022).

Die Rolle der beruflichen Wissenschaftler:innen

Partizipative Gesundheitsforschung zielt darauf ab, die Machtdifferenzen zwischen den ‚Forschenden‘ und den ‚zu Beforschenden‘ aufzuheben (Hagey, 1997). Dementsprechend wird angestrebt, dass die ‚zu Beforschenden‘ als partizipativ Forschende mit den beruflichen Wissenschaftler:innen gleichberechtigt zusammenarbeiten. Nichtsdestotrotz wird partizipative Gesundheitsforschung meist durch berufliche Wissenschaftler:innen initiiert, aufgrund ihrer Anträge finanziert und von ihnen geleitet. Dies kann zu Rollenkonflikten für die beruflichen Wissenschaftler:innen in Interaktionen sowohl mit den anderen partizipativ Forschenden als auch auf institutioneller Ebene im akademischen Kontext führen (von Köppen et al., 2020). Ebenso unterscheiden sich berufliche Wissenschaftler:innen häufig in mehreren sozialen Identitäten wie Klasse, Bildung, ethnische Herkunft, Alter oder Geschlecht von den Forschenden aus Erfahrung. Die Einflüsse und Rollen der Forschenden wirken sich auf die Machtverhältnisse im Forschungsprozess und der Kollaboration aus (Fasching & Biewer, 2014).

Um zu verhindern, dass partizipative Forschung systemische gesundheitliche Ungleichheiten reproduziert und es zu Scheinpartizipation bei anhaltenden Machtasymmetrien kommt (Gamsjäger & Wetzelhütter, 2020), gilt es, die Rolle und Verantwortlichkeiten aller partizipativ Forschenden zu reflektieren und sensibel mit (sich verändernden) Rollen umzugehen.

3 Kurzvorstellung der Anwendungsbeispiele

Um die unterschiedliche Darstellung bislang theoretisch beschriebener Herausforderungen in der Forschungspraxis zu verdeutlichen und Ansätze für einen Umgang mit ihnen aufzuzeigen, reflektieren und vergleichen wir diese anhand zweier partizipativer Forschungsprojekte. Dazu stellen wir zunächst kurz den jeweiligen thematischen Hintergrund, die

Methodik und bisherigen Ergebnisse der Projekte vor. Anschließend (Kapitel 4) reflektieren und vergleichen wir diese mit Blick auf die genannten Herausforderungen. Die hier gewählte Darstellung weicht daher bewusst vom üblichen Schema eines wissenschaftlichen Beitrags ab, indem sich zunächst auf die Reflexionen aus zwei sehr unterschiedlichen partizipativen Projekten konzentriert wird und anschließend angestrebt wird, jeweils Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

Studie 1 von Hanna Lütke Lanfer (HLL)

Kurztitel: Partizipative Interventionsstudie zum Thema Handhygiene

Thematischer Hintergrund: Infektionskrankheiten wie Magen-Darm- und Atemwegserkrankungen, die unter anderem durch Handhygiene vermieden werden könnten, führen in Sierra Leone zu Morbidität und Mortalität, insbesondere unter Babys und kleinen Kindern.

Methodik: Die Studie wurde 2019 in zwei Dörfern in Nord-Sierra Leone über einen Zeitraum von neun Monaten (Feldphase) durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Dorfleitung, die Akteur:innen aus verschiedenen sozialen Gruppen (Geschlecht, Alter, Rolle im Dorfkontext) auf Basis eines Kriterienkatalogs vorschlugen. Dieser Katalog berücksichtigte eine ausgewogene Verteilung der Teilnehmenden in Bezug auf unterschiedliche Altersgruppen und Geschlechter. Das Forschungsteam bestand aus zwei beruflichen Wissenschaftler:innen (eine international und einer lokal) sowie etwa 60 Dorfbewohner:innen, die sich punktuell in verschiedene Prozesse der Forschung einbrachten. Die angewendeten Forschungsmethoden umfassten partizipatives Theater, Workshops, Fokusgruppen und Pre-Posttest-Beobachtungen. Die Datenanalyse beinhaltete visuelle und auditive Dokumentationen, qualitative Inhaltsanalyse und statistische Analysen wie Regressions- und Varianzanalysen.

Ergebnisse: Während der Feldphase zeigten sich sehr unterschiedliche Dynamiken und starke Unterschiede in der Beteiligung seitens der Dorfgemeinschaft. Eine kleine Gruppe von etwa vier Personen war während der gesamten Projektphase aktiv involviert. Die niedrigste Beteiligung fand während des Erntemonats Mai statt. Insgesamt konnten eine Zunahme an Handwaschstationen und korrektem Handwaschverhalten nach

Interventionsende beobachtet werden. Laut den Dorfbewohner:innen gab es zudem weniger Fälle von Durchfall und keine Cholera während der Regenzeit - die gesundheitlichen Daten wurden jedoch nicht empirisch erhoben.

Studie 2 von Janna Landwehr (JL)

Kurztitel: Pilotstudie mit Photovoice zum Thema „gesunder Schlaf“

Thematischer Hintergrund: Gestörter oder insuffizienter Schlaf ist bei Kindern ein bekanntes und weit verbreitetes Problem. Trotz des Wissens um die Bedeutung für die psychische und physische Entwicklung ist eine salutogenetische Betrachtungsweise jedoch selten. Effektive und nachhaltige Interventionen können durch Partizipation in der Entwicklung und vorheriger Erfassung von Einflussfaktoren erarbeitet werden.

Methodik: Die Pilotstudie wurde 2020 in einer dritten Klasse einer Grundschule in Deutschland über einen Zeitraum von zwei Monaten (Feldphase) durchgeführt. Die Wahl der Grundschule erfolgte nach Abwägung statistischer Angaben des Schulamts und forschungsökonomischen Gründen. Anschließend erfolgte eine Kontaktaufnahme über Lehrkräfte der Schule sowie die Schulleitung. Die Eltern/Erziehungsberechtigten der Kinder wurden an einem Elternabend informiert. Neben zusätzlichen verschriftlichen Informationen und Einwilligungserklärungen an die Eltern/Erziehungsberechtigten erhielten auch alle Kinder der Klasse zuvor pilotierte Information und Einwilligungserklärungen im Anschluss an eine mündliche Präsentation des Vorhabens. Alle Kinder der dritten Klasse wurden eingeladen. Die partizipativ Forschenden setzten sich schließlich aus einer beruflichen Wissenschaftlerin und 15 forschenden Kindern zusammen. Forschende Kinder wechselten im Laufe der Forschung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Rolle der Beteiligten mit punktueller Teilhabe. Die Forschung erfolgte mittels Photovoice. Forschende Kinder sicherten und aggregierten Ergebnisse von Fotos und Gruppengesprächen auf Flipcharts. Daneben erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse transkribierter Gruppengespräche unter Einbezug der Fotos durch die berufliche Wissenschaftlerin.

Ergebnisse: Photovoice ist ein vielversprechender Ansatz, mit dem akademisch und kindlich Forschende partizipativ Erkenntnisgewinne auch zu abstrakten

Fragestellungen wie zum Thema „gesunder Schlaf“ generieren können. Eine anschließende partizipative Ableitung von effektiveren Interventionen der Gesundheitsförderung scheint nicht nur möglich, sondern insbesondere seitens der kindlichen Forschenden gewünscht. Partizipative Forschung mit Grundschulkindern sollte kontinuierlich und umfassend durch Reflexionen begleitet werden. Strukturierte Empfehlungen für zu reflektierende Aspekte wären wünschenswert, stehen jedoch derzeit noch aus.

4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in zwei Anwendungsbeispielen

Die folgenden Reflexionen orientieren sich an den in Kapitel 2 vorgestellten Herausforderungen zu a) Ein- und Ausschluss, b) Ressourcen und Erwartungen und c) Rollen der beruflichen Wissenschaftler:innen. Nach separaten Reflexionen aus beiden Projekten zu jedem der drei Punkte fassen wir jeweils kurz zusammen, welche Gemeinsamkeiten sich aus ihnen ableiten lassen. Es sei darauf hingewiesen, dass unsere Reflexionen subjektiv und durch unsere persönlichen Hintergründe gefärbt sind. Als in einem westlichen Land geprägte und ausgebildete Weiße Frau ist die Wahrnehmung der Vorgänge von Hanna Lütke Lanfer (HLL) während des partizipativen Projekts in einem postkolonialen, patriarchalisch geprägten Kontext in Sub-Sahara Afrika durch eben diese Weltsicht geprägt. Janna Landwehr (JL) tritt in eine partizipative Gesundheitsforschung mit Kindern unter dem Eindruck einer erwachsenen Frau mit (berufspraktischer) Erfahrung als Hebamme im Gesundheitswesen und theoretischer Ausbildung im Bereich Public Health ein. Reflexionen zur partizipativen Forschung mit Kindern sind neben literaturbasierter Einarbeitung sicherlich auch geprägt durch persönliche Erfahrung aus ehrenamtlichen Tätigkeiten sowie dem Zusammenleben mit (eigenen) Kindern.

Ein- und Ausschluss

HLL: Die intendierten lebensweltlich Forschenden für die partizipatorische Studie zu Handhygiene im ruralen Kontext in Sierra Leone wurden auf der Basis einer qualitativen Vorstudie mit Fokusgruppen und Interviews definiert: Dies waren jüngere Frauen in Dörfern, die durch ihre täglichen Arbeiten, wie z. B. Kochen, Reinigen, Kinderbetreuung/-erziehung oder Versorgung von älteren und kranken Personen, eine Schlüsselrolle für Hygienepraktiken und die Verhinderung bzw. Ausbreitung von Infektions-

krankheiten spielen. Die Vorstudie lieferte zudem wertvolle Einsichten in die soziale Positionierung dieser sozialen Gruppe, die in einer patriarchalen, traditionell geprägten Gesellschaft wenig Einfluss und Status erleben. Außerdem ermöglichte die Vorstudie wichtige Rückschlüsse auf Gatekeeper, die Zugänge zu den Teilnehmenden be- oder verhindern oder ermöglichen können. Im ruralen Kontext in Sierra Leone waren die größtenteils männlichen Dorfältesten, die an der Spitze der sozialen Hierarchie stehen, die wichtigsten Gatekeeper. Sie machen jegliche sozialen Gruppen innerhalb eines Dorfes für Außenstehende erst erreichbar. Für die Dorfbewohner:innen sind sie zum einen Instanz, unter die sich untergeordnet wird; gleichzeitig haben sie maßgeblich Einfluss darauf, ob ein Projekt überhaupt von der Dorfgemeinschaft an- und ernst genommen wird. Um Kontakte zu jüngeren Frauen zu bekommen und ihr Interesse an dem Projekt zu wecken, war es also notwendig, dass die ersten Aktivitäten einige Dorfälteste einschlossen bzw. für die gesamte Dorfgemeinschaft stattfanden. Wir – mein lokaler Kollege und ich – bemerkten jedoch schnell, dass die Frauen während dieser Aktivitäten bis auf sehr wenige Ausnahmen im Hintergrund blieben und sich kaum einbrachten. Nach einigen Wochen, die dem Aufbau der Beziehung und einer ersten Analyse der Hygienebedingungen in den Dörfern dienten, schlugen wir vor, sichere Räume zu schaffen, in denen die Frauen unter sich waren und als partizipativ Forschende tätig werden konnten. Diesem Vorschlag wurde seitens der Dorfältesten und der Frauen zugestimmt. Dieses Vorhaben umzusetzen, erwies sich jedoch als herausfordernder als angenommen, denn die lebensweltlich forschenden Frauen sind aufgrund ihrer vielen täglichen Aufgaben im Haushalt und in der Landwirtschaft zeitlich schwer einplanbar. Mit einem Schichtsystem, bei dem die Frauen wechselnd teilnahmen, konnten wir einen Kompromiss erarbeiten und Teilhabe ermöglichen. Trotz des Versuchs, exklusive Räume für Frauen zu schaffen, gesellten sich jedoch immer wieder einige ältere, pensionierte Männer zu den Treffen. Sie auszuschließen war besonders aus kultureller Sicht herausfordernd, da ältere Menschen sehr hohen Respekt genießen und ich sie als junge Frau nicht abweisen durfte. Mein lokaler Kollege schlug vor, ein exklusives Treffen für Männer anzubieten, was die Akzeptanz unseres Vorgehens deutlich erhöhte und uns ermöglichte, die Frauen ohne männliche Dorfbewohner zu versammeln. Ohne meinen Kollegen hätte ich die Männer direkt adressiert und vermutlich Befindlichkeiten verletzt. Dieser indirekte Weg hat mich gelehrt, wie wichtig es ist, bei partizipativen Prozessen die Bedürfnisse und das

existierende soziale Gefüge stets mitzudenken, um Veränderungen anstoßen zu können.

JL: Auch während der qualitativen Pilotstudie mit Kindern zum Thema gesunder Schlaf wurden Reflexionen zum Ein- und Ausschluss durch verschiedene Gatekeeper geprägt. Gatekeeper können (im eigentlichen Sinne des Wortes) als Personen gesehen werden, die den Zugang versperren - an denen es gilt vorbeizukommen, um Teilnehmende zu erreichen. Für die Pilotstudie zu nennen sind vor allem Eltern, die ihren Kindern aus rechtlichen Gründen die Teilnahme gestatten müssen. Vor diesen Gatekeepern liegen zudem a) das Schulamt, welches die Durchführung der Studie und die Kontaktaufnahme mit den Schulen genehmigen muss und Daten über die Schulen ausgeben kann; b) die Schulleitung, die grundsätzlich die Forschung in ihrer Schule gestatten musste sowie c) die (Klassen)lehrerinnen, die Unterrichtszeiten zur Verfügung stellen. Bei Betrachtung unter dem beschriebenen Verständnis scheinen dies viele Hürden. Werden Gatekeeper jedoch als Chance betrachtet, können diese maßgeblich unterstützen. In der Pilotforschung wurde diese unterstützende Rolle insbesondere bei der Klassenlehrerin deutlich. Als Teilnehmende der Forschung wurde sie frühzeitig involviert, stetig informiert und Wünsche oder Bedenken wurden besprochen. Daraus folgte ein gewisses persönliches Engagement der Klassenlehrerin für das Forschungsvorhaben, durch welches zum einen berechtigte Sorgen anderer Gatekeeper, wie z. B. Fürsorge, Obhutspflicht, Lehrverpflichtung, Schutz der Kolleg:innen, deutlich verringert wurden. Zum anderen öffnete dies auch Vertrauen und damit Freiräume der partizipativen Forschung mit Kindern (bspw. in separaten Räumen ohne weitere Erwachsene). Gleichwohl zeigte sich ebenso, dass dieser Einschluss als Teilnehmende gepflegt und verbundene Rollen stetig reflektiert werden müssen, um auf diese Weise auch ein Verständnis für punktuelle Ausschlüsse zu erarbeiten. Als beispielhaft für eine Situation, in welcher ein solch kurzzeitiger Ausschluss voraussichtlich vorteilhaft gewesen wäre, kann aus der Pilotforschung eine Klassenratssitzung mit forschenden und teilnehmenden Kindern zur Verbreitung der Ergebnisse geschildert werden. Die Diskussion der Kinder wurde durch die Art und Weise der Moderation und nonverbalen Kommunikation seitens der Klassenlehrerin deutlich gelenkt. Eine Mitnahme der Lehrerin durch ein vorbereitendes Gespräch meinerseits hätte eine partizipative Entscheidungsfindung teilnehmender Kinder voraussichtlich ermöglicht bzw. ihre

Übernahme von Entscheidungsmacht durch direkte Fragen und Kommentierungen in dieser Situation und damit entstandene Scheinpartizipation der Kinder verhindert.

Zusammenfassung: Partizipative Gesundheitsforschung ist in lokale Strukturen und soziale Systeme eingebettet, was ihre Relevanz und ihren Einfluss auf die Gemeinschaften, in denen sie durchgeführt wird, erhöht jedoch auch Konfliktpotenzial bietet. Vor der Durchführung partizipativer Forschungsprojekte sollten berufliche Wissenschaftler:innen sowohl mögliche Forschende aus Erfahrung als auch hemmende und fördernde Gatekeeper identifizieren und deren möglichen Einfluss auf das Forschungsprojekt eruieren. Dies sollte zudem ein kontinuierlicher Prozess der Reflexion und Anpassung sein, um sicherzustellen, dass das Projekt auf die sich verändernden Bedürfnisse und Umstände von Teilnehmenden reagieren kann. Offene und wertschätzende Kommunikation als Kernelement der partizipativen Gesundheitsforschung sollte darauf abzielen, das gegenseitige Verständnis verschiedener Beteiligter zu stärken und (teilweise) Ein- und Ausschlüsse als gemeinsame Ressource für die Forschung anstatt als Barriere wahrzunehmen.

Ressourcen und Erwartungen

HLL: Jede:r der in meinem Projekt Beteiligten verfügte über unterschiedliche Ressourcen, die verhandelt werden mussten und teilweise zu Konflikten führten. Exemplarisch greife ich hier die Ressource „Zeit“ heraus, die zwischen den wissenschaftlichen und lebensweltlichen Forschenden sehr ungleich verteilt war und vor allem in den ersten Projektwochen mehrfach adressiert wurde. Als berufliche Wissenschaftlerin konnte ich mich während der etwa neunmonatigen Feldforschung in Sierra Leone auf die Zusammenarbeit in den Dörfern konzentrieren und hatte darüber hinaus die Möglichkeit, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen. Gleichzeitig verspürte ich Druck, dass ich während dieser Zeit forschungsrelevante Ergebnisse für meine Dissertation ‚produzieren‘ musste und initiierte deshalb stetig neue Projekttreffen.

Während mein zeitlicher Einsatz als Interesse geschätzt wurde, wie die Dorfbewohner:innen mehrfach bemerkten, ließ der Alltag mit viel manueller, zeitintensiver Arbeit ihnen wenig Freizeit zu. Dass die Teilnahme an den Projektaktivitäten in Form einer Mahlzeit oder durch Geld kompensiert werden müsse,

um Verdienstauffälle auszugleichen, war daher eine Bedingung der Teilnehmenden, der ich nachkam. Im Gegenzug äußerte ich die Erwartung, dass sich die Dorfbewohner:innen an von ihnen festgelegten Zeitpunkten und Treffpunkten einfanden und für die Dauer der Aktivitäten (jeweils etwa zwei Stunden) dabei blieben. Häufig begannen diese Aktivitäten jedoch mit deutlicher Verspätung und viel Fluktuation während der Treffen. Die Zeitknappheit der Teilnehmenden und ihre daraus bedingte An- und Abwesenheit beeinflusste maßgeblich die gemeinsame Projektarbeit und verdeutlicht die Wichtigkeit, asymmetrische Bedingungen, deren Bedeutung für die Zusammenarbeit und Konfliktpotenziale in partizipativen Projekten zwischen Wissenschaft und Lebenswelt anzuerkennen und zu adressieren. Gieryn (1983) führte den Begriff der „Grenzarbeit“ an, also die Analyse und Verhandlung von Barrieren in kollaborativen Prozessen, die entweder gemeinsam durch alle Projektpartner:innen oder nur einen Teil erlebt werden. Brandner et al. (2022) stellen heraus, dass die zu verhandelnden Grenzen jedoch nicht als unverrückbar angesehen werden sollten, sondern als „hybride Sphären multipler, aber geteilter Identitäten [...], die durch wechselseitigen Austausch und verschiedene Formen des Miteinanders ständig weiterentwickelt und erneuert werden“ (2022, S. 176). So war für mich Grenzarbeit unter anderem ein Gespräch mit einem der Dorfältesten, an den ich mich frustriert nach einem Treffen wandte, welches, trotz kurzfristiger Absprachen, aufgrund einer Beerdigung vorzeitig beendet werden musste. Er erklärte mir geduldig die Unvorhersehbarkeit von Ereignissen (z. B. Bestattungen, die in islamisch geprägten Kontexten innerhalb von 24 Stunden nach einem Todesfall erfolgen müssen) und die Wichtigkeit der Teilnahme an rituellen Ereignissen für den sozialen Zusammenhalt der dörflichen Gemeinschaft. Er signalisierte mir die grundsätzliche Bereitschaft der Dorfgemeinschaft, sich in den Forschungsprozess einzubringen, jedoch nur, wenn dieser nicht mit anderen als höher priorisierten Aktivitäten konkurrierte. Ich hatte in diesem Gespräch auch die Möglichkeit, meine Perspektive darzustellen. Das Gespräch führte zu keiner Neuverhandlung des Umgangs miteinander oder konkreten Lösungen zum Umgang mit zeitlicher Knappheit, ich entwickelte jedoch ein größeres Verständnis für die Allokation zeitlicher Ressourcen seitens der Dorfgemeinschaft. Rückblickend denke ich, dass auch umgekehrt eine leichte Grenzverschiebung stattfand, denn mein sierra leonischer Kollege und ich erhielten nicht immer, aber vereinzelt Anrufe im Vorhinein, wenn eine geplante Aktivität verschoben, abgesagt oder gekürzt werden

musste, was es vor dem Gespräch nicht gegeben hatte.

JL: Auch in der Pilotforschung mit Grundschulkindern spielte die Ressource Zeit eine wichtige Rolle. Allerdings zeigte sich dies hier, anders als von HLL beschrieben, nicht so sehr in der täglichen Zusammenarbeit während der Erhebungs- und Auswertungsphase. Sicherlich gab es Rahmenbedingungen, die durch strukturelle Vorgaben zeitliche Grenzen setzten. So waren wir bspw. in den Sitzungen jeweils auf die Länge der Schulstunden (inkl. Pause) begrenzt. Dies nahm ich jedoch weniger als Problem, sondern mitunter sogar als positiv wahr. Einen deutlicheren Einfluss auf den Forschungsprozess sah ich durch übliche äußere Bedingungen von Forschungsprojekten gegeben. In den Gesundheitswissenschaften sind beruflich forschende Wissenschaftler:innen in der Regel auf Gelder durch Drittmittelgeber angewiesen. Für einen entsprechenden Antrag ist ein unterschiedlich strikter Forschungsplan aufzustellen, der mitunter dem partizipativen Anspruch entgegensteht. Die Pilotforschung wurde über ein Stipendium für ein Jahr finanziert. Für die Bewerbung waren Fragestellung, methodisches Vorgehen und Forschungsziele zu formulieren. Inbegriffen waren notwendige wissenschaftliche Arbeiten wie Kontaktaufnahme, Erstellung von Informationen und Einwilligungserklärungen (auch für Kinder), Vorstellung des Vorhabens, eigene Datenanalysen und Berichte. Damit stellt sich die Frage: Wie partizipativ kann ein Projekt erfolgen, wenn durch vorab zu formulierende Forschungsanträge der Raum für Fragestellung, Methodik, Zeit etc. derart eng definiert und festgelegt ist?

In der Pilotforschung wurde diesem Dilemma mit offener Kommunikation begegnet. So übernahmen forschende Kinder in einigen Forschungsphasen unter Erläuterung ihrerseits die Forschung, während sie in anderen Phasen (bspw. der Formulierung der Forschungsfrage oder dem ersten methodischen Schritt) - nach Begründung meinerseits - lediglich eine Entscheidung für oder gegen eine weitere Zusammenarbeit treffen konnten. Sitter (2019) plädiert gegen eine Negierung von generationalen Differenzen, sondern für eine „intergenerationale Nachsicht“. Durch den jeweiligen Status entstehende Aufgaben und Verantwortungen sollten anerkannt und wertgeschätzt werden, sodass im kollaborativen Dialog ein gemeinsames Verständnis erzielt und beidseitig übertriebenen Erwartungen begegnet werden kann. Diese Haltung führte dazu, dass das Anliegen der forschenden Kinder zu Beginn der Pilotforschung

vermutlich war, mit einer Digitalkamera Fotos machen zu dürfen und ggf. auch klassischen Schulunterricht zu verpassen. Im weiteren Verlauf entwickelte sich jedoch das Anliegen, Ergebnisse zu erarbeiten, diese zu nutzen um z. B. Eltern und Freunde zu informieren und so dem näheren sozialen Umfeld zu besserem Schlafen zu verhelfen. Gerade jene forschenden Kinder, die sich intensiv einbrachten, wirkten entsprechend enttäuscht, als deutlich wurde, dass im Klassenrat gegen eine große Abschlusspräsentation gestimmt wurde. Durch offene Kommunikation und Flexibilität konnte ein gemeinsamer Weg gefunden werden. Dennoch zeigt sich wiederholt die Bedeutung der ehrlichen Kommunikation von Vorgaben, Möglichkeiten und Erwartungen aller Teilnehmenden im Forschungsprozess.

Ein weiterer von HLL angemerkt Aspekt ist die Bezahlung der partizipativ Forschenden. Im Rahmen der Pilotforschung standen finanzielle Mittel ausschließlich als Ermöglichung der Arbeitszeit für mich als Wissenschaftlerin zur Verfügung. In Diskussionen über partizipative Forschungen wird häufig gefordert, dass die Bezahlung von Expert:innen aus Erfahrung obligatorisch sei (Black et al., 2013) und eine Angleichung der Position bewirke. Dies war mir nicht möglich. Retrospektiv denke ich, es sollte kritisch reflektiert werden, ob Bezahlungen notwendig sind bspw. um Teilhabe überhaupt zu ermöglichen, Anerkennung auszudrücken oder einen Anreiz zum Forschungseinstieg zu geben. Oder ob sie im Gegensatz dazu Machtdifferenzen mitunter sogar verstärken könnte. Denn wer bezahlt wen wofür? Für partizipative Forschungen ist es bedeutsam, dass alle partizipativ Forschenden einen eigenen Gewinn erkennen (vgl. „benefit“ Graham et al., 2015) und Veränderungen angestoßen werden (PartNet, 2022).

Zusammenfassung: Erwartungen an Partizipative Gesundheitsforschung können sich zwischen den Beteiligten unterscheiden und sich im Laufe des Forschungsprozesses ändern. Besonderer Reflexion bedarf es, dass eigene Erwartungen sowie Erwartungszuschreibungen an andere Beteiligte nicht deckungsgleich sein müssen und deren Nichterfüllung zu Frustration führen können. Ebenso sind einige zur Verfügung stehende Ressourcen vorgegeben. Die Entscheidung der Beteiligten, die ihnen verfügbaren Ressourcen (z. B. Zeit, Geld, Wissen, Macht, Beziehungen) für die Partizipative Gesundheitsforschung zu nutzen, steht immer in Beziehung zu anderen Einflüssen/Zwängen und ist daher Änderungen unterlegen. Offene Kommunikation über Ressourcen

und Erwartungen mit dem Ziel eines gegenseitigen Verständnisses ist demnach wichtiger Bestandteil der Beziehungsarbeit in partizipativen Gesundheitsforschungen.

Rollen der beruflichen Wissenschaftler:innen

HLL: Meine Rolle im Forschungsprozess zu reflektieren, hat mir an verschiedenen Stellen geholfen, meine Einflüsse auf Prozesse und die Wissensproduktion zu erkennen und zu adressieren. Als ‚Weiße‘, die in einer westlichen Kultur aufgezogen und ausgebildet wurde, mit einem sozioökonomischen Status, der weit über dem der lebensweltlich Forschenden lag, und in einem Land, das eine (Post-)Kolonialgeschichte hat und bis heute Empfänger von Geldern und Förderungen und damit einhergehenden Machtstrukturen aus der westlichen Welt ist, konnte meine soziale Identität kaum unterschiedlicher sein als die der Teilnehmenden. Allein die Tatsache, dass ich für das Forschungsprojekt für einen langen Zeitraum nach Sierra Leone reisen und diesen Aufenthalt wissenschaftlich und für meine Karriere verwerten konnte, verdeutlicht ein Privileg, das die Mehrheit der anderen Beteiligten nie haben wird. Ich führte während der Feldphase ein Forschungstagebuch, in dem ich kontinuierlich meine Rolle und sozialen Identitäten in Interaktionen mit den Teilnehmenden notierte und reflektierte. Ich greife an dieser Stelle meine westlich geprägte Bildung und deren Konflikt mit anderen Formen der Wissensproduktion und -vermittlung und deren Bedeutung für das Forschungsprojekt heraus. Wissens- und Erkenntnisssysteme sind nie universal und neutral, sondern standortgebunden und Teil lokaler diskursiver Praktiken. Dazu gehört unter anderem, wie Wissen erhoben, analysiert, interpretiert, be- und verwertet wird. Aufgrund vorheriger Aufenthalte in Sierra Leone waren mir eine niedrige Alphabetisierungsrate und ein Fokus auf orale Kommunikation und narrative Formen der Wissensvermittlung bekannt und ich berücksichtigte dies zum Beispiel durch die Nutzung von partizipativem Theater. Gleichzeitig war ich durch meine Ausbildung in der Nutzung von sozialwissenschaftlichen Methoden wie Befragungen, Fokusgruppen und Interviews geprägt und war mir der ‚Aufgabe‘ an mich als Doktorandin bewusst, durch die Forschung etwas Schriftliches und somit Greifbares zu produzieren. Meine Befragung mit standardisierten Skalen-Items, die zwar mündlich durchgeführt wurde, aber (von mir unhinterfragt) nach westlichen Standards konzipiert war, führte bspw. zu Unzufriedenheit und Verwirrung seitens der lebensweltlich Forschenden, die

unter anderem die numerischen Antwortformate als unzureichend differenzierend empfanden. Ich realisierte erst im Verlauf des Projekts, wie sehr auch methodische Prozesse und dahinterliegende Annahmen durch westlichen Denktraditionen geprägt sind (siehe Luetke Lanfer et al., 2021). Dies soll nicht heißen, dass etablierte Methoden der Datenerhebung in nicht-westlichen Kontexten nicht angewandt werden können, doch sie bedürfen einer Adaption und sollten in partizipativen, kulturübergreifenden Projekten – stärker als ich es tat – mit den anderen Forschenden diskutiert werden.

JL: Viele Forschungen in den Gesundheitswissenschaften sind gekennzeichnet von ethischen Überlegungen. In Partizipativen Forschungen mit Kindern werden übliche Fragen der Machtverteilung durch den Umgang mit generationalen Differenzen verschärft (Sitter, 2019). Auch die Pilotstudie war geprägt von diesbezüglichen Entscheidungen. Mit verschiedenen Maßnahmen bemühte ich mich darum, eine Zusammenarbeit auf ‚Augenhöhe‘ zu erreichen. So wurden bspw. a) neben der Einwilligung der Eltern auch jene der Kinder eingeholt, b) Informationsmaterialien in einer Vorstudie auf Verständlichkeit pilotiert, c) die Anwesenheit Erwachsener in Gesprächsgruppen reduziert, d) die Kompetenz der forschenden Kinder herausgestellt.

Durch die Wahl des Erhebungsortes in der Schule ist zusätzlich zu reflektieren, dass die Kinder dort die Rolle der Schüler:innen gewohnt sind. In der Literatur gibt es zum Teil kritische Stimmen zu Schulen als Orte für Partizipation (Hart, 1992), u. a. da Schüler:innen dort hierarchische Strukturen und rhetorische Fragen erleben oder Sorge vor Leistungsbewertungen haben (Schultheis, 2019; Wöhler, 2017). Auch wenn anerkannt wird, dass sich demokratisierende Beteiligungsmöglichkeiten steigern, sei für Schüler:innen die Erarbeitung und Vertretung eigener Ideen in dieser Rolle eher ungeübt. Insofern versuchte ich zur Vertrauensbildung, aber auch Aktivierung, einen Mittelweg zwischen Übernahme bekannter Strukturen (z. B. Stuhlkreis, Räumlichkeiten) und erfahrbarer Trennung von Schulregeln (z. B. Ansprache mit selbstgewählten Pseudonymen, Bewegung im Raum) zu wählen.

All diese Bestrebungen hatten letztlich das Ziel, trotz üblicher Rollenunterschiede eine gute Vertrauensbasis zur gleichberechtigten Zusammenarbeit herzustellen. Umso deutlicher wurde mir ein Rollenkonflikt, in welchem meine angestrebte Rolle als partizipativ

Forschende mit an mich herangetragenem Rollenerwartungen einer erwachsenen Aufsichtsperson konfrontiert wurde. In dieser Situation forderten forschende Kinder während eines Streits deutlich mein Einschreiten. Im Sinne der Fürsorgepflicht kam ich dieser Erwartung nach, als der Streit mit beginnenden Handgreiflichkeiten zu eskalieren drohte. Trotz des Wissens, dass ich in dem Moment Machtdifferenzen vergrößerte, hatte ich auch im Anschluss das Gefühl, dass eine Weigerung der Rollenübernahme einem verantwortungsvollen Umgang mit potentiell zur Verfügung stehender Macht entgegensteht und dem weiteren partizipativen Forschungsprozess hinderlich gewesen wäre.

Zusammenfassung: Partizipative Gesundheitsforschung hat das Ziel, auf Augenhöhe zu arbeiten und Forschenden aus Erfahrung Teilhabe in allen Bereichen der Forschung zu ermöglichen. Dies ist vor allem in Settings mit strukturell verankerten Asymmetrien und stark divergierenden sozialen Identitäten zwischen beruflich und lebensweltlich Forschenden, jedoch nie ganz möglich. Dies anzuerkennen, die Position und Macht der beruflichen Wissenschaftler:innen im sozialen Gefüge und im Forschungsprozess zu reflektieren und offen dafür zu sein, Gelerntes zu ver- oder umzulernen, ist essenziell, um Repräsentation und Mitsprache zu ermöglichen.

Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen zwischen den Forschenden sollten Gegenstand kontinuierlicher Reflexion sein. Wahrgenommene Rollenkonflikte sollten, bspw. in Form einer Supervision, angesprochen und ihre Auswirkungen einer (Nicht-)Annahme der jeweiligen Rolle auf den Forschungsprozess diskutiert werden, um bewusste Entscheidungen treffen und diese den anderen Forschenden kommunizieren zu können.

5 Diskussion

Partizipative Gesundheitsforschung markiert einen Wandel in der Forschungspraxis, denn sie hat den Anspruch, Machtgefälle in der Wissensproduktion zu verändern und diejenigen, die von gesundheitsrelevanter Forschung und Interventionen profitieren würden, in sie einzubinden (ICPHR, 2022; PartNet, 2022). Die (Um-)Verteilung von Macht durch Partizipation ist jedoch komplex und vielschichtig. Auf der einen Seite können Machtstrukturen aufgrund bestehender sozioökonomischer Unterschiede zwischen den Beteiligten und soziokulturellen Normen nie ganz ausgeräumt werden. Auf der anderen Seite geht

Macht mit der Verantwortung einher, Ressourcen fair zu verteilen, Entscheidungsbefugnisse zu nutzen oder durch den Ein- und Ausschluss bestimmter Personengruppen geschützte Räume für partizipative Forschung zu schaffen. Partizipation in der Gesundheitsforschung hat also einen hohen Anspruch, der mit einigen Herausforderungen einhergeht und tiefgehende Überlegungen zu deren Umsetzung notwendig macht. Das beinhaltet kritische Auseinandersetzungen mit Teilhabe an Planung und Durchführung von Forschungsprozessen durch jene, die eingebunden werden sollen sowie mitunter auch einen zeitweisen Ausschluss von anderen Teilnehmenden (Jacquez et al., 2013; Larsson et al., 2018; Rosenbrock, 2010; Wright et al., 2010). Erforderlich ist zudem die Beschäftigung damit, welche Ressourcen und Erwartungen die unterschiedlichen im Forschungsprozess involvierten Gruppen haben und wie diese die Zusammenarbeit dynamisch beeinflussen (Castleden et al., 2012; Koster et al., 2012). Seitens der beruflichen Wissenschaftler:innen, die traditionell Kontrolle, Entscheidungsmacht und Deutungshoheit in Forschungsprojekten ausüben, erfordert sie Reflexion über ihre Rolle in der Kollaboration mit Forschenden aus Erfahrung (Fasching & Biewer, 2014). Reflexion sollte in der partizipativen Gesundheitsforschung also als ein Zyklus verstanden werden, der es ermöglicht, Konflikte und Ungleichheiten sichtbar zu machen und Strategien zu ihrer Überwindung zu entwickeln (Tanzer & Fasching, 2022; von Unger, 2022).

Während sich die Partizipative Gesundheitsforschung für viele Forschungsthemen eignet (und sie bereichern würde) und zunehmend in Anträgen gefordert ist, sind allgemeingültige Empfehlungen für Partizipative Gesundheitsforschung kaum möglich, da theoretische Hintergründe und Anwendungsbereiche sehr unterschiedlich sind (von Unger, 2014). Auch unsere persönlichen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Umsetzung und Organisation von partizipativen Projekten Dilemmata, Konflikte und Reproduktionspotenzial für bestehende Ungleichheiten mit sich bringen kann. Die hier dargestellten Fallbeispiele zeigen, dass Partizipative Gesundheitsforschung immer kontextabhängig ist (ICPHR, 2013). Dennoch scheinen unterschiedliche, situationsbezogene Herausforderungen zu ähnlichen Überbegriffen zusammengefasst und systematisiert werden zu können. Mithilfe der sehr unterschiedlichen Fallbeispiele haben wir versucht, einen Eindruck von der Umsetzung von PGF sowie praxisnahen Problemen und Gelungenem aus unserer Perspektive – zwei beruflichen Wissenschaftler:innen –

zu geben. Unvorhersehbarkeiten, Konflikte und Asymmetrien werden stets ein Teil von partizipativer Gesundheitsforschung sein, die sich durch fortlaufende Reflexion nicht ausräumen, jedoch besser verstehen und adressieren lassen. Zuletzt ist eine reflexive Haltung nicht nur aus ethischer, sondern auch epistemologischer Sicht bedeutsam, denn sie verbessert Gesundheitsforschung und die Entwicklung nachhaltiger Ergebnisse.

Fazit

Zusammengefasst öffnet Partizipative Gesundheitsforschung Forschungsprozesse und die Produktion von Wissen für diejenigen, denen sie dienen soll und schafft somit Räume für Veränderungen. Dies setzt kontinuierliche, offene und zuweilen unangenehme Auseinandersetzungen und Reflexionen über Ressourcen und Privilegien, Erwartungen, soziale Identitäten und als normativ empfundenenes Wissen voraus, sodass (wahrgenommene) Unterschiede zwischen Gruppen von Beteiligten artikuliert und besprochen werden können. Eine kontinuierliche und umfassende Reflexion des Forschungsprozesses, wie in den Fallbeispielen angedeutet, ist somit ein Qualitätsmerkmal Partizipativer Gesundheitsforschung, welches nicht nur die Forschung verbessert, sondern bei entsprechender Dokumentation Validität ermöglicht. Auch wenn es gilt, weitere Systematisierungen wie übergreifende Herausforderungen in verschiedenen Prozessen Partizipativer Gesundheitsforschung vorzunehmen, bleiben Vagheit und Unvorhersehbarkeit Teil eines jeden partizipativen Forschungsprozesses, den es als Paradigma und nicht als Methode zu begreifen gilt (ICPHR, 2013).

Literatur

- Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Historical Social Research*, 37(4), 191–222.
- Black, K. Z., Hardy, C. Y., Marco, M. de, Ammerman, A. S., Corbie-Smith, G., Council, B., Ellis, D., Eng, E., Harris, B., Jackson, M., Jean-Baptiste, J., Kearney, W., Legerton, M., Parker, D., Wynn, M. & Lightfoot, A. (2013). Beyond incentives for involvement to compensation for consultants: increasing equity in CBPR approaches. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 7(3), 263–270.
<https://doi.org/10.1353/cpr.2013.0040>

- Brandner, V., Kolb, J. & Gelengec, A. (2022). *Transdisziplinäre Grenzarbeit zwischen hochschulgebundener, schulischer und außerschulischer Bildung – Ein konzeptioneller Beitrag am Fallbeispiel der islamischen Bildung in Österreich*. Innsbruck University Press. <https://doi.org/10.15203/99106-071-0-10>
- Castleden, H., Morgan, V. S. & Lamb, C. (2012). "I spent the first year drinking tea": Exploring Canadian university researchers' perspectives on community-based participatory research involving Indigenous peoples. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 56(2), 160–179. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00432.x>
- Cornwall, A. & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-S)
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. & Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ global health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>
- Emmel, N., Hughes, K., Greenhalgh, J. & Sales, A. (2007). Accessing socially excluded people — Trust and the gatekeeper in the researcher-participant relationship. *Sociological Research Online*, 12(2), 43–55. <https://doi.org/10.5153/sro.1512>
- Fals-Borda, O. (1987). The application of Participatory Action-Research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329–347. <https://doi.org/10.1177/026858098700200401>
- Fasching, H. & Biewer, G. (2014). Wissenskonstruktionen mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in der Bildungswissenschaft. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 4(3), 289–302. <https://doi.org/10.1007/s35834-014-0100-1>
- Flanagan, S. M. & Hancock, B. (2010). 'Reaching the hard to reach'—lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study. *BMC health services research*, 10, 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-92>
- Gamsjäger, M. & Wetzelhütter, D. (2020). Zwischen Scheinpartizipation und tatsächlicher Einflussnahme – Die Bedeutung von Partizipation für das Engagement von SchülerInnen. In S. Gerhartz-Reiter & C. Reisenauer (Hrsg.), *Partizipation und Schule* (S. 207–231). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29750-3_12
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Graham, A., Powell, M. A. & Taylor, N. (2015). Ethical Research Involving Children: Encouraging Reflexive Engagement in Research with Children and Young People. *Children & Society*, 29(5), 331–343. <https://doi.org/10.1111/chso.12089>
- Hagey, R. S. (1997). The use and abuse of participatory action research. *Chronic diseases in Canada*, 18(1), 1–4.
- Hall, B. L. (1992). From margins to center? The development and purpose of participatory research. *The American Sociologist*, 23(4), 15–28. <https://doi.org/10.1007/BF02691928>
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: from tokenism to citizenship*. *Innocenti Essays: Bd. 4*. UNICEF, International child development centre.
- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013). *What is Participatory Health Research?* (Positions Papier No. 1 Version: May 2013). Berlin http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_definition_-_version_may_2013.pdf Jacquez, F., Vaughn, L. M. & Wagner, E. (2013). Youth as partners, participants or passive recipients: a review of children and adolescents in community-based participatory research (CBPR). *American journal of community psychology*, 51(1-2), 176–189. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9533->
- Koster, R., Baccar, K., & Lemelin, R. H. (2012). Moving from research ON, to research WITH and FOR Indigenous communities: A critical reflection on community-based participatory research. *The Canadian Geographer / Le Géographe Canadien*, 56(2), 195–210. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00428.x>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2018). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (S. 1–10). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_14-1
- Larsson, I., Staland-Nyman, C., Svedberg, P., Nygren, J. M. & Carlsson, I.-M. (2018). Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review. *BMC health services research*, 18(1), Artikel 507. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3219-2>
- Lenette, C., Stavropoulou, N., Nunn, C. A., Kong, S. T., Cook, T., Coddington, K. & Banks, S. (2019). Brushed under the carpet: Examining the complexities of participatory research. *Research for All*, 3(2), 161–179.
<https://doi.org/10.18546/RFA.03.2.04>
- Luetke Lanfer, H., Reifegerste, D. & Kargbo, S. I. (2021). Collecting quantitative experimental data from a non-WEIRD population: challenges and practical recommendations from a field experiment in rural Sierra Leone. *BMC research notes*, 14(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05828-w>
- Luhmann, N. (1998). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp.
- Marmot, M. G. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3x), S9-S23.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0070>
- Muhammad, M., Wallerstein, N., Sussman, A. L., Avila, M., Belone, L. & Duran, B. (2015). Reflections on Researcher Identity and Power: The Impact of Positionality on Community Based Participatory Research (CBPR) Processes and Outcomes. *Critical sociology*, 41(7-8), 1045–1063.
<https://doi.org/10.1177/0896920513516025>
- Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung. (2022). *PartNet Definition - Partizipative Gesundheitsforschung*. <http://partnet-gesundheit.de/ueber-uns/partnet-definition/>
- Rosenbrock, R. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung - um was es geht. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 9–12). Hans Huber.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2012). Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 8–26). Hans Huber.
- Schaefer, I., Kumpers, S. & Cook, T. (2021). „Selten Gehörte“ für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(2), 163–170.
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03269-7>
- Schultheis, K. (2019). Schule und Lernen aus der Perspektive der Kinder. Konzeptuelle und methodische Grundlagen der Pädagogischen Kinderforschung. In F. Hartnack (Hrsg.), *Qualitative Forschung mit Kindern* (S. 49–82). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24564-1_2
- Sitter, M. (2019). Partizipatives Forschen mit Kindern – Ein reflektierter Balanceakt zwischen generationaler Asymmetrie und intergenerationaler Nachsicht. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 44(S3), 103–124. <https://doi.org/10.1007/s11614-019-00381-0>
- Tanzer, L. & Fasching, H. (2022). Einsätze feministischer Erkenntnistheorie für partizipative Forschung im Kontext sozialer Ungleichheit: Anerkennung aus forschungsethischer und epistemologischer Sicht. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 23(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-23.1.3761>
- von Köppen, M. von, Schmidt, K. & Tiefenthaler, S. (2020). Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In S. Hartung, P. Wihofszky & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 21–62). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_2
- von Unger, H. von (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). <https://doi.org/10.17169/FQS-13.1.1781>
- von Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-01290-8>

- von Unger, H. von. (2022). Mehr Teilhabe durch partizipative Forschung: Grundzüge eines Forschungsstils. In G. Wansing, M. Schäfers & S. Köbsell (Hrsg.), *Beiträge zur Teilhabeforschung. Teilhabeforschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes* (S. 305–320). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-38305-3_16
- Wahl, A., Kasberg, A., Netzelmann, T. A. & Krämer, U. (2021). *PartNet-Diskussionspapier: Beteiligte an Partizipativer Gesundheitsforschung* (PartNet Perspektiven. 1/21). <https://doi.org/10.17883/2434>
- Wihofszky, P., Hartung, S., Allweiss, T., Bradna, M., Brandes, S., Gebhardt, B. & Layh, S. (2020). Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene. In S. Hartung, P. Wihofszky & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 85–141). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_4
- Wöhler, V. (2017). „Und wieso ist das Wissenschaft?“. In V. Wöhler, D. Arztmann, T. Wintersteller, D. Harrasser & K. Schneider (Hrsg.), *Partizipative Aktionsforschung mit Kindern und Jugendlichen* (S. 85–98). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-13781-6_5
- Wöhler, V., Arztmann, D., Wintersteller, T., Harrasser, D. & Schneider, K. (Hrsg.). (2017). *Partizipative Aktionsforschung mit Kindern und Jugendlichen*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-13781-6>
- Wright, M. T. (2015). What is Participatory Health Research? A Position Paper of the International Collaboration for Participatory Health Research. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_3).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv167.066>
- Wright, M. T. (2021). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0>
- Wright, M. T. & Kongats, K. (Hrsg.). (2018). *Participatory Health Research: Voices from Around the World*. Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8>

Die Rolle journalistischer Medieninformationen in einer Krise am Beispiel der COVID-19-Pandemie. Eine repräsentative Online-Befragung.

Dominik Daube, Georg Ruhrmann & Carolin Wehrstedt

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Zusammenfassung

In einer Krise, wie der COVID-19-Pandemie, ist die Verbreitung aktueller Ereignisse und evidenzbasierter Maßnahmen essenziell. Diese müssen zügig und korrekt kommuniziert werden, gerade journalistische Massenmedien haben dabei eine Schlüsselrolle. Es ist daher wichtig zu verstehen, wie sich die Bevölkerung informiert und wie einzelne Informationsanbieter bewertet werden. Bisher wurden genutzte Informationsquellen häufig isoliert betrachtet. Der Einfluss von wahrgenommener Glaubwürdigkeit und Qualität der Informationsanbieter auf die Bereitschaft, pandemiebezogene Maßnahmen umzusetzen, wurde kaum analysiert. Die vorliegende Studie untersucht das Informationsverhalten in der Pandemie – unter Berücksichtigung journalistischer Medienformate – und inwiefern die Anbieterbewertung die Maßnahmenakzeptanz beeinflussen könnte. Eine repräsentative Online-Befragung (N = 608) Anfang 2022 zeigt, dass journalistisch vermittelte Informationen mit Abstand häufigste und knapp hinter der Wissenschaft wichtigste Informationsquelle in der Pandemie sind, wenngleich die Qualität journalistischer Informationen nur knapp überdurchschnittlich eingeschätzt wird. Informationen von Politiker:innen werden qualitativ schlechter eingeschätzt. Gleichzeitig zeigt sich nur für die durch Politiker:innen kommunizierten Informationen ein signifikanter Zusammenhang zur affektiven Pandemiebewertung, welche mit der Bereitschaft, pandemiebezogene Maßnahmen umzusetzen, zusammenhängen könnte.

Keywords: COVID-19, Journalismus, Politik, Informationsverhalten, Befragung

Summary

In a crisis such as the COVID-19 pandemic, dissemination of current events and evidence-based interventions is essential. Measures must be communicated quickly and correctly, and journalistic mass media play a key role in this. Thus, it is important to understand how the population obtains information and how individual information providers are evaluated. So far, information sources have often been considered in isolation, and the influence of perceived credibility and quality of information providers on the willingness to implement pandemic-related measures has hardly been investigated. Therefore, this study examines information behavior during the pandemic – taking into account journalistic media formats – and to what extent provider ratings might influence measure acceptance. A representative online survey (N = 608) at the beginning of 2022 shows that information provided by journalists is by far the most common source of information on the pandemic, just behind science, although the quality of journalistic information was rated only slightly above average. Information from politics was rated lower in quality. At the same time, only the information communicated by politicians shows a significant correlation with the affective pandemic assessment, which could be related to the willingness to implement pandemic-related measures.

Keywords: COVID-19, journalism, politics, information behavior, online survey

1 Informationen während Krisen

In Krisenzeiten wie der Corona-Pandemie ist (öffentliche) Kommunikation essenziell: Es gibt vielzählige Informationen aus diversen Quellen, Wissenschaftler:innen kommunizieren neue Forschungsergebnisse, Politiker:innen müssen (häufig kurzfristig) über pandemiebezogene Präventionsmaßnahmen entscheiden (z. B. zu Kontaktreduktion und Impfungen, Hände waschen, Maske tragen, Lüften u. a.). Diese Maßnahmen müssen zügig und trotzdem korrekt und nachvollziehbar kommuniziert werden. Geeignet sind hier vor allem journalistische Massenmedien. Deren Hauptaufgabe ist es, die Bevölkerung aufzuklären und zu informieren (Bundeszentrale für politische Bildung, 2016; Mark et al., 2020). Journalist:innen haben folglich eine zentrale Aufgabe und Verantwortung in der krisenbezogenen Kommunikation: Wissenschaftliche Erkenntnisse und politische Maßnahmen müssen für die Gesamtbevölkerung selektiert (Gatekeeping), laienverständlich aufbereitet und vermittelt werden. In (Gesundheits-)Krisen wirkt meist Journalismus als Gatekeeper (Engelmann, 2016) und Multiplikator der politischen und wissenschaftlichen Informationen (Garfin et al., 2020; Soroya et al., 2021).

Dies ist auch historisch zu beobachten. Bereits bei der *Spanischen Grippe* von 1918 bis 1920 wurden journalistisch aufbereitete Informationen an die Bevölkerung kommuniziert, nicht zuletzt spielte auch bei der Namensgebung als „*Spanische Grippe*“ (die gar nicht aus Spanien stammt) der Journalismus (aber auch fiktive Darstellungen wie Romane u. a.) eine tragende Rolle (Kohlhöfer, 2021; Salfellner, 2020; Spinney, 2021). Ein weiteres aktuelleres Beispiel ist der SARS-Ausbruch 2003, bei dem ebenfalls der Journalismus (naheliegender) wichtigste Informationsquelle für die Bevölkerung war (Brug et al., 2004; Kohlhöfer, 2021). Dabei ist die Rolle des Journalismus in vergangenen Krisen durchaus ambivalent, bspw. wenn Journalist:innen bzw. die Medienlandschaft politisch kontrolliert und zensiert oder Inhalte nicht korrekt vermittelt wurden (Reifegerste & Wagner, 2021). Nichtsdestotrotz kommt dem Journalismus in demokratischen Strukturen eine zentrale Rolle zu und er prägt den Diskurs als kritische Stimme, um politische und strukturelle Präventionsmaßnahmen erfolgreich anzustoßen (Reifegerste & Wagner, 2021).

Der Journalismus scheint auch im Zeitalter der Digitalisierung mit einem wesentlich diversifizierten Informationsangebot – v. a. gekennzeichnet durch einen nie-

derschweligen Zugang zu diversen (journalistischen und nicht-journalistischen) Online-Angeboten (inkl. Social Media, Messengerdienste) – eine tragende Rolle einzunehmen. Und er bleibt auch weiterhin in Krisenzeiten, die durch allgemeine Unsicherheit gekennzeichnet sind, wichtig für die Verbreitung von Informationen; dies ließ sich auch 2011 beim bakteriell verursachten EHEC-Ausbruch in Deutschland beobachten – hier zeigten sich digitale journalistische Formate als wichtigste bzw. am häufigsten genutzte Informationsquelle (van Velsen et al., 2012). Ähnlich könnte es sich also ab dem Ausbruch der Coronapandemie im Jahr 2020 verhalten (vgl. Metcalfe et al., 2020).

Das Informationsverhalten der Bevölkerung ist in einer Pandemie von zentraler Bedeutung, wenn öffentliche Kommunikationsmaßnahmen und -strategien konzipiert werden müssen (Expert:innenrat der Bundesregierung, 2022a). Aktuelle Empfehlungen verdeutlichen die andauernde Relevanz (Expert:innenrat der Bundesregierung, 2022b; Hacker, 2021).

Dabei können Gesundheitsinformationen im Kern aktiv und intendiert und/oder passiv rezipiert werden (Longo, 2005).

Dieses Medienkonsumverhalten wird klassisch als *Seeking* (aktiv) und *Scanning* (passiv) bezeichnet (Lewis, 2017). Vor allem beim *Seeking* nutzen gesundheitsbewusste Menschen persönliche Kontakte, um Informationen zu beschaffen, während beim passiven Rezipieren (*Scanning*) tendenziell eher weniger gesundheitsbewusste Menschen Inhalte über die traditionellen Massenmedien zufällig aufnehmen (Dutta-Bergman, 2004). Die wichtigste primäre Quelle für Gesundheitsinformationen sind Ärzt:innen und medizinisches Personal (Baumann et al., 2020). Neben den traditionellen journalistischen Massenmedien, Fachliteratur und zahlreichen digitalen (oder digitalisierten) Angeboten (bspw. Online-Foren oder Gesundheitsportale) spielt auch das (engere) persönliche soziale Netzwerk als Informationsquelle eine (wenn auch geringere) Rolle, also Familienmitglieder und Freund:innen oder Kolleg:innen (ebd.). Besonders in Krisenzeiten, wenn vielzählige Informationen kommuniziert werden, kann das persönliche soziale Netzwerk dabei unterstützen, diese Informationen (als Gatekeeper:innen) zu selektieren und einzuordnen (Wagner & Reifegerste, 2023). Gerade zu ärztlichem Personal war der Zugang pandemiebedingt jedoch eingeschränkt, was eine Neuordnung der Informationsquellen im Pandemiekontext nahelegt. Pandemiebezo-

gene Studien zeigten hier wider Erwarten, dass Familie/Freund:innen eher keine favorisierte Informationsquelle zu sein scheinen (Soroya et al., 2021), wobei es hier widersprüchliche Befunde gibt (Fridman et al., 2020, Wagner & Reifegerste, 2023).

Ob eine Information angenommen wird und das eigene gesundheitsbezogene Verhalten beeinflussen kann, hängt u. a. gerade in Krisenzeiten maßgeblich von der wahrgenommenen Glaubwürdigkeit und Qualität der Information ab (Bults et al., 2015; Gehrau et al., 2021; Kumkale et al., 2010). Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal erhalten tendenziell starke Vertrauenswerte für Gesundheitsinformationen, während Internet-Quellen schlechter (wenig Vertrauen) abschneiden. Familie und Freund:innen/Kolleg:innen erhalten mittlere Vertrauenswerte und sind somit als relevante Quelle anzusehen (Baumann et al., 2020). Befunde deuten darauf hin, dass Informationen aus Politik (Regierung) sehr vertrauenswürdig eingeschätzt werden und ein höheres wahrgenommenes Vertrauen mit einer höheren Bereitschaft zur Umsetzung der pandemiebezogenen Präventionsmaßnahmen einhergeht (Fridman et al., 2020). Gleichzeitig wurden in dieser Studie die Informationsanbietenden nicht weiter differenziert, bspw. wurden wissenschaftliche Akteur:innen nicht separat eingeschätzt. Unter Informationsanbietenden werden hier Akteur:innen verstanden, die über eine oder mehrere Quellen (multi)medial kommunizieren (z. B. Wissenschaftler:innen, Politiker:innen, Journalist:innen). Inwiefern allerdings diese wahrgenommene Glaubwürdigkeit und Qualität einzelner Informationsanbietenden einen Einfluss auf die affektive Bewertung einer Krisensituation hat, wurde bisher kaum untersucht. Diese Lücke soll in der vorliegenden Studie adressiert werden. Denn die affektive Bewertung der Pandemie (emotionale Einschätzung, z. B. Furcht) ist ein relevanter Prädiktor für Verhalten (bzw. eine Verhaltensintention) (z. B. Lawton et al., 2009). Dies scheint gerade im Kontext der pandemiebezogenen Präventionsmaßnahmen besonders bedeutsam zu sein (Clemens et al., 2021). So lässt sich überprüfen, Informationen welcher Anbietenden besonders einflussreich und somit wichtig in der pandemiebezogenen öffentlichen Kommunikation sind.

Um das pandemiebezogene Informationsverhalten unter besonderer Berücksichtigung journalistischer Informationsangebote besser zu erkennen sowie das Zusammenspiel aus Informationsqualität/-glaubwürdigkeit und affektiver Bewertung der Pandemie zu betrachten, werden folgende Forschungsfragen (FF) gestellt:

FF1: Wo suchen und rezipieren Bürger:innen in Deutschland Informationen zur Coronapandemie?

FF2: Wie schätzen Bürger:innen in Deutschland die Wichtigkeit und die Informationsqualität unterschiedlicher Informationsanbietender ein?

FF3: Wie sind die Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Informationsqualität/-glaubwürdigkeit und affektiver Bewertung der Pandemie?

2 Methode

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine repräsentative Online-Befragung im Januar und Februar 2022 durchgeführt. Zur allgemeinen Einordnung: In diesem Zeitraum war die Omikron-Welle auf ihrem Höhepunkt und es gab einen erneuten Anstieg von COVID-19-Patient:innen auf den Intensivstationen. Ende Januar 2022 wurden in Deutschland erstmals mehr als 200.000 Neuinfektionen an einem Tag registriert (Mitteldeutscher Rundfunk, 2023). Bundesweite Corona-Einschränkungen, wie die 2G+ Regel für die Gastronomie, bei der ausschließlich vollständig geimpfte oder genesene Personen mit negativem Test gastronomische Einrichtungen besuchen durften, bestanden. Zudem fanden Anfang des Jahres 2022 zahlreiche Corona-Demonstrationen und Proteste statt. Insgesamt war die Umsetzung der Corona-Einschränkungen bundesweit jedoch sehr unterschiedlich – während in einigen Bundesländern Zugangsbeschränkungen in den Geschäften galten und an Homeschooling festgehalten wurde, gab es in anderen Bundesländern bereits erste Lockerungen und Präsenzunterricht in den Schulen (Bundesgesundheitsministerium, 2023).

Fragebogen

Neben soziodemographischen Variablen wurde das pandemiebezogene Informationsverhalten (*Seeking* und *Scanning*) in Anlehnung an die Quellen aus dem Health Information National Trends Survey Germany (Stiftung Gesundheitswissen, 2020) erhoben. Das *Seeking* wurde jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala erhoben (1 – nie genutzt, 5 – sehr häufig genutzt), *Scanning* wurde dichotom (0 – nicht rezipiert, 1 – rezipiert) erhoben – denn eine differenzierte retrospektive Einschätzung beiläufig rezipierter Inhalte ist nur schwer möglich (Ergebnis aus Pretest). *Seeking* wurde für die Analysen dichotomisiert (0 – nie genutzt, 1 – genutzt), wobei die Werte 2 bis 5 als ‚1 – genutzt‘ recodiert wurden. Tabelle 1 im Anhang fasst

die deskriptive Statistik für *Seeking* und *Scanning* zusammen.

Die subjektive Wichtigkeit wurde als weiterer Indikator für das Informationsverhalten erhoben. Hier wurden stellvertretend sechs Informationsanbieter (Journalismus, Politik, Wissenschaft, Freund:innen, Familie, Arbeitskolleg:innen) mittels Rankings erfasst (1 – wichtigste Anbieter, 6 – unwichtigste Anbieter).

Die wahrgenommene Qualität der Informationsanbieter wurde über jeweils 8 Items in Anlehnung an Brosius & Birks (1994) Itembatterie zur Bewertung von Nachrichtenbeiträgen gemessen (7-stufige Likert-Skala, 1 – niedrigste Qualität, 7 – höchste Qualität; für alle Anbieter Cronbachs $\alpha > .90$).

Die affektive Bewertung gegenüber der Pandemie wurde über 15 Items in Anlehnung an Izard (1977, 2013) gemessen (5-stufige Likert-Skala, 1 – positive Einstellung, 5 – negative Einstellung; Cronbachs $\alpha = .88$).

Teilnehmende

Die Teilnehmenden wurden über einen externen Paneldienstleister (respondi) rekrutiert. Mehrere Attention-Checks waren integriert, Fälle mit negativem Attention-Check wurden direkt ausgeschlossen. Neben den durch Attention Checks direkt ausgeschlossenen Fällen wurden bei der Datenaufbereitung Fälle mit einer Bearbeitungszeit < 5 Minuten oder > 30 Minuten sowie ‚Timestamp nicht erfassbar‘ ausgeschlossen. Das finale Sample beträgt $N = 608$ und ist repräsentativ quotiert für die deutsche Bevölkerung zwischen 18 und 75 Jahren für Alter und Geschlecht. Die Altersbegrenzung auf 75 Jahre war durch den Paneldienstleister vorgegeben, da Personen über 75 Jahren aufgrund der digitalen Erreichbarkeit nicht repräsentativ im Panel für Online-Befragungen vertreten sind. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 48.23 Jahre alt ($SD = 15.89$), 50.5 Prozent identifizierten sich als weiblich (49.2 Prozent männlich, 0.3 Prozent divers). 12.3 Prozent der Befragten hatten einen niedrigen Bildungsstand, 3.2 Prozent einen mittleren Bildungsstand und 54.5 Prozent einen hohen Bildungsstand.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Analysen und Ergebnisse entlang der Forschungsfragen vorgestellt.

Informationsquellen (FF1)

Am häufigsten wurden Fernseh-Nachrichten als Quelle genannt, sowohl für *Seeking* ($M = 0.92$, $SD = 0.27$) als auch für *Scanning* ($M = 0.77$, $SD = 0.42$), gefolgt von Familienmitgliedern ($M_{Seeking} = 0.88$, $SD = 0.33$, $M_{Scanning} = 0.67$, $SD = 0.47$). Journalistische Formate sind sehr häufig Informationsquellen, neben traditionellem Fernsehen auch Tages- und Wochenzeitungen (inkl. deren Online-Angeboten, $M_{Seeking} = 0.79$, $SD = 0.41$; $M_{Scanning} = 0.58$, $SD = 0.50$) sowie Radio/Podcasts ($M_{Seeking} = 0.81$, $SD = 0.40$; $M_{Scanning} = 0.58$, $SD = 0.49$) und Fernseh-Talkshows ($M_{Seeking} = 0.71$, $SD = 0.45$; $M_{Scanning} = 0.52$, $SD = 0.50$).

Ebenfalls konsultiert wird ärztliches Personal ($M_{Seeking} = 0.84$, $SD = 0.36$; $M_{Scanning} = 0.47$, $SD = 0.50$), allerdings seltener als die meisten journalistischen Angebote. Neben der Familie spielt das persönliche Umfeld durch Freund:innen ($M_{Seeking} = 0.86$, $SD = 0.35$; $M_{Scanning} = 0.64$, $SD = 0.48$) und Kolleg:innen ($M_{Seeking} = 0.60$, $SD = 0.49$; $M_{Scanning} = 0.45$, $SD = 0.50$) eine wichtige Rolle in der Informationsgenerierung. Social Media ($M_{Seeking} = 0.58$, $SD = 0.49$; $M_{Scanning} = 0.48$, $SD = 0.50$) ist ebenfalls bedeutsam, während weitere spezialisierte Online-Angebote (Lexika, Gesundheitsportale, Foren) tendenziell weniger wichtig sind. Tabelle 1 im Anhang gibt einen ausführlichen Überblick aller genutzten und rezipierten Quellen.

Für alle Quellen gibt es signifikante ($p < .001$) Unterschiede zwischen *Seeking* und *Scanning*, mit mittlerer bis großer Effektstärke. Quellen, die aktiv zur Suche genutzt wurden, werden generell als häufiger genutzt erinnert als passiv rezipierte Quellen (Tabelle 1 im Anhang).

Bei der Wichtigkeit der unterschiedlichen Informationsgebenden wird die Wissenschaft ($M = 1.91$, $SD = 1.32$) am wichtigsten eingeschätzt, gefolgt vom Journalismus ($M = 2.92$, $SD = 1.61$). Persönliches Umfeld und Politik werden im direkten Vergleich als weniger wichtig eingeschätzt (Tabelle 2).

Informationsqualität (FF2)

Nach der Wichtigkeit der Anbieter wurde die Informationsqualität analysiert. Hier landet die Familie ($M = 5.25$, $SD = 1.19$) auf der Spitzenposition, knapp vor der Wissenschaft ($M = 5.21$, $SD = 1.38$). Der Journalismus ($M = 4.63$, $SD = 1.46$) bekommt eine mittlere Qualität zugeschrieben, die geringste Informationsqualität unter den ausgewählten Anbietenden

erhält die Politik ($M = 3.77$, $SD = 1.53$). Tabelle 3 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 2

Übersicht der Wichtigkeit der Informationsgeber:innen in der COVID-19-Pandemie.

Informationsgeber:in	<i>M</i>	<i>SD</i>
Wissenschaft	1.91	1.32
Journalismus	2.92	1.61
Familie	3.54	1.40
Politik	3.83	1.61
Freund:innen	3.97	1.37
Arbeitskolleg:innen	4.83	1.34

Anmerkungen. Ranking von Platz 1 – 6 (1 wichtigste:r Anbieter:in – 6 unwichtigste:r Anbieter:in), Mittelwerte des Rangs, $n = 608$.

Affektive Bewertung (FF3)

Um den Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Informationsqualität und affektiver Pandemiebewertung zu analysieren, wurde eine hierarchische Regression berechnet. Es wurden die $n = 433$ weiterverwendet, die zu sämtlichen sechs Anbietenden Angaben gemacht haben (selektiert über Filterfragen). Danach wurden die Voraussetzungen (lineare Beziehung, studentisierte ausgeschlossene Residuen, Hebelwerte nach Kriterium von Igo (2010), Cook Distanzen), geprüft und Ausreißer entfernt, $n = 28$ Fälle wurden aufgrund der Hebelwerte ausgeschlossen (Cut-off-Wert bei .0416). Final gehen somit $n = 405$ Fälle in die Analyse ein. Die Durbin-Watson-Statistik ergab einen Wert von 1.791, wonach keine Autokorrelation in den Residuen vorlag. Multikollinearität lag nicht vor (alle VIF < 10), die Homoskedastizität der Residuen wurde mittels Streudiagramm getestet und lag vor, ebenso deren Normalverteilung (P-P-Plot).

Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 im Anhang dargestellt. Model 1 berücksichtigt nur soziodemographische Variablen und hat mit einem $R^2 = .10$ (korrigiertes $R^2 = .09$) eine geringe Anpassungsgüte (Cohen, 1988), Model 2 inkludiert die wahrgenommene Qualität der ausgewählten Anbietenden und hat mit einem $R^2 = .18$ (korrigiertes $R^2 = .16$) eine moderate Varianzaufklärung (Cohen, 1988). In beiden Modellen sagen die Prädiktoren die affektive Bewertung jeweils signifikant vorher (Model 1: $F(3, 401) = 14,22$, $p < .001$; Model 2: $F(9, 395) = 9,60$, $p < .001$).

Tabelle 3

Einschätzung der Informationsqualität der unterschiedlichen Anbieter:innen.

Informationsgeber:in	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Familie	5.25	1.19	584
Wissenschaft	5.21	1.38	608
Freund:innen	5.01	1.19	593
Journalismus	4.63	1.46	608
Arbeitskolleg:innen	4.68	1.28	446
Politik	3.77	1.53	608

Anmerkungen. Jeweils über Itematterie (8 Items, Semantisches Differenzial) erhoben, Cronbachs $\alpha > .9$ (Exzellente). Index von 1 (niedrigste Qualität) – 7 (höchste Qualität). $n = 608$, für Familie, Freund:innen und Kolleg:innen geringeres n , da Filterfrage zum allgemeinen Informationsaustausch mit Akteur:innen des sozialen Netzwerks.

In beiden Modellen hängen Alter und Geschlecht mit der affektiven Bewertung zusammen, ein höheres Alter führt zu einer positiveren affektiven Bewertung der Pandemie ($\beta_{\text{Model1}} = -.27$, $\beta_{\text{Model2}} = -.26$), Frauen bewerten die Pandemie emotional negativer als Männer ($\beta_{\text{Model1\&2}} = .10$). Bildung ist kein signifikanter Prädiktor. Bei der subjektiv eingeschätzten Qualität zeigt sich nur Politik als signifikanter Prädiktor ($\beta = -.30$); je höher die Informationsqualität der Politik eingeschätzt wird, umso positiver ist die affektive Bewertung der Pandemie.

4 Diskussion und Ausblick

Die Analysen zeigen, dass journalistisch aufbereitete und vermittelte Informationen wichtigste Quelle in der COVID-19-Pandemie waren. Informationen von Politiker:innen wurden generell als qualitativ schlechter eingeschätzt. Die Ergebnisse werden nachfolgend diskutiert und eingeordnet.

Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen die wichtige Rolle, die der Journalismus während der COVID-19-Pandemie spielt – auch noch zu Beginn des dritten Pandemiejahres im Februar 2022. Die eindeutig als journalistische Formate identifizierten Informationsquellen (Fernseh-Nachrichten, Tages- und Wochenzeitungen, Radio, Fernseh-Talkshows) landeten sowohl bei der aktiven Informationssuche als auch bei der passiven Rezeption auf Spitzenplätzen. Dies birgt gerade beim *Scanning* auch ein Risiko: Rezipierende können sich von der Informationsflut überfordert fühlen, da sie (über Liveticker, klassische Nachrichtenformate usw.) permanent mit Informationen (über)versorgt werden – auch wenn gerade gar kein Informationsbedarf besteht (für eine Übersicht dazu

siehe Bawden & Robinson, 2020). Auch andere Medien könnten journalistische Inhalte enthalten bzw. auf diese verweisen/verlinken (z. B. Auftritte von Nachrichten anbietenden/Zeitungen auf Social Media oder Podcasts mit journalistischer Moderation), dies wurde in dieser Studie allerdings nicht differenziert betrachtet. Nichtsdestotrotz wird deutlich, dass journalistisch aufbereitete Informationen auch in der Digitalisierung unabdingbar sind. Nach der Wissenschaft werden sie als wichtigste Quelle eingeschätzt – noch vor der Politik. Gleichzeitig wird die Qualität des Journalismus durchaus skeptischer gesehen, erhält aber akzeptable Werte.

Weniger gute Werte erhält die Politik, deren Informationsqualität bestenfalls als mittelmäßig bewertet wurde. Dies könnte auch an widersprüchlichen Aussagen von Politiker:innen und Parteien und einem uneinheitlichen Vorgehen bei den Maßnahmen („Flickenteppich“) während der Pandemie liegen; auch wurden einzelne Maßnahmen nicht jederzeit verständlich erklärt, um eine höhere Akzeptanz zu schaffen. Dadurch sind (einige) Maßnahmen ggf. nur schwer nachvollziehbar und Informationen könnten an (eingeschätzter/wahrgenommener) Qualität einbüßen. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die journalistisch aufbereiteten Inhalte häufig auch Statements aus der Politik enthalten, Journalist:innen also wie eingangs beschrieben als Gatekeeper:innen fungieren. An dieser Stelle bleibt die Frage offen, inwiefern Informationen direkt aus der Politik rezipiert werden (bspw. über Social Media oder über ungeschnittene TV-Statements) und somit eine direkte Bewertung politischer Kommunikation stattfindet. Oder, ob die politischen Informationen über den Gatekeeping-Weg journalistisch aufbereitet werden (und die Darstellung der politischen Inhalte dabei potenziell journalistisch beeinflusst werden könnte).

Interessanterweise zeigte die Regressionsanalyse zur Informationsqualität und affektiver Bewertung der Pandemie aber gerade (und für die Informations anbietenden nur) für die Politik einen signifikanten Zusammenhang zu affektiver Bewertung. In der Demokratie werden Entscheidungen zum Infektionsschutz, welche die Gesamtbevölkerung betreffen, nach (verfassungs)rechtlichen Vorgaben im politischen System getroffen. Darüber informieren Journalist:innen vor allem dann, wenn Grundrechte eingeschränkt werden müssen, und zwar abgewogen und verhältnismäßig. Insbesondere wird aktuell informiert, wie sich dabei über legitime Zwecke sowie geeignete, erforderliche und auch angemessene bzw.

zumutbare Maßnahmen gestritten wird (vgl. Luhmann, 1986; Dreier, 2021). Dieser Streit berührt die meisten persönlich, vor allem aber auch beruflich bzw. wirtschaftlich betroffenen Bürger:innen emotional (Ruhmann & Daube, 2021). Eine höhere wahrgenommene politische Informationsqualität ging mit einer positiveren affektiven Bewertung der Pandemie einher. Dies verdeutlicht, wie wichtig politische Informationen und v. a. die Glaubwürdigkeit und wahrgenommene Informationsqualität sind. Befragte, die politische Aussagen als weniger glaub- und vertrauenswürdig einschätzten, bewerteten auch die Pandemie schlechter. Eine negativere affektive Bewertung könnte dazu führen, dass Maßnahmen eher umgesetzt bzw. besser akzeptiert werden, da die Pandemie bzw. das Coronavirus als bedrohlicher wahrgenommen wird. In diesem Fall wären Befragte, die die politische Qualität besser einschätzen, weniger zur Einhaltung der Maßnahmen bereit. Allerdings sollten diese Ergebnisse sehr vorsichtig interpretiert werden, hier wären weitere Studien notwendig. Andere Studien konnten aber ebenfalls Zusammenhänge zwischen politischer Informationsqualität und Handlungsbereitschaft in der Pandemie zeigen (Alamsyah & Zhu, 2022). So müsste (qualitativ) differenziert untersucht werden, was zu einer positiveren oder negativeren Bewertung der Informationsqualität geführt hat und inwiefern hier politische Motive und Einstellungen eine Rolle spielen.

Interessant sind die Ergebnisse zum persönlichen sozialen Netzwerk. Hier treten Familienmitglieder als sehr wichtige Quelle auf, sowohl beim *Seeking* als auch beim *Scanning*. Dies könnte unter anderem durch die Kontaktbeschränkungen erklärt werden, wodurch das direkte soziale Umfeld eine der besser zugänglichen Informationsquellen war. Dies deckt sich allerdings mit (widersprüchlichen) bisherigen Befunden nur teilweise (Fridman et al., 2020; Soroya et al., 2021). Auch über digitale Kanäle (z. B. Messengerdienste) oder das Telefon konnte zur Familie Kontakt gehalten werden. Spannend und überraschend sind an dieser Stelle die Ergebnisse zur Informationsqualität. Hier schneidet die Familie besser als die Wissenschaft ab und landet auf dem Spitzenplatz, sie wird von den Befragten mit der höchsten Qualität eingeschätzt. Dies sollte gerade vor dem Hintergrund von Falschinformationen nicht unterschätzt werden, da potenziell fehlerhafte Informationen über das persönliche soziale Netzwerk weitergegeben werden und unreflektiert als korrekt angenommen werden könnten (Spiral-Effekt – *„spiral of amplification“*, z. B. Viswanath et al., 2020; vgl. auch Daube & Ruhmann 2021 sowie Ruhmann & Daube, 2021).

Weitere Online-Angebote wurden vergleichsweise selten genutzt, obwohl es hier durchaus qualitativ hochwertige Informationen gab (z. B. ausgewählte Gesundheitsportale). Allerdings ist eine hohe Medien- und Gesundheitskompetenz notwendig, um diese Angebote adäquat nutzen zu können (z. B. Bin Naeem & Kamel Boulos, 2021; Htay et al., 2022). Social Media erhielten überraschend niedrige Werte, sie werden gerade im Kontext von Falsch- und Desinformationen immer wieder kritisch betrachtet (Zarocostas, 2020). Ihnen wurde von den Befragten aber gerade für die passive Rezeption eine geringere Bedeutung zugeschrieben. Möglicherweise liegt dies auch an den Social Media-Nutzungsmotiven, sodass Nutzende eher dem „Krisenmodus“ entfliehen möchten und auf Social Media Inhalte fernab der Pandemie rezipieren (wollen), was auch durch Algorithmen erkannt und gesteuert werden kann (Fernandes et al., 2020; Wulf et al., 2022).

Dass für die einzelnen Quellen für *Scanning* durchgehend niedrigere Werte als für *Seeking* angegeben wurden, könnte auch an einem unterschiedlichen Erinnerungsvermögen liegen. So werden beim *Seeking* mehr kognitive Ressourcen benötigt und die Informationssuche kann dadurch besser erinnert werden als beim *Scanning*, das ohne Intention und mit deutlich geringerem Aufwand abläuft (Lewis, 2017).

Limitationen

Die vorliegende Studie bringt Limitationen mit, die diskutiert werden müssen. So fand die Erhebung Anfang 2022 statt, als die Pandemie in Deutschland einen „Normalzustand“ darstellte und Gewöhnungseffekte eingesetzt haben dürften – stark einschneidende Maßnahmen oder Beschränkungen gab es zu diesem Zeitpunkt kaum noch (Ausnahme: Maskenpflicht). Gleichzeitig wurde retrospektiv befragt, sodass das Informationsverhalten auch während des Lockdowns und starken Kontaktbeschränkungen (als Erinnerung) erfragt wurde. Die Ergebnisse decken sich weitestgehend mit anderen Studien, die das Informationsverhalten erhoben haben, während die Maßnahmen aktiv waren (bspw. COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring, Betsch et al., 2023).

Ferner ist die Repräsentativität der Stichprobe kritisch zu reflektieren, da nur für Alter und Geschlecht quotiert wurde, nicht aber für Bildung. Hier zeigt sich eine schiefe Verteilung, Befragte mit hohem Bildungsabschluss waren überrepräsentiert, Befragte mit niedrigem Bildungsabschluss unterrepräsentiert.

Ferner könnten einige Informationsquellen in zukünftigen Studien, gerade wenn der Journalismus explizit untersucht wird, differenzierter abgefragt werden. So beispielsweise die Kategorie „Radio/Podcasts“, die aufgrund ihrer ähnlichen Eigenschaften (Audio) auch in anderen Studien zusammengefasst wird, für die journalistische Analyse jedoch einen entscheidenden Unterschied machen könnte. Während Radio traditionell journalistisch geprägt ist, muss dies bei Podcasts nicht der Fall sein. Diese können in der digitalen Umgebung von beliebigen Kommunikator:innen (ohne journalistische Ausbildung) erstellt werden. Ähnlich verhält es sich mit Inhalten auf Social Media, auch hier wäre es sinnvoll, die Quellen differenzierter abzufragen.

Ausblick

In zukünftigen Studien könnten die Nutzungsmotive von Informationsquellen (unter Berücksichtigung journalistischer Formate) untersucht werden. Außerdem wäre es durch qualitative leitfadengestützte Interviews möglich, die Zusammenhänge zwischen Informationsqualität und Pandemiebewertung bzw. Maßnahmenakzeptanz weiter zu untersuchen. Ferner wären qualitative und experimentelle Ansätze geeignet, um die konkrete Rolle der Informationsqualität in Krisenzeiten zu untersuchen und so ein tieferes Verständnis davon zu bekommen, inwiefern die (wahrgenommene) Qualität überhaupt einen Einfluss auf die Informationsverarbeitung hat.

Für Maßnahmen der öffentlichen Kommunikation sind evaluative (retrospektive) Studien besonders wichtig, um zu analysieren, inwiefern Informationen bei der Zielgruppe (in diesem Fall Gesamtbevölkerung) ankommen und wie diese Informationen verstanden werden. Gerade die Glaubwürdigkeit ist für politische Akteur:innen bedeutsam, um Maßnahmen und Entscheidungen nachvollziehbar und transparent erläutern zu können. Nur so kann sichergestellt werden, dass diese im Sinne des Allgemeinwohls (Solidaritätsprinzip) akzeptiert und umgesetzt werden. Neben der Politik muss sich auch die Wissenschaft selbst damit auseinandersetzen, wie wissenschaftliche Befunde laienverständlich kommuniziert werden können, sowohl über journalistische Medien als auch über direkte (Online-)Kanäle (Daube & Ruhrmann, 2021 sowie Ruhrmann & Daube, 2021).

Dies hatte nicht nur in der laufenden COVID-19-Pandemie eine große Bedeutung, es deutet sich schon jetzt das nächste Thema an: Long- und Post-COVID,

eigentlich schon seit Sommer 2020 bekannte Folgen von COVID-19, gewinnen nun auch mediale Relevanz. Auch hier wird wissenschaftliche und politische Kommunikation (mit Journalist:innen als Vermittelnde) essenziell sein, vor allem in der aktuellen Phase, in der diese meist schwere, für manche sogar derzeit noch chronische Erkrankung öffentlich gerade erst sichtbar (gemacht) wird bzw. werden muss. Selbstverständlich sind die Ergebnisse auch für künftige Epidemien, Pandemien und Krisensituationen relevant – die lessons learned zu erkennen verliert also nicht an Bedeutung.

Literatur

Alamsyah, N., & Zhu, Y.-Q. (2022). We shall endure: Exploring the impact of government information quality and partisanship on citizens' well-being during the COVID-19 pandemic. *Government Information Quarterly*, 39(1), 101646. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2021.101646>

Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M., & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>

Bawden, D., & Robinson, L. (2020). Information Overload: An Introduction. In D. Bawden & L. Robinson, *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1360>

Betsch, C., Eitze, S., Felgendreff, L., Geiger, M., Korn, L., Schmid, P., Shamsrizi, P., Sprengholz, P., & Taubert, F. (2023). *COSMO - COVID-19 Snapshot Monitoring. Über das Projekt*. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/about/>

Bin Naeem, S., & Kamel Boulos, M. N. (2021). COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158091>

Brosius, H.-B., & Birk, M. (1994). Text-Bild-Korrespondenz und Informationsvermittlung durch Fernsehnachrichten. *Rundfunk und Fernsehen*, 42(2), 171–183.

Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., de Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1486–1489. <https://doi.org/10.3201/eid1008.040283>

Bults, M., Beaujean, D. J. M. A., Richardus, J. H., & Voeten, H. A. C. M. (2015). Perceptions and Behavioral Responses of the General Public During the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic: A Systematic Review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(2), 207–219. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.160>

Bundesgesundheitsministerium. (2023, 14. Februar.) Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? <https://bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/coronik-coronavirus.html> [31. Mai 2023]

Bundeszentrale für politische Bildung. (2016, November 22). *Funktionen der Medien in einer demokratischen Gesellschaft I und II*. bpb.de. <https://www.bpb.de/themen/medien-journalismus/medienpolitik/189218/funktionen-der-medien-in-einer-demokratischen-gesellschaft-i-und-ii/>

Clemens, K. S., Matkovic, J., Faasse, K., & Geers, A. L. (2021). The Role of Attitudes, Affect, and Income in Predicting COVID-19 Behavioral Intentions. *Frontiers in Psychology*, 11, 567397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567397>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). Routledge.

Daube, D., & Ruhrmann, G. (2021). Einführung zur Qualität von Medizinjournalismus und erste Einschätzungen zur COVID-19-Berichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03249-x>

Dreier, H. (2021). Verfassungsrechtliche Grenzen des Infektionsschutzes, In A. W. Lohse & Akademie der Wissenschaften in Hamburg (Ed.), *Infektionen und Gesellschaft. COVID-19, frühere und zukünftige Herausforderungen durch Pandemien* (90–113). Springer https://doi.org/10.1007/978-3-662-63509-4_13

- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors. *Health Communication, 16*(3), 273–288. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_1
- Engelmann, I. (2016). *Gatekeeping*. Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845263533>
- Expert:innenrat der Bundesregierung. (2022a). 5. *Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19. Zur Notwendigkeit evidenzbasierter Risiko- und Gesundheitskommunikation*. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2002168/e9930873d3958ad6c2ee153c8bc319a5/2022-01-30-fuenfte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1>
- Expert:innenrat der Bundesregierung. (2022b). *Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23. 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19*. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/0e393c7cf5d2b3a556fa6a8df6352d11/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1>
- Fernandes, B., Nanda Biswas, U., Tan-Mansukhani, R., Vallejo, A., & Essau, C. A. (2020). The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 7*(no 3), 59–65. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2056>
- Fridman, I., Lucas, N., Henke, D., & Zigler, C. K. (2020). Association Between Public Knowledge About COVID-19, Trust in Information Sources, and Adherence to Social Distancing: Cross-Sectional Survey. *JMIR Public Health and Surveillance, 6*(3), e22060. <https://doi.org/10.2196/22060>
- Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology, 39*(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
- Gehrau, V., Fujarski, S., Lorenz, H., Schieb, C., & Blöbaum, B. (2021). The Impact of Health Information Exposure and Source Credibility on COVID-19 Vaccination Intention in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9), 4678. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094678>
- Hacker, J. (2021). *Pandemien: Corona und die neuen globalen Infektionskrankheiten* (Originalausgabe). C.H. Beck.
- Htay, M. N. N., Parial, L. L., Tolabing, Ma. C., Dadaczynski, K., Okan, O., Leung, A. Y. M., & Su, T. T. (2022). Digital health literacy, online information-seeking behaviour, and satisfaction of Covid-19 information among the university students of East and South-East Asia. *PLOS ONE, 17*(4), e0266276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266276>
- Igo, R. P. (2010). Influential Data Points. In N. J. Salkind (Hrsg.), *Encyclopedia of Research Design* (Bd. 2, S. 600–602). Sage.
- Izard, C. E. (1977). Differential Emotions Theory. In C. E. Izard, *Human Emotions* (S. 43–66). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2209-0_3
- Izard, C. E. (2013). *Human Emotions*. Springer.
- Kohlhöfer, P. (2021). *Pandemien. Wie Viren die Welt verändern*. S. Fischer.
- Kumkale, G. T., Albarracín, D., & Seignourel, P. J. (2010). The Effects of Source Credibility in the Presence or Absence of Prior Attitudes: Implications for the Design of Persuasive Communication Campaigns: SOURCE CREDIBILITY AND PERSUASION. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(6), 1325–1356. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00620.x>
- Lawton, R., Conner, M., & McEachan, R. (2009). Desire or reason: Predicting health behaviors from affective and cognitive attitudes. *Health Psychology, 28*(1), 56–65. <https://doi.org/10.1037/a0013424>
- Lewis, N. (2017). Information Seeking and Scanning. In P. Rössler, C. A. Hoffner, & L. Zoonen (Hrsg.), *The International Encyclopedia of Media Effects* (1. Aufl., S. 1–10). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118783764.wbieme0156>
- Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A comprehensive and integrated model. *Health Expectations, 8*(3), 189–194.

<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00339.x>

Luhmann, N. (1986). *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Westdeutscher Verlag.

Mark, E., Franziska, O., Linards, U., & Daniel, V. (2020). *Die Qualität der Medienberichterstattung zur Corona-Pandemie*. <https://doi.org/10.5167/UZH-196619>

Metcalf, J., Riedlinger, M., Bauer, M. W., Chakraborty, A., Gascoigne, T., Guenther, L., Joubert, M., Kaseje, M., Herrera-Lima, S., Revuelta, G., Riise, J., & Schiele, B. (2020). The COVID-19 mirror: Reflecting science-society relationships across 11 countries. *Journal of Science Communication*, 19(07), A05. <https://doi.org/10.22323/2.19070205>

Mitteldeutscher Rundfunk. (2023, 11. Januar). Die Chronik der Corona-Krise 2022. <https://www.mdr.de/nachrichten/jahresueckblick/corona-chronologie-jahresueckblick-102.html> [31. Mai 2023]

Reifegerste, D., & Wagner, A. (2021). #Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter. *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven*. <https://doi.org/10.21241/SSOAR.73679>

Ruhrmann, G. & Daube, D. (2021). Die Rolle der Medien in der COVID-19 Pandemie. Erste inhaltsanalytische Befunde. In A. W. Lohse & Akademie der Wissenschaften in Hamburg (Ed.), *Infektionen und Gesellschaft. COVID-19, frühere und zukünftige Herausforderungen durch Pandemien* (119-134). Berlin: Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63509-4_15

Salfellner, H. (2020). *Die Spanische Grippe. Eine Geschichte der Pandemie von 1918*. (2. Aufl.). Vitalis.

Soroya, S. H., Farooq, A., Mahmood, K., Isoaho, J., & Zara, S. (2021). From information seeking to information avoidance: Understanding the health information behavior during a global health crisis. *Information Processing & Management*, 58(2), 102440. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2020.102440>

Spinney, L. (2021). *1918 – die Welt im Fieber: Wie die Spanische Grippe die Gesellschaft veränderte* (S.

Hübner, Übers.; Ungekürzte Taschenbuchausgabe). Piper.

Stiftung Gesundheitswissen. (2020). *Health Information National Trends Survey (HINTS) Germany, Welle 1 [Fragebogen]*. <http://hints-germany.de/>

van Velsen, L., van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Beaujean, D. J. M. A., Wentzel, J., & van Steenberghe, J. E. (2012). Should Health Organizations Use Web 2.0 Media in Times of an Infectious Disease Crisis? An In-depth Qualitative Study of Citizens' Information Behavior During an EHEC Outbreak. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e181. <https://doi.org/10.2196/jmir.2123>

Viswanath, K., Lee, E. W. J., & Pinnamaneni, R. (2020). We Need the Lens of Equity in COVID-19 Communication. *Health Communication*, 35(14), 1743–1746. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1837445>

Wagner, A., & Reifegerste, D. (2023). “The Part Played by People” in Times of COVID-19: Interpersonal Communication about Media Coverage in a Pandemic Crisis. *Health Communication*, 38(5), 1014–1021. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1989786>

Wulf, T., Breuer, J. S., & Schmitt, J. B. (2022). Escaping the pandemic present: The relationship between nostalgic media use, escapism, and well-being during the COVID-19 pandemic. *Psychology of Popular Media*, 11(3), 258–265. <https://doi.org/10.1037/ppm0000357>

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

Tabelle 1

Übersicht der Informationsquellen zu Seeking und Scanning und Unterschiede zwischen Seeking und Scanning.

	Seeking ^a	χ ² -Test		
		Seeking dichotomisiert ^b	Scanning ^c	φ
Fernseh-Nachrichten (inkl. Mediatheken)	3.87 (1.27)	0.92 (0.27)	0.77 (0.42)	.318***
Familie	3.22 (1.25)	0.88 (0.33)	0.67 (0.47)	.266***
Tages- und Wochenzeitungen	3.20 (1.48)	0.79 (0.41)	0.58 (0.50)	.361***
Radio/Podcast	3.08 (1.37)	0.81 (0.40)	0.58 (0.49)	.412***
Freund:innen	3.07 (1.21)	0.86 (0.35)	0.64 (0.48)	.326***
Ärzt:innen/med. Fachpersonal	2.96 (1.23)	0.84 (0.36)	0.47 (0.50)	.234***
Fernseh-Talkshows	2.66 (1.37)	0.71 (0.45)	0.52 (0.50)	.359***
Social Media	2.37 (1.46)	0.58 (0.49)	0.48 (0.50)	.499***
Arbeitskolleg:innen	2.26 (1.29)	0.60 (0.49)	0.45 (0.50)	.515***
Zeitschriften	2.07 (1.24)	0.52 (0.50)	0.36 (0.48)	.442***
Online-Videoportale	1.96 (1.24)	0.46 (0.50)	0.30 (0.46)	.436***
Online-Lexika	1.89 (1.18)	0.45 (0.50)	0.13 (0.33)	.333***
Online-Gesundheitsportale	1.86 (1.16)	0.43 (0.50)	0.19 (0.40)	.353***
Online-Foren/Ratgeber-Communities	1.80 (1.09)	0.43 (0.50)	0.20 (0.40)	.380***
Broschüren/Flyer	1.66 (0.98)	0.40 (0.49)	0.27 (0.45)	.307***
Info-Telefonnummer	1.53 (0.93)	0.30 (0.46)	0.12 (0.33)	.273***
Bücher	1.48 (0.94)	0.27 (0.45)	0.06 (0.24)	.293***
Heilpraktiker:in/Anbieter:in alternativer Heilmethoden	1.31 (0.78)	0.18 (0.38)	0.06 (0.24)	.334***
Werbeplakate ^d	-	-	0.38 (0.49)	-
Spielfilme oder Serien ^d	-	-	0.12 (0.33)	-

Anmerkungen. N = 608. Jeweils M und SD. Absteigend sortiert nach Seeking. ^a1 – nie genutzt, 5 – sehr häufig genutzt. ^b0 – nicht genutzt, 1 – genutzt. ^c0 – nicht rezipiert, 1 – rezipiert. ^dNur für Scanning gemessen. Chi²-Tests, Effektstärke φ berichtet. ***p < .001.

Tabelle 4

Regressionsanalyse zum Zusammenhang der subjektiv geschätzten Informationsqualität ausgewählter Anbieter:innen auf die affektive Bewertung der Pandemie.

Variable	Model 1			Model 2		
	B	β	SE	B	β	SE
Konstante	3.06***		.18	3.54***		.27
Alter ^a	-.01***	-.27	.00	-.01***	-.26	.00
Geschlecht ^b	.15*	.10	.07	.15*	.10	.07
Bildung ^c	-.06	-.03	.12	.01	.00	.11
Qualität Journalismus ^d				.02	.03	.04
Qualität Politik ^d				-.15***	-.30	.03
Qualität Wissenschaft ^d				-.00	-.00	.04
Qualität Familie ^d				.02	.03	.05
Qualität Freund:innen ^d				.03	.04	.06
Qualität Kolleg:innen ^d				-.06	-.10	.04
R ²	.10			.18		
Korrigiertes R ²	.09			.16		
ΔR^2				.08		

Anmerkungen. N=405. Einfluss auf affektive Bewertung der Pandemie (1 – positive Bewertung, 5 – negative Bewertung). In Model 1 wurden nur soziodemographische Merkmale berücksichtigt, in Model 2 wurde die subjektiv wahrgenommene Qualität der Anbieter:innen ergänzt.

^ain Jahren. ^bMännlich = 0, weiblich = 1. ^cNiedrig = 0, hoch = 1. ^dNiedrigste Qualität = 1, höchste Qualität = 7.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

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

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

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Ludwig-Maximilians-Universität München, Universität Bielefeld,
Universität Augsburg

Zusammenfassung

Responsibility Framing in der medialen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen beeinflusst potenziell die Vorstellungen des Publikums darüber, wer für Ursachen und Lösungen von Gesundheitsproblemen verantwortlich ist. In der bisherigen Forschung hierzu wurden Frame-Inhalte und Framingeffekte zumeist getrennt voneinander untersucht. Mit einem multimethodischen Forschungsdesign bestehend aus 1) einer quantitativen Inhaltsanalyse von $N = 1.044$ Beiträgen aus überregionalen Print- und Onlinemedien zu Depression und Typ-2-Diabetes von 2011 bis 2020, sowie 2) einem Online-Experiment mit $N = 1.088$ Teilnehmenden beleuchten wir nun den gesamten Prozess des Responsibility Frame Settings. Die Ergebnisse zeigen, dass schon vor der Rezeption der Responsibility Frames auf Seiten der Rezipierenden einige Parallelen zu den Inhalten der untersuchten Medienberichterstattung erkennbar waren: Sowohl in den medialen als auch in den kognitiven Frames wird vornehmlich individuelle Verantwortung zugeschrieben, insbesondere für die Ursachen von Typ-2-Diabetes. Nach Rezeption der Responsibility Frames veränderten sich die Attributionen überwiegend in die Richtung des rezipierten Frames. Insgesamt lassen die Ergebnisse auf ein effektives Responsibility Frame Setting schließen, wenngleich einige Differenzen zwischen medialen und Publikumsframes bestehen. Wir diskutieren die Befunde im Hinblick auf methodische Herausforderungen, die Framingforschung sowie die praktische Gesundheitskommunikation.

Keywords: Responsibility Framing, Gesundheitsverantwortung, Frame Setting, Experiment, Inhaltsanalyse.

Summary

Responsibility framing in health coverage potentially influences audience perceptions of who is responsible for causes and solutions to health problems. Previous research on responsibility attribution in health settings has mostly examined frame content and framing effects separately. Using a multimethod research design consisting of 1) a quantitative content analysis of $N = 1,044$ articles from national print and online media on depression and type 2 diabetes from 2011 to 2020, and 2) an online experiment with $N = 1,088$ participants, we add to existing research by shedding light on the entire process of responsibility frame setting. Our results show that even before the reception of the responsibility frames, some parallels between recipient frames and the analyzed media coverage were already apparent: both media and cognitive frames primarily attributed individual responsibility, especially for the causes of type 2 diabetes. After reception of the responsibility frames, the attributions mostly transformed in the direction of the received frame. Overall, the results suggest that responsibility frame setting was effective, although this should be viewed against the background of some differences between media and audience frames. We discuss the findings in terms of methodological challenges, research on framing processes, and practical health communication.

Keywords: Responsibility framing, health responsibility, frame setting, experiment, content analysis

1 Hintergrund

Ob „Bleiben Sie in Bewegung“, „Ernähren Sie sich gesund“ (AOK, 2021) oder „Sorgen Sie für mehr Ruhe und Gelassenheit“ (Deutsche Diabetes Stiftung, 2023): Medieninhalte, die die Verantwortung des Individuums betonen – wie hier für die Vorbeugung bzw. Bewältigung von Typ-2-Diabetes und Depressionen – sind in unserem Medienalltag beinahe allgegenwärtig. Auch die kommunikationswissenschaftliche Forschung untermauert, dass Medienkommunikation im Gesundheitskontext überproportional häufig Individuen in die Verantwortung nimmt, vor allem indem sie individuelles Gesundheitsverhalten als Ursache und Lösung für Gesundheitsprobleme betonen und soziale sowie gesellschaftliche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten tendenziell ausblenden (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021). Es erscheint naheliegend, dass solche Inhalte in der Gesundheitskommunikation an den Rezipient:innen nicht spurlos vorübergehen: Ist man ihnen kontinuierlich ausgesetzt, können sie potenziell die Überzeugungen des Publikums beeinflussen, wer für Ursachen und Lösungen eines Gesundheitsproblems verantwortlich ist (Major & Jankowski, 2020).

1.1 Der kommunikationswissenschaftliche Framing-Ansatz

Mit diesem Prozess des Auswählens und Hervorhebens von Informationen sowie dessen Wirkung auf die Rezipient:innen beschäftigt sich der kommunikationswissenschaftliche Framing-Ansatz. Dieser konzeptualisiert Frames als Interpretationsmuster (Brüggemann, 2014), die durch Selektion und Salienz (Entman, 1993) eine bestimmte Auslegung eines Themas nahelegen und so beeinflussen, wie Menschen über dieses Thema denken (Matthes, 2009; B. Scheufele, 2004). Dabei unterscheidet die Framing-Forschung zwischen zwei Teilprozessen: 1) dem sogenannten *Frame Building*, also die Entstehung von Frames im Prozess der (journalistischen) Nachrichtenproduktion, und 2) dem sogenannten *Frame Setting* infolge der Rezeption medialer Frames, bei dem dieses die kognitiven Frames auf Seiten der Rezipient:innen verändern, ergänzen oder neu herausbilden (Scheufele, 2004; s. Abbildung 1 im Anhang). Mit diesen kognitiven Frames der Rezipient:innen können wiederum emotionale, verhaltens- oder einstellungsbezogene Effekte verbunden sein (Lecheler & de Vreese, 2019), etwa Schuldgefühle (Major, 2011) oder die Unterstützung

bestimmter gesundheitspolitischer Maßnahmen (Gollust et al., 2013; Major, 2018). Die kognitiven Frames der Rezipierenden zu Ursachen bzw. Lösungen von (Gesundheits-)Problemen werden im Folgenden in Anlehnung an Weiner (2006) als Verantwortungsattributionen bezeichnet. Die Attributionstheorie nach Weiner geht davon aus, dass solche Annahmen darüber, wer für ein Problem verantwortlich ist, grundlegend soziale Emotionen (etwa Ärger, Sympathie oder Mitleid) und dadurch soziales Verhalten (etwa Hilfe- oder Unterstützungsverhalten) prägen. Individuelle Attributionen lösen dabei tendenziell negative emotionale Reaktionen und eine geringere Hilfsbereitschaft aus, während Attributionen außerhalb der individuellen Kontrolle häufig zu mehr Sympathie bzw. Mitgefühl und Unterstützungsbereitschaft führen – dieser Mechanismus kann in vielen Kontexten nachgewiesen werden, u.a. auch im Gesundheitskontext (Rudolph et al., 2004).

1.2 Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext

Ein spezieller Subtyp von Nachrichtenframes ist dabei der so genannte *Responsibility Frame*: „This frame presents an issue or problem in such a way as to attribute responsibility for its cause or solution to either the government or to an individual or group“ (Semetko & Valkenburg, 2000, S. 96). Fragen der Verantwortung und somit Responsibility Frames sind in der medialen Darstellung vieler sozialer Probleme relevant, darunter Armut, Gewalt oder Klimawandel (Iyengar, 1991; Jang, 2013). Von besonderer Bedeutung sind Responsibility Frames jedoch auch im Gesundheitskontext, da sie potenziell beeinflussen können, welche Gesundheitsprobleme als sozial und politisch unterstützenswert betrachtet werden. Eine reichhaltige Forschungslandschaft innerhalb der Gesundheitskommunikation (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021) demonstriert, dass *Responsibility Framing* die Vorstellungen des Publikums darüber prägt, wer für Ursachen und Lösungen von Gesundheitsproblemen verantwortlich ist (Barry et al., 2013; Iyengar, 1991; Major & Jankowski, 2020; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Zudem beeinflusst es die Bereitschaft, politische Maßnahmen zur Unterstützung von Betroffenen zu befürworten (Gollust et al., 2010; Kim, 2015; Kim & Anne Willis, 2007). Selbiges gilt auch für die Verantwortungszuschreibungen (*Attributionen*) des Publikums: Experimentalstudien zeigen, dass die Betonung individueller Verantwortung bei Gesundheitsproblemen, also ein 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 (Browne et al., 2013; Monteith & Pettit, 2011; Weiner, 2006) und einer geringeren sozialen und gesundheitspolitischen Unterstützung einhergehen (Barry et al., 2013; Coleman et al., 2011; Gollust et al., 2010). Mit Blick auf die Darstellung von Gesundheitsproblemen in den Medien zeigen Inhaltsanalysen tatsächlich, dass die mediale Berichterstattung zu Gesundheitsthemen 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 & Anne Willis, 2007), Diabetes mellitus (Stefanik-Sidener, 2013) oder Depression (Zhang et al., 2016).

Ein zentrales Versäumnis dieses Forschungsfeldes ist, dass der Prozesscharakter des Framings bislang häufig zu kurz kommt (Major & Jankowski, 2020) – also nur selten Frame Building (auf Medienseite) und Frame Setting (auf Rezipierendenseite) gemeinsam in den Blick genommen werden. Ein Systematic Review von Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021) konnte 56 Inhaltsanalysen und 12 Experimente identifizieren, kaum jedoch Studien, die Frame-Inhalte und Framingeffekte gemeinsam erforschen (eine der wenigen Ausnahmen: Barry et al., 2013). Weitgehend unklar bleibt folglich, 1) inwiefern sich mediale Responsibility Frames zu Gesundheitsthemen in den Verantwortungsattributionen der Rezipient:innen wiederfinden, und 2) wie sich die Rezeption von Responsibility Frames auf die Attributionen des Publikums auswirkt.

Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext betrachten darüber hinaus häufig die Verantwortung auf der individuellen versus gesellschaftlichen Ebene. Dabei lassen sie jedoch außer Acht, dass hinsichtlich der Verantwortung vor allem im Gesundheitskontext eine weitere Ebene bedeutsam ist: die Ebene des sozialen Netzwerks. *Sozial-ökologische Modelle des Gesundheitsverhaltens* (Moran et al., 2016; Sallis et al., 2008), *Soziale Gesundheitsdeterminanten* (Donkin et al., 2018; Marmot & Allen, 2014) sowie Forschung zu *sozialer Unterstützung* (Cohen et al., 2000; Holt-Lunstad & Uchino, 2015) untermauern, dass nicht nur Individuen und gesellschaftlichen Akteuren, sondern auch dem sozialen Netzwerk eine

Verantwortung für Gesundheit (und Krankheit) zukommt. Neuere Arbeiten zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext verorten Verantwortung – in Anlehnung an die genannten Modelle – daher auf drei anstelle von zwei Ebenen: der Ebene des Individuums, der gesellschaftlichen Ebene, und der Ebene des sozialen Netzwerks (Reifegerste et al., 2021). Erkenntnisse zur Darstellung und Wirkung von Responsibility Frames auf drei Ebenen, insbesondere eine gemeinsame Betrachtung von Medien- und Rezipierendenseite, liegen in der Forschung bislang kaum vor (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021).

1.3 Ziele dieser Studie

Mit der vorliegenden Mehrmethodenstudie adressieren wir die dargelegten Forschungslücken, indem wir den Prozess des *Responsibility Frame Settings* in der medialen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen empirisch nachzeichnen und die Ebene des sozialen Netzwerks als Einflussebene neben dem Individuum und der Gesellschaft in diesen Prozess integrieren. Da Framing-Prozesse anhand spezifischer Themen untersucht werden sollten (Brüggemann, 2014), fokussieren wir uns in unserer Studie auf *Depression* und *Typ-2-Diabetes* und formulieren die folgenden Forschungsfragen:

FF1: Wie schreiben deutsche Print- und Onlinemedien Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes zu?

FF2: Wie schreibt die deutsche Bevölkerung Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes zu?

FF3: Wie wirken die medialen Responsibility Frames auf die Attributionen des Publikums?

Depression und Typ-2-Diabetes wurden dabei als relevante Themen ausgewählt, weil es sich bei beiden um nicht-übertragbare Erkrankungen mit einer weltweit steigenden Prävalenz handelt, die darüber hinaus mit einer erheblichen Einschränkung der individuellen Lebensqualität einhergehen (Saeedi et al., 2019; World Health Organization, 2017). Sowohl Typ-2-Diabetes als auch Depression haben Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten auf allen drei Ebenen des Individuums, des sozialen Netzwerks und der Gesellschaft (Assari, 2017; Gariépy et al., 2016; Strom & Egede, 2012; Walker et al., 2014), sodass sie sich für eine Untersuchung des Responsibility Frame Settings auf diesen drei Ebenen besonders eignen.

2 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 (siehe Abbildung 2 im Anhang 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 (siehe Tabelle 1 im Anhang für das Kategoriensystem). Zu den individuellen Responsibility Frames zählten dabei etwa Genetik, demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie individuelles Gesundheitsverhalten. Als netzwerkspezifisch wurden Frames codiert, wenn sie z. B. private und berufliche Konflikte als Ursachen oder (fehlende) soziale Unterstützung als Lösung (bzw. Lösungshindernis) thematisierten. Unter der gesellschaftlichen Ebene wurden unter anderem gesamtgesellschaftliche Entwicklungen oder (fehlender) Zugang zu medizinischer Versorgung subsumiert.

Auf Basis der in der Inhaltsanalyse identifizierten Responsibility Frames wurden dann realitätsnahe Stimuli konstruiert (einsehbar unter https://osf.io/d8zer/?view_only=804eddd843d14919bb6671ccce5c9713), deren Wirkung auf die Verantwortungsattributionen des Publikums in einem Online-Experiment mit $N = 1,088$ Teilnehmer:innen getestet wurde (siehe Tabelle 2 im Anhang für das 2x4-Experimentaldesign (e) und Tabelle 3 im Anhang für die gemessenen Attributions-Items). Die kausalen und lösungsbezogenen Verantwortungsattributionen für Depression und Typ-2-Diabetes wurden sowohl vor (Baseline) als auch nach (Posttest) Rezeption des Stimulus erfasst. Sie umfassten die Zustimmung zu Aussagen wie z. B. „Depressionen kann man dem modernen Leistungsdenken zuschreiben“ (kausale, gesellschaftliche Attribution) oder „Angehörige können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen“ (lösungsbezogene, netzwerkspezifische Attribution). Die Teilnehmer:innen waren dabei repräsentativ für Onliner:innen in Deutschland zwischen 18–75 Jahren hinsichtlich Alter, Bildung, Geschlecht (Alter: $M = 47.93$, $SD = 15.44$; Geschlecht: 50.1 Prozent weiblich identifiziert, 49.5 Prozent männlich identifiziert, 0.3 Prozent divers oder nicht identifiziert; Bildung: 33.2 Prozent (Fach-)Hochschulreife oder vergleichbar, 32.0

Prozent Mittlere Reife oder vergleichbar, 34.8 Prozent Hauptschulabschluss oder kein Abschluss).

3 Ergebnisse

Die untersuchte Berichterstattung adressiert – in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand – vornehmlich *individuelle* kausale Verantwortung, insbesondere beim Thema Diabetes (FF 1, s. Tabelle 4 im Anhang). 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.

Weitgehend im Einklang mit dem Prozess des Responsibility Frame Settings weisen die Attributionen der deutschen Bevölkerung vor der Rezeption des Stimulus ein ähnliches Muster auf 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 Anhang). Im Unterschied zur Medienberichterstattung sind gesellschaftliche und netzwerkspezifische Attributionen von Ursachen bei Depression gleichauf – gesellschaftliche Ursachen spielen also aus Sicht der Bevölkerung eine wichtigere Rolle, als die Medienberichterstattung dies nahelegt. Für die Lösungen von Typ-2-Diabetes sehen die Befragten ebenfalls signifikant stärker als bei Depression das Individuum in der Verantwortung, wohingegen bei Depression individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Lösungen zu ähnlichen Teilen attribuiert werden.

Besonders auffällig ist dabei die Diskrepanz zwischen Medien- und Publikumsframes bei der Lösungsverantwortung für Typ-2-Diabetes und Depression: Während beim Publikum die individuelle

Lösungsverantwortung bei Typ-2-Diabetes die signifikant höchste Zustimmung erhält – auch im Vergleich zu Depression –, ist die individuelle Lösungsverantwortung bei Depression in der Berichterstattung besonders ausgeprägt. Kommen in der Berichterstattung individuelle und gesellschaftliche Lösungen für Typ-2-Diabetes nicht signifikant unterschiedlich oft vor, so sehen die Befragten das Individuum signifikant stärker in der Verantwortung, Typ-2-Diabetes zu bewältigen, als die gesellschaftliche Ebene.

Schließlich wurde im Sinne des Responsibility Frame Settings die Wirkung der Responsibility Frames auf die (Posttest-)Attributionen analysiert. Die vorbestehenden (Baseline-)Attributionen wurden dabei als Kovariaten konstant gehalten. Nach Rezeption der Responsibility Frames (FF3) veränderten sich die Attributionen leicht, aber signifikant in die Richtung des jeweiligen Frames (s. Abbildung 5 und Tabelle 5 im Anhang). Einzige Ausnahme war der netzwerkspezifische Responsibility Frame: Dieser löste im Vergleich zum gesellschaftlichen Frame keine signifikant stärkeren Attributionen zum sozialen Netzwerk aus. Diesen Befund erörtern wir ausführlicher in Temmann et al. (2021).

4 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. Dennoch ließen sich im Detail auch Diskrepanzen zwischen medialen und Publikumsframes erkennen, insbesondere in der lösungsbezogenen Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes. Worauf die gefundenen Unterschiede tatsächlich zurückzuführen sind, kann nur mittels weiterführender Studien untersucht werden. Dennoch unterstreicht dieses Ergebnis, dass Frame Setting *keine* simple Übernahme von Frames in die Gedanken der Rezipient:innen darstellt (Scheufele, 2004). Denkbar ist etwa, dass nicht nur die bloße Häufigkeit der Responsibility Frames, sondern auch andere Frame-Merkmale wie z. B. ihre Überzeugungskraft (Aarøe, 2011) oder ihre Korrespondenz mit vorbestehenden Einstellungen (Chong & Druckman, 2007) im Frame-

Setting-Prozess eine Rolle spielen. Dennoch zeigt unsere Studie auch, dass die Attributionen des Publikums bereits nach einmaliger Exposition zu individuellen, netzwerkspezifischen und gesellschaftlichen Responsibility Frames signifikant in Richtung der Frames verstärkt wurden. Auch wenn diese Effekte nur im Querschnitt untersucht wurden und andere Frame-Merkmale nicht Inhalt dieser Studie waren, ist auf Basis der Vorher- und Nachher-Messung 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).

Die Befunde dieser mehrmethodischen Studie zeigen außerdem, dass sowohl in den medialen als auch in den kognitiven Responsibility Frames themenspezifische Unterschiede bestehen. Diese passen dazu, dass Typ-2-Diabetes eher mit einem verhaltensspezifischen Stigma verknüpft ist („ungesunde“ Ernährung, hohes Körpergewicht, Bewegungsmangel; Browne et al., 2013; Himmelstein & Puhl, 2021), während bei Depression eher die Verantwortung von Familien fokussiert wird (Teghtsoonian, 2009).

Unsere Befunde sind vor dem Hintergrund einiger, vor allem methodischer, Limitationen zu interpretieren. Insbesondere konnten die Responsibility Frames nicht völlig parallel zu den Attributionen des Publikums operationalisiert werden. Um die Dimension der Kontrollierbarkeit, die im Rahmen der Attributionstheorie eine wichtige Rolle spielt (Weiner, 2006, S. 10), konstant zu halten, wurden genetische Ursachen und medizinische Lösungen auf der individuellen Ebene im Experiment ausgeklammert. Dies führte dazu, dass sich die in der Inhaltsanalyse erfassten Responsibility Frames und die im Experiment gemessenen Verantwortungszuschreibungen inhaltlich nicht vollständig entsprechen. Darüber hinaus war es eine Herausforderung, die unterschiedlichen Messniveaus in Inhaltsanalyse und Experiment (nominal bzw. dichotom versus metrisch) zu integrieren und gemeinsam zu interpretieren. Wir würden es begrüßen, wenn künftige Studien den Prozess des (Responsibility) Frame Settings genauer untersuchen und dabei auch methodologische Herausforderungen solcher Mehrmethodendesigns adressieren würden. Dem integrierten Prozessmodell des (Responsibility) Framings (Reifegerste et al., 2021; D. Scheufele, 1999) folgend könnte zudem ein nächster

Schritt sein, die Prozesse des Frame Buildings und Frame Settings zusammenhängend zu untersuchen – also gewissermaßen den Lebenszyklus von (Responsibility) Frames von ihrer Entstehung in der Redaktion bis hin zur Wirkung auf die Rezipient:innen nachzuvollziehen. Insgesamt leistet unsere Studie einen ersten wichtigen Beitrag, um den Prozess des Responsibility Frame Settings im Gesundheitskontext übergreifend zu verstehen.

Literaturverzeichnis

Aarøe, L. (2011). Investigating frame strength: the case of episodic and thematic frames. *Political Communication*, 28(2), 207–226. <https://doi.org/10.1080/10584609.2011.568041>

AOK (2021). *Depression erkennen und vorbeugen*. <https://www.aok.de/pk/depressionen/depressionen-erkennen-und-vorbeugen/>

Assari, S. (2017). Social determinants of depression: the intersections of race, gender, and socioeconomic status. *Brain Sciences*, 7(12), 156. <https://doi.org/10.3390/brainsci7120156>

Barry, C. L., Brescoll, V. L., & Gollust, S. E. (2013). Framing childhood obesity: How individualizing the problem affects public support for prevention: Framing childhood obesity prevention policies. *Political Psychology*, 34(3), 327–349. <https://doi.org/10.1111/pops.12018>

Bonfiglioli, C. M. F., Smith, B. J., King, L. A., Chapman, S. F., & Holding, S. J. (2007). Choice and voice: Obesity debates in television news. *The Medical Journal of Australia*, 187(8), 4. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01354.x>

Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). 'I call it the blame and shame disease': A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, 3(11), e003384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003384>

Brüggemann, M. (2014). Between frame setting and frame sending: How journalists contribute to news frames. *Communication Theory*, 24(1), 61–82. <https://doi.org/10.1111/comt.12027>

Chong, D., & Druckman, J. N. (2007). A theory of framing and opinion formation in competitive elite

environments. *Journal of Communication*, 57(1), 99–118. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00331.x>

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Hrsg.), *Social Support Measurement and Intervention* (S. 3–26). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001>

Coleman, R., Thorson, E., & Wilkins, L. (2011). Testing the effect of framing and sourcing in health news stories. *Journal of Health Communication*, 16(9), 941–954.

Deutsche Diabetes Stiftung (2023). *11 Tipps zur Prävention*. <https://www.diabetesstiftung.de/11-tipps-zur-praevention>

Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V., & Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

Gearhart, S., Craig, C., & Steed, C. (2012). Network news coverage of obesity in two time periods: An analysis of issues, sources, and frames. *Health Communication*, 27(7), 653–662. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.629406>

Gollust, S. E., Lantz, P. M., & Ubel, P. A. (2010). Images of illness: How causal claims and racial associations influence public preferences toward diabetes research spending. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(6), 921–959. <https://doi.org/10.1215/03616878-2010-034>

Gollust, S. E., Niederdeppe, J., & Barry, C. L. (2013). Framing the consequences of childhood obesity to increase public support for obesity prevention policy. *American Journal of Public Health*, 103(11), e96–e102.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301271>

Himmelstein, M. S., & Puhl, R. M. (2021). At multiple fronts: Diabetes stigma and weight stigma in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 38, e14387. <https://doi.org/10.1111/dme.14387>

Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. N. (2015). Social support and health. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5. Aufl., S. 183–204). Jossey-Bass.

Iyengar, S. (1991). *Is anyone responsible?: How television frames political issues*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226388533.001.0001>

Jang, S. M. (2013). Framing responsibility in climate change discourse: Ethnocentric attribution bias, perceived causes, and policy attitudes. *Journal of Environmental Psychology*, 36, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.07.003>

Kim, S.-H. (2015). Who is responsible for a social problem? News framing and attribution of responsibility. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 92(3), 554–558. <https://doi.org/10.1177/1077699015591956>

Kim, S.-H., & Anne Willis, L. (2007). Talking about obesity: News framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *Journal of Health Communication*, 12(4), 359–376. <https://doi.org/10.1080/10810730701326051>

Lecheler, S., & de Vreese, C. (2019). *News framing effects*. Routledge, Taylor & Francis Group. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5580101>

Major, L. H. (2009). Break it to me harshly: The effects of intersecting news frames in lung cancer and obesity coverage. *Journal of Health Communication*, 14(2), 174–188. <https://doi.org/10.1080/10810730802659939>

Major, L. H. (2011). The mediating role of emotions in the relationship between frames and attribution of responsibility for health problems. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 88(3), 502–522. <https://doi.org/10.1177/107769901108800303>

Major, L. H. (2018). Mental health news: How frames influence support for policy and civic engagement intentions. *Journal of Health Communication*, 23(1), 52–60.

Major, L. H., & Jankowski, S. M. (2020). *Health news and responsibility: How frames create blame*. Peter Lang.

Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

Matthes, J. (2009). What's in a frame? A content analysis of media framing studies in the world's leading communication journals, 1990–2005. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 86(2), 349–367. <https://doi.org/10.1177/107769900908600206>

Monteith, L. L., & Pettit, J. W. (2011). Implicit and explicit stigmatizing attitudes and stereotypes about depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(5), 484–505. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.5.484>

Moran, M. B., Frank, L. B., Zhao, N., Gonzalez, C., Thainiyom, P., Murphy, S. T., & Ball-Rokeach, S. J. (2016). An argument for ecological research and intervention in health communication. *Journal of Health Communication*, 21(2), 135–138. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1128021>

Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J., & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke. Verantwortungszuschreibungen auf der Ebene sozialer Beziehungen als neuer Bereich der Framing-Forschung zu Gesundheitsthemen. *Publizistik*, 66, 255–276. <https://doi.org/10.1007/s11616-021-00652-5>

Rudolph, U., Roesch, S., Greitemeyer, T., & Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. *Cognition & Emotion*, 18(6), 815–848. <https://doi.org/10.1080/02699930341000248>

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes

- Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. (4. Aufl., S. 465–486). Jossey-Bass.
- Scheufele, B. (2004). Framing-Effekte auf dem Prüfstand. Eine theoretische, methodische und empirische Auseinandersetzung mit der Wirkungsperspektive des Framing-Ansatzes. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 52(1), 30–55. <https://doi.org/10.5771/1615-634x-2004-1-30>
- Scheufele, D. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103–122.
- Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A content analysis of press and television news. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>
- Shen, F., Lee, S., Sipes, C., & Hu, F. (2012). Effects of media framing of obesity among adolescents. *Communication Research Reports*, 29(1), 26–33.
- Stefanik-Sidener, K. (2013). Nature, nurture, or that fast food hamburger: Media framing of diabetes in the *New York Times* from 2000 to 2010. *Health Communication*, 28(4), 351–358. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.688187>
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M., & Weaver, J. (2016). Framing obesity: How news frames shape attributions and behavioral responses. *Journal of Health Communication*, 21(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Teghtsoonian, K. (2009). Depression and mental health in neoliberal times: A critical analysis of policy and discourse. *Social Science & Medicine*, 69(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.037>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Reifegerste, D., & Scherr, S. (2021). Verantwortungsattribution als Wirkung von Responsibility Frames: Eine Experimentalstudie unter Berücksichtigung der sozialen Netzwerkebene. *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020*. <https://doi.org/10.21241/SSOAR.74692>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Scherr, S., & Reifegerste, D. (2021). A systematic review of responsibility frames and their effects in the health context. *Journal of Health Communication*, 26(12), 828–838. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
- Walker, R. J., Smalls, B. L., Campbell, J. A., Strom Williams, J. L., & Egede, L. E. (2014). Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: A systematic review. *Endocrine*, 47(1), 29–48. <https://doi.org/10.1007/s12020-014-0195-0>
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781410615749>
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Zhang, Y., Jin, Y., Stewart, S., & Porter, J. (2016). Framing responsibility for depression: How U.S. news media attribute causal and problem-solving responsibilities when covering a major public health problem. *Journal of Applied Communication Research*, 44(2), 118–135. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1155728>

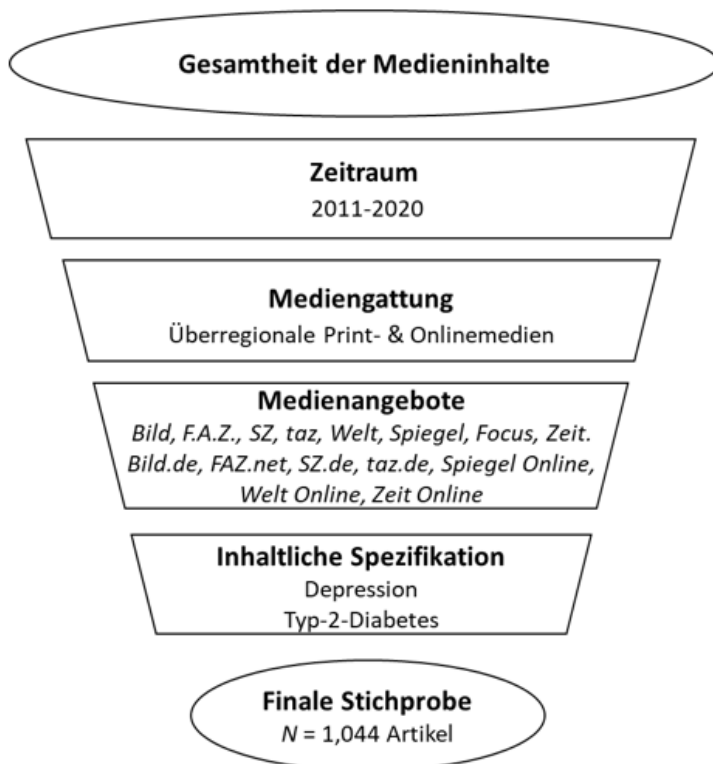
Abbildung 1.

Teilprozesse des Responsibility Framings in Anlehnung an Matthes, 2014.



Abbildung 2.

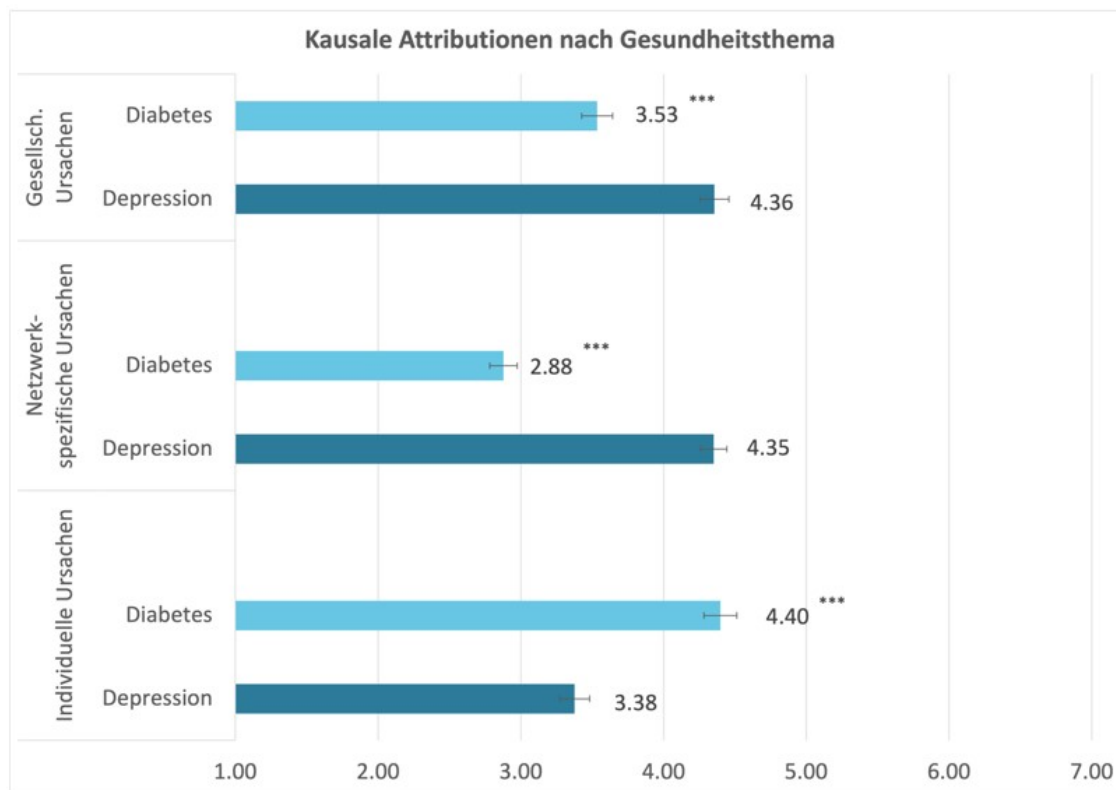
Selektionsprozess zur Bestimmung der Stichprobe der standardisierten Inhaltsanalyse.



Anmerkungen. $N = 1,044$ Beiträge, davon $n = 755$ zum Thema Depression und $n = 289$ zum Thema Typ-2-Diabetes. Oftmals differenziert die Medienberichterstattung nicht zwischen den verschiedenen Diabetes-Formen (Stefanik-Sidener, 2013). Jedoch tritt Typ-2-Diabetes im Vergleich zu Typ-1-Diabetes deutlich häufiger auf (RKI, 2017). Aus diesem Grund wurden auch solche Beiträge in die Stichprobe aufgenommen, die nicht explizit gemacht haben, dass Typ-2-Diabetes adressiert wird; während Beiträge, die explizit Typ-1-Diabetes thematisiert haben, ausgeschlossen wurden. Die Recherche der Beiträge erfolgt über die Volltextsuche über die Datenbank NexisUni und die Datenbanken des Fachinformationsdienstes adlr.link Als Suchbegriff wurden *depress* und *diabet* eingesetzt. Die Suche war beschränkt auf deutschsprachige Artikel. Voraussetzung für die Aufnahme eines Beitrags in die Stichprobe war, dass Depression oder Typ-2-Diabetes im Artikel mindestens als Hauptthema und nicht nur als Erwähnung oder in einer Aufzählung auftreten. Hauptthema bedeutet, dass ein Beitrag sich hauptsächlich mit dieser Thematik auseinandersetzt (Stefanik-Sidener, 2013). Quelle: Eigene Darstellung nach Rössler, 2017, S. 54.

Abbildung 3.

Mittelwertvergleich der vorbestehenden kausalen (Baseline-)Attributionen vor Rezeption der experimentellen Stimuli nach Gesundheitsthema.



Anmerkungen.

95%-Konfidenzintervall.

*** $p < .001$

Individuelle Ursachen: $t(1074, 49) = 12.88$, 2-seitiges $p < .001$.

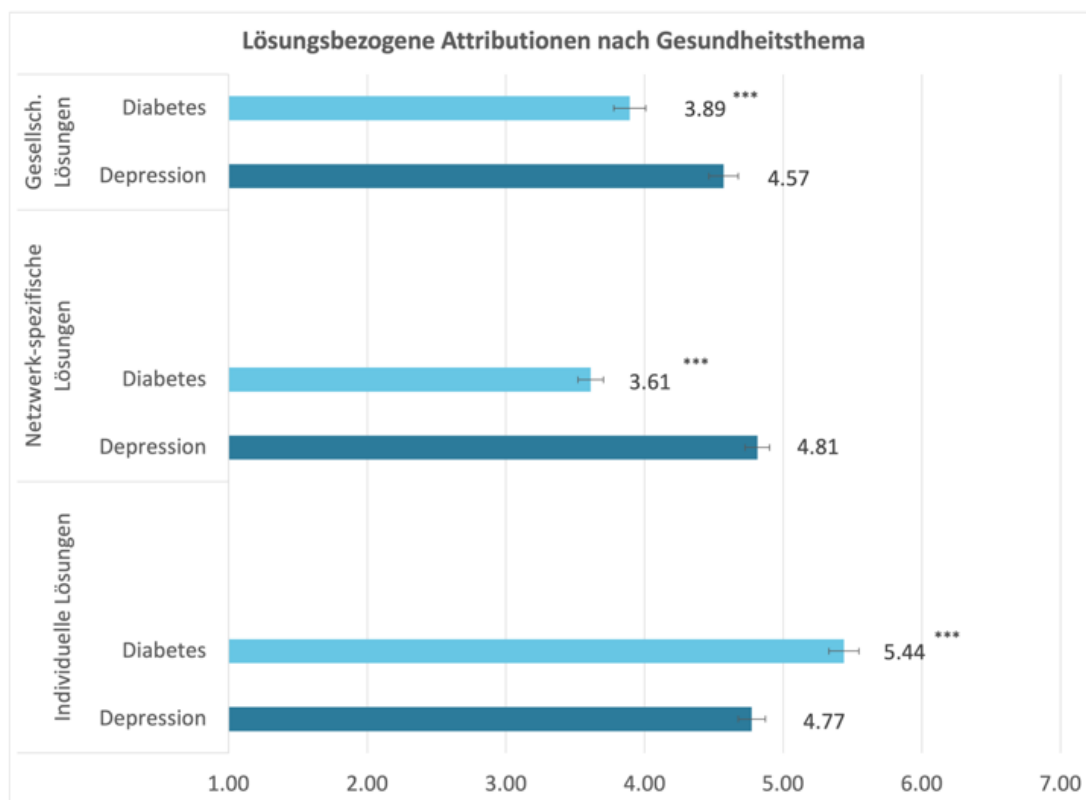
Netzwerkspezifische Ursachen: $t(1084, 13) = -21.68$, 2-seitiges $p < .001$.

Gesellschaftliche Ursachen: $t(1082, 21) = -10.85$, 2-seitiges $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Abbildung 4.

Mittelwertvergleich der vorbestehenden lösungsspezifischen (Baseline-)Attributionen vor Rezeption der experimentellen Stimuli nach Gesundheitsthema.



Anmerkungen.

95%-Konfidenzintervall.

*** $p < .001$.

Individuelle Lösungen: $t(1076, 72) = 9.00$, 2-seitiges $p < .001$.

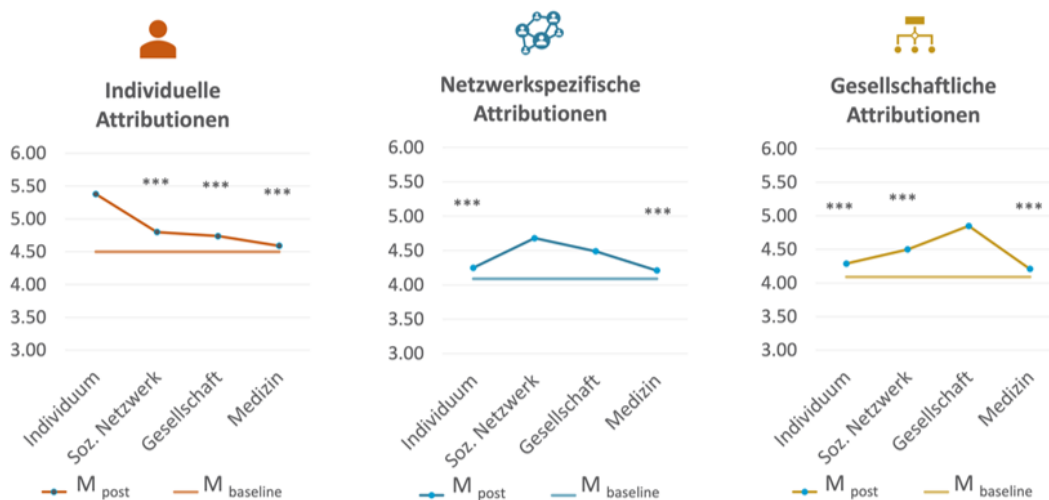
Netzwerk-spezifische Lösungen: $t(1086) = -18.52$, 2-seitiges $p < .001$.

Gesellschaftliche Lösungen $t(1086) = -8.46$, 2-seitiges $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Abbildung 5.

Mittelwerte der Attributionen nach Rezeption der Frames mit Baseline-Attributionen als Kovariaten.



Anmerkungen.

*** $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Der Frame „Medizin“ diente als Kontrollgruppe.

Post-hoc-Tests mit Šidák-Korrektur.

MANCOVA-Ergebnisse s. Tabelle 5.

Tabelle 1.

Kategoriensystem und Reliabilität: Responsibility Frames in der Medienberichterstattung.

Kausale Verantwortung	Lösungsbezogene Verantwortung
Individuelle Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .87$) <ul style="list-style-type: none"> • Biologische bzw. Medizinische Ursachen • Genetik • Demographie • Individuelles Gesundheitsverhalten • Traumatische Ereignisse 	Individuelle Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .94$) <ul style="list-style-type: none"> • Änderung des individuellen Gesundheitsverhaltens • Medikation und Therapie
Netzwerkspezifische Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .75$) <ul style="list-style-type: none"> • Konflikte (privat und beruflich) • Traumatische Ereignisse innerhalb des sozialen Netzwerks (z. B. Tod eines Angehörigen) • Beruflicher Stress 	Netzwerkspezifische Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .68$) <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung (positive Folgen) • Soziale Unterstützung (negative Folgen) • Fehlende soziale Unterstützung • Stigmatisierung innerhalb des sozialen Netzwerks
Gesellschaftliche Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .83$) <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbedingungen, Leistungsgesellschaft • Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen/ Rahmenbedingungen • Sozioökonomie 	Gesellschaftliche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .78$) <ul style="list-style-type: none"> • (Ent-)Stigmatisierung • Wachsendes medizinisches Wissen • Fehlendes medizinisches Wissen • (Fehlender) Zugang zu medizinischer Versorgung

Anmerkungen. Die Codierung erfolgte durch fünf studentische Codierer:innen. Die Intercoder-Reliabilitäten wurden mittels ReCal berechnet (Freelon, 2017). Pro Beitrag konnten mehrere Responsibility Frames erfasst werden.

Die Kategorien basieren sowohl auf bisherigen Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext (u.a. Zhang et al., 2016) als auch auf theoretischen Überlegungen zur Rolle des sozialen Netzwerks für die Gesundheit (u.a. Sallis et al., 2008). Die Reliabilität war mit $\alpha \geq .68$ für alle Kategorien zufriedenstellend (Krippendorff, 2011).

Tabelle 2.

Gruppen des 2x4-Experimentaldesigns.

	Responsibility Frames			
	Individuum	Soziales Netzwerk	Gesellschaft	Kontrolle ¹
Dargestellte Ursachen und Lösungen	Ernährung, Bewegung, Gesundheitsverhalten	Beziehungsprobleme, Vorbilder, soziale Unterstützung	Leistungsgesellschaft, Lebensmittelindustrie, Arbeitgeber, Politik	–
Diabetes	<i>n</i> = 144	<i>n</i> = 142	<i>n</i> = 127	<i>n</i> = 133
Depression	<i>n</i> = 142	<i>n</i> = 133	<i>n</i> = 133	<i>n</i> = 134

Anmerkungen.

N = 1,088.

¹ Die Kontrollgruppe erhielt einen Artikel mit einem medizinischen Frame für Depression bzw. Typ-2-Diabetes, in dem keiner Instanz Verantwortung zugeschrieben wurde.

Tabelle 3.

Items, Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs-Alpha-Reliabilitätswerte für die individuellen, netzwerkspezifischen und gesellschaftlichen Attributionen.

Individuelle Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.835$		$\alpha = 0.871$	
Depression		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k ¹	Wer an Diabetes Typ 2 erkrankt, hat es sich meist selbst zuzuschreiben.	3.65	1.70	4.08	1.82
k	Diabetes Typ 2 wird vor allem durch das eigene Verhalten verursacht.	4.67	1.59	5.17	1.60
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil sie sich ungesund ernähren.	5.54	1.47	5.73	1.51
l ²	Betroffene sollten sich anstrengen, ihren Diabetes Typ 2 in den Griff zu bekommen.	5.25	1.54	5.46	1.57
l	Betroffene sollten selbst dazu beitragen, Diabetes Typ 2 zu verbessern.	4.87	1.63	5.36	1.65
l	Wenn Menschen sich gesünder ernähren, können sie Diabetes Typ 2 verbessern.	5.52	1.48	5.84	1.47
Individuelle Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.780$		$\alpha = 0.858$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Depressionen werden vor allem durch das eigene Verhalten verursacht.	4.43	1.54	4.64	1.51
k	Wer an einer Depression erkrankt, hat es sich meist selbst zuzuschreiben.	4.62	1.56	5.02	1.46
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil sie nicht gut mit Stress umgehen.	4.46	1.69	4.55	1.73
l	Betroffene sollten selbst dazu beitragen, Depressionen zu verbessern.	4.69	1.52	4.68	1.55
l	Wenn Menschen besser mit Stress umgehen, können sie Depressionen verbessern.	4.01	1.66	4.32	1.74
l	Betroffene sollten sich anstrengen, ihre Depressionen in den Griff zu bekommen.	4.56	1.49	4.90	1.55
Netzwerkspezifische Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.887$		$\alpha = 0.936$	

Depression		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil ihnen der Rückhalt von anderen fehlt.	4.45	1.58	4.81	1.62
k	Die Ursachen für Depressionen liegen häufig im familiären Umfeld.	5.19	1.42	5.35	1.39
l	Wenn Angehörige von Betroffenen mithelfen, können sie Depressionen verbessern.	4.17	1.48	4.29	1.52
k	Das Verhalten der Familie ist oft mitverantwortlich, dass jemand Depressionen bekommt.	4.35	1.54	4.47	1.53
k	Was die Familie tut, hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an einer Depression erkrankt.	4.44	1.51	4.50	1.49
l	Angehörige können einen Weg finden, einen depressiven Menschen zu unterstützen.	5.33	1.35	5.41	1.34
l	Es ist die Aufgabe von Familienmitgliedern, Betroffenen dabei zu helfen, Depressionen zu bewältigen.	4.74	1.58	4.86	1.50
l	Das familiäre Umfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	5.28	1.39	5.20	1.40
k	Die Ursachen für Depressionen liegen häufig im Arbeitsumfeld.	4.24	1.46	4.54	1.54
k	Wenn jemand Depressionen bekommt, ist das Arbeitsumfeld oft mitverantwortlich.	4.46	1.47	4.68	1.53
k	Das Verhalten der Arbeitskolleg:innen hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an einer Depression erkrankt.	4.36	1.54	4.55	1.51
l	Arbeitskolleg:innen können einen Weg finden, einen depressiven Menschen zu unterstützen.	4.72	1.40	4.85	1.45
l	Es ist die Aufgabe von Arbeitskolleg:innen, Betroffenen dabei zu helfen, Depressionen zu bewältigen.	3.63	1.65	3.99	1.64
l	Das Arbeitsumfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.92	1.45	4.92	1.47
Netzwerkspezifische Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.853$		$\alpha = 0.937$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil ihnen der Rückhalt von anderen fehlt.	2.66	1.52	3.80	1.85
l	Wenn Angehörige von Betroffenen mithelfen, können sie Diabetes Typ 2 verbessern.	4.72	1.56	5.07	1.56

k	Die Ursachen für Diabetes Typ 2 liegen häufig im familiären Umfeld.	3.46	1.63	3.98	1.73
k	Das Verhalten der Familie ist oft mitverantwortlich, dass jemand Diabetes Typ 2 bekommt.	3.39	1.66	3.96	1.75
k	Was die Familie tut, hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an Diabetes Typ 2 erkrankt.	3.31	1.75	4.02	1.72
l	Angehörige können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen.	5.08	1.44	5.16	1.56
l	Es ist die Aufgabe von Familienmitgliedern, Betroffenen dabei zu helfen, Diabetes Typ 2 zu bewältigen.	4.37	1.70	4.58	1.70
l	Das familiäre Umfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.71	1.63	4.86	1.66
k	Die Ursachen für Diabetes Typ 2 liegen häufig im Arbeitsumfeld.	2.38	1.37	3.55	1.81
k	Wenn jemand Diabetes Typ 2 bekommt, ist das Arbeitsumfeld oft mitverantwortlich.	2.56	1.45	3.74	1.82
k	Das Verhalten der Arbeitskolleg:innen hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an Diabetes Typ 2 erkrankt.	2.40	1.50	3.39	1.85
l	Arbeitskolleg:innen können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen.	3.97	1.70	4.33	1.78
l	Es ist die Aufgabe von Arbeitskolleg:innen, Betroffenen dabei zu helfen, Diabetes Typ 2 zu bewältigen.	2.84	1.65	3.46	1.81
l	Das Arbeitsumfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.13	1.62	4.35	1.71

Gesellschaftliche Attributionen

Baseline

Posttest

$\alpha = 0.780$

$\alpha = 0.858$

Depression

M

SD

M

SD

k	Depressionen werden vor allem durch die Gesellschaft verursacht.	4.43	1.54	4.64	1.51
k	Depressionen kann man dem modernen Leistungsdenken zuschreiben.	4.62	1.56	5.02	1.46
l	Die Politik sollte dazu beitragen, Depressionen zu verbessern.	4.46	1.69	4.55	1.73
l	Arbeitgeber und Institutionen sollten sich anstrengen, Depressionen in den Griff zu bekommen.	4.69	1.52	4.68	1.55
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil ihnen Hilfsangebote fehlen.	4.01	1.66	4.32	1.74

I	Wenn die Gesellschaft sich ändert, kann sie Depressionen verbessern.	4.56	1.49	4.90	1.55
Gesellschaftliche Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.769$		$\alpha = 0.845$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Diabetes Typ 2 wird vor allem durch die Gesellschaft verursacht.	2.99	1.63	3.66	1.86
k	Diabetes Typ 2 kann man dem Lebensmittelangebot zuschreiben.	4.28	1.68	4.66	1.74
I	Die Politik sollte dazu beitragen, Diabetes Typ 2 zu verbessern.	4.10	1.78	4.44	1.92
I	Arbeitgeber und Institutionen sollten sich anstrengen, Diabetes Typ 2 in den Griff zu bekommen.	3.62	1.71	4.03	1.82
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil ihnen die Strukturen für gesundes Verhalten fehlen (z. B. Radwege).	3.33	1.77	4.14	1.91
I	Wenn die Gesellschaft sich ändert, kann sie Diabetes Typ 2 verbessern.	3.95	1.80	4.45	1.82

Anmerkungen.

¹kausale Attributionen.

²lösungsbezogene Attributionen.

Die Items wurden aus der bestehenden Forschungsliteratur zu Verantwortungsattributionen im Gesundheitskontext abgeleitet (Corrigan et al., 2003; Major, 2018; Sun et al., 2016).

Tabelle 4.

Verantwortungszuschreibungen in der medialen Berichterstattung.

	Depression (n = 755)		Typ-2-Diabetes (n = 289)	
	n	% der Beiträge zu Depression	n	% der Beiträge zu Typ-2-Diabetes
Kausale Verantwortung				
<i>Individuum</i>	313	41.5	170	58.8
<i>Soziales Netzwerk</i>	255	33.8	5	1.7
<i>Gesellschaft</i>	134	17.8	46	15.9
Lösungsbezogene Verantwortung				
<i>Individuum</i>	543	71.9	163	56.4
<i>Soziales Netzwerk</i>	305	40.4	42	14.5
<i>Gesellschaft</i>	453	60.0	163	56.4

Anmerkung. N = 1,044 Beiträge. Pro Beitrag konnten mehrere Responsibility Frames erfasst werden.

Tabelle 5.

MANCOVA der (Posttest-)Attributionen nach Rezeption der Responsibility Frames.

Faktor	Attributionen (Posttest)						
	Individuelle Attribution		Netzwerkspezifische Attribution		Gesellschaftliche Attribution		Wilk's Λ
	F	η^2p	F	η^2p	F	η^2p	
Responsibility Frame	42.45***	0.11	20.00***	0.05	26.41***	0.07	0.75***
Kovariaten							
Individuelle Attribution (Baseline)	984.28***	0.50	10.28**	0.01	0.99	0.00	0.50***
Netzwerkspezifische Attribution (Baseline)	12.70***	0.01	637.84***	0.37	104.23***	0.09	0.59***
Gesellschaftliche Attribution (Baseline)	15.46***	0.01	1.27	0.00	245.61***	0.19	0.69***

Anmerkungen.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

** $p < .01$.

*** $p < .001$.

„Ich will diese Verantwortung nicht auf meinen Schultern haben“ – Verantwortungszuschreibung im Podcast „Das Coronavirus-Update“

Ina von der Wense & Michael Wild

Universität Bamberg

Zusammenfassung

Die Corona-Pandemie hat in den letzten Jahren den öffentlichen Diskurs wie auch die mediale Berichterstattung maßgeblich geprägt. Insbesondere auch die Frage nach Verantwortlichkeiten für unterschiedliche Aspekte wie Schutzmaßnahmen oder Impfstoffbestellung und -verteilung wurden dabei immer wieder und in der gesamten medialen Breite diskutiert. Der vorliegende Beitrag untersucht, welche Verantwortungszuschreibungen im Rahmen der Corona-Pandemie im NDR-Podcast „Das Coronavirus-Update“ geäußert wurden und ordnet diese anhand eines Mehrebenen-Modells des Responsibility Framings auf den Ebenen Individuum, Netzwerk, Institution und Gesellschaft zu. Darüber hinaus wird gefragt, ob auch eine Verlagerung von Verantwortung zwischen den Ebenen zu beobachten ist. Die empirische Umsetzung erfolgt dabei anhand eines Methodenmixes aus automatisierter Textanalyse mittels der Programmiersprache Python und einer manuellen quantitativen Inhaltsanalyse. Dabei wurden alle 127 Folgen des Podcasts analysiert, die zwischen Februar 2020 und März 2022 publiziert wurden. Die Ergebnisse zeigen starke Zuschreibungen von Verantwortlichkeit insbesondere auf der institutionellen Ebene. Zugleich zeigt sich an verschiedenen Stellen, vor allem auf der institutionellen, aber auch von der institutionellen auf die individuelle Ebene und umgekehrt, die Verschiebung von Verantwortung an andere (sog. Shifting the blame).

Keywords: Podcast, Textanalyse, Mixed Methods, Corona Pandemie, Wissenschaftsjournalismus

Summary

The Corona pandemic has had a major impact on public discourse and media coverage in recent years. In particular, the question of responsibility for various aspects such as protective measures or vaccine ordering and vaccine distribution has been discussed repeatedly and across the entire media spectrum. This article examines which attributions of responsibility were expressed in the NDR podcast “Das Coronavirus-Update” during the pandemic and assigns them on the levels of individual, network, institution and society based on a multi-level model of responsibility framing. Subsequently it is analyzed whether a shift of responsibility can be observed. The empirical implementation is based on a mixed-method design of text analysis using Python combined with a quantitative content analysis. All 127 episodes of the podcast published from February 2020 to March 2022 were analyzed. The results show strong attributions of responsibility, especially at the institutional level. At the same time, the shifting of responsibility to others (shifting the blame) is evident at various points, especially at the institutional level, but also from the institutional to the individual level and vice versa.

Keywords: Podcast, text analysis, mixed methods, corona pandemic, science journalism

1 Einleitung

Situationen großer Unsicherheiten sowie Krisensituationen provozieren seit jeher Fragen nach Verantwortlichkeiten und Schuldzuweisungen (Reifegerste & Wagner 2021). Auch die Kommunikationswissenschaft beschäftigt sich seit längerem mit Verantwortungszuschreibungen (z. B. Holmström 2008, Ohser 2021). Wer in der Medienberichterstattung für Fehlentscheidungen oder gesellschaftliche Probleme verantwortlich gemacht wird, wird auch unter der Perspektive des Responsibility Framings diskutiert (siehe auch die Beiträge von [Wiedicke et al.](#) und [Daube et al.](#) in diesem Band). Für gesundheitsbezogene Herausforderungen wird Verantwortlichkeit in den letzten drei Jahren 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 Breite publizistischer Medien (d. h. sowohl in traditionellen Massenmedien als auch in sozialen Medien) geführt. Allerdings bleibt bislang unklar, wem Verantwortung wie zugeschrieben wurde und inwiefern Verantwortlichkeiten verlagert wurden.

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 zu Beginn der Pandemie startete und diese über zwei Jahre kontinuierlich begleitete. Zum anderen, da die dort behandelten Themen schnell Gegenstand der Berichterstattung etablierter Medien wurden. Darüber hinaus wurden in den Podcastfolgen auch Themen aufgegriffen und eingeordnet, die zuvor im öffentlichen Diskurs behandelt wurden. Die Relevanz des Podcasts liegt aber auch in seiner großen Popularität: Millionen von Zuhörenden (Herrmann, 2021) bot der Podcast in den ersten beiden Jahren der Pandemie nicht nur Informationen, sondern half ihnen auch „durch seine affektiven Effekte wie Beruhigung oder Reduzierung von Ängsten [...] die Situation besser zu bewältigen“ (Gaiser & Utz, 2022, S. 430). Der Podcast „Das Coronavirus-Update“ eignet sich allerdings nicht nur aufgrund seiner Relevanz und Funktion im öffentlichen Diskurs zur Corona-Pandemie als Untersuchungsmaterial für die eingangs beschriebenen Verantwortlichkeitszuschreibungen, sondern auch, da der Podcast aktuell nicht mehr weitergeführt wird und es sich damit um einen abgeschlossenen Untersuchungskorpus handelt.

Wer macht also wen für Gesundheit (und Krankheit) im Diskurs rund um die Corona-Pandemie verantwortlich? Von dieser grundsätzlichen Frage ausgehend fokussiert der vorliegende Beitrag den Podcast „Das Coronavirus-Update“ von NDR Info und stellt die Frage: Welche Zuschreibungen von Verantwortung können im Podcast „Das Coronavirus-Update“ beobachtet werden? Kurz: Wer wird im Podcast als verantwortlich adressiert? Und lassen sich Prozesse der Verlagerung von Verantwortung beobachten?

Als theoretische Fundierung der Analyse dient das Dreiebenen-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. Es wird also zunächst nicht danach gefragt, welchen konkreten Personen oder Institutionen Verantwortung zugeschrieben wird, sondern auf welcher Ebene die Entitäten liegen, denen die Verantwortung zugeschrieben wird. Da im Verlauf des gesellschaftlichen Diskurses rund um die Corona-Pandemie insgesamt häufig auf konkrete gesellschaftliche Einrichtungen von „der Politik“ bis hin zu „den Gesundheitsämtern“ Bezug genommen wurde (siehe dazu den Beitrag von Wiedicke et al. in diesem Band), sollen im vorliegenden Beitrag Verantwortungszuschreibungen auf der Makroebene differenzierter erfasst werden. Dafür wird vorgeschlagen, die Makroebene in eine institutionelle Ebene und eine gesellschaftliche Ebene aufzuteilen und somit das Dreiebenen-Modell des Responsibility-Framing-Prozesses zu einem Mehrebenen-Modell zu erweitern.

Zudem werden Kommunikationsstrategien, die häufig als „shifting the blame“ (Bartling & Fischbacher, 2012) beschrieben wurden, als grundlegende Prozesse der Verlagerung von Verantwortung aufgefasst. Damit kann das Erkenntnisinteresse des Beitrags erweitert werden. Es wird nicht nur danach gefragt, auf welcher Ebene Verantwortung verortet wird, sondern auch, ob eine Verantwortungsverlagerung innerhalb oder zwischen den Ebenen zu beobachten ist.

2 Theoretische Perspektiven

Vor allem Zeiten großer gesellschaftlicher Herausforderungen oder gar Krisen rücken Fragen nach der Verantwortlichkeit handelnder Akteur:innen aber auch Schuldzuweisungen in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Debatte. In diesen Situationen geht es

nicht nur um die Frage, wer für Probleme oder die Krisen verantwortlich ist, sondern auch darum, wer für die Lösung dieser zuständig ist. Dabei ist die Auseinandersetzung mit dem Begriff Verantwortung im Sinne einer allgemeinen „Zuständigkeit für Weltzustände“ (Corcilius, 2022, S. 14) keineswegs eine neue – in der westlichen Philosophie kann sie bis auf Aristoteles zurückgeführt werden. Konkreter kann Verantwortung gesehen werden als die Zuständigkeit von Personen für ihr eigenes Tun gegenüber einer Instanz aufgrund gewisser Kriterien (Höffe, 2022). Die Zuschreibung von Verantwortung kann zum einen durch andere erfolgen, bspw. durch Wahl oder Übernahme eines Amtes, und zum anderen durch einen selbst, bspw. durch das Anerkennen der eigenen Schuld für einen begangenen Fehler (Höffe, 2022). Im Kontext der öffentlichen Diskussion sind zwar grundsätzlich beide Perspektiven relevant, mit dem Blick auf die mediale Berichterstattung wird in erster Linie die Zuschreibung von Verantwortung durch andere, eben die Medien, bzw. die in ihnen zu Wort kommenden Akteur:innen, fokussiert.

Die Frage nach der Zuschreibung von Verantwortlichkeit in der Medienberichterstattung wurde insbesondere im Kontext der Framing-Forschung zu politischer Berichterstattung als Responsibility Framing formuliert (Iyengar, 1990; Semetko & Valkenburg, 2000). Darauf aufbauend wurden bisher auch zahlreiche Studien zur medialen Vermittlung von Verantwortung zu Gesundheit und Krankheit im Kontext der Gesundheitskommunikation unter dem Aspekt des Responsibility Framing durchgeführt (z. B. Temmann et al. 2021).

Eine weitere Möglichkeit zur Strukturierung des Responsibility Framings (neben der Differenzierung nach Ursachen und Lösungen) ist die Verortung von Verantwortung auf bestimmte Ebenen. Dabei stehen häufig die Verortung auf der Ebene des Individuums (d. h. Mikroebene) und auf der Ebene der Gesellschaft (d. h. auf der Makroebene) im Mittelpunkt der Studien zum Responsibility Framing (Temann et al. 2021).

Reifegerste et al. (2021) ergänzen die Analyse der Zuschreibung von Verantwortung auf der Individualebene und der gesellschaftlichen Ebene um die Ebene des sozialen Umfelds der Menschen, der Mesoebene, zum Drei-Ebenen-Modell des Responsibility-Framing-Prozesses. Gerade hinsichtlich der Analyse der medialen Berichterstattung der Corona-Pandemie scheint die Analyse der Verantwortungszuschreibung mit allen drei Ebenen im Blick maßgebend, da insbesondere die

sozialen Kontakte der Menschen, also ihr soziales Umfeld, als zentrale Verbreitungswege des Virus diskutiert wurden.

Zudem zeigt sich in der Beobachtung des gesellschaftlichen Diskurses rund um die Corona-Pandemie, dass auf der einen Seite dem individuellen Verhalten der Menschen eine große Bedeutung beigemessen wurde. Die Aufforderungen zum Tragen von Masken und Reduktion von sozialen Kontakten bis hin zur freiwilligen Isolation in den frühen Tagen der Pandemie, die bald auch zu verbindlichen Regelungen und schließlich umgekehrt wieder zu freiwilligen Schutzmaßnahmen wurden, sind dafür ein eindrückliches Beispiel. Damit ist Verantwortung auf der individuellen Ebene verortet. Gleichzeitig zeigt sich auf der anderen Seite, dass häufig konkrete Akteur:innen wie Politiker:innen (in erster Linie Amtsinhabende) aber auch allgemeiner „die Politik“ oder „die Wissenschaft“ adressiert werden (siehe dazu den Beitrag von Wiedicke et al. in diesem Band), Verantwortlichkeit also auch auf gesellschaftlicher Ebene verortet wird. Die Gesellschaft umfasst allerdings nicht nur konkrete Einrichtungen wie „die Politik“ oder „die Gesundheitsämter“, sondern auch „uns alle“, also die Bevölkerung des ganzen Landes. Im Kontext der Analyse der Corona-Pandemie scheint daher eine Aufteilung der gesellschaftlichen Ebene in einen konkret entscheidungsfähigen und damit verantwortlichen Teil und andererseits die Bevölkerung bzw. die Gemeinschaft der Menschen insgesamt, der dahingehend eher nur eine diffuse Verantwortlichkeit zugeschrieben werden kann, sinnvoll. Daher wird das von Reifegerste et al. (2021) vorgeschlagene Drei-Ebenen-Modell um die institutionelle Ebene zu einem Mehrebenen-Modell erweitert.

Auf dieser institutionellen Ebene sollen also nun soziale Teilsysteme wie Politik und Wissenschaft, deren Analyse für sich genommen ebenso gewinnbringend ist (siehe dazu den Beitrag von Daube et al. in diesem Band), aber auch deren Organisationen als Institutionen verstanden werden, bspw. das „Robert Koch-Institut“, die „Gesundheitsämter“, „Universitäten“ oder die „Regierung“. Sie alle werden durch konkrete Bezeichnungen aus der gesellschaftlichen Ebene herausgegriffen und damit als einzelne Entitäten kommunikativ hinsichtlich der Verantwortungszuschreibung adressierbar und damit analysierbar. Institutionen werden in diesem Sinne als konkrete Einrichtungen einer Gesellschaft verstanden, die in gewissem Maße handlungsfähig sind. Dabei muss berücksichtigt werden, dass letztlich nicht „die Politik“

oder „die Wissenschaft“ in ihrer Gesamtheit handlungsfähig sind. Wenn Verantwortlichkeit an diese adressiert wird, sind jedoch in jedem Fall konkretere Teilbereiche der Gesellschaft angesprochen, als eine Subsummierung dieser unter eine allgemeine gesellschaftliche Ebene abbilden kann.

Neben der Zuschreibung von Verantwortung zu bestimmten Ebenen fällt im Kontext der Verortung von Verantwortung in der Beobachtung des Diskurses in der Pandemie auf, dass nicht selten Verantwortung abgelehnt und in diesem Zuge an andere übertragen wird (Ohser 2021). So wurde gerade in der Anfangszeit der Pandemie seitens politischer Akteur:innen „die Wissenschaft“ *aufgefordert*, Daten und Erkenntnisse zu liefern, da sonst keine Entscheidungen getroffen werden können. Christian Drosten berichtet bspw. Anfang Mai 2020 von direkten Gesprächen zwischen Politiker:innen und Wissenschaftler:innen: „die können auch mal ganz schön Druck ausüben und sagen: Ich will diese Verantwortung nicht auf meinen Schultern haben. Ich möchte die Verantwortung lieber in einem wissenschaftlichen Manuskript sehen“ (Das Coronavirus-Update, Folge 38 vom 5. Mai 2020). Mit diesen oder ähnlichen Forderungen findet letztlich eine Verantwortungsübertragung von Seiten der Politik auf die Wissenschaft statt. Verantwortungsübertragung zeigt sich aber auch hinsichtlich der Frage, ob nun der Bund oder die Länder für diese oder jene Regelung zuständig seien, hier wird also Verantwortung zwischen verschiedenen politischen Institutionen verschoben. In den Sozialwissenschaften wird die Übertragung von Verantwortung als „blame-shifting“ oder „shifting the blame“ im Kontext von Krisenkommunikation analysiert (Benoit, 1997; Harlow et al., 2011; Hong et al., 2023), aber auch grundsätzlich als Kommunikationsstrategie beschrieben (Bartling & Fischbacher, 2012; Lozano & Laurent, 2019). Im Folgenden dient diese Perspektive als Heuristik zur Beobachtung von Verantwortungsverschiebung oder -ablehnung im Sinne einer kommunikativen Handlung.

Das eingangs formulierte allgemeine Erkenntnisinteresse dieses Beitrags kann damit wie folgt konkretisiert werden:

1. *Welchen Ebenen wird Verantwortung für die Ursachen und Lösungen in der COVID-19 Pandemie zugeschrieben?*
2. *Auf welche Ebenen wird Verantwortung verlagert bzw. übertragen?*

3 Methodik

Der Podcast „Das Coronavirus-Update“ von NDR Info (2022) mit dem Virologen Christian Drosten und später auch der Virologin Sandra Ciesek eignet sich neben seiner eingangs beschriebenen Relevanz aus mehreren Gründen als Untersuchungsgegenstand. Zunächst wurde die erste Folge des Podcast bereits am 26. Februar 2020 veröffentlicht, also sehr frühzeitig im Verlauf der Pandemie. Die letzte regelmäßige Folge des Podcast erschien am 29. März 2022. Damit begleitete der Podcast den Verlauf der Pandemie kontinuierlich über zwei Jahre hinweg. Dabei lassen sich drei Phasen seines Erscheinens unterscheiden: In der ersten Phase von Februar 2020 bis April 2020 erschienen nahezu täglich ca. 30-minütige Folgen. In der zweiten Phase von April 2020 bis Juni 2020 wurden zwei bis drei Folgen pro Woche publiziert, die Länge der einzelnen Folgen stieg auf ca. 60 Minuten an. Die dritte und letzte Phase des Podcast im Untersuchungszeitraum beginnt im September 2020. Der Publikationsrhythmus ist nun ein wöchentlicher, wobei eine Folge rund 90 Minuten dauert. Zudem übernimmt Ciesek im wöchentlichen Wechsel mit Drosten die Expert:innenrolle im Podcast. Jede Folge des Podcast ist als klassisches Gesprächsformat aufgebaut: Eine Journalistin führt ein Gespräch über aktuelle Themen der Pandemie mit einer Expertin oder einem Experten. Dabei werden bald auch Fragen von Zuschauenden mit aufgenommen. Nach der letzten regulären Folge im März 2022 erschienen bis Januar 2023 zwar noch unregelmäßig mehrere Sonderfolgen des Podcasts, allerdings kann der Podcast ab März 2022 als abgeschlossen betrachtet werden. Damit können die bis zu diesem Zeitpunkt publizierten 127 Folgen auch als abgeschlossener Untersuchungskorpus gesehen werden. Ein letzter Punkt ergänzt die Eignung des Podcast als Untersuchungsgegenstand: Bereits sehr frühzeitig stellte der [NDR Transkripte](#) der einzelnen Folgen als Download zur Verfügung, die für eine Inhaltsanalyse als Grundlage dienen können.

Zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragen wurde ein Mixed-Methods-Ansatz verfolgt. In Vorbereitung des Projektes wurden die Transkripte der 127 Podcast-Folgen im PDF-Format gespeichert. Daraus ergeben sich 1512 Textseiten für die Analyse. Um dieser Datenmenge gerecht werden zu können, wurde 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 (z. B. Heiberger

& Riebling, 2016) und hält aktuell auch verstärkt Einzug in die Kommunikationswissenschaft (z. B. Buz et al., 2021). Außerdem sollte dieser Schritt dazu genutzt werden, diejenigen Textstellen zu identifizieren, in denen explizit Verantwortung bzw. Verantwortungszuschreibungen thematisiert werden. Die so ermittelten $n = 123$ Folgen wurden dann in einem zweiten Schritt einer manuellen quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen, um hier konkreter auf Akteur:innen und Verantwortungszuweisungen einzugehen und eine Kontextualisierung hinsichtlich des oben bereits genannten Mehrebenen-Modells des Responsibility-Framing-Prozesses vorzunehmen. Zudem konnten in diesem Schritt aus dem Material heraus weitere Begriffsfelder und Themen mit Verantwortungsbezug identifiziert werden.

Der Startpunkt für die Analyse waren Textstellen mit der expliziten Nennung des Wortes „Verantwortung“ oder verwandter Worte, wie beispielsweise „verantwortlich“. Um hier möglichst alle Begriffe abzudecken wurde nach dem Wortteil „Vlverant“ gesucht. Des Weiteren wurden die Wort(teile) „Pflicht“ und „flfreiwillig“ in die Suche einbezogen – als Gegenteile zueinander, die die aufoktroyierte Verantwortungsübernahme bzw. Verantwortung von Seiten bspw. eines Gesetzgebers (z. B. Maskenpflicht, einrichtungsbezogene Impfpflicht) bzw. individuelle Verantwortungsübernahme (z. B. freiwilliges Social Distancing) mindestens in Teilen abdecken können. Aus ähnlichen Überlegungen heraus wurden außerdem die Wort(teile) „Slschutz“ und „Zlzuständig“ aufgenommen. Insgesamt ergaben sich damit fünf Wortlisten mit 1816 Tokens, d. h. 1816 Wortvorkommnissen im gesamten Datensatz. Die darauffolgende manuelle quantitative Inhaltsanalyse aller 1816 Fälle ergab $n = 656$ für die Fragestellung relevante Tokens. Als nicht relevant wurden solche Fälle interpretiert, in denen keine Verantwortungszuweisung an Personen oder andere adressierbare Entitäten (bspw. Institutionen) stattfand. Recht häufig wurde im Podcast beispielsweise über den Nutzen eines Mundschutzes gesprochen oder beispielsweise diskutiert, welche biologischen Vorgänge für den Krankheitsverlauf *verantwortlich* seien. Auch Wortwiederholungen, etwa wenn Teile eines Satzes im Podcast als sprachliches Mittel zur Betonung eines Aspektes oder eines Arguments wiederholt wurden, wurden hier ausgeschlossen.

Die in der automatisierten Inhaltsanalyse als relevant identifizierten Tokens bzw. die Textstellen um diese Tokens ($n = 656$) wurden in einer manuellen quantitativen Inhaltsanalyse schließlich näher beleuchtet und

auf Verantwortungszuschreibungen gemäß des oben vorgestellten Mehrebenen-Modells des Responsibility-Framing-Prozesses untersucht. Dazu wurde jeweils codiert, welcher Ebene des Mehrebenen-Modells in der untersuchten Textstelle Verantwortung zugeschrieben wurde. Die Ausprägungen waren hier *Individualebene*, *Netzwerk-Ebene*, *Institutionelle Ebene*, *Gesellschaftliche Ebene* und *keine Zuweisung von Verantwortung*. Es folgte darauf eine offene Codierung der jeweiligen Verantwortungsträger (bspw. „jeder einzelne“, „Pendler“, „die Politik“, „wir alle“). Für jede Textstelle konnten diese beiden Kategorien auch mehrfach codiert werden, da auch mehrere Verantwortliche genannt werden konnten, etwa wenn darauf hingewiesen wurde, dass sowohl Individuen selbst als auch die Politik Verantwortung übernehmen müssten. Als weitere Kategorie wurde außerdem die Verlagerung von Verantwortung, aufgenommen. Auch hier wurden zunächst Ebenen und schließlich konkrete Akteur:innen codiert. Die Ausprägungen entsprachen dabei denen der vorangegangenen Kategorien.

4 Ergebnisse

Die 656 in der quantitativen Inhaltsanalyse als relevant identifizierten Textstellen aus den 127 Podcastfolgen setzen sich wie folgt zusammen: Insgesamt 83 Textstellen (13 Prozent) enthalten Begrifflichkeiten aus der Wortfamilie Verantwortung (bzw. den Wortteil „Vlverant“), 36 Textstellen (5 Prozent) enthalten den Wortteil „flfreiwillig“, 124 (19 Prozent) den Wortteil „Pflicht“, 390 (59 Prozent) den Wortteil „Slschutz“ und 23 Textstellen (4 Prozent) den Wortteil „Zlzuständig“. Insgesamt ergeben sich damit für jede Podcastfolge im Schnitt etwa fünf Textstellen mit Verantwortungsbezug. Die automatisierte Textanalyse zeigt hier also bereits, dass das Thema Verantwortung im NDR-Podcast „Das Coronavirus-Update“ regelmäßig angesprochen wurde.

Betrachtet man nun die verschiedenen Ebenen der Verantwortungszuschreibung näher, so zeigt sich die in Tabelle 1 dargestellte Verteilung: Über fast alle Wortlisten hinweg sind Verantwortungszuschreibungen am häufigsten auf der institutionellen Ebene zu finden. Besonders häufig werden hier Politik und Wissenschaft angeführt. Hohe Werte können vor allem bei der Thematisierung von Pflichten und Zuständigkeiten bzw. Worten aus deren Wortfamilien beobachtet werden. Das erscheint auch plausibel, da die Einführung einer Pflicht, etwa zum Tragen einer Maske, in der Regel eine institutionelle Rückbindung verlangt – ebenso gilt dies für Zuständigkeiten, auch

diese werden eher auf der institutionellen Ebene liegen. Einzig bei „Freiwillig“ wird häufiger die Ebene der Gesellschaft angesprochen (siehe Tabelle 3 im Anhang), bspw. rund um die Thematik von Apps zur Kontaktnachverfolgung: „All das muss kommuniziert werden, und es muss alles freiwillig sein. Deshalb muss sozusagen dieses generelle Prinzip der Datenspende – also dass Menschen, Bürger und Wissenschaftler oder die Institutionen in einem Gemeinschaftsprojekt zusammenarbeiten –, das muss in den Vordergrund treten“ (Das Coronavirus-Update, Folge 30 vom 8. April 2020). Auch hier lässt sich das über die Wortbedeutung gut erklären: Freiwillige Verantwortungsübernahme stellt im Grunde den Gegensatz zur Pflicht dar. Auffällig ist hier allerdings, dass der Höchstwert nicht auf der individuellen Ebene zu finden ist, sondern die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit hier zur freiwilligen Verantwortungsübernahme aufgerufen wird. Zusammenhängen könnte das aber auch damit, dass höhere Fallzahlen für die gesellschaftliche Ebene im Datensatz vorliegen. In der Analyse wurden hier beispielsweise auch Formulierungen wie „wir alle müssen jetzt Verantwortung übernehmen“ codiert.

	Individuell	Netzwerk	Institution	Gesellschaft	Summe Akteure
V verantwort	29,9%	3,7%	49,5%	16,8%	107
F freiwillig	12,5%	0	33,3%	54,2%	48
P pflicht	4,3%	4,3%	70,9%	20,6%	141
S schutz	23,1%	3%	46,2%	27,7%	329
Z zuständig	9,6%	0	83,9%	6,5%	31

Tabelle 1. Ebenen der Verantwortungszuschreibungen. Akteure in Zeilenprozent (auf eine Nachkommastelle gerundet); pro Token (Wortvorkommen) konnten bei der Analyse bis zu drei Akteure aufgenommen werden.

Kaum als verantwortlich adressiert wurde über alle Begriffslisten hinweg die Netzwerkebene. Nur in Einzelfällen wurde hier Verantwortung zugewiesen. Sprechen wir von pandemischen Entwicklungen und Infektionen vor allem über das persönliche soziale Umfeld, wie es im Fall von Covid-19 immer wieder diskutiert wurde, überrascht dieses Ergebnis. Gleichzeitig ist die Netzwerkebene möglicherweise nur schwer adressierbar. Im Untersuchungsmaterial wurden hier beispielsweise Fälle aufgenommen, wie ein Corona-Ausbruch unter den Mitarbeitenden einer Firma. In diesem Fall handelt es sich um eine konkrete, adressierbare Gruppe von Menschen. Die Regel ist das für die Netzwerkebene aber nicht: Im Gegensatz zu den anderen drei Ebenen ist diese Ebene nur schwer konkret kommunikativ adressierbar und fluide. Außer im Falle von bspw. Organisationszugehörigkeiten wird

es hier wenig konstante Gruppen geben, zudem sind soziale Netzwerke im Sinne des persönlichen Umfeldes auch sehr unterschiedlich (etwa gelten für eine Familie andere Dinge als für ein Unternehmen oder für die Menschen, denen man im Alltag sporadisch begegnet). Handlungsempfehlungen sind hier vermutlich nur schwer zu vermitteln. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass bei einer Pandemie, die die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit betrifft, Handlungsempfehlungen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene – im Sinne einer Ansprache von „jedem einzelnen“ und „uns allen“ – zielführender und umfassender sind, als das gezielte Ansprechen von Netzwerken. Möglicherweise ist eine Verantwortungszuschreibung auf der Netzwerkebene also nicht nur schwer, sondern auch von untergeordneter Relevanz.

Die manuelle quantitative Analyse zeigt außerdem Hinweise auf das oben bereits thematisierte „Shifting the blame“. Unter den 656 in der quantitativen Inhaltsanalyse als relevant identifizierten Textstellen wurden insgesamt 76 Fälle (12 Prozent) von Verantwortungsverlagerungen beobachtet. Die Verteilung der Fälle auf die drei unterschiedlichen Ebenen von Verantwortungsträgern ist in Tabelle 2 zu sehen. Dabei zeigt sich, dass auch diese insbesondere auf der institutionellen Ebene stattfinden. So ergab die Analyse, dass knapp ein Drittel aller Fälle von Verantwortungsverlagerung auf der institutionellen Ebene zu verorten sind ($n = 23$). Hier gibt beispielsweise die Politik Verantwortung an die Wissenschaft („Wir haben ja das Know-How nicht“), die Wissenschaft wiederum an die Politik („Wir haben keine Entscheidungsbefugnisse“), die Kommunalpolitik an die Bundespolitik oder die Bundespolitik an die Länderpolitik. Gleichzeitig sehen wir aber auch einige Übertragungen von Verantwortung von der individuellen auf die institutionelle Ebene oder umgekehrt. Individuen geben hier Verantwortung an Wissenschaft oder Politik ab (bspw. soll die Wissenschaft einen Impfstoff entwickeln), und umgekehrt macht die Politik Individuen selbst verantwortlich und ruft zu freiwilligen Schutzmaßnahmen auf („Das muss jeder eigenverantwortlich entscheiden“).

Insgesamt ergeben sich damit 40 Verschiebungen auf die institutionelle Ebene, 17 auf die gesellschaftliche Ebene, zwölf auf die individuelle Ebene, eine auf die Netzwerkebene und sechs Fälle, in denen die Verantwortung abgeschoben wird, ohne dass hier neue Verantwortliche genannt werden. Die Ergebnisse spiegeln einerseits die Verhältnisse aus der generellen Verantwortungsthematisierung in Bezug auf die

Ebenen, die oben beschrieben wurde, wider: insbesondere wird Verantwortung auf der institutionellen Ebene zugeschrieben, hier finden entsprechend auch mehr Verlagerungen von Verantwortung statt. Zusammenhängen könnte das auch mit der bereits angeklungenen Frage nach Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten und den Kompetenzen (und Grenzen) der jeweiligen Institutionen. Beispielsweise hat die Politik gewisse Entscheidungsbefugnisse, hier fehlen bisweilen aber neue Erkenntnisse, für die ein anderes Teilsystem, nämlich die Wissenschaft zuständig sein muss. Und zuletzt lässt sich das Zusammenleben vieler Menschen nun einmal nicht bis ins Detail durch Regeln und Gesetze organisieren: „jeder Einzelne“ und „wir alle“ müssen auch – mindestens in einem gewissen Rahmen – Verantwortung übernehmen.

Von	Zu	Anzahl
Individueller Ebene	Keine konkrete Adressierung einer anderen Ebene	3
Individueller Ebene	Netzwerkebene	1
Individueller Ebene	Institutioneller Ebene	13
Individueller Ebene	Gesellschaftliche Ebene	2
Institutioneller Ebene	Keine konkrete Adressierung einer anderen Ebene	3
Institutioneller Ebene	Individueller Ebene	11
Institutioneller Ebene	Institutionelle Ebene	23
Institutioneller Ebene	Gesellschaftliche Ebene	9
Gesellschaftliche Ebene	Individueller Ebene	1
Gesellschaftliche Ebene	Institutionelle Ebene	4
Gesellschaftliche Ebene	Gesellschaftliche Ebene	6

Tabelle 2. Fälle von Verantwortungsverschiebungen. Angabe in ganzen Zahlen.

5 Fazit

Die Ergebnisse der zweistufigen Analyse zeigen, dass die Ergänzung des Drei-Ebenen-Modells um die institutionelle Ebene sinnvoll war. Gerade in der Pandemie, in der es galt, schnelles Krisenmanagement zu betreiben, wurde diese Ebene häufig adressiert, wenn es um Verantwortungszuschreibungen ging. Das ist sicherlich auch damit zu erklären, dass gerade die Politik über die notwendigen Entscheidungsmöglichkeiten verfügt und damit auch eine entsprechende Erwartungshaltung in der Krise einhergeht.

Das methodische Vorgehen bot insgesamt einen geeigneten Ansatz zur empirischen Überprüfung des Mehrebenen-Modells. Die Kombination aus automatisierten und manuellen quantitativen Elementen stellte für die Erhebung und Analyse der Daten insbesondere aufgrund der großen Textmenge einen erheblichen Vorteil dar. Durch diese Vorgehensweise ergeben sich

auf der anderen Seite auch Limitationen der Studie. Der Fokus auf einzelne Begriffe und Textstellen ermöglichte zwar die Analyse einer großen Textmenge, führt auf der anderen Seite allerdings zu blinden Flecken: Möglicherweise wurden andere relevante Begrifflichkeiten oder Zusammenhänge, die über die Analyse mittels Wortsuche nicht identifiziert werden konnten, übersehen. So könnte die Festlegung auf Wörter mit Verantwortungsbezug und die bewusste Nichtberücksichtigung von Suchwörtern, die direkt auf die einzelnen Ebenen abstellen, eine Limitation der vorliegenden Studie darstellen. Insbesondere könnte dies der Fall sein, wenn Verantwortungszuschreibungen eher implizit erfolgen. Dadurch, dass die Textstellen für die Analyse anhand der jeweiligen Worttreffer (Tokens) nacheinander für alle Listen ausgewählt wurden, wurde außerdem nicht auf der Aussagenebene codiert. Einzelne Aussagen sind daher möglicherweise mehrfach aufgenommen worden, etwa, wenn Begriffe aus der Liste „Vlverant“ und aus der Liste „Ffreiwillig“ nah beieinanderstanden.

Für die manuelle quantitative Codierung zeigten sich kleinere Probleme bei der Trennschärfe der vier Ebenen. Nicht immer konnte eindeutig zwischen einzelnen Wissenschaftler:innen oder Politiker:innen als Individuen oder in ihren Rollen als Vertretende der jeweiligen Institutionen unterschieden werden. Auch die oben angesprochene Formulierung „wir alle“ steht gewissermaßen zwischen den Ebenen Gesellschaft und Individuum. Insbesondere die Netzwerkebene, verstanden als das persönliche soziale Umfeld, stellte sich außerdem als schwer auffindbar heraus. Hier gibt es kaum konkrete Entitäten, denen im Untersuchungsmaterial Verantwortung zugeschrieben wird. Lediglich in Einzelfällen, wenn es beispielsweise um die Mitarbeitenden eines Unternehmens geht, konnte die Netzwerkebene codiert werden.

Die vorgestellten Ergebnisse der Studie können allerdings nur eine erste Antwort auf die Frage nach Verantwortungszuschreibungen in der Coronapandemie bieten. So beziehen sich die Erkenntnisse lediglich auf den Podcast „Das Coronavirus-Update“. Die Analyse anderer Publikationen, bspw. klassische Massenmedien, wären eine notwendige Erweiterung, um eine umfassendere Antwort geben zu können. Da beim untersuchten Podcast in erster Linie Wissenschaftler:innen zu Wort kamen, ist ein entsprechender Bias anzunehmen. Auch hier könnte ein Abgleich mit weiterem Untersuchungsmaterial das Bild ergänzen. Darüber hinaus ist eine Übertragung der Forschungsfrage und -design auf andere Pandemien

oder Gesundheitsthemen denkbar. So könnte bspw. eine Analyse der Berichterstattung zu „Affenpocken“ oder „Zika-Virus“ aufgrund der spezifischeren Risikogruppen eine deutlich höhere Relevanz der Netzwerkebene zeigen. Entsprechendes wäre auch hinsichtlich Impfkampagnen, bspw. zu HPV, Gürtelrose oder FSME, zu erwarten. Mit Blick auf die eingangs gestellte Frage *Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) in der Corona-Pandemie verantwortlich?* lassen sich die Ergebnisse der Analyse von Verantwortungszuschreibungen schließlich – etwas vereinfacht – wie folgt zusammenfassen: Im NDR-Podcast "Das Coronavirus-Update" machen Institutionen Institutionen für die Bewältigung der Pandemie verantwortlich.

Literatur

- Bartling, B., & Fischbacher, U. (2012). Shifting the Blame: On Delegation and Responsibility. *The Review of Economic Studies*, 79(1), 67–87. <https://doi.org/10.1093/resud/rdr023>
- Benoit, W. L. (1997). Image Repair Discourse and Crisis Communication. *Public Relations Review*, 23(2), 177–186.
- Buz, C., Promies, N., Kohler, S., & Lehmkuhl, M. (2021). Validierung von NER-Verfahren zur automatisierten Identifikation von Akteuren in deutschsprachigen journalistischen Texten. *SCM Studies in Communication and Media*, 10(4), 590–627. <https://doi.org/10.5445/IR/1000144291>
- Corcilus, K. (2022). Verantwortung zweiter Klasse. Beobachtungen zur Vorgeschichte unserer Konzeption der Verantwortung. In R. Kahle & N. Weidtmann (Hrsg.), *Verantwortung: Ein Begriff in seiner Aktualität* (S. 14–35). Brill, Mentis. https://doi.org/10.30965/9783969752364_002
- Gaiser, F., & Utz, S. (2022). “My daily dose of sedation” The secret to success of the science communication podcast ‘Coronavirus-Update’ with the virologist Christian Drosten and its effect on listeners. *Studies in Communication and Media*, 11(3), 427–452. <https://doi.org/10.5771/2192-4007-2022-3-427>
- Harlow, W. F., Brantley, B. C., & Harlow, R. M. (2011). BP initial image repair strategies after the Deepwater Horizon spill. *Public Relations Review*, 37(1), 80–83. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2010.11.005>
- Heiberger, R. H., & Riebling, J. R. (2016). Installing Computational Social Science: Facing the Challenges of New Information and Communication Technologies in Social Science. *Methodological Innovations* 9, 1-11. <https://doi.org/10.1177/2059799115622763>
- Herrmann, L. (2021). „Das Coronavirus-Update“ erreicht 100 Mio. Hörer. W&V. <https://www.wuv.de/Exklusiv/Podcasts/%22Das-Coronavirus-Update%22-erreicht-100-Mio.-H%C3%B6rer>
- Höffe, O. (2022). Verantwortung: Begriff und Prinzip. In R. Kahle & N. Weidtmann (Hrsg.), *Verantwortung: Ein Begriff in seiner Aktualität* (S. 3–13). Brill, Mentis. https://doi.org/10.30965/9783969752364_002
- Holmström, S. (2008). Reflection: Legitimising Late Modernity. In A. Zerfass, B. van Ruler, & K. Sriramesh (Hrsg.), *Public Relations Research* (S. 235–249). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90918-9>
- Hong, S., Kim, B., & Lee, S. Y. (2023). A public health crisis in the university: Impact of crisis response strategies on universities’ transparency and post-crisis relationships during COVID 19 pandemic. *Public Relations Review*, 49(1), 102287. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2023.102287>
- Iyengar, S. (1990). Framing Responsibility for Political Issues: The Case of Poverty. *Political Behavior*, 12(1), 19–40.
- Lozano, E. B., & Laurent, S. M. (2019). The effect of admitting fault versus shifting blame on expectations for others to do the same. *PLOS ONE*, 14(3), e0213276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213276>
- NDR Info. (2022). Das Coronavirus-Update. NDR. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/podcast4684.html>
- Ohser, F. M. (2021). Mediale Verantwortungszuschreibungen und ihre Implikationen für die Öffentlichkeitsarbeit von Krankenversicherungen. In D. Reifegerste (Hrsg.), *PR und Organisationskommunikation im Gesundheitswesen* (S. 121–137). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32884-9_8

Reifegerste, D., & Wagner, A. (2021). #Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter. Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven. <https://doi.org/10.21241/SSOAR.73679>

Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J., & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke. Verantwortungszuschreibungen auf der Ebene sozialer Beziehungen als neuer Bereich der Framing-Forschung zu Gesundheitsthemen. Publizistik. <https://doi.org/10.1007/s11616-021-00652-5>

Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>

Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Scherr, S., & Reifegerste, D. (2021). A Systematic Review of Responsibility Frames and Their Effects in the Health Context. *Journal of Health Communication*, 26(12), 828–838. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>

V verant	n	S schutz	n	P pflicht	n	F freiwillig	n	Z zuständig	n
Verantwortung	44	schützen	464	Maskenpflicht	45	freiwillig	53	zuständig	19
verantwortlich	40	Schutz	347	Impfpflicht	45	Freiwillige	15	Landeszuständigkeit	1
Eigenverantwortung	15	Impfschutz	97	Pflicht	20	Freiwilligkeit	5	Zuständig	1
verantworten	7	Immunschutz	43	intensivpflichtig	9	Freiwilligen-Bias	2	Zuständige	1
Verantwortliche	3	Schutzwirkung	31	Schulpflicht	7	unfreiwilligerweise	1	Zuständigkeit	1

Top 5 Worttypen je Wortliste

Ebene		Ankerbeispiel	Fundstelle
Mikroebene	Individual-Ebene	„(...) sondern es wird Wildtyp-Infektionen geben. Leider auch bei Leuten, die nicht geimpft sind. (...) Und irgendwo tritt eine gewisse Eigenverantwortung auch ein.“	Folge 84, Transkript Stand vom 13.04.2021, Seite 8
Mesoebene	Netzwerk-Ebene	„Ist das Coronavirus nicht schon viel länger unterwegs in Europa? Anfangs war ja auch in der Diskussion, ob diese Fälle bei dem Münchener Autozulieferer, die Sie da untersucht haben, eigentlich verantwortlich dafür gewesen sein könnten, das Virus ihrerseits nach Italien eingeschleppt zu haben.“	Folge 25, Transkript Stand vom 31.03.2020, Seite 2
Makroebene	Institutionelle Ebene	„Es ist so, wenn die Politik eine Entscheidung treffen will (...) dann ist eine lebenswissenschaftliche Information eins der Kriterien. Und eine wirtschaftswissenschaftliche Information zum Beispiel ein anderes der Entscheidungskriterien. Das muss die Politik zusammenbündeln und daraus eine rationale Entscheidung für die Gesellschaft treffen. Das ist die große Schwierigkeit und die große Verantwortung der Politik.“	Folge 38, Transkript Stand vom 05.05.2020, Seite 5
	Gesellschaftliche Ebene	„Aber wenn jetzt alle Gruppen gleich betroffen sind, dann muss man schauen, wie sind die Maßnahmen in den Ländern jeweils strukturiert gewesen? Und das ist nicht nur altersstrukturiert, sondern auch nach dem gesellschaftlichen Feld strukturiert, also Arbeitsleben versus Freizeitleben, diese Dinge.“	Folge 88, Transkript Stand vom 11.05.2021, Seite 3

Ankerbeispiele für die Codierung der Ebenen im Mehrebenenmodell des Responsibility-Framing-Prozesses

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

Elena Link & Eva Baumann

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover

Zusammenfassung

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie ihrem Informations- und Kommunikationshandeln. Statt sich ausschließlich auf das biologische Geschlecht zu fokussieren, fragt der vorliegende Beitrag nach der Rolle des sozialen Geschlechts für das gesundheitsbezogene Informationshandeln und die Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in. Die Rolle des Geschlechts wird hierzu mittels der sozialen Rollentheorie und geschlechertypischen Sozialisation kontextualisiert. Dabei wird der bisher weit verbreitete Fokus auf das biologische Geschlecht um Geschlechterstereotype und das Geschlechter-Selbstkonzept erweitert. Die Ergebnisse einer qualitativen Befragung zeigen, dass sowohl die Suche nach Gesundheitsinformationen als auch die Übernahme der Kommunikationsrolle der Gesundheitsmanager:in am stärksten mit der Identifikation mit sozialen Werten verbunden ist. Dennoch spielen auch eher männlich attribuierte Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine Rolle und sind für die Suche und Verantwortungsübernahme förderlich. Entsprechende Erkenntnisse sind für Fragen der strategischen Gesundheitskommunikation und die Ansprache unterschiedlicher Anspruchsgruppen bedeutsam, indem diese Merkmale stärker bei der Diffusion von Gesundheitsinformationen mittels Meinungsführender berücksichtigt werden sollten.

Keywords: Informationshandeln, Meinungsführer, Geschlechterrollen, Identität, Verantwortungsübernahme

Summary

Against the background of differences between men and women with regard to their health-related behaviors as well as information and communication behavior, the current study aims to provide a differentiated analysis of the role of gender for health-related information behavior and health-related opinion leadership. For this purpose, the role of gender is contextualized by the social role theory and gender-specific socialization. In doing so, the focus on biological sex is expanded to include gender stereotypes and the gender self-concept. The results of an online survey showed that women were more likely to seek health information than men, and the characteristics of health-related opinion leadership were also more prevalent among women than men. The addition of various facets of gender identity was valuable in that gender self-concept contributed to the explanation of information seeking and opinion leadership. Both, seeking for health information and acting as opinion leader were most strongly associated with an individuals' identification with social values. Nevertheless, more masculine attributed characteristics such as solution and power orientation also played a role and were conducive to seeking health information and taking responsibility. Corresponding findings are significant for questions of strategic health communication and addressing different stakeholder groups.

Keywords: information behaviors, opinion leader, gender roles, identity, acceptance of responsibility

1 Einleitung

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). Ebenso zeigt sich, dass ihr Informations- und Kommunikationshandeln in Teilen von anderen Prädiktoren beeinflusst wird und sie sich somit aus unterschiedlichen Gründen mit Themen der Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen (Fleming & Agnew-Brune, 2015; Link & Baumann, 2023; Mahalik et al., 2007; Saab et al., 2018). Die Gesamtheit dieser Unterschiede legt unterschiedliche kommunikative Rollen von Frauen und Männern nahe: So gelten Frauen häufig als Gesundheitsmanagerinnen für ihre eigene Gesundheit sowie für Gesundheitsfragen ihres sozialen Umfeldes, indem sie stellvertretend nach Informationen suchen (Reifegerste et al., 2017). Im Gegensatz dazu wird Männern zugeschrieben, dass sie in diesen Fragen stärker auf Unterstützung ihres sozialen Umfeldes angewiesen sind, sich selbst seltener aktiv an Kommunikation über Gesundheit 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).

Mit dem Ziel, diese kommunikativen Rollen weiterführend zu untersuchen, gilt es, den Beitrag dieser weiter zu differenzieren und zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht zu unterscheiden. Dies bildet die Grundlage, um die Bedeutung des Geschlechts sowohl für das gesundheitsbezogene Informationshandeln als auch für die Verantwortungsübernahme (im Zuge der Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in) zu fokussieren. Eine differenzierte Sicht erweitert den bisher häufig vorherrschenden reinen Fokus auf das biologische Geschlecht, indem auch Geschlechterstereotype und das Geschlechter-Selbstkonzept einbezogen werden (Berger & Krahé, 2013; Kachel et al., 2016).

Entsprechende Erkenntnisse, inwiefern zusätzlich zum biologischen Geschlecht auch Geschlechterstereotype und das Selbstkonzept das Informationshandeln und die Übernahme von Verantwortung beeinflussen, sind vor allem für ein besseres Verständnis der gesundheitsbezogenen Informationsdiffusion in sozialen Netzwerken bedeutsam. Gerade im Sinne einer geschlechtersensiblen Gesundheitskommunikation ist die Kenntnis der Rolle des Geschlechts auf allen Ebenen der Kommunikation bedeutsam (Rossi, 2021). Diese sollte einbezogen werden, um möglichen geschlechterdifferenzierten Bedürfnissen gerecht zu werden und aus den Unterschieden resultierenden informationalen und gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern entgegenzuwirken (Manierre, 2015; Viswanath & Kreuter, 2007). Ebenso liefern die Erkenntnisse einen Beitrag zur Theorieentwicklung. Bisher weisen Studien einen Einfluss des biologischen Geschlechts auf das Informationshandeln nach (siehe z. B. Baumann et al., 2017; Link et al., 2021; Zimmerman & Shaw, 2020). Allerdings vernachlässigen die jüngsten Modelle des Informationshandelns (siehe z. B. Kahlor, 2010) individuelle Merkmale sowie Funktionen der (stellvertretenden) Gesundheitsinformationssuche für das soziale Umfeld. Ein Fokus auf die geschlechtertypische Sozialisierung und die soziale Rollentheorie könnte hier einen wichtigen Beitrag zu Weiterentwicklung liefern (Link & Baumann, 2023).

2 Die Rolle des Geschlechts für das Informationshandeln und die Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in

Das Informationshandeln gilt als ein wichtiger Einflussfaktor auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, die Bewältigung von gesundheitlichen Herausforderungen und die Entscheidungsfindung (Galarce et al., 2011). Im Fokus vieler Ansätze des Informationshandelns steht dabei die eigene Suche nach Gesundheitsinformationen (Kahlor, 2010; Lambert & Loiselle, 2007; Zimmerman & Shaw, 2020). Sie stellt eine aktive und zielgerichtete Zuwendung zu Informationen von ausgewählten Informationsquellen dar (Johnson & Meischke, 1993; Zimmerman & Shaw, 2020). Die entsprechende Nutzung und der Umgang mit Gesundheitsinformationen kann als die Voraussetzung für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer verstanden werden.

Die Verantwortungsübernahme in Form der Rolle der Gesundheitsmanager:in selbst wird im vorliegenden Beitrag als eine Form der Meinungsführerschaft in Gesundheitsfragen verstanden. Im Sinne der individuenzentrierten Perspektive auf Meinungsführerschaft stellt diese ein Persönlichkeitsmerkmal dar (Geber, 2017). Dieser beschreibt, inwiefern entsprechende Personen als durchsetzungsstark, führungsstark und verantwortungsbewusst gelten (Noelle-Neumann, 2002) und besonders ausgeprägte kommunikative Kompetenzen aufweisen (Jungnickel, 2017). Demnach gelten Meinungsführende 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 Meinungsführende auch in Gesundheitsfragen Verantwortung für ihr Umfeld und nehmen Einfluss auf ihre gesundheitsrelevanten Meinungen, Einstellungen, Motivationen und Verhaltensweisen (Valente & Pumpuang, 2007; Zhu et al., 2020). Sie können dadurch in Präventionskampagnen als wichtige Multiplikator:innen fungieren. Bei der Meinungsführerschaft kann es sich um Selbst- oder Fremdzuschreibungen handeln. Im vorliegenden Beitrag wird die Selbstzuschreibung fokussiert.

Für die eingangs beschriebenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern erscheint es unzureichend nur das biologische Geschlecht als Prädiktor für das Gesundheitsinformationshandeln heranzuziehen. Stattdessen sollten für Geschlechtsunterschiede auch die soziale Rollentheorie und die geschlechtertypische Sozialisierung, die zu sozial-geprägten Stereotypen und Identitäten führt, berücksichtigt werden (Berger & Krahe, 2013; Chang & Yang, 2021; Cutrona et al., 2015; Eagly, 1987). Demnach lernen Individuen im Prozess der Sozialisierung Stereotype, Werte und Eigenschaften von der sozialen Rolle als Männer und Frauen kennen und übernehmen diese Attribute in unterschiedlichem Ausmaß in ihr Selbstkonzept (Berger & Krahe, 2013; Keener, 2015; LeBeau et al., 2020; Wood & Eagly, 2012). Das Selbstkonzept wird verstanden als die Verknüpfung der eigenen Identität mit Attributen, die als typisch für ein Geschlecht gelten (Berger & Krahe, 2013). Es ist somit eine Selbstbeschreibung mit Eigenschaften, die als eher männlich oder eher weiblich gelten. Die als typisch männlich geltenden Attribute konzentrieren sich auf Leistung, Kontrolle und Macht, während von Frauen erwartet wird, dass sie sich stärker sozial engagieren. Weibliche Attribute sind Einfühlungsvermögen, Für-

sorge, Konzentration auf andere und soziale Beziehungen, aber auch Angst und Unsicherheit (Berger & Krahe, 2013). Unter diesen Eigenschaften unterscheiden Berger und Krahe (2013) jeweils sozial erwünschte/positive und sozial unerwünschte/negative Facetten der Maskulinität (männlichen Rolle) und Femininität (weiblichen Rolle). Demnach wird das männliche Selbstkonzept im positiven Sinn eher als aufgaben- und lösungsorientiert und im negativen Sinn als machtorientiert verstanden (Berger & Krahe, 2013). Das weibliche Selbstkonzept hingegen wird im positiven Sinn eher als engagiert im sozialen Austausch und orientiert an sozialen Werten beschrieben, während es im negativen Sinn als ängstlich und übervorsichtig gilt (Berger & Krahe, 2013). Sowohl unter Berücksichtigung bestehender Stereotype als auch bestehender Attribute des Selbstkonzeptes kann sowohl die Zuwendung zu Gesundheitsinformationen als auch die Verantwortungsübernahme als weibliche Eigenschaft angesehen werden, die Männer nicht ausüben (müssen) (Baumann et al., 2017; Bidmon & Terlutter, 2015; LeBeau et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, unterschiedliche Verhaltensweisen und kommunikative Rollen im sozialen Gefüge stärker zu fokussieren und kritisch zu hinterfragen, inwiefern das biologische Geschlecht, Geschlechterstereotype oder das Geschlechter-Selbstkonzept damit in Beziehung stehen. Bisher wird sowohl hinsichtlich der Informationssuche als auch hinsichtlich der Meinungsführerschaft nur selten untersucht, inwiefern sich neben dem biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch die beschriebenen vier Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes auf die Suche nach Gesundheitsinformationen (Forschungsfrage 1) und die Übernahme der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft (Forschungsfrage 2) auswirken. Die forschungsleitenden Fragen des vorliegenden Beitrags lauten daher:

FF1: Inwiefern beeinflussen zusätzlich zum biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes die gesundheitsbezogene Informationssuche?

FF2: Inwiefern beeinflussen zusätzlich zum biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes die Übernahme der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft?

3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Dezember 2021 eine Online-Befragung ($N = 3.000$) einer für die deutsche Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region stratifizierten Stichprobe mittels eines Online-Access Panels von Bilendi & ResponDi durchgeführt. Die befragten Personen waren zwischen 18 und 74 Jahre alt ($M = 46,13$ Jahre, $SD = 15,36$) und ein Anteil von 50,1 Prozent gab an, weiblich zu sein. Die Bildungsabschlüsse waren gleich verteilt: 33,7 Prozent hatten höchsten einen Hauptschulabschluss, 32,3 Prozent haben die Realschule abgeschlossen und weitere 34,0 Prozent mindestens das (Fach-)Abitur erworben. Die Befragten wurden zu Beginn der Umfrage umfassend über den Zweck und die Inhalte der Befragung aufgeklärt und um ihre informierte Einwilligung zur Teilnahme gebeten.

Die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen wurde über die Frequenz der Informationssuche erhoben (Mead et al., 2012). Auf einer fünfstufigen Likert-Skala konnten die Befragten von nie (1) bis sehr häufig (5) angeben, wie häufig sie gezielt nach Gesundheitsinformationen suchen ($M = 3,12$, $SD = ,89$). Die Meinungsführerschaft wurde mittels einer für Gesundheitsthemen spezifizierten Form der Self-Designating Scale of Opinion Leadership (Childers, 1986) erfasst. Diese bestand aus sechs Items, die sowohl erfassten wie häufig jemand mit Familienangehörigen und Freund:innen über Gesundheitsthemen spricht als auch wie viele Personen der/die Befragte mit Gesundheitsinformationen versorgt hat oder wie wahrscheinlich es ist, dass die Person nach ihrer Meinung über das Thema Gesundheit gefragt wird. Alle Items sollten auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden, deren Skalenden jeweils an die Itemformulierung angepasst wurde. Basierend auf der erfolgreichen Prüfung der Eindimensionalität wurde ein Mittelwertindex gebildet ($\alpha = ,886$, $M = 2,94$, $SD = ,82$).

Genderstereotype wurden anhand von fünf Items einer eindimensionalen Skala von Kachel und Kolleg:innen (2016) erhoben ($\alpha = ,949$, $M = 2,96$, $SD = 1,34$). Die Skala fragt, inwiefern sich eine Person als traditionell (eher) männlich oder weiblich wahrnimmt (z. B.: „Ich betrachte mich selbst als.../Traditionell gelten meine Interessen als...“). Die Antwortskala reichte jeweils von (1) sehr männlich bis (5) sehr weiblich. Basierend auf sehr hohen Reliabilitätswerten, wurden die Items zu einem Mittelwertindex zusammengefasst. 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 & Krahe, 2013). Nach Prüfung der Eindimensionalität der Subskalen, wurden diese jeweils zu Mittelwertindizes zusammengefasst (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 geschlechtertypischen Selbstkonzepts zur aktiven Informationssuche und zur Meinungsführerschaft zu Gesundheitsfragen wurden zwei blockweise hierarchische lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Beide Analysen orientierten sich an den gleichen Prädiktoren. Der erste Block umfasste Alter und Bildung als Kontrollvariablen. Der zweite Block bezog das biologische Geschlecht der Teilnehmenden ein. Im dritten Block wurden zusätzlich die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts aufgenommen. Mit dem gewählten Vorgehen soll entsprechend der Fragestellung der zusätzliche Erklärungsbeitrag der Geschlechterstereotype und des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes für die kommunikativen Rollen ermittelt werden.

4 Ergebnisse

Die Suche nach Gesundheitsinformationen im Fokus (Forschungsfrage 1)

Die erste Forschungsfrage (FF1) widmet sich der Beziehung zwischen dem Geschlecht und der Suche nach Gesundheitsinformationen. Die durchgeführte blockweise Regressionsanalyse (siehe Tabelle 1 im Anhang) zeigt nur eine geringe Erklärleistung der einbezogenen Prädiktoren von 5,8 Prozent. Auf die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts entfallen $\Delta R^2 = 3,5$ Prozent. Damit ist ihr gemeinsamer Erklärungsbeitrag zwar gering, aber dennoch größer als der Beitrag des biologischen Geschlechts ($\Delta R^2 = 2,2$ Prozent). Für das biologische Geschlecht zeigt sich, dass Frauen tendenzielle häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als Männer ($\beta = ,14$, $p \leq ,001$). Im Einklang damit steht auch die Erkenntnis, dass die positive Facette der Femininität ein positiver Prädiktor der Informationssuche darstellt ($\beta = ,15$, $p \leq ,001$). Diese beiden Prädiktoren sind hinsichtlich des Ausmaßes der

Assoziationen am stärksten ausgeprägt und zeigen somit, dass Frauen und Personen, die eine stärker soziale Orientierung aufweisen, am häufigsten nach Gesundheitsinformationen suchen. Eine ebenfalls signifikante, aber eher geringe Beziehung zeigt sich zwischen der Frequenz der Suche und den weiteren Facetten des Geschlechter-Selbstkonzeptes. Sowohl die positive und negative Facette der Maskulinität (positiv: $\beta = ,08, p \leq .001$; negativ: $\beta = ,08, p \leq .001$) als auch die negative Facette der Femininität ($\beta = ,08, p \leq .001$) sind schwach positiv mit der Suche nach Gesundheitsinformationen verbunden. Somit scheinen auch die Lösungs- und Machtorientierung sowie Ängste und Unsicherheiten zu einer häufigeren Zuwendung zu Gesundheitsinformationen zu führen. Im Gegensatz dazu sind Geschlechterstereotype kein signifikanter Prädiktor der Suche nach Gesundheitsinformationen.

Die gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft im Fokus (Forschungsfrage 2)

Für die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft (FF2) zeigt die blockweise lineare Regressionsanalyse (siehe Tabelle 2 im Anhang), dass die einbezogenen Prädiktoren einen Anteil von $R^2 = 15,6$ Prozent der Varianz der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft erklären. Auf die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzeptes entfallen $\Delta R^2 = 9,6$ Prozent. Damit ist ihr gemeinsamer Erklärungsbeitrag größer als der Beitrag des biologischen Geschlechts ($\Delta R^2 = 2,5$ Prozent), der erneut als eher gering zu bewerten ist. Individuen, die als biologisches Geschlecht angeben weiblich zu sein, zeigen dabei eine höhere Ausprägung der Meinungsführerschaft.

Betrachtet man die Facetten des sozialen Geschlechts, sind die Geschlechterstereotypen ($\beta = ,01, p = .74$) und die Ängstlichkeit als negative Facette der Femininität ($\beta = -,03, p = .11$) nicht signifikant mit der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft verbunden. Im Gegensatz dazu ist die gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft sowohl mit der positiven Facette der Femininität ($\beta = ,25, p \leq .001$) als auch der positiven ($\beta = ,15, p \leq .001$) und negativen Facette der Maskulinität ($\beta = ,15, p \leq .001$) 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.

5 Diskussion

Der vorliegende Beitrag nimmt eine geschlechtersensible Sichtweise auf das Informationshandeln und die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen ein. Er zeigt im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand (z. B. Baumann et al., 2017; Lambert & Loisel, 2007; Zimmerman & Shaw, 2020), dass Frauen häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als Männer und auch die Eigenschaften der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft bei Frauen stärker ausgeprägt sind als bei Männern. Neben dem biologischen Geschlecht liegt allerdings ein bedeutender Mehrwert des vorliegenden Beitrags in dem Einbezug der geschlechtertypischen Sozialisation und sozialen Rollentheorie (Eagly, 1987) als Erklärungsansatz für unterschiedliche kommunikative Rollen und Unterschiede im Informationshandeln und der Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen – hier im Hinblick auf die Übernahme der Meinungsführerschaft. Diesem theoretischen Ansatz wird insofern Rechnung getragen, dass auch Geschlechterstereotype und Facetten des Geschlechter-Selbstkonzeptes als Prädiktoren einbezogen werden. Es zeigt sich dabei, dass das soziale Geschlecht eine höhere Bedeutung für das Informationshandeln und die Übernahme der Meinungsführerschaft besitzt als das biologische Geschlecht. Vor allem der Einbezug des Selbstkonzeptes ist dabei sowohl für ein besseres Verständnis des Informationshandeln als auch der Meinungsführerschaft bedeutsam, wenn auch die Erklärleistung vor allem im Falle des Informationshandeln als gering zu bewerten ist. Die geringere Bedeutung des Selbstkonzeptes für das Informationshandeln im Vergleich zur Verantwortungsübernahme kann damit in Verbindung stehen, dass die Informationssuche stärker durch situative Prädiktoren anstatt durch Persönlichkeitsmerkmalen geprägt wird. Im Gegensatz dazu scheint die Meinungsführerschaft, die selbst ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt (Noelle-Neumann, 2002), stärker in Beziehung zu anderen Dispositionen zu stehen.

Sowohl die Suche nach Gesundheitsinformationen als auch die Übernahme der Kommunikationsrolle der Gesundheitsmanager:in ist am stärksten mit der Identifikation mit sozialen Werten, der positiven Facette der Femininität, verbunden. Einfühlungsvermögen und die Orientierung an sozialen Werten scheint sowohl mit einer höheren Frequenz der Suche einherzugehen als

auch zum Austausch und zur Verantwortungsübernahme für die gesundheitlichen Belange des eigenen sozialen Umfelds beizutragen. Dennoch spielen auch eher männlich attribuierte Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine Rolle und sind für die Suche und Verantwortungsübernahme förderlich. Nur die Informationssuche steht zudem auch mit der negativen Facette der Ängstlichkeit und Verunsicherung in Verbindung, die auch als inhärentes Merkmal von Erkrankungssituationen angesehen werden kann und entsprechende Bewältigungsmechanismen erst erforderlich macht (Brashers, 2001).

Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Facetten des sozialen Geschlechts ebenfalls als Einflussfaktoren in Modelle und Theorien des gesundheitsbezogenen Informationshandelns einbezogen werden sollten (siehe beispielsweise Link & Baumann, 2023). Trotz dieser bedeutenden Erweiterung der Erkenntnisse zur Rolle des Geschlechts in der Gesundheitskommunikation, sind allerdings auch Limitationen der Studie zu beachten. Zunächst soll darauf hingewiesen werden, dass die Operationalisierung der Informationssuche sich ausschließlich auf die Frequenz bezieht und damit eher undifferenziert erfolgt. Mit Blick auf die Aspekte der Femininität und Maskulinität sollte in neu zu entwickelnden theoretischen Ansätzen und in zukünftigen Studien vor allem unterschieden werden, ob die Informationssuche aufgrund von eigenen gesundheitlichen Beschwerden erfolgt oder selbstvertretend für Dritte stattgefunden hat. Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund der Verantwortungsübernahme bedeutsam. Ebenso sollte zukünftige Studien insofern auf den bisherigen Erkenntnissen aufbauen, dass sie verschiedene Geschlechteridentitäten noch differenzierter abbilden. Ebenso ist es dabei bedeutsam die Perspektive von Personen in Studien zu stärken, die eine nicht binäre Geschlechteridentität besitzen.

Die durch die Studie gewonnenen 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 in strategischen Erwägungen Berücksichtigung finden. Unabhängig davon sollte der Einfluss des Selbstkonzepts auch für weitere kommunikative Rollen (z. B. reine Informationsvermittelnde) untersucht werden.

Zudem gilt es, die Bedeutung des geschlechterbezogenen Selbstkonzepts für das eigene Informationshandeln genauer zu erforschen.

Literatur

Baumann, E., Czerwinski, F. & Reifegerste, D. (2017). Gender-specific determinants and patterns of online health information seeking: Results from a representative German health survey. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e92. <https://doi.org/10.2196/jmir.6668>

Berger, A. & Krahe, B. (2013). Negative attributes are gendered too: Conceptualizing and measuring positive and negative facets of sex-role identity. *European Journal of Social Psychology*, 43(6), 516-531. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1970>

Bidmon, S. & Terlutter, R. (2015). Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: Exploratory results on how men and women differ and why. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e156. <https://doi.org/10.2196/jmir.4127>

Childers, T.L. (1986). Assessment of the psychometric properties of an opinion leadership scale. *Journal of Marketing Research*, 23(2), 184-188. <https://doi.org/10.2307/3151666>

Cutrona, S.L., Mazor, K.M., Vieux, S.N., Luger, T.M., Volkman, J.E., & Finney Rutten, L.J. (2015). Health information-seeking on behalf of others: characteristics of "surrogate seekers". *Journal of Cancer Education*, 30(1), 12-19. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0701-3>

Eagly, A.H. (1987). Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. Lawrence Erlbaum Associates.

Feng, Y. & Xie, W. (2015). Digital Divide 2.0: The role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *Journal of Health Communication*, 20(1), 60-68. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.906522>

Fleming, P.J. & Agnew-Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health

- behaviors. *Curr Opin Psychol*, 5(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.001>
- Geber, S. (2017). *Wie Meinungsführer Meinung kommunizieren: Meinungsführerschaft in der politischen Alltagskommunikation*. Herbert von Halem Verlag.
- Johnson, J. D., & Meischke, H. (1993). A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. *Human Communication Research*, 19(3), 343–367. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1993.tb00305.x>
- Jungnickel, K. (2017). *Interdisziplinäre Meinungsführerforschung*. Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17786-7>
- Kachel, S., Steffens, M., & Niedlich, C. (2016). Traditional masculinity and femininity: Validation of a news scale assessing gender roles. *Frontiers in Psychology*, 7, 956. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00956>
- Kahlor, L.A. (2010). PRISM: A Planned Risk Information Seeking Model. *Health Communication*, 25(4), 345–356. <https://doi.org/10.1080/10410231003775172>
- Katz, E., & Lazarsfeld, P. F. (1955). *Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications*. Free Press.
- Keener, E. (2015). The complexity of gender: It is all that and more...In sum, it is complicated. *Sex Roles*, 73(11-12), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0542-5>
- Kolip, P. (2019). Gesundheit und Geschlecht: Ein Überblick. *Public Health Forum*, 27(2), 94–97. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0002>
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information seeking behavior. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1006–1019. <https://doi.org/10.1177/1049732307305199>
- LeBeau, K., Carr, C., & Hart, M. (2020). Examination of gender stereotypes and norms in health-related content posted to snapchat discover channels: Qualitative content analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), e15330.
- Link, E. & Baumann, E. (2023). A comparison of women's and men's web-based information seeking -behaviors about gender-related health information: Web-based survey study of a stratified German sample. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), e43897. <https://doi.org/10.2196/43897>
- Link, E., Czerwinski, F. & Baumann, E. (2020). Geschlechtersensible Online-Kommunikation über Gesundheitsthemen. In B. Miemietz (Hrsg.), *Digitalisierung, Medizin, Geschlecht. Interdisziplinäre Zugänge* (S. 111–125). Verlag Barbara Budrich.
- Mahalik, J.R., Burns, S.M., Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201–2209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035>
- Manierre, M.J. (2015). Gaps in knowledge: tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine*, 128(1), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.028>
- Mead, E., Roser-Renouf, C., Rimal, R.N., Flora, J.A., Maibach, E.W., & Leiserowitz, A. (2012) Information seeking about global climate change among adolescents: The role of risk perceptions, efficacy beliefs and parental influences. *Atlantic Journal of Communication*, 20(1), 31–52. <https://doi.org/10.1080/15456870.2012.637027>
- Noelle-Neumann, E. (2002). *Die soziale Natur des Menschen: Beiträge zur empirischen Kommunikationsforschung*. Alber-Reihe Kommunikation: Bd. 28. Verlag K. Alber.
- Reifegerste, D., Bachl, M., & Baumann, E. (2017). Surrogate health information seeking in Europe: Influence of source type and social network variables. *International Journal of Medical Informatics*, 103, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.006>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). The Free Press.
- Rossi, E. (2021). The social construction of gender in medical interactions: A case for the perpetuation of stereotypes? *Health Communication*, 36(9), 1125–1135. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735698>

Saab, M.M., Reidy, M., Hegarty, J. et al. (2018). Men's information-seeking behavior regarding cancer risk and screening: A meta-narrative systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(2), 410–419. <https://doi.org/10.1002/pon.4506>

Valente, T. & Pumpuang, P. (2007). Identifying opinion leaders to promote behavior change. *Health Education & Behavior*, 34(6), 881-896. <https://10.1177/1090198106297855>

Viswanath, K., & Kreuter, M. W. (2007). Health disparities, communication inequalities, and eHealth. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5 Suppl), S131-3. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.012>

Wood, W. & Eagly, A.H. (2012). Biosocial Construction of Sex Differences and Similarities in Behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 46, 55-123. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394281-4.00002-7>

Zhu, Y., Guan, M., & Donovan, E. (2020). Elaborating cancer opinion leaders' communication behaviors within online health communities: Network and content analyses. *Social Media + Society*, (6)2. <https://doi.org/10.1177/2056305120909473>

Zimmerman, M. S., & Shaw, G. (2020). Health information seeking behaviour: A concept analysis. *Health Information and Libraries Journal*, 37(3), 173–191. <https://doi.org/10.1111/hir.12287>

Prädiktoren	Suche nach Gesundheitsinformationen				
	Modell 1	Modell 2	Modell 3		
	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	β	<i>p</i>
Block 1: Kontrollvariable					
Konstante	2,84	2,59	1,16		
Alter	,002	,004	,006	,10	.001
Bildung	,10	,11	,10	,10	.001
Block 2: Biologisches Geschlecht					
Weibliches Geschlecht (ref. männlich)		,24	,26	,14	.001
Block 2: Soziales Geschlecht					
Geschlechterstereotype			-,02	-,02	.486
Positive Facette der Maskulinität			,11	,08	.001
Negative Facette der Maskulinität			,11	,08	.001
Positive Facette der Femininität			,17	,15	.001
Negative Facette der Femininität			,08	,08	.001
<i>Korrigiertes R²</i>	,006***	,023***		,058***	

Notizen. $N = 3.000$; *blockweise* lineare Regression; erster Block: Kontrollvariablen, zweiter Block: biologisches Geschlecht, dritter Block Facetten des sozialen Geschlechts; *** $p \leq ,001$; ** $p \leq ,01$; * $p \leq ,05$, Toleranzwerte: ,92 – ,99, VIF: 1,00 – 1,09

Tabelle 1. Multiple logistische Regressionsanalyse zur Identifikation der Prädiktoren der Suche nach Gesundheitsinformation.

Prädiktoren	Gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft				
	Modell 1	Modell 2	Modell 3		
	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	β	<i>p</i>
Block 1: Kontrollvariable					
Konstante	3,03	2,74	,88		
Alter	-,01	-,004	-,003	-,06	.004
Bildung	,10	,11	,08	,08	.001
Block 2: Biologisches Geschlecht					
Weibliches Geschlecht (ref. männlich)		,27	,28	,17	.001
Block 2: Soziales Geschlecht					
Geschlechterstereotype			,01	,01	.74
Positive Facette der Maskulinität			,18	,15	.001
Negative Facette der Maskulinität			,18	,15	.001
Positive Facette der Femininität			,27	,25	.001
Negative Facette der Femininität			-,03	-,03	.11
<i>Korrigiertes R²</i>	,035***	,060***		,156***	

Notizen. *N* = 3.000; *blockweise* lineare Regression; erster Block: Kontrollvariablen, zweiter Block: biologisches Geschlecht, dritter Block Facetten des sozialen Geschlechts; ****p* ≤ ,001; ***p* ≤ ,01; **p* ≤ ,05, Toleranzwerte: ,29 – ,92, VIF: 1,09 – 3,45

Tabelle 2. Multiple logistische Regressionsanalyse zur Identifikation der Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft.

Transparenzhinweise im Gesundheitsjournalismus - Ein Experiment zum Einfluss der Offenlegung von Pharma-Lobbyismus im Gesundheitsjournalismus

Nariman Sawalha & Constanze Rossmann

LMU München

Zusammenfassung

Wenngleich die Zusammenarbeit zwischen unabhängigem Gesundheitsjournalismus und interessengeleiteten Pharmakonzernen nicht inhärent falsch ist, erzeugt sie ein medienethisches Spannungsfeld, das sich nachteilig auf die Bewertung und das Vertrauen in den Journalismus auswirken kann. Transparenzhinweise (d.h. Begleitinformationen in journalistischen Beiträgen, die bspw. Pharmakonzerne als Finanzgeber offenlegen) sollen dem entgegenwirken. In einem Online-Experiment (N = 266) haben wir daher den Einfluss der Transparentmachung von Pharma-Lobbyismus in einem gesundheitsjournalistischen Zeitungsartikel auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung, die Qualitätsbewertung sowie das Vertrauen in Medium und Journalist:in seitens der Rezipient:innen untersucht. In einem 2x3 Design variierten wir den Transparenzhinweis nach seiner Länge (kurz, lang) und seiner Position (Anfang, Kasten, Sternchen) im Text. Die Kontrollgruppe erhielt denselben Artikel, jedoch ohne Hinweis auf die Zusammenarbeit mit dem im Text thematisierten Pharmakonzern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Position des Hinweises (im Gegensatz zur Länge) einen signifikanten Einfluss hatte. Konkret wurde der Artikel mit mittig platziertem Infokasten am positivsten und vertrauenswürdigsten bewertet. Dies deutet darauf hin, dass ein Transparenzhinweis, der sich durch seine Gestaltung deutlich vom Nachrichtentext abhebt, als moralisch eher vertretbar eingestuft wird als solche, die sich eher unauffällig in den Fließtext einfügen.

Keywords: Transparenzhinweise, Lobbyismus, Gesundheitsjournalismus, Pharma, Online-Experiment

Summary

Although the collaboration between independent health journalism and interest-driven pharma companies is not inherently wrong, it creates media-ethical concerns that can have a negative impact on the evaluation of and trust in journalism. Transparency cues (i.e., accompanying information in journalistic articles that disclose pharma companies as financial backers) are intended to counteract this. Therefore, in an online experiment (N = 266), we examined the influence of disclosing pharma lobbying in a health journalistic newspaper article on the credibility perception, quality assessment, and trust in medium and journalist by the recipients. In a 2x3 design, we varied the transparency cue by its length (short, long) and its position (beginning, box, asterisks) in the text. The control group received the same article but without a cue about the collaboration with the pharma company mentioned in the text. The results show that the position of the transparency cue (as opposed to its length) had a significant impact. Specifically, the article with the centrally placed info box was rated the most positive and trustworthy. This suggests that a transparency cue that stands out from the news text in its design is perceived as morally more correct than those more inconspicuously integrated into the text.

Keywords: Transparency cues, lobbying, health journalism, pharma, online experiment

1 Zusammenarbeit von Gesundheitsjournalismus und Pharmakonzernen

Der journalistische Arbeitsalltag ist von zunehmender Ökonomisierung, schrumpfenden Redaktionen und stetigem Zeitdruck geprägt. Um der Ressourcenschwäche und dem erhöhten Workload standzuhalten, bedienen sich Journalist:innen extern bereitgestellter Informationen. Diese werden ihnen oftmals von ressourcenstarken Unternehmen, Verbänden, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie Dienstleistungsunternehmen wie Pharmakonzernen zugespielt (Leif, 2018). Für Interessensvertreter:innen von Pharmakonzernen sind Gesundheitsjournalist:innen entscheidende Multiplikatoren, um über journalistische Verbreitungswege ihre Standpunkte, Produkte und Dienstleistungen an die Öffentlichkeit zu tragen (Lipworth et al., 2015). Die Partikularinteressen von Pharmakonzernen fließen so in Nachrichtenselektions- und Produktionsprozesse ein und bestimmen damit zwangsläufig die Themenagenda und das Thementiming in der Berichterstattung mit (Fröhlich & Rüdiger, 2004). Gleichzeitig können sie unmittelbar von der zugesprochenen Glaubwürdigkeit des Journalismus als objektiven Beobachter und unparteiischen Informanten profitieren (Göpfert, 2019). Dabei muss zwischen Public Relations- (PR-) und Lobbyarbeit differenziert werden. Während PR-Arbeit u. a. die unverbindliche Zusendung von Pressemitteilungen an Journalist:innen umfasst, fällt unter Lobbyarbeit die strategische Kommunikationssteuerung der journalistischen Arbeit, bspw. mittels Offerten zur finanzierten Teilnahme an Pressereisen (Göpfert, 2019). Dan (2019) zufolge kann daraus eine – wenn auch unausgesprochene – „moralische Verpflichtung resultieren, positiv über den Sponsor zu berichten“ (S. 116).

PR-induzierte Abkürzungen von redaktionellen Arbeitsabläufen scheinen dabei im Gesundheitsjournalismus gängige Praxis zu sein: So belegt eine Medienresonanzanalyse von Reifegerste et al. (2014) anhand von 50 Pressemitteilungen einer Krankenkasse, dass in einem Großteil der darauf Bezug nehmenden Zeitungsartikel die Presstexte entweder nahezu identisch (66,8 Prozent) oder zumindest verkürzt (70,2 Prozent) übernommen wurden. Lediglich bei 37 Prozent der Beiträge wurde zusätzlich originär journalistische Rechercheleistung festgestellt. Analog zeigte eine Studie zu Gesundheitsnachrichten in Großbritannien (Sumner et al., 2014), dass auch Übertreibungen und Verzerrungen häufig schon in den

zugrundeliegenden Pressemitteilungen vorhanden waren und so in der Berichterstattung lediglich übernommen wurden (im Überblick vgl. auch Rossmann & Meyer, 2017). In diesem Zusammenhang attestieren auch befragte Journalist:innen selbst eine ausgeprägte Orientierung an eingehenden Pressemitteilungen als auch die Empfänglichkeit gegenüber gezielten Einflussversuchen durch Lobbying von Pharmakonzernen (z. B. De Dobbelaer et al., 2017; Hinnant et al., 2013; Len-Ríos et al., 2009). Begründet wird dies damit, dass vor allem die Aufbereitung komplexer medizinischer und wissenschaftlicher Themen ein hohes Maß an Fach- und Hintergrundwissen erfordert, dem Journalist:innen angesichts des herrschenden Zeitdrucks bei der Nachrichtenproduktion nur schwerlich nachkommen können (Hinnant et al., 2013). Im Gegensatz dazu verfügen Pharmakonzerne über umfangreiche Budgets und Personal für PR und Lobbying (Leif, 2018). Darüber hinaus ist zu beachten, dass für Pharmakonzerne gesetzliche Einschränkungen und Verbote für die Publikumswerbung gelten, die sie möglicherweise über journalistische Verbreitungswege zu umgehen versuchen (Dan, 2019; siehe auch Koinig in diesem Band).

Doch das vermeintliche Ideal von Geben und Nehmen zwischen Journalismus und Pharmakonzernen erzeugt gleichzeitig ein ethisches Spannungsfeld: Gesundheitsthemen in der Berichterstattung stoßen auf großes Publikumsinteresse und tragen entscheidend dazu bei, die Öffentlichkeit für Gesundheit und Krankheit zu sensibilisieren und handlungsrelevante Bewältigungsoptionen zu vermitteln (Rossmann, 2016; Rossmann & Meyer, 2017). Angesichts dieser gesellschaftlichen Aufgabe unterliegt der Gesundheitsjournalismus besonderen professionellen Qualitätsanforderungen. Aus normativer Perspektive zählt dazu insbesondere die Verpflichtung, evidenzbasiert und unabhängig zu berichten und über mögliche Unsicherheiten und gesundheitsbezogene Risiken aufzuklären (Ruhrmann & Guenther, 2019; siehe auch Daube et al. in diesem Band). Dies verlangt naturgemäß eine kritische Distanz zur PR und ihren Partikularinteressen (Anhäuser et al., 2021).

Aber selbst im Falle der Zusammenarbeit von Journalist:innen und Unternehmen – sei es durch PR- oder Lobbyarbeit – fällt die Offenlegung von Interessenskonflikten im Journalismus äußerst dürftig aus. So zeigen zahlreiche Studien, dass Medienunternehmen selbst die unverblühte „Copy-Paste“-Verwendung von PR-Materialien oftmals nicht

transparent machen, wodurch beim Publikum der Eindruck entstehen könnte, dass der Artikel auf unabhängiger journalistischer Eigenproduktion bzw. sorgfältiger Recherchearbeit beruht (für einen Überblick vgl. De Dobbelaer et al., 2017). Der Bereich des Gesundheitsjournalismus bildet hier keine Ausnahme: „Von den 175 Artikeln, die die PR-Informationen identisch übernahmen, nannten nur vier Artikel (2,3 Prozent) explizit die Pressemitteilung der Krankenkasse als Quelle“ (Reifegerste et al., 2014, S. 167). Auch sich häufende Kontroversen und Skandale im Zusammenhang mit verdeckten Finanzierungen und Sponsorships durch Pharmakonzerne (für einen Überblick vgl. De Dobbelaer et al., 2017; Lipworth et al., 2012) verdeutlichen die mangelnde Transparenz zu Lobbying im Gesundheitsjournalismus. Diese Arbeitsweise ist bedenklich. Durchschauen Rezipient:innen nämlich, dass Journalist:innen einseitig im Interesse Dritter berichten, verspielen sie das Vertrauen ihres Publikums und untergraben letztlich ihren Anspruch auf Unabhängigkeit (Göpfert, 2019).

Es stellt sich also die Frage, welchen Einfluss die Offenlegung von Pharma-Lobbyismus auf Glaubwürdigkeit, Qualitätsbewertung und Vertrauen in den Gesundheitsjournalismus hat. Konkret wollen wir in unserer Experimentalstudie ermitteln, wie die Darstellungsweise von Transparenz in einem journalistischen Zeitungsartikel die Beurteilung der Rezipient:innen beeinflusst. Nach unserem Wissen wurde dies im Kontext des Gesundheitsjournalismus bislang nicht untersucht – es finden sich lediglich Hinweise auf vermutete Wirkungen in einer qualitativen Befragungsstudie (Lipworth et al., 2015; im Detail siehe folgender Abschnitt). Zur Begründung unserer Forschungsfragen beziehen wir uns daher primär auf die bisherige – ebenfalls beschränkte und heterogene – Befundlage über Transparenz im Journalismus zu anderen Themen (wie Politik und Wissenschaft), die im Folgenden ausgeführt wird.

2 Transparenzhinweise als Gegenmittel für Vertrauenseinbuße?

Angesichts des soeben aufgezeigten Spannungsfeldes haben sich medienethische Arbeiten mit der Frage befasst, welche Methoden Journalist:innen zur Verfügung stehen, um ihren Qualitätsanforderungen gerecht zu werden und das Publikumsvertrauen aufrechtzuerhalten. Eine viel diskutierte Möglichkeit ist die Einbettung von Transparenzhinweisen in journalistischen Beiträgen (Kovach & Rosenstiel, 2007). Transparent ist ein Beitrag, der explizit auf

Informationsquellen und ihre Urheberschaft verweist und Auskunft über mögliche Interessenskonflikte, Unsicherheiten sowie die Finanzierung der Veröffentlichung gibt (Grimm & Wahl, 2014) – mit dem Ziel „that anyone can see how the news is constructed“ (Hellmueller et al., 2013, S. 290). Zum Beispiel informiert „die Zeit“ zu Beginn eines Beitrags: „ZEIT ONLINE hat diese Meldung redaktionell nicht bearbeitet (z. B. dpa-infocom, 2023). Sie wurde automatisch von der Deutschen Presse-Agentur (dpa) übernommen.“ In einer Kulturreportage der österreichischen Zeitung „der Standard“ findet sich am Ende des Artikels der Hinweis: „Die Reise nach Peking erfolgte auf Einladung der Chinese-Austrian Academy of Fine Arts“ (Auenhammer, 2015). Transparenzhinweise dieser Art sollen als journalistisches Werkzeug zur Stärkung von Authentizität und Integrität dienen (Karlsson, 2020) und dem Publikum erlauben, die Stichhaltigkeit der Informationen im Lichte möglicher Befangenheiten der Autor:innen zu beurteilen (Phillips, 2010).

Vorhandene Forschungsarbeiten zu Transparenz und Vertrauen im Journalismus sind jedoch uneinheitlich und empirische Erkenntnisse zeichnen ein widersprüchliches Bild. Während einige Untersuchungen zeigen, dass eine transparente Arbeitsweise mit mehr Glaubwürdigkeit, einer höheren Qualitätsbewertung und gesteigertem Vertrauen einhergeht (z. B. Curry & Stroud, 2019; Meier & Reimer, 2011), finden andere Studien keinerlei entsprechenden Zusammenhang (z. B. Karlsson et al., 2014, 2017). Auch die qualitative Studie von Winterlin et al. (2020) zu journalistischer Transparenz bezüglich Quellenherkunft und Verifizierung bei nutzergenerierten Inhalten spiegelt die ambivalente Haltung des Publikums wider: Einige Rezipient:innen bewerteten die Transparenz über Verifizierungsversuche als Qualitätsmerkmal für professionellen Journalismus. Bei anderen lösten die Transparenzbemühungen im Gegenteil sogar eher Unsicherheit und Skepsis aus. Zweifel an dieser Praxis werden auch im Kontext der Offenlegung der Beziehungen zwischen Pharmakonzernen und dem Gesundheitsjournalismus laut. In ihrer Studie befragten Lipworth et al. (2015) Gesundheitsjournalist:innen, Pharma-Vertreter:innen und Nachrichtenrezipient:innen zur Offenlegung und Regulierung der Zusammenarbeit von Pharma und Journalismus. Die Autor:innen geben zu bedenken, dass Journalist:innen Transparenzhinweise unter dem Deckmantel der Integrität als legitimes Instrument über die unabhängige und kritische Recherchearbeit stellen könnten – ganz nach dem Prinzip: „anything

goes so long as it is disclosed“ (S. 252). Im Rückschluss würden sich Transparenzhinweise nachteilig auf die Beurteilung der Rezipient:innen auswirken und das Vertrauen nachhaltig schwächen. Doch tatsächlich zeichnete sich in den Interviews mit den Rezipient:innen auch eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber der Verwendung von Transparenzhinweisen ab. Sie begründeten dies damit, dass die Verantwortung für die Informationsbeschaffung und Meinungsbildung letztendlich beim Rezipierenden selbst liege. Der unschlüssige Forschungsstand veranlasst uns daher zu der folgenden ersten Forschungsfrage:

FF1: Wie wirkt sich ein Transparenzhinweis zu Pharma-Lobbyismus im Gesundheitsjournalismus auf die Glaubwürdigkeit und Qualitätsbewertung des Artikels sowie das Vertrauen in Medium und Journalist:in seitens der Rezipient:innen aus?

Aktuelle Forschungsbemühungen zirkulieren bis dato also vor allem um die Frage, ob Transparenzhinweise überhaupt eingesetzt werden sollten. Transparenz umfasst laut Definition aber auch „the degree to which information is available“ (Florini, 2007, S. 5), also die Frage, wie ausführlich und auffällig Transparenzhinweise im Text platziert werden. In theoretischen Auseinandersetzungen über Transparenz im Journalismus wird vielfach argumentiert, dass die Preisgabe von *mehr* Informationen nicht etwa zu einer besseren Bewertung journalistischer Arbeit führt. Stattdessen würde *zu viel* Transparenz eine größere Angriffsfläche für Kritik bieten und Zweifel an der Kompetenz der Nachrichtenschaffenden wecken (z. B. Allen, 2008). Demgegenüber lieferten Curry und Stroud (2019) in ihrem Experiment erste Hinweise dafür, dass mehrere simultan eingesetzte Transparenzelemente in einem Beitrag – darunter beispielsweise Fußnoten mit Hyperlinks zu zitierten Inhalten oder eine „Behind the Story“-Sektion darüber wie, warum und von wem ein Beitrag geschrieben wurde – die Glaubwürdigkeitswahrnehmung der Rezipient:innen erhöhten. Der Einfluss der Länge und Position von Transparenzhinweisen im Text wurde indes jedoch nicht dezidiert untersucht. Befunde der Aufmerksamkeitsforschung und zur Informationsverarbeitung über den Einfluss von Positionierung (Primacy- und Recency-Effekte) und Gestaltung legen jedoch nahe, dass die Darstellungsweise von Informationen einen Einfluss auf ihre Wahrnehmung haben sollten (Tropp, 2019). Unklar ist jedoch, wie sich dies genau äußert. So könnte die Platzierung am Anfang zwar zunächst mehr Aufmerksamkeit erzeugen, aber im Verlauf der Rezeption vergessen werden. Ein kurzer Hinweis

könnte leichter übersehen werden als ein langer oder aber negativ auf die Glaubwürdigkeit wirken, wenn der Verdacht erregt wird, er solle bewusst kaschiert werden (Allen, 2008). Aufgrund der mangelnden Literaturlage formulieren wir daher folgende zweite Forschungsfrage:

FF2: Welchen Einfluss spielen die a) Länge und b) Positionierung des Transparenzhinweises auf die Glaubwürdigkeit und Qualitätsbewertung des Artikels sowie das Vertrauen in Medium und Journalist:in seitens der Rezipient:innen?

3 Methode

Den aufgeworfenen Forschungsfragen zur Offenlegung von Lobbyismus im Gesundheitsjournalismus gingen wir mit einer Online-Befragung mit experimentellem 2x3-Between-Groups-Design nach. Die Teilnehmenden wurden zufällig entweder einer der sechs Experimentalgruppen oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Alle sieben Gruppen erhielten denselben gesundheitsjournalistischen Zeitungsartikel, in dem u. a. eine Studie eines namentlich vorgestellten Pharmakonzerns präsentiert wird. In den Experimentalbedingungen haben wir zusätzlich einen Transparenzhinweis (über eine vom Pharmakonzern gesponserte Pressereise, an der der Autor des Artikels teilgenommen hatte) eingefügt, den wir nach Länge (Faktor 1: kurz, lang) und Position (Faktor 2: Anfang, Kasten, Sternchen) im Text variierten.

Stimulusmaterial und Manipulationscheck

Wir legten den Proband:innen einen eigens verfassten Artikel (ca. 550 Wörter) aus einer fiktiven regionalen Tageszeitung vor, der sich mit dem relativ weit verbreiteten, aber bislang kaum erforschten, chronischen Erschöpfungssyndrom (Myalgische Enzephalomyelitis ME/CFS) befasst. Fallbeispielhaft leitet der Artikel mit einem Einblick in den Alltag einer an ME/CFS erkrankten Person ein. Das realitätsnahe Szenario sollte gleich zu Beginn ein hohes Themen-Involvement der Leser:innen anregen (Peter, 2019). Nach einem knappen Überblick über Krankheitsbild, Symptomatik und Prävalenz stellt der fiktive Journalist (Pascal Vöhringer) die fiktiven Studienergebnisse eines ebenso fiktiven Pharmakonzerns vor, dem mittels neuartiger Bluttests erstmals ein Durchbruch bei der Diagnose von ME/CFS gelungen ist. Der Artikel endet mit einem Lichtblick für das betroffene Fallbeispiel, das nach Jahren der Ungewissheit eine Diagnose erhalten hat. In der

Kontrollbedingung blieb es bei dem reinen Nachrichtenartikel. In den Experimentalbedingungen haben wir denselben Text zusätzlich mit einem Transparenzhinweis über die Zusammenarbeit zwischen dem Journalisten und dem Pharmakonzern versehen. Ausgehend von recherchierten Praxisbeispielen für die formale und optische Gestaltung von Hinweistexten in deutschen Tageszeitungen variierten wir die Manipulation nach Länge und Position im Artikel. Während der dreizeilige kurze Hinweis nur über die vom Pharmakonzern gesponserte Pressereise des Journalisten aufklärt, liefert der doppelt so lange Hinweis zudem Hintergrundinformationen zum Konzern und seine durch Steuergelder geförderte Forschung. Ferner platzierten wir den Transparenzhinweis an drei verschiedenen Textstellen: Unmittelbar nach dem Teaser am Anfang, in Form eines mittigen Infokastens nach dem Absatz mit den Studienergebnissen des Pharmakonzerns und in einem mit einem Sternchen markierten Satz am Ende des Artikels. Außerdem hob sich der Hinweis in jeder der Variationen durch Kursivschrift vom übrigen Text ab. Das Stimulusmaterial ist unter diesem [Link](#) auf OSF einsehbar.

Die Manipulation war im Sinne der Experimentalanordnung erfolgreich. Die Experimentalgruppen haben den Transparenzhinweis signifikant stärker wahrgenommen als die Kontrollgruppe (F -Welch(6, 107.203) = 15.71; $p < .001$; $\eta^2 = .198$). Insbesondere prominent platzierte Varianten (v. a. langer Infokasten) wurden deutlicher wahrgenommen als die unauffälligeren Sternchenvarianten am Ende des Textes (siehe Tabelle 1 im Anhang).

Zentrale Konstrukte

Die abhängigen Variablen bildeten die Glaubwürdigkeitswahrnehmung und Qualitätsbewertung des Artikels sowie das Vertrauen in die Tageszeitung und den Journalisten.

Glaubwürdigkeitswahrnehmung

Die Glaubwürdigkeitswahrnehmung des dargebotenen Artikels wurde mit der *Newspaper Credibility Scale* (Abdulla et al., 2004) erfasst. Anhand von elf Items gaben die Befragten an, wie ausgewogen (z. B. „Der Artikel berichtet die ganze Geschichte“), ehrlich (z. B. „Der Artikel ist genau“) und aktuell (z. B. „Der Artikel ist zeitgemäß“) sie das Gelesene empfanden (5-stufige Likertskala von 1 = *trifft überhaupt nicht zu* bis 5 = *trifft voll und ganz zu*; $M = 3.40$, $SD = 0.76$, $\alpha = .922$).

Qualitätsbewertung

In Anlehnung an Urban & Schweiger (2014) ließen wir die Befragten die Qualität des Artikels über sieben Items auf den Dimensionen Relevanz (z. B. „Es wird klar, wer was und wo im Artikel in Bezug auf welches Geschehen gesagt hat“), Genauigkeit (z. B. „Der Artikel beinhaltet keine falschen Fakten oder widersprüchliche Aussagen“), Verständlichkeit (z. B. „Ich verstehe den Artikel gut“) und Objektivität (z. B. „Der Artikel ist neutral“) bewerten (5-stufige Likertskala von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme voll und ganz zu*; $M = 3.45$, $SD = 0.66$, $\alpha = .801$).

Vertrauen in Medium und Journalist

Zur Erfassung des Vertrauens wurden die Befragten in Anlehnung an Casaló et al. (2011) gebeten, in jeweils elf Items ihr Vertrauen gegenüber dem Medium (z. B. „Die Tageszeitung ist ehrlich und aufrichtig“; $M = 3.21$, $SD = 0.59$, $\alpha = .900$) und dem Autor (z. B. „Der Autor ist ehrlich und aufrichtig“; $M = 3.28$, $SD = 0.64$, $\alpha = .876$) auf einer fünfstufigen Likertskala anzugeben (von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme voll und ganz zu*).

Als Kovariaten wurden soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung), Beruf im Gesundheits-/Pharmabereich oder im Journalismus sowie die persönliche Betroffenheit von Erschöpfungskrankheiten im Allgemeinen kontrolliert.

Teilnehmer:innen

Bei der Stichprobe handelt es sich um ein Convenience Sample von 266 Personen über 18 Jahren, die über die Social-Media-Kanäle und das direkte Umfeld von Journalismusstudierenden rekrutiert wurden. Die Befragten waren durchschnittlich 33.3 Jahre alt ($SD = 13.65$), zu 63.9 Prozent weiblich ($n = 170$) und 94.0 Prozent verfügten über ein hohes Bildungsniveau ($n = 250$). Die Teilnehmenden wurden den Experimentalgruppen randomisiert zugewiesen. Ein Vergleich der Gruppen im Hinblick auf die soziodemographischen Merkmale belegte die erfolgreiche Randomisierung und Homogenität der Gruppen.

4 Ergebnisse

Um den Einfluss der Offenlegung von Lobbyismus auf Bewertung und Vertrauen in den Gesundheitsjournalismus zu überprüfen, haben wir mit SPSS 26

Mittelwertvergleiche mit Kovariatenkontrolle (ANCOVAs) gerechnet.

Für alle vier abhängigen Variablen (Glaubwürdigkeit, Qualität, Vertrauen in Medium, Vertrauen in Journalist:in) zeigt sich zwar das konsistente Muster, dass der Artikel ohne Transparenzhinweis positiver bewertet wurde als die Artikel mit Transparenzhinweis (siehe Tabelle 2 im Anhang, *FF1*). Jedoch fallen diese Unterschiede unter Kovariatenkontrolle nicht signifikant aus (Glaubwürdigkeitswahrnehmung: $F(1, 259) = 2.808, p = .095, \text{part. } \eta^2 = .011$; Qualitätsbewertung: $F(1, 259) = 0.859, p = .355, \text{part. } \eta^2 = .003$; Vertrauen in Medium: $F(1, 253) = 1.074, p = .301, \text{part. } \eta^2 = .004$; Vertrauen in Journalist: $F(1, 258) = 1.063, p = .303, \text{part. } \eta^2 = .004$).

Auch die Ausführlichkeit der im Transparenzhinweis enthaltenen Informationen – d. h., ob kurz oder lang – hatte keinen signifikanten Einfluss (siehe Tabelle 3 im Anhang, *FF2a*) auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung ($F(2, 258) = 1.720, p = .181, \text{part. } \eta^2 = .013$) und Qualitätsbewertung ($F(2, 258) = 1.340, p = .264, \text{part. } \eta^2 = .010$) des Artikels sowie das Vertrauen in die Tageszeitung ($F(2, 258) = 1.329, p = .266, \text{part. } \eta^2 = .010$) und den Journalisten ($F(2, 258) = 0.622, p = .517, \text{part. } \eta^2 = .005$).

Einzig die Positionierung des Transparenzhinweises wirkte sich signifikant auf die Beurteilung der Proband:innen aus (siehe Tabelle 4 im Anhang, *FF2b*). So beeinträchtigte die Offenlegung von Lobbyismus direkt am Anfang des Artikels die Glaubwürdigkeitswahrnehmungen stärker ($M = 3.14, SD = 0.74$) als der Hinweis im mittigen Infokasten ($M = 3.58, SD = 0.72, F(3, 257) = 4.732, p = .003, \text{part. } \eta^2 = .053$). Ebenso wurde der Artikel qualitativ höher eingestuft, wenn der Transparenzhinweis im Kasten ($M = 3.60, SD = 0.61$) und nicht bereits am Anfang ($M = 3.26, SD = 0.62, F(3, 257) = 2.956, p = .033, \text{part. } \eta^2 = .033$) auftauchte. Außerdem bringen Rezipient:innen in der Kasten-Bedingung sowohl der Tageszeitung ($M = 3.34, SD = 0.56$) als auch dem Journalisten ($M = 3.45, SD = 0.61$) signifikant mehr Vertrauen entgegen als Rezipient:innen in der Anfang- ($M = 3.09, SD = 0.59$ bzw. $M = 3.12, SD = 0.64$) oder Sternchen-Bedingung ($M = 3.13, SD = 0.58, F(3, 253) = 2.704, p = .046, \text{part. } \eta^2 = .031$ bzw. $M = 3.17, SD = 0.59, F(3, 257) = 3.583, p = .014, \text{part. } \eta^2 = .040$). Zwischen der Kasten- und Kontrollgruppe lassen sich hingegen für keine der abhängigen Variablen signifikante Gruppenunterschiede feststellen.

5 Diskussion und Fazit

Ziel unserer Studie war es, den Einfluss von Transparenzhinweisen zu Pharma-Lobbyismus im Gesundheitsjournalismus auf die Beurteilung der Glaubwürdigkeit und Qualität sowie das Vertrauen in Medium und Journalist:in seitens der Rezipient:innen zu untersuchen. Obwohl die Ergebnisse den ambivalenten Stand der Forschung zu Transparenzwahrnehmungen im Journalismus widerspiegeln (vgl. z. B. Curry & Stroud, 2019; Karlsson et al., 2014, 2017; Meier & Reimer, 2011; Wintterlin et al., 2020), trägt unsere Studie durch die Manipulation in der Ausführlichkeit und Auffälligkeit des eingebetteten Transparenzhinweises zu einem differenzierteren Verständnis bei. Übereinstimmend mit dem von Lipworth et al. (2015) aufgeworfenen Einwand zeigt unsere Studie zunächst, dass sich die Offenlegung der Zusammenarbeit von Journalist:innen mit einem Pharmakonzern tendenziell eher abträglich auf die Beurteilung seitens der Rezipient:innen auswirkt (vgl. Wintterlin et al., 2020). Dabei scheint jedoch nicht die Länge des Transparenzhinweises, sondern dessen Positionierung im Text von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Wird gleich am Anfang des Textes über den Lobbyismus aufgeklärt, mindert das die positive Beurteilung am stärksten. Ähnlich verhält es sich für die Aufklärung am Ende des Textes (Sternchen). Grenzt sich der Transparenzhinweis aber durch seine Formgebung deutlich vom restlichen Text ab (Kasten), beeinträchtigt dies die Beurteilung der Leserschaft nicht zusätzlich (vgl. Beurteilung in der Kontrollgruppe). Dies lässt vermuten, dass Rezipient:innen die Varianten, die sich visuell nur subtil vom übrigen Fließtext abgrenzen, als Versuch verstehen könnten, den Lobbyismus zu kaschieren. Im Gegensatz dazu könnte die auffälligste Variante der Offenlegung – in Form des umrahmten Kastens – als moralisch eher vertretbar eingestuft werden. Dafür spricht auch, dass der Kasten unmittelbar unterhalb des Absatzes zu den Studienergebnissen des Pharmakonzerns positioniert war. Die räumliche Anordnung des Transparenzhinweises zum zugehörigen Absatz könnte den Leser:innen den Eindruck vermittelt haben, dass der Journalist verdeutlichen wollte, welche Textpassagen konkret Pharma-induziert waren und welche Textpassagen auf eigener Recherche- und Schreibleistung beruhen. Um diese Vermutungen zu überprüfen, bedarf es weiterer qualitativer Forschung, in der Wahrnehmungen von Rezipient:innen zur Ausgestaltung von Transparenzhinweisen exploriert werden.

Angesichts einiger Limitationen müssen unsere Studienergebnisse jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Wir haben das Stimulusmaterial für eine fiktive Tageszeitung ohne Verwendung eines print- oder plattformspezifischen Layouts entworfen. Inwieweit die Ergebnisse auf realitätsnahe Nachrichtenangebote übertragen werden können, ist daher ungewiss. Zur Erhöhung der externen Validität sollten zukünftige Studien deshalb Namen und Layout realer Nachrichtenanbieter einbeziehen und auch weitere Abstufungen von Transparenzhinweisen berücksichtigen, wie beispielsweise einen Transparenzhinweis in Kastenform an verschiedenen Stellen im Text. Ferner könnten künftige Studien den Nachrichtentext weiter variieren, indem der Transparenzhinweis darüber aufklärt, ob der Text unverändert aus einer Pressemitteilung übernommen, von den Journalist:innen umgeschrieben oder durch eigene Recherchen ergänzt und reflektiert wurde (vgl. Reifegerste et al., 2014). Da ein Convenience Sample von hochgebildeten jungen Erwachsenen im Umfeld von Journalismusstudierenden verwendet wurde, sollten zukünftige Studien die Befunde anhand repräsentativer Stichproben validieren.

Trotz dieser Einschränkungen bietet die Studie praxisrelevante Anhaltspunkte für die Integration und Gestaltung von Transparenzhinweisen in Nachrichtenredaktionen. In Anbetracht der Tatsache, dass Nachrichtenmedien für Bürger:innen eine der wichtigsten Quellen für gesundheits- und krankheitsbezogene Informationen sind, sollten Journalist:innen Gesundheitsthemen mit einer gewissen Sensibilität angehen. PR- oder auch Lobbyarbeit von Pharmakonzernen steht dem nicht zwingend entgegen (vgl. hierzu auch Koinig, 2021). Durch die deutliche und auffällige Bereitstellung klarer Informationen über mögliche Interessenkonflikte können Transparenzhinweise als wertvolles Werkzeug fungieren, um das ethische Spannungsfeld bei der Zusammenarbeit von Gesundheitsjournalismus und Pharmakonzernen zu entschärfen. Daher empfehlen wir, dass Redaktionen in ihrer Berichterstattung Priorität auf eine eindeutig transparente Arbeitsweise legen, um im Einklang mit journalistischen Moralnormen und Qualitätsstandards zu agieren und das Vertrauen ihres Publikums zu erhalten.

Danksagung

Besonderer Dank gilt allen Teilnehmenden des Seminars „Gesundheitsjournalismus“ im Masterstudiengang Journalismus an der LMU, die im

Wintersemester 2021/22 an der Konzeption und Durchführung des Experiments beteiligt waren.

Literatur

Abdulla, R. A., Garrison, B., Salwen, M. B., Driscoll, P. D., & Casey, D. (2004). Online news credibility. In M. B. Salwen, B. Garrison, P. D. Driscoll (Hrsg.), *Online News and the Public* (S. 147-163). Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781410611611>

Allen, D. S. (2008). The trouble with transparency: The challenge of doing journalism ethics in a surveillance society. *Journalism Studies*, 9(3), 323–340. <https://doi.org/10.1080/14616700801997224>

Anhäuser, M., Wormer, H., Viciano, A., & Rögner, W. (2021). Ein modulares Modell zur Qualitätssicherung im Medizin- und Ernährungsjournalismus. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(1), 12–20. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03254-0>

Auenhammer, G. (2015). "Austrian Art 1860-1960": Überwindung der Großen Mauer. *Der Standard*. <https://www.derstandard.at/story/2000015874858/austrian-art-1860-1960-ueberwindung-der-grossen-mauer>

Casaló, L. V., Flavián, C. & Guinalú, M. (2011). The generation of trust in the online services and product distribution: The case of spanish electronic commerce. *Journal of Electronic Commerce Research*, 12(3), 199–213.

Curry, A. L., & Stroud, N. J. (2021). The effects of journalistic transparency on credibility assessments and engagement intentions. *Journalism*, 22(4), 901–918. <https://doi.org/10.1177/1464884919850387>

Dan, V. (2019). Pharmakommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 109–119). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7_9

De Dobbelaer, R., Van Leuven, S., & Raeymaeckers, K. (2017). Dirty dancing: Health journalists and the pharmaceutical industry a multi-method study on the impact of pharma PR on magazine health news. *Public Relations Review*, 43(2), 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2017.02.002>

- dpa-infocom (2023). *Kasse: Krankenstand steigt bei Personalmangel*. Zeit Online. <https://www.zeit.de/news/2023-06/01/kasse-krankenstand-steigt-bei-personalmangel>
- Florini, A. (2007). Introduction. The battle over transparency, In A. Florini (Hrsg.), *The right to know: transparency for an open world* (S. 1–18), Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/flor14158>
- Fröhlich, R., & Rüdiger, B. (2004). Determinierungsforschung zwischen PR-„Erfolg“ und PR-„Einfluss“. In J. Raupp & J. Klewes (Hrsg.), *Quo vadis Public Relations?* (S. 125–141). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-83381-5_10
- Göpfert, W. (2019). Was ist überhaupt Wissenschaftsjournalismus? Alles, nur nicht langweilig, trocken und unverständlich. In W. Göpfert (Hrsg.), *Wissenschafts-Journalismus* (S. 3–7). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17884-0_1
- Grimm, M., & Wahl, S. (2014). Transparent und evident? Qualitätskriterien in der Gesundheitsberichterstattung und die Problematik ihrer Anwendung am Beispiel von Krebs. In V. Lilienthal, D. Reineck, & T. Schnedler (Hrsg.), *Qualität im Gesundheitsjournalismus* (S. 61–81). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02427-7_4
- Hellmueller, L., Vos, T. P., & Poepsel, M. A. (2013). Shifting journalistic capital?: Transparency and objectivity in the twenty-first century. *Journalism Studies*, 14(3), 287–304. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2012.697686>
- Hinnant, A., Len-Ríos, M. E., & Young, R. (2013). Journalistic use of exemplars to humanize health news. *Journalism Studies*, 14(4), 539–554. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2012.721633>
- Karlsson, M., Clerwall, C., & Nord, L. (2014). You ain't seen nothing yet: Transparency's (lack of) effect on source and message credibility. *Journalism Studies*, 15(5), 668–678. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2014.886837>
- Karlsson, M., Clerwall, C., & Nord, L. (2017). Do not stand corrected: Transparency and users' attitudes to inaccurate news and corrections in online journalism. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 94(1), 148–167. <https://doi.org/10.1177/1077699016654680>
- Karlsson, M. (2020). Dispersing the opacity of transparency in journalism on the appeal of different forms of transparency to the general public. *Journalism Studies*, 21(13), 1795–1814. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2020.1790028>
- Koinig, I. (2021). Pharmawerbung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Konsument*innen. In D. Reifegerste (Hrsg.), *PR und Organisationskommunikation im Gesundheitswesen* (S. 175–190). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32884-9_11
- Kovach, B., & Rosenstiel, T. (2007). *The elements of journalism: what newspeople should know and the public should expect* (1st rev. ed., Completely updated and rev). Three Rivers Press.
- Len-Ríos, M. E., Hinnant, A., Park, S.-A., Cameron, G. T., Frisby, C. M., & Lee, Y. (2009). Health news agenda building: Journalists' perceptions of the role of public relations. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 86(2), 315–331. <https://doi.org/10.1177/107769900908600204>
- Leif, T. (2018). Das Schattenmanagement des Journalismus. Wie „Strategische Kommunikationssteuerung“ von Lobbyisten und Agenturen die journalistische Unabhängigkeit angreift. In K. Liesem & L. Rademacher (Hrsg.), *Die Macht der Strategischen Kommunikation* (S. 33–54). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Lipworth, W., Kerridge, I., Morrell, B., Forsyth, R., & Jordens, C. F. C. (2015). Views of health journalists, industry employees and news consumers about disclosure and regulation of industry-journalist relationships: an empirical ethical study. *Journal of Medical Ethics*, 41(3), 252–257. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101790>
- Meier, K., & Reimer, J. (2011). Transparenz im Journalismus: Instrumente, Konfliktpotentiale, Wirkung. *Publizistik*, 56(2), 133–155. <https://doi.org/10.1007/s11616-011-0116-7>
- Peter, C. (2019). Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R.

- Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 505–516). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7_41
- Phillips, A. (2010). Transparency and the new ethics of journalism. *Journalism Practice*, 4(3), 373–382.
<https://doi.org/10.1080/17512781003642972>
- Reifegerste, D., Oelschlägel, F., & Schumacher, M.-B. (2014). „Copy Factories“ im Gesundheitsjournalismus? Medienresonanzanalyse einer Krankenkasse. In V. Lilienthal, D. Reineck, & T. Schnedler (Hrsg.), *Qualität im Gesundheitsjournalismus* (S. 159–172). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-02427-7_9
- Rossmann, C. (2016). Die mediale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 301–311). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_20
- Rossmann, C., & Meyer, L. (2017). Medizin- und Gesundheitskommunikation. In H. Bonfadelli, B. Fähnrich, C. Lüthje, J. Milde, M. Rhomberg, & M. S. Schäfer (Hrsg.), *Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation* (S. 355–371). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-12898-2_19
- Ruhrmann, G., & Guenther, L. (2019). Medizin- und Gesundheitsjournalismus. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 69–79). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-10727-7_6
- Sumner, P., Vivian-Griffiths, S., Boivin, J., Williams, A., Venetis, C. A., Davies, A., Ogden, J., Whelan, L., Hughes, B., Dalton, B., Boy, F., & Chambers, C. D. (2014). The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. *BMJ*, 349, g7015–g7015. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7015>
- Tropp, J. (2019). *Moderne Marketing-Kommunikation: Grundlagen, Prozess und Management markt und kundenorientierter Unternehmenskommunikation*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25318-9>
- Urban, J., & Schweiger, W. (2014). News quality from the recipients' perspective: Investigating recipients' ability to judge the normative quality of news. *Journalism Studies*, 15(6), 821–840.
<https://doi.org/10.1080/1461670X.2013.856670>
- Winterlin, F., Engelke, K. M., & Hase, V. (2020). Can transparency preserve journalism's trustworthiness? Recipients' views on transparency about source origin and verification regarding user-generated content in the news. *Studies in Communication and Media*, 9(2), 218–240.
<https://doi.org/10.5771/2192-4007-2020-2-21>

Tabelle 1
Wahrnehmung des Transparenzhinweises (Manipulationcheck)

Bedingung	Wahrnehmung des Transparenzhinweises		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
kurz Anfang	38	3.23 ^a	0.88
kurz Kasten	29	2.91 ^a	1.10
kurz Sternchen	31	2.65 ^a	0.88
lang Anfang	33	3.03 ^a	0.88
lang Kasten	43	3.24 ^a	0.83
lang Sternchen	42	2.80 ^a	0.89
Kontrollgruppe	50	2.04 ^b	0.61

Anmerkungen. *N* = 266. Wahrnehmung des Transparenzhinweises von (1) „überhaupt nicht“ bis (5) „sehr deutlich“. Mittelwerte mit verschiedenen Buchstaben weichen signifikant voneinander ab (Games-Howell, *p* < .05).

Tabelle 2
Einfluss der Offenlegung von Lobbyismus auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung, die Qualitätsbewertung und das Vertrauen in Medium und Journalist

Variablen	Experimentalgruppen			Kontrollgruppe			ANCOVA			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>part. η²</i>
Glaubwürdigkeitswahrnehmung	216	3.35	0.74	50	3.59	0.82	2.808	1, 259	.095	.011
Qualitätsbewertung	216	3.42	0.64	50	3.56	0.75	0.859	1, 259	.355	.003
Vertrauen in Medium	211	3.19	0.59	49	3.31	0.59	1.074	1, 253	.301	.004
Vertrauen in Journalist	216	3.24	0.63	50	3.39	0.67	1.063	1, 258	.303	.004

Anmerkungen. *N* = 266. Glaubwürdigkeit und Qualitätsbewertung des Artikels, Vertrauen in Medium und Journalist von (1) „stimme überhaupt nicht zu“ bis (5) „stimme voll und ganz zu“.

ANCOVA

Glaubwürdigkeitswahrnehmung – Kovariaten: Alter ($F(1, 259) = 13.460; p = .001; part. \eta^2 = .050$); Geschlecht ($F(1, 259) = 2.138; p = .145; part. \eta^2 = .008$); Bildung ($F(1, 259) = 1.535; p = .216; part. \eta^2 = .006$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(1, 259) = .099; p = .753; part. \eta^2 = .001$); Beruf Journalismus ($F(1, 259) = 4.649; p = .032; part. \eta^2 = .018$); Betroffenheit ($F(1, 259) = 0.537; p = .464; part. \eta^2 = .002$)

Qualitätsbewertung – Kovariaten: Alter ($F(1, 259) = 9.458; p = .002; part. \eta^2 = .035$); Geschlecht ($F(1, 259) = 2.323; p = .129; part. \eta^2 = .009$); Bildung ($F(1, 259) = 2.760; p = .098; part. \eta^2 = .011$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(1, 259) = 1.110; p = .293; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(1, 259) = 3.195; p = .075; part. \eta^2 = .012$); Betroffenheit ($F(1, 259) = 0.164; p = .686; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Medium – Kovariaten: Alter ($F(1, 253) = 8.421; p = .004; part. \eta^2 = .032$); Geschlecht ($F(1, 253) = .088; p = .767; part. \eta^2 = .001$); Bildung ($F(1, 253) = 3.393; p = .067; part. \eta^2 = .013$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(1, 253) = 1.2349; p = .247; part. \eta^2 = .005$); Beruf Journalismus ($F(1, 253) = 1.375; p = .242; part. \eta^2 = .005$); Betroffenheit ($F(1, 253) = 0.042; p = .838; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Journalist – Kovariaten: Alter ($F(1, 258) = 13.220; p < .001; part. \eta^2 = .049$); Geschlecht ($F(1, 258) = 0.562; p = .454; part. \eta^2 = .002$); Bildung ($F(1, 258) = 2.390; p = .123; part. \eta^2 = .009$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(1, 258) = 1.011; p = .316; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(1, 258) = 6.859; p = .009; part. \eta^2 = .026$); Betroffenheit ($F(1, 258) = 0.244; p = .622; part. \eta^2 = .001$)

Tabelle 3
Einfluss der Länge des Transparenzhinweises auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung, die Qualitätsbewertung und das Vertrauen in Medium und Journalist

Variablen	Kurz			Lang			Kontrollgruppe			ANCOVA			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>part. η²</i>
Glaubwürdigkeitswahrnehmung	98	3.39	0.75	118	3.33	0.73	50	3.59	0.82	1.720	2, 258	.181	.013
Qualitätsbewertung	98	3.48	0.60	118	3.38	0.66	50	3.56	0.75	1.340	2, 258	.264	.264
Vertrauen in Medium	95	3.24	0.61	116	3.15	0.58	49	3.31	0.59	1.329	2, 258	.266	.010
Vertrauen in Journalist	98	3.26	0.61	118	3.24	0.65	50	3.39	0.67	0.662	2, 258	.517	.005

Anmerkungen. *N* = 266. Glaubwürdigkeit und Qualitätsbewertung des Artikels, Vertrauen in Medium und Journalist von (1) „stimme überhaupt nicht zu“ bis (5) „stimme voll und ganz zu“.

Glaubwürdigkeitswahrnehmung – Kovariaten: Alter ($F(2, 258) = 13.541; p = .001; part. \eta^2 = .050$); Geschlecht ($F(2, 258) = 2.176; p = .141; part. \eta^2 = .008$); Bildung ($F(2, 258) = 1.764; p = .185; part. \eta^2 = .007$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(2, 258) = 0.076; p = .783; part. \eta^2 = .001$); Beruf Journalismus ($F(2, 258) = 4.465; p = .036; part. \eta^2 = .017$); Betroffenheit ($F(2, 258) = 0.522; p = .471; part. \eta^2 = .002$)

Qualitätsbewertung – Kovariaten: Alter ($F(2, 258) = 9.634; p = .002; part. \eta^2 = .036$); Geschlecht ($F(2, 258) = 2.403; p = .122; part. \eta^2 = .009$); Bildung ($F(2, 258) = 3.309; p = .070; part. \eta^2 = .013$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(2, 258) = 0.975; p = .324; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(2, 258) = 2.966; p = .086; part. \eta^2 = .011$); Betroffenheit ($F(2, 258) = 0.151; p = .698; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Medium – Kovariaten: Alter ($F(2, 258) = 8.498; p = .004; part. \eta^2 = .033$); Geschlecht ($F(2, 258) = 0.099; p = .754; part. \eta^2 = .001$); Bildung ($F(2, 258) = 3.944; p = .048; part. \eta^2 = .015$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(2, 258) = 1.214; p = .272; part. \eta^2 = .005$); Beruf Journalismus ($F(2, 258) = 1.240; p = .267; part. \eta^2 = .005$); Betroffenheit ($F(2, 258) = 0.039; p = .844; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Journalist – Kovariaten: Alter ($F(2, 258) = 13.244; p < .001; part. \eta^2 = .049$); Geschlecht ($F(2, 258) = 0.574; p = .450; part. \eta^2 = .002$); Bildung ($F(2, 258) = 2.546; p = .112; part. \eta^2 = .010$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(2, 258) = 0.956; p = .329; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(2, 258) = 6.693; p = .010; part. \eta^2 = .025$); Betroffenheit ($F(2, 258) = .237; p = .627; part. \eta^2 = .001$)

Tabelle 4

Einfluss der Positionierung des Transparenzhinweises auf die Glaubwürdigkeitswahrnehmung, die Qualitätsbewertung und das Vertrauen in Medium und Journalist

Variablen	Anfang			Kasten			Sternchen			Kontrollgruppe			ANCOVA			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	F	df	p	part. η^2
Glaubwürdigkeitswahrnehmung	71	3.14 ^a	0.74	72	3.58 ^b	0.72	73	3.33 ^{ab}	0.70	50	3.59 ^b	0.82	4.732	3, 257	.003	.053
Qualitätsbewertung	71	3.26 ^a	0.62	72	3.60 ^b	0.61	73	3.42 ^{ab}	0.63	50	3.56 ^b	0.75	2.956	3, 257	.033	.033
Vertrauen in Medium	69	3.09 ^a	0.59	71	3.34 ^b	0.56	71	3.13 ^{ac}	0.58	49	3.31 ^{bc}	0.59	2.704	3, 253	.046	.031
Vertrauen in Journalist	71	3.12 ^a	0.64	72	3.45 ^b	0.61	73	3.17 ^a	0.59	50	3.39 ^b	0.67	3.583	3, 257	.014	.040

Anmerkungen. N = 266. Glaubwürdigkeit und Qualitätsbewertung des Artikels, Vertrauen in Medium und Journalist von (1) „stimme überhaupt nicht zu“ bis (5) „stimme voll und ganz zu“. Mittelwerte mit verschiedenen Buchstaben weichen signifikant voneinander ab (Duncan, $p < .05$).

Glaubwürdigkeitswahrnehmung – Kovariaten: Alter ($F(3, 257) = 14.448; p = .001; part. \eta^2 = .053$); Geschlecht ($F(3, 257) = 1.996; p = .159; part. \eta^2 = .008$); Bildung ($F(3, 257) = 0.991; p = .321; part. \eta^2 = .004$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(3, 257) = 0.035; p = .852; part. \eta^2 = .001$); Beruf Journalismus ($F(3, 257) = 3.401; p = .066; part. \eta^2 = .013$); Betroffenheit ($F(3, 257) = 0.792; p = .374; part. \eta^2 = .003$)

Qualitätswahrnehmung – Kovariaten: Alter ($F(3, 257) = 10.060; p = .002; part. \eta^2 = .038$); Geschlecht ($F(3, 257) = 2.230; p = .137; part. \eta^2 = .009$); Bildung ($F(3, 257) = 2.072; p = .151; part. \eta^2 = .008$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(3, 257) = 0.950; p = .331; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(3, 257) = 2.324; p = .129; part. \eta^2 = .009$); Betroffenheit ($F(3, 257) = 0.250; p = .618; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Medium – Kovariaten: Alter ($F(3, 2583) = 9.145; p = .003; part. \eta^2 = .035$); Geschlecht ($F(3, 253) = .037; p = .848; part. \eta^2 = .000$); Bildung ($F(3, 253) = 3.004; p = .084; part. \eta^2 = .012$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(3, 253) = 0.977; p = .324; part. \eta^2 = .004$); Beruf Journalismus ($F(3, 253) = 0.773; p = 0.380; part. \eta^2 = .003$); Betroffenheit ($F(3, 253) = 0.159; p = .691; part. \eta^2 = .001$)

Vertrauen in Journalist – Kovariaten: Alter ($F(3, 257) = 13.926; p < .001; part. \eta^2 = .052$); Geschlecht ($F(3, 257) = 0.413; p = .521; part. \eta^2 = .002$); Bildung ($F(3, 257) = 1.921; p = .167; part. \eta^2 = .007$); Beruf Gesundheit/Pharma ($F(3, 257) = 0.666; p = .415; part. \eta^2 = .003$); Beruf Journalismus ($F(3, 257) = 5.538; p = .021; part. \eta^2 = .025$); Betroffenheit ($F(3, 257) = 0.537; p = .464; part. \eta^2 = .004$)

Akzeptanz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Apotheken. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Apothekenpersonal

Katja Caspar & Paula Stehr

Universität Erfurt, LMU München

Zusammenfassung

Vor-Ort-Apotheken spielen als niedrigschwellige und leicht zu erreichende Dienstleister eine wichtige Rolle für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Um den demografischen Herausforderungen zu begegnen und die flächendeckende Gesundheitsversorgung sicherzustellen, müssen Apotheken durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) besser mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens vernetzt werden. In der vorliegenden Studie wurden qualitative Leitfadeninterviews (n = 10) durchgeführt, um entlang der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) die Technologieakzeptanz von Apothekenpersonal zu untersuchen. Die Determinanten Leistungserwartungen, Aufwandserwartungen, soziale Einflüsse und erleichternde Rahmenbedingungen scheinen auch bei Apothekenpersonal entscheidend für die Verhaltensintention zur Nutzung von IKT zu sein. Über die Spezifikation dieser theoriebasierten Determinanten hinaus lassen sich auf Basis der Interviews erste Rückschlüsse ziehen, dass auch die Berufsgruppe, der Apothekenstandort und das Informationsverhalten die Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals beeinflussen. Für weitere Untersuchungen der Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals wird eine kontextspezifische Modifikation der UTAUT empfohlen.

Keywords: Apotheken, Informations- und Kommunikationstechnologien, Technologieakzeptanz, UTAUT

Summary

As low-threshold and easily accessible service providers, local pharmacies are important in providing healthcare to the population. To meet the demographic challenges and ensure comprehensive health care, pharmacies must improve the interconnection with other players in the healthcare system through the use of information and communication technologies (ICT). In this study, qualitative interviews (n = 10) were conducted to investigate the technology acceptance of pharmacy staff along the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). The determinants of performance expectations, effort expectations, social influences, and facilitating framework conditions may also be crucial for the behavioral intention to use ICT among pharmacy personnel. In addition to differentiating these theory-based determinants, the results of the interviews also allow for initial conclusions regarding the occupational group, the pharmacy location, and the information behavior as further factors influencing the technology acceptance of pharmacy staff. Context-specific modification of the UTAUT is recommended for further investigations of pharmacy staff's technology acceptance.

Keywords: pharmacies, information and communication technologies, technology acceptance, UTAUT

1 Einleitung

Bedingt durch den demografischen und epidemiologischen Wandel steigen der Bedarf und die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (Enste et al., 2020). Dies macht eine Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens notwendig (Kostera & Thranberend, 2018). Als ein zentraler Aspekt wird die Digitalisierung diskutiert. Hierzu gehört bspw. auch das Bereitstellen gesundheitsrelevanter Dokumente in digitaler Form, die dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Somit soll das Patientenwohl sichergestellt werden, indem sektorenübergreifenden Versorgern behandlungsrelevante Informationen sicher und vollumfänglich bereitgestellt werden können (vdek, 2021). Apotheken sind Teil dieser Versorgungsstrukturen. Sie müssen zunehmend ältere, multimorbide Personen mit wenig Personal versorgen. Diese Tendenzen sind insbesondere im ländlichen Raum bemerkbar (Dockweiler, 2016). Darüber hinaus treten Apotheken zunehmend nicht nur als Arzneimittelversorger, sondern auch als Anbieter von anderen Gesundheitsdienstleistungen in Erscheinung. Während der Corona-Pandemie agierten Apotheken vor Ort bspw. als Teststationen, stellten Impf- und Genesenenzertifikate aus oder führten Corona-Schutzimpfungen durch (ABDA, 2022; Haase, 2021). Darüber hinaus leisten Apotheken vor Ort Nacht- und Notdienste, geben Betäubungsmittel ab, stellen Rezepturen her und passen Hilfsmittel (z. B. Kompressionsstrümpfe) individuell an (Fitte et al., 2019). Da Versandapotheken diese kundennahen Leistungen nicht bedienen können, führt die stetig sinkende Zahl der Apotheken vor Ort dazu, dass die Bereitstellung solcher Versorgungsangebote gefährdet ist (ABDA, 2021b; Fitte et al., 2019). Um die flächendeckende, qualitativ-hochwertige Gesundheitsversorgung auf Dauer sicherzustellen und sich langfristig gegen Online-Apotheken behaupten zu können, müssen Apotheken vor Ort ihr Angebotsspektrum erweitern (Fitte & Teuteberg, 2019). Hierfür sollen u. a. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zum Einsatz kommen. Diese fördern die Vernetzung mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Kund:innen und lassen Ressourcen für kundennahe Leistungen frei werden (Fitte & Teuteberg, 2019). Darüber hinaus kann der Einsatz verschiedener IKT auch das Leistungsspektrum von Apotheken vor Ort ergänzen.

2 Informations- und Kommunikationstechnologien in Apotheken

Die Digitalisierung des Apothekensektors mit Hilfe von IKT rückt in den Vordergrund, wobei insbesondere die Vernetzung von Apotheken mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung gewinnt (Fitte & Teuteberg, 2019) und deshalb in dieser Studie den Untersuchungsgegenstand bildet. Um das Potenzial der digitalen Vernetzung auszuschöpfen, müssen entsprechende Anwendungen in den Apotheken akzeptiert und effektiv eingesetzt werden (Lux et al., 2017; Wills et al., 2008). Theoriegeleitete Erkenntnisse zur Akzeptanz von IKT des Apothekenpersonals liegen nicht vor. Diese Studie greift diesen Bedarf auf und untersucht die Technologieakzeptanz von Apothekenpersonal bezogen auf IKT. In bisherigen Studien wurden ausschließlich approbierte Apotheker:innen einbezogen. Der Fokus dieser Studie liegt auf der Technologieakzeptanz des gesamten Apothekenpersonals, darunter approbierte Apotheker:innen, aber auch pharmazeutisch-technische Assistent:innen (PTA) und pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA), welche den größeren Teil des Apothekenpersonals bilden und damit eine tragende Rolle in der Arzneimittelversorgung einnehmen (ABDA, 2021a).

3 Forschungsleitende Theorie und Forschungsfragen

Zwar stehen Apotheker:innen der Digitalisierung grundsätzlich offen gegenüber (Behne et al., 2019), insgesamt wird die Akzeptanz seitens der Leistungserbringer jedoch als gering eingestuft (Drescher & Marsden, 2011; Mertes & Liberatore, 2016). Um theoriebasiert die Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals in Deutschland zu untersuchen, greift diese Studie auf die *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) zurück, da sich dieses Modell in der Technologieakzeptanzforschung im Kontext des Gesundheitswesens bewährt hat (Garavand et al., 2016; Hennington & Janz, 2007; Kijisanayotin et al., 2009). Es bildet jene Faktoren ab, welche die Intention zur Nutzung einer Technologie und das damit verbundene tatsächliche Nutzungsverhalten erklären können (siehe Abbildung 1; Davis, 1989; Venkatesh et al., 2003).

Ziel dieses Beitrags ist die Anwendung der UTAUT auf die Akzeptanz von IKT durch das Apothekenpersonal. Daher stellt sich im Hinblick auf die im

Modell spezifizierten Determinanten folgende erste Forschungsfrage:

FF1: Welche Leistungserwartungen, Aufwandserwartungen, sozialen Einflüsse und erleichternden Rahmenbedingungen sind für die Akzeptanz von IKT bei Apothekenpersonal relevant?

Bisher liegen für die Technologieakzeptanz von Apothekenpersonal keine theoriebasierten Erkenntnisse vor. Venkatesh et al. (2003) weisen darauf hin, dass die UTAUT je nach Anwendungskontext ggf. branchenspezifisch modifiziert werden muss. Daher sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit mögliche kontextspezifische Faktoren identifiziert werden. Hierfür wurde die zweite forschungsleitende Frage wie folgt formuliert:

FF2: Inwiefern spielen weitere Faktoren über die UTAUT hinaus eine Rolle hinsichtlich der Akzeptanz von IKT bei Apothekenpersonal?

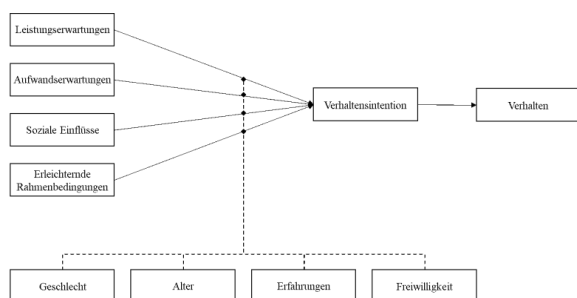


Abbildung 1. Vereinfachtes UTAUT-Modell nach Venkatesh et al. (2003) in Anlehnung an Seel und Rossmann (2020) (Eigene Darstellung).

4 Methodisches Vorgehen

Um den individuellen Ansichten der verschiedenen Berufsgruppen in Apotheken und dem dynamischen Themenfeld gerecht werden zu können, wurden qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt.

Teilstandardisierte problemzentrierte Leitfadeninterviews

Die verwendete Methode stützt sich auf das Konzept der problemzentrierten Interviews (Keuneke, 2017). Es wurde ein halbstandardisierter Leitfaden basierend auf den Kernelementen der UTAUT entwickelt, der um eine induktive Vorgehensweise in der Gesprächsführung ergänzt wurde (Lamnek & Krell, 2016). Die Interviewteilnehmenden erhielten vorab schriftliche

Studieninformationen und eine zu unterzeichnende Datenschutzerklärung. Beides wurde zu Beginn des Gesprächs noch einmal mündlich wiederholt. Nach der Begrüßung und einer Eisbrecherfrage wurde der inhaltliche Gesprächseinstieg dazu genutzt, ein einheitliches Verständnis von IKT zu schaffen und somit eine Vergleichbarkeit der Interviews zu gewährleisten. Das einheitliche Verständnis sollte durch standardisierte, verbale Erläuterungen und visuelle Darstellungen geschaffen werden. Um eine möglichst hohe Qualität des Erhebungsinstruments sicherzustellen, wurde ein zweiphasiges *Multi-Methods-Pretesting* mit zwei voneinander unabhängigen Testpersonen (Apotheker; PKA) realisiert (Prüfer & Rexroth, 2000).

Sample und Rekrutierung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden zehn teilstandardisierte Interviews mit Apotheker:innen, pharmazeutisch-technischen Assistent:innen (PTA) und pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) durchgeführt. Die Befragten wurden anhand eines Quotenplans ausgewählt, der neben der Stadt-Land-Zugehörigkeit auch die Berufsgruppen (approbierte Apotheker:innen, PTA, PKA) beinhaltete. Grund dafür ist, dass auf Basis des Forschungsstands Unterschiede in der Apothekenversorgung anzunehmen sind bzw. in bisherige Untersuchungen ausschließlich approbierte Apotheker:innen einbezogen wurden, obgleich PTA und PKA den größeren Teil des Apothekenpersonals bilden (Fitte et al., 2019; Winter 2020; ABDA, 2021a; siehe Tabelle 1). Die Rekrutierung erfolgte über Facebook, LinkedIn sowie Multiplikator:innen im Schneeballsystem. Trotz dieser breiten Bemühungen konnten keine PTA aus einer städtischen Apotheke befragt werden. Es wurden zwei männliche Personen und acht weibliche Personen befragt. Das Durchschnittsalter lag bei 34 Jahren. Die älteste befragte Person war 46 Jahre und die jüngste 25 Jahre alt. Alle befragten Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung in einem Angestelltenverhältnis tätig. Eine (männliche) Person war Pharmazeut im Praktikum (PhiP). Sie wurde der Kategorie *Apotheker:in* zugeordnet.

Berufsgruppe	Stadt-Land-Zugehörigkeit	
	Stadt	Land
Apotheker*in	2 Personen	2 Personen
PTA	--	3 Personen
PKA	2 Personen	1 Person

Tabelle 1. Fallzahlen entlang der zwei Auswahlkriterien Berufsgruppe und Stadt-Land-Zugehörigkeit.

Datenerhebung und -auswertung

Die Interviews wurden vom 08. September 2021 bis zum 27. Oktober 2021 über Microsoft Teams durchgeführt und dauerten durchschnittlich 60 Minuten. Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte mittels einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018), unterstützt durch die Analysesoftware MAXQDA 2020. Das Kategoriensystem bildet die theoriebasierten Determinanten der UTAUT ab und wurde induktiv spezifiziert und vervollständigt. Im ersten Kodierdurchgang wurden alle Interviews mit den deduktiv gebildeten Oberkategorien kodiert. Die Oberkategorien wurden basierend auf dem Interviewleitfaden gebildet. Eine Übersicht der deduktiv gebildeten Kategorien ist Anhang 2 zu entnehmen. Ziel des ersten Kodierdurchgangs war es, die Interviews inhaltlich zu strukturieren, um die weitere Kodierung zu erleichtern. Bei der zweiten Sichtung des Materials wurden die theoriebasierten Kategorien durch induktiv-gebildete Kategorien gleicher Ebene ergänzt bzw. Unterkategorien konkretisiert (z. B. wurde die deduktiv gebildete Oberkategorie „Leistungserwartungen“ durch die Unterkategorien „Apotheke“, „zu versorgende Personen“ und „Umwelt“ induktiv ergänzt). Diese wurden zum Teil weiter konkretisiert bspw. „Arzneimitteltherapiesicherheit“ als weitere Unterkategorie von „zu versorgende Personen“, da diese einen konkreten Vorteil für Kund:innen darstellt. Die weiterführende Analyse orientierte sich ebenfalls an Kuckartz (2018): kategorienbasierte Auswertung individueller Kodierungen und kategorienbasierte Auswertung nach Gruppen. Es wurden Auffälligkeiten innerhalb der einzelnen Kategorien und auch kategorienübergreifend herausgearbeitet.

5 Ergebnisse

Determinanten der Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals

Leistungs- und Aufwandserwartungen

Entlang der Determinanten der UTAUT (FFI) konnten verschiedene Leistungs- und Aufwandserwartungen sowohl für Apotheken und das Apothekenpersonal als auch für zu versorgende Personen (Kund:innen) identifiziert werden. Erhofft wird insbesondere ein besserer *Informationsaustausch* mit bzw. zwischen den Leistungserbringern, aber auch mit den zu versorgenden Personen. Als Leistungserbringer werden Ärzt:innen, Krankenkassen, Pflegeheime, und pharmazeutische Unternehmen genannt. Dabei geht es meist um den Austausch von Informationen zur Versorgung, aber auch um Abrechnungs- bzw. Genehmigungsin-

formationen. Möglichkeiten der Datenauswertungen bspw. in Bezug auf Lagerbestände werden seltener genannt als der Datenaustausch bzw. die Datenverfügbarkeit. Die Befragten erwarten, dass sich die *Versorgung und Beratung* durch IKT verbessern wird, da „[...] solche Probleme wie Arzt A schreibt das auf, Arzt B schreibt das auf, Patient geht in Apotheke C und keiner weiß eigentlich, was der Patient noch bekommt“ (Apotheker, 25, Land), nicht mehr auftreten sollten. Im direkten Kundenkontakt wird erwartet, dass IKT nicht nur bei der pharmazeutischen Beratung unterstützen, sondern auch in der Art und Weise, wie Kund:innen transparent beraten werden können.

„Das bestellen wir zum Beispiel über das Tablet, weil wir das halt zu den Leuten an den Verkaufstheke mitnehmen können und dann entsprechend die Informationen, die gespeichert werden, nochmal kontrollieren lassen können. Oder auch das Tablet wird auch häufig genutzt, wenn wir mit den Kunden im Internet was recherchieren, was wir denen dann auch mal zeigen möchten. Einfach dass wir da auch mit zum Kunden gehen können“ (PTA, 41, Land).

Neben dieser Optimierung der Kommunikation in Beratungssituationen benennt das Apothekenpersonal auch die Möglichkeit, Verordnungen zukünftig digital zu übermitteln als vorteilhaft für Kund:innen, da diese zweifelsfreier und effizienter beliefert werden können (z. B. Apothekerin, 33, Stadt). Darüber hinaus erwarten die befragten Personen durch bspw. Papiereinsparungen ökologische Vorteile (z. B. Apothekerin, 27, Land).

Das Apothekenpersonal erwartet jedoch nicht nur Vorteile, sondern auch sowohl *wirtschaftliche* als auch *mitarbeiterbezogene* Nachteile sowie Nachteile im Zusammenhang mit der *Kommunikation*. Konkret wird von höheren Kosten und Schwierigkeiten beim *Datenschutz* ausgegangen. Außerdem wird befürchtet, dass die erhöhten Zeitaufwände bei der Einführung neuer IKT vorübergehend die Beratungsleistung und damit auch die *Versorgungsleistung* negativ beeinflussen könnten (z. B. Apotheker, 25, Land). Insbesondere die Versorgungsleistung und Datenschutzaspekte könnten sich nachteilig auf Kund:innen auswirken. Um dies auszugleichen, gehen die Befragten von einem erheblichen Mehraufwand für das Apothekenpersonal aus. Darüber hinaus erwarten die Befragten aufgrund von *mangelnden Fähigkeiten Unsicherheiten* (z. B. Apothekerin, 27, Land) im Umgang mit IKT bei älterem Apothekenpersonal und auch bei älteren Kund:innen. Gleiches gilt auch für fehlende technische

Ressourcen, da nicht alle Personen bspw. ein Smartphone besitzen (z. B. Apothekerin, 33, Stadt). Insgesamt wird davon ausgegangen, dass „viele Fragen kommen [werden] in der Anfangszeit definitiv“ (Apotheker, 25, Stadt).

Erleichternde Rahmenbedingungen

In Folge der Aufwandserwartungen wurden apothekeninterne und apothekenexterne Rahmenbedingungen identifiziert, die die Nutzung von IKT erleichtern würden. Apothekenintern können sich bspw. weitere *personelle Ressourcen* positiv auf die Nutzung auswirken (z. B. Apotheker, 25, Stadt). Es wird deutlich, dass das Personal eine Unterstützung durch Fachpersonal, *Schulungen* und mehr Platz benötigt, um IKT effektiv einsetzen zu können. Einige der Befragten fordern auch Schulungen im Bereich Datenschutz und Softwareanwendungen (Apothekerin, 27, Land; PTA, 25, Land). Schulungen zu neuen IKT sind eine Voraussetzung, damit bei der Handhabung mit der Technik keine Probleme auftreten (PTA, 46, Land). Es wird erwartet, dass die Apothekeninhabenden für die Schulungen verantwortlich sind und neuen Technologien offen gegenüberstehen (Apothekerin, 33, Stadt). Diejenigen, die technikaffin und technikinteressiert waren, äußern den Wunsch, aktiv an der Umsetzung von Technologien beteiligt zu werden (z. B. Apotheker, 25, Stadt).

Als apothekenexterne förderliche Rahmenbedingungen werden *infrastrukturelle, informatorische* und *anwendungsbezogene* Bedingungen genannt. Die befragten Apothekenmitarbeitenden fordern eine sichere und praktikable Infrastruktur (Apotheker, 25, Land). Ein wichtiger Faktor ist dabei der Patientenschutz, insbesondere in Bezug auf den Datenschutz. Darüber hinaus fordern die Befragten eine apothekenorientierte Kommunikation und eine bessere Übermittlung von Informationen seitens der Regierung. Eine zentralisierte Informationsquelle und berufsgruppenspezifische Information werden als förderlich betrachtet. Anwendungsbezogen werden eine einfache Bedienbarkeit und gute Anleitungen gefordert sowie die Möglichkeit, gesetzlich-verpflichtete IKT auszuprobieren, um einen reibungslosen Ablauf bei der Kundenversorgung zu gewährleisten.

„[Ich hatte es bereits gesagt,] dass mir das noch fehlt, dass man es nicht ausprobieren kann. Also wenn es dann kommt, dann würde ich, also dann würde es mir auf jeden Fall einfach machen, wenn ich nicht direkt vor vollendete Tatsachen gestellt werde und mit dem Kunden

am [Handverkaufstisch] das mache, sondern das vielleicht erstmal einmal ausprobieren kann und gucken kann, was man machen kann. Ja, das würde es mir auf jeden Fall leichter machen, weil man ist dann doch manchmal so ein bisschen unter Druck, wenn der Patient direkt vor einem steht“ (Apothekerin, 33, Stadt).

Über die Usability hinaus wird die Vernetzung zwischen Anwendungen als nutzungsförderlich bewertet (z. B. Apotheker, 25, Stadt; PTA, 46, Land; PTA, 41, Land). Über die Nutzung kaum miteinander vernetzter Anwendungen äußert sich ein Befragter wie folgt: „dann merkt man erstmal, wie kompliziert das eigentlich ist“ (PKA, 39, Stadt). Folglich scheinen userfreundliche, vernetzte Anwendungen, die Nutzung von IKT in Apotheken über alle Berufsgruppen hinweg zu fördern.

Soziale Einflussfaktoren

Alle Befragten geben an, sich zu IKT für Apotheken mit anderen auszutauschen. Der Austausch erfolgt sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld vor allem mit Personen, die auch in Apotheken oder in anderen Gesundheitsberufen tätig sind. Darüber hinaus geben die Befragten an, aktiv oder passiv am Austausch zur Digitalisierung im pharmazeutischen Versorgungskontext auf Sozialen Medien teilzunehmen. Als Inhalte werden sowohl Schwachstellen apothekenintern genutzter Anwendungen als auch IKT angeführt, die zeitnah in den Apotheken eingeführt werden sollen und folglich die Apothekenprozesse oder die Arbeitssituation in Apotheken verändern werden (z. B. Apotheker, 25, Land). Insbesondere den innovationsfreudigen, technikaffinen und technikinteressierten Befragten scheint der Austausch mit anderem Apothekenpersonal wichtig zu sein, um sich über aktuelle Innovationen zu informieren und ggf. Erfahrungen dazu auszutauschen (Apothekerin, 33, Stadt).

Kontextspezifische Einflussfaktoren

Über die in der UTAUT angelegten Determinanten hinaus kristallisierten sich in der Analyse weitere Faktoren heraus, die für die Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals entscheidend sind (FF2). So unterscheiden sich die verschiedenen *Berufsgruppen* beispielsweise hinsichtlich der wahrgenommenen Leistungs- und Aufwandserwartungen. Alle drei Berufsgruppen erwarten, dass sich IKT insgesamt positiv auf Kommunikationsprozesse auswirken. Apotheker:innen und PTA bezogen sich dabei

insbesondere auf Beratungsprozesse (z. B. Apotheker, 25, Land; PTA, 41, Land). PKA hingegen fokussieren den Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern im Rahmen von Backoffice-Prozessen (PKA, 41, Stadt). Schwierigkeiten werden von Apotheker:innen und PTA insbesondere in der patientenseitigen Anwendung von IKT erwartet, sowie in der Sicherstellung der Qualität der pharmazeutischen Beratung mittels IKT (Apothekerin, 33, Stadt; Apotheker, 25, Land; PTA, 25, Land).

In der UTAUT sind einige Merkmale der Nutzenden festgehalten, die Einfluss auf den Zusammenhang zwischen den Nutzungsdeterminanten und der Verhaltensintention nehmen (siehe Abbildung 1). Das Merkmal *Geschlecht* wurde aufgrund der Homogenität des Samples in der vorliegenden Studie nicht betrachtet. Bestätigt haben sich Unterschiede hinsichtlich Alter und Erfahrungen mit IKT. Freiwilligkeit der Nutzung hingegen ist für angestelltes Apothekenpersonal kaum gegeben. Für die Digitalisierung im pharmazeutischen Versorgungskontext scheinen stattdessen weitere Merkmale relevant, nämlich *infrastrukturelle Bedingungen* und das *Informationsverhalten* des Apothekenpersonals (siehe Abbildung 2). Insbesondere die Befragten aus dem ländlichen Raum erwarten, dass sich sowohl die *Kommunikation zu anderen Leistungserbringern* durch IKT verbessern, als auch die *Kundenbeziehung* positiv beeinflusst werden wird.

„Das Gleiche hat man natürlich auch bei den Ärzten. Also jetzt auf dem Dorf geht es. [...] Also das ist meistens sehr unkompliziert. Manchmal sind die Ärzte halt auch einfach im Notdienst unterwegs schon oder sind halt einfach nicht mehr in der Praxis und dann steht man halt irgendwie an einem Freitagnachmittag da, hat ein Rezept mit einem Problem und eigentlich würde man den Arzt erst wieder am Montagfrüh erreichen [...] und der Patient steht da und fragt sich halt auch so, warum das jetzt so problematisch ist. Und ich meine jetzt irgendwie eine Art Kurzchatfunktion [...] wäre halt auf jeden Fall ein Gewinn. Weil, ich meine, unsere Zeit ist halt auch begrenzt“ (Apotheker, 25, Land).

Eine effiziente, apothekenseitige Kommunikation mit Ärzt:innen scheint im ländlichen Raum aufgrund der infrastrukturellen Gegebenheiten unabdingbar, um Kund:innen optimal versorgen zu können. Diese Kommunikation gilt im ländlichen Raum als Serviceleistung, die Apotheken für Kund:innen im Rahmen der Arzneimittelversorgung erbringen. Die Kundenbindung hat dabei einen hohen Stellenwert,

während gleichzeitig die Abwanderung hin zu Versandapotheken befürchtet wird. Im städtischen Raum scheinen solche Dienstleistungen weniger im Fokus zu stehen.

„Ich hab dann halt schon zu den Leuten gesagt: ‚So das Rezept, stimmt das denn so? Da müssen Sie noch einmal zurück zum Arzt.‘ [...] Also wir können nicht zehn Telefonisten einstellen, die sich dann halt den ganzen Tag darum kümmern. Also wir sind kein Callcenter, sondern wir sind Gesundheitsdienstleister“ (Apotheker, 25, Stadt).

Weiterhin fällt auf, dass Personen, die sich aus Eigeninteresse über IKTs informieren, nicht nur Vorteile aktuell genutzter IKT sondern möglicher künftiger IKT in ihre Bewertung miteinbezogen. Personen, die vorwiegend durch Veränderungen im beruflichen Umfeld informiert werden und sich darüber hinaus nicht eigenständig mit dem Thema beschäftigen, sind hingegen sehr viel vorsichtiger und allgemeiner in ihren Aussagen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass ausschließlich Personen, die sich selbstständig informierten, Schulungsbedarf für das Apothekenpersonal erwarteten. Darüber hinaus können diese Personen konkreter benennen, was ihnen die IKT-Nutzung erleichtern würde und sie tauschen sich häufiger und spezifischer mit anderen zu diesem Thema aus.

Modifizierte UTAUT und wissenschaftliche Implikationen

Die Determinanten *Leistungserwartungen*, *Aufwands-erwartungen*, *soziale Einflüsse* und *erleichternde Rahmenbedingungen* scheinen auch bei Apothekenpersonal entscheidend für die Verhaltensintention zur Nutzung von IKT zu sein. Folglich bestätigt die vorliegende qualitative Untersuchung, dass die UTAUT zur Untersuchung der Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals geeignet ist. Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen wird für weitere Untersuchungen der Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals eine kontextspezifische Modifikation der UTAUT empfohlen (siehe Abbildung 2). Denn über die auf Basis des Forschungsstandes relevanten Aspekte *Alter*, *Geschlecht* und *Erfahrungen* hinaus wurden in der vorliegenden Untersuchung weitere Merkmale identifiziert, die die UTAUT nach Venkatesh et al. (2003) für die Digitalisierung im pharmazeutischen Versorgungskontext sinnvoll ergänzen.

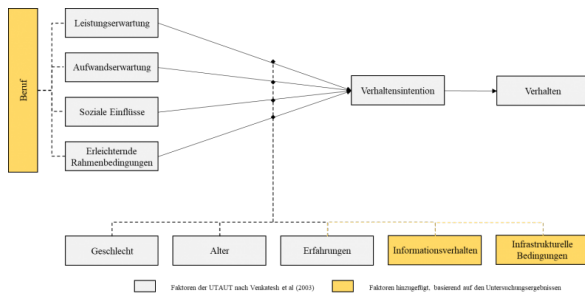


Abbildung 2. Modifizierte und erweiterte UTAUT für die kontextspezifische Technologieakzeptanz des angestellten Apothekenpersonals bezüglich Informations- und Kommunikationstechnologien in Apotheken.

Die vorliegende Untersuchung lässt den Schluss zu, dass die *Freiwilligkeit* der Nutzung bei angestelltem Apothekenpersonal keinen wesentlichen Einfluss zu haben scheint. Die Freiwilligkeit der Nutzung wird in der kontextspezifisch-modifizierten UTAUT folglich entfernt. Angestelltes Apothekenpersonal hat nur bedingt Einfluss auf die Implementierung von IKT. Verantwortlich hierfür scheinen zumeist Apothekeninhabende. Es kann folglich nicht ausgeschlossen werden, dass sich die *Freiwilligkeit* auf die Verhaltensintention von Apothekeninhabenden auswirkt. Ebendieser Aspekt sollte in zukünftiger Forschung näher untersucht werden. Die modifizierte UTAUT (Abbildung 2) eignet sich demnach vor allem für weitere Untersuchungen der Technologieakzeptanz von angestelltem Apothekenpersonal.

Als kontextspezifische Faktoren wurden berufsgruppenspezifische, infrastrukturelle und informationsverhaltensbedingte Unterschiede identifiziert. Da das befragte Apothekenpersonal der Nutzung von IKT positiv gegenüber eingestellt ist, können basierend auf den vorliegenden Daten aufgrund der Homogenität nur vorsichtig Rückschlüsse gezogen werden, inwieweit diese Merkmale die Verhaltensdeterminanten bzw. deren Zusammenhang mit der Verhaltensintention beeinflussen. Dies sollte in weiterführender Forschung näher betrachtet und überprüft werden. Hinzugefügt wird das Merkmal *Beruf*, da Apotheker:innen, PTA und PKA inhaltlich berufsgruppenspezifische Aussagen treffen. Aus den Daten der vorliegenden Untersuchung geht nicht hervor, dass die Berufsgruppe die Nutzungsintention direkt beeinflusst. In anderen Untersuchungen hingegen wird der Beruf als soziodemografischer Faktor aufgegriffen und beeinflusst in diesem Kontext die Nutzungsintention (Rogers, 2003). Da auch im Technology Acceptance Model (TAM) demografische Faktoren als externe Variablen Einfluss auf den wahrgenommenen Nutzen

nehmen (Davis, 1989), sollten weitere Untersuchungen den Faktor Beruf näher untersuchen. Basierend auf den vorliegenden Daten scheinen darüber hinaus *infrastrukturelle* Merkmale, wie die Stadt-Land-Zugehörigkeit oder die Apothekendichte, den Zusammenhang der Verhaltensdeterminanten und der Verhaltensintention zu beeinflussen.

Auffällig ist in der vorliegenden Untersuchung insbesondere, dass im ländlichen Raum und in Regionen mit einer überdurchschnittlichen Apothekendichte, die Kundenbindung von Relevanz zu sein scheint. Sollten bspw. die erwarteten Aufwände durch IKT in Bezug auf Kund:innen zu groß werden, werden IKT ggf. nicht langfristig adoptiert. Darüber hinaus wird auch das *Informationsverhalten* als Merkmal ergänzt. Denn das individuelle Informationsverhalten der befragten Personen spiegelte sich in der inhaltlichen Spezifität der Aussagen wider. Obgleich in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich Unterschiede in der Spezifität der Antworten identifiziert werden konnten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Informationsverhalten oder auch die Informiertheit den Zusammenhang der UTAUT-Determinanten mit der Technologieakzeptanz moderiert. So geht aus anderen Untersuchungen hervor, dass die Informationen über digitale Gesundheitsanwendungen die subjektive Wahrnehmung dieser beeinflusst, was sich auf die Nutzungsintention auswirkt (Klapf & Ammenwerth, 2012). Nachfolgende Studien sollten diesen Aspekt aufgreifen und näher untersuchen.

6 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass ausschließlich angestelltes Apothekenpersonal befragt wurde und keine Apothekeninhabende, welche als Entscheidungstragende bei der Einführung von IKT die finanziellen und mitarbeiterbezogenen Risiken tragen. Die vorliegende Untersuchung wurde mit zehn Personen aus drei Berufsgruppen durchgeführt, wobei die angestrebte Zusammensetzung des Samples hinsichtlich Stadt-Land-Zugehörigkeit nicht vollständig realisiert werden konnte.

Um die Vergleichbarkeit der Interviews zu gewährleisten, wurde visuelles Material eingesetzt. Die Mehrzahl der Interviewpartner:innen ging im Verlauf des Gesprächs vordergründig auf diese Beispiele ein. Folglich sind die gewonnenen Erkenntnisse nicht notwendigerweise auf die Technologieakzeptanz des Apothekenpersonals zu anderen IKT übertragbar.

Die Interviews wurden nicht Face-to-Face durchgeführt. Um medienvermittelt eine möglichst natürliche Gesprächssituation herzustellen, wurde auf Videotelefonie zurückgegriffen (Meß, 2015). Die videotelefonische Erhebungsmethode kann jedoch für Personen, die weniger technikaffin sind, eine Hürde gewesen sein, an der Befragung teilzunehmen.

Die in den Interviews aufgedeckten Muster und Zusammenhänge müssen in weiterführenden Studien auf ihre Kausalität hin überprüft werden.

7 Fazit und Ausblick

Das Apothekenpersonal ist IKT gegenüber offen und positiv eingestellt. Die Entscheidung über die Einführung neuer IKT obliegt zumeist den Apothekeninhabenden. Die Studie zeigt, dass diese Mitarbeitende stärker in die Implementierung einbeziehen und umfassend zu IKT schulen sollten. Bei der Entwicklung sollte das Apothekenpersonal frühzeitig eingebunden werden, um praxisrelevante Anwendungen hervorzuheben, die über eine hohe Usability verfügen. Dies umfasst u. a. auch die Vernetzung und Integration in bereits etablierte Systeme und Prozessabläufe. Politik und Hersteller sollten eine breitgefächerte berufsspezifische Kommunikationsstrategie verfolgen. Obgleich Gesundheitsdienstleistungen auch zukünftig nicht gänzlich digital erbracht werden können, bewertet das Apothekenpersonal IKT für die Existenzsicherung der Vor-Ort-Apotheke als notwendig, nicht zuletzt, weil sich Apotheken vor Ort durch freiwerdende Ressourcen über ein erweitertes Leistungsspektrum profilieren können. Anbieter von IKT sollten diese Potenziale zukünftig nutzen und durch entsprechende Angebote fördern.

Literatur

ABDA (Hrsg.). (2021a). *Die Apotheke 2021: Zahlen, Daten, Fakten*. https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF21/ABDA_ZDF_2021_Broschuere.pdf

ABDA (2021b, 4. September). Zahl der Apotheken sinkt auf 18.753. <https://www.abda.de/aktuelles-und-pressemitteilungen/detail/zahl-der-apotheken-sinkt-auf-18753/>

ABDA (Hrsg.). (2022). *Die Apotheke 2022: Zahlen, Daten, Fakten*.

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF22/ABDA_ZDF_2022_Broschuere.pdf

Behne, A., Fitte, C. & Teuteberg, F. (2019). *Apothekenstudie der Universität Osnabrück im Rahmen des Projektes Apotheke 2.0*. https://www.apotheke20.de/wp-content/uploads/2020/11/Apothekenstudie_2019.pdf

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319. <https://doi.org/10.2307/249008>

Dockweiler, C. (2016). Akzeptanz der Telemedizin. In F. Fischer & A. Krämer (Hrsg.), *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (1. Aufl., S. 257–271). Springer Vieweg.

Drescher, F. & Marsden, N. (2011). Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte im Feldtest. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 73(12), 835–842. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265193>

Enste, P., Merkel, S. & Hilbert, J. (2020). *Apotheken im demografischen Wandel: Eine Analyse zur Zukunft der Apotheken in Westfalen-Lippe*. Institut Arbeit und Technik. https://www.iat.eu/media/forschung_aktuell_2020-07_1.pdf

Fitte, C., Behne, A., Elsner, O. & Nerlinger, T. (2019). *Apotheke 2.0 - Stärkung des ländlichen Raums*. https://www.apotheke20.de/wp-content/uploads/2019/05/KOPO_Apotheke_2.0.pdf

Fitte, C. & Teuteberg, F. (2019). Ein Rezept für die Apotheke 2.0: Wie Informations- und Kommunikationstechnologie die intersektorale Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung stärken kann. *HDM Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 56(1), 223–240. <https://doi.org/10.1365/s40702-018-00485-3>

Garavand, A., Mohseni, M., Asadi, H., Etemadi, M., Moradi-Joo, M. & Moosavi, A. (2016). Factors influencing the adoption of health information technologies: a systematic review. *Electronic physician*, 8(8), 2713–2718. <https://doi.org/10.19082/2713>

Haase, T. (13. August 2021). Apotheken und die Pandemie. *Apotheken Umschau*.

<https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/infektionskrankheiten/coronavirus/apotheken-und-die-pandemie-797051.html>

Hennington, A. & Janz, B. D. (2007). Information systems and healthcare XVI: Physician adoption of electronic medical records: Applying the UTAUT model in a healthcare context. *Communications of the Association for Information Systems*, 19. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.01905>

Keuneke, S. (2017). Qualitatives Interview. In L. Mikos & C. Wegener (Hrsg.), *Qualitative Medienforschung: Ein Handbuch* (2. Aufl., S. 302–312). UVK.

Kijsanayotin, B., Pannarunothai, S. & Speedie, S. M. (2009). Factors influencing health information technology adoption in Thailand's community health centers: applying the UTAUT model. *International journal of medical informatics*, 78(6), 404–416. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.12.005>

Klapf, G. & Ammenwerth, E. (2012). *e-Health aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten: eine Studie zu Einflussgrößen auf das Nutzungsverhalten und die Akzeptanz von e-Health-Funktionen*. <https://www.yumpu.com/de/document/read/20675870/e-health-aus-der-sicht-von-niedergelassenen-arzten-institute-of->

Kostera, T. & Thranberend, T. (2018). *#SmartHealthSystems: Digitalisierung braucht effektive Strategie, politische Führung und eine koordinierende nationale Institution*. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_SHS_dt.pdf

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Beltz.

Lux, T., Breil, B., Dörries, M., Gensorowsky, D., Greiner, W., Pfeiffer, D., Rebitschek, F. G., Gigerenzer, G. & Wagner, G. G. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 687–703. <https://doi.org/10.1007/s10273-017-2200-8>

Mertes, A. & Liberatore, F. (2016). Herausforderungen der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte. In M. A. Pfannstiel, P. Da-Cruz & H. Mehlich (Hrsg.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I: Impulse für die Versorgung* (S. 121–132). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-12258-4_8

Meß, A. (2015). *Skype als geeignete Alternative in der qualitativen Sozialforschung? Datenerhebung mit Hilfe von Videotelefonie* [Masterarbeit]. Universität Kassel. <https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/2018031954779/MasterarbeitAnikaMess.pdf?#:~:text=Dass%20Skype%2DInterviews%20gro%C3%9Fes%20Potenzial.Verzer%2D%20Rungseffekte%20rechtzeitig%20erkannt%20werden.>

Prüfer, P. & Rexroth, M. (2000). *Zwei-Phasen-Pretesting*. Mannheim. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA); GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-200864>

Rogers, E.M. (2003) *Diffusion of innovations*. Free Press, New York.

Seel, R. & Rossmann, C. (2020). Akzeptanz und Adoption telemedizinischer Anwendungen in der ambulanten Versorgung: Eine qualitative Befragung von Fachärztinnen und –ärzten. In A. Kalch & A. Wagner (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation und Digitalisierung* (S. 17–32). Nomos.

vdek (Hrsg.). (2021). „Digitalisierung dient dem Patientenwohl“: Interview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Ratsvorsitzender SVR Gesundheit. Verband der Ersatzkassen. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2021-03/digitalisierung-dient-dem-patientenwohl-interview-ferdinand-gerlach.html>

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478.

Wills, M. J., El-Gayar, O. F. & Bennett, D. (2008). Examining healthcare professionals' acceptance of electronic medical records using UTAUT. *Issues In Information Systems*, 9(2), 396–401. https://doi.org/10.48009/2_iis_2008_396-401

Winter, S. (2020). *Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge* [Dissertation]. Technische Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern. <https://kluedo.ub.uni-kl.de/frontdoor/deliver/index/docId/5979/file/Dissertation+Stand+2020-05-11+Publikation.pdf>

<i>Verständniseinschub</i>	<p>Ich möchte mich in meiner Masterarbeit auf Informations- und Kommunikationstechnologien fokussieren.</p> <hr/> <p>Du hast vorhin schon einige IKT genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • ... • ... <p>? Warst Dir bewusst, dass es sich hierbei um IKT handelt?</p> <p>Damit wir ein einheitliches Verständnis von dieser Art von digitalen Anwendungen haben, interessiert mich zunächst,</p> <p>? Was Du dir persönlich darunter vorstellst?</p> <p>Ich möchte Du ein paar weitere Beispiele für Informations- und Kommunikationstechnologien nennen.</p> <hr/> <p><i>[Info-Slide zeigen]</i></p> <p>Das Beispiel, was du jetzt sehen solltest, enthält verschiedene IKT, bspw. einen Computer und die dazugehörigen Programme, die der Arzt bzw. die Apotheke benötigt, um die Nachricht zu versenden. Die App, die der Patient bzw. Kunde benötigt und die Information zu übermitteln. Und auch die entsprechende Infrastruktur, die benötigt wird, um die Nachrichten sicher weiterleiten zu können.</p> <p>IKT umfassen also alle digitalen Mittel, die Du zur Speicherung oder Verarbeitung, zum Versenden von Informationen bzw. zur digitalen Kommunikation nutzen kannst. Das können also bspw. sein ein USB-Stick, ein Computer, inkl. entsprechender Software, euer Warenwirtschaftssystem, aber auch der Heilberufsausweis bzw. die Telematikinfrastruktur zählen dazu. Ich bin mir bewusst, dass das nicht nur apothekenspezifische Beispiele sind.</p> <p>? Da Du Dich in Deinem Arbeitsumfeld jedoch viel besser auskennst als ich, würde ich Dich bitten, mir (weitere) Informations- und Kommunikationstechnologien nennen, die in Apotheken genutzt werden (können).</p>	<p>Damit wir ein einheitliches Verständnis von dieser Art von digitalen Anwendungen haben, interessiert mich zunächst,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was Du Dir persönlich darunter vorstellst? <p>Ich möchte Dir ein paar Beispiele für Informations- und Kommunikationstechnologien nennen.</p>
----------------------------	--	---

Anhang 1. Auszug aus dem Interviewleitfaden (DU-Form).

UTAUT Determinanten
Leistungserwartungen
Aufwandserwartungen
Soziale Einflüsse
Erleichternde Rahmenbedingungen
UTAUT Einflussfaktoren/Merkmale
Soziodemografika
Alter
Geschlecht
Erfahrung
Technikaffinität (allgemein)
Freiwilligkeit der Nutzung
Weitere Faktoren
Infrastrukturelle Gegebenheiten
Standort der Apotheke
Stadt
Land
Apothekendichte
unterdurchschnittlich
durchschnittlich
überdurchschnittlich
Affektive Variablen
Digitalisierung des Gesundheitswesens
IKT für Apotheken
Grad der Informiertheit
Verständnis
Individuelle Wahrnehmung
Erweiterung des Leistungsspektrums
Apotheke(n)
Berufsgruppe(n)

Anhang 2. Übersicht deduktiv gebildeter Kategorien.

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

LMU München, LMU München, Universität Erfurt, WWU Münster, Universität Bielefeld, Pädagogische
Hochschule Schwyz

Zusammenfassung

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 zu Hause zu bleiben. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wer für Ursachen und Lösungen der Pandemie als verantwortlich wahrgenommen wurde. Maßgeblich geprägt wird eine solche Verantwortungswahrnehmung durch deren Darstellung in der medialen Berichterstattung mittels Responsibility Frames. Entsprechend setzt sich der vorliegende Beitrag mit den Responsibility Frames in der Berichterstattung zu COVID-19 sowie der Verantwortungswahrnehmung seitens der Bevölkerung in der ersten Welle der Pandemie in Deutschland auseinander. Zu diesem Zweck wurden eine teilstandardisierte Inhaltsanalyse der Printberichterstattung sowie eine bevölkerungsrepräsentative Online-Panelbefragung im Zeitraum Januar bis Mai 2020 durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Medien insbesondere gesellschaftliche Verantwortung hervorhoben, während die Bevölkerung komplexere Verantwortungsattributionen aufwies. Insgesamt aber waren, anders als in der Berichterstattung, individuelle Verantwortungszuschreibungen in der Bevölkerung am stärksten ausgeprägt. Dies ist angesichts der Bedeutung der Verantwortungswahrnehmung für das individuelle Gesundheitsverhalten und die Bereitschaft, politische Maßnahmen zu unterstützen, ein zentraler Befund.

Keywords: Responsibility Framing, Verantwortungsattributionen, mediale Frames, Mixed Methods, COVID-19

Summary

At the beginning of the COVID-19 pandemic, most of the affected countries responded with measures that largely restricted public life. At the same time, politicians and other social actors repeatedly asked people to keep their distance and stay at home. Against this backdrop, the question arises as to who was perceived as responsible for causing and fixing the pandemic. Such a perception of responsibility is decisively shaped by its portrayal in media coverage. Accordingly, this article examines the responsibility frames in the reporting on COVID-19 and the perception of responsibility on the part of the population in the first wave of the pandemic in Germany (January to May 2020). For this purpose, a partially standardized content analysis of print coverage and a population-representative online panel survey were conducted. The results indicate that the media mostly emphasized societal responsibilities, while the population showed more complex attributions of responsibility. Overall, however, in contrast to the reporting, attributions of individual responsibility were strongest among the population. This is an important finding, given the importance of the perception of responsibility for individuals' health behavior and the willingness to support political measures.

Keywords: responsibility framing, responsibility attributions, media frames, mixed methods, covid-19

1 Einleitung

Am 31. Dezember 2019 wurden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals Fälle einer Atemwegserkrankung mit damals unbekannter Ursache in der Stadt Wuhan, China, gemeldet. Die sich in der Folge rasant entwickelnde COVID-19-Pandemie prägte in den Folgejahren maßgeblich das Weltgeschehen.

Zu Beginn der Pandemie reagierte der Großteil der betroffenen Länder mit Maßnahmen, die das öffentliche Leben erheblich einschränkten. Gleichzeitig baten Politiker:innen und andere gesellschaftliche Akteur:innen die Menschen, Abstand zu halten und nach Möglichkeit zu Hause zu bleiben (Koh et al., 2020) – auch in Deutschland (Kneuer & Wallaschek, 2022). Dem Individuum wurde somit eine große Rolle für die Bewältigung der Pandemie beigemessen. Gleichzeitig handelt es sich bei einer solchen Krisensituation um eine Herausforderung, die die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit betrifft und somit *nicht* individuell gelöst werden kann, sondern vielmehr ein Zusammenwirken von Individuen, Gruppen und gesellschaftlichen Institutionen erfordert (WHO, 2020). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wer für Ursachen und Lösungen der COVID-19-Pandemie *als verantwortlich wahrgenommen wurde* – nicht zuletzt auch deshalb, weil die Verantwortungswahrnehmung das individuelle Gesundheitsverhalten sowie die Bereitschaft, politische Maßnahmen zur Eindämmung von Gesundheitsrisiken zu unterstützen, beeinflussen kann (Sun et al., 2016). Maßgeblich geprägt wird die Verantwortungswahrnehmung dabei durch die Verantwortungsdarstellung in der medialen Berichterstattung mittels sogenannter *Responsibility Frames* (Major & Jankowski, 2020; Temmann et al., 2021).

2 Mediales Framing von Verantwortung in der COVID-19-Pandemie

Frames bezeichnen einerseits persönliche Deutungsmuster (*individuelle 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 bzw. Lösungsmöglichkeiten oder auch *-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*, der Ebene des *sozialen Netzwerks* und der Ebene der *Gesellschaft* unterschieden werden (Reifegerste et al., 2021; Sallis & Owen, 2015). Die mediale Darstellung von Gesundheitsthemen hebt zumeist *individuelle* Verantwortung hervor (Major & Jankowski, 2020; Temmann et al., 2022), so auch im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten wie *AIDS* (Hoffman-Goetz et al., 2005) oder *Schweinegrippe* (Basnyat & Lee, 2015).

Inhaltsanalysen der journalistischen Berichterstattung im Kontext der COVID-19-Pandemie gelangten jedoch 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 in Beiträgen zu den Lockdowns in China und Italien vornehmlich die Verantwortung gesellschaftlicher Akteur:innen, allerdings in Bezug auf *kausale Verantwortung* und politische Fehlentscheidungen (Zhang, 2021). Eine weitere Studie verdeutlicht, dass die Zuschreibung von Verantwortung in der medialen Auseinandersetzung mit COVID-19 eine zentrale Rolle einnahm, ohne jedoch zu spezifizieren, wem bzw. auf welcher Verantwortungsebene diese zugewiesen wurde (Mutua & Ong'ong'a, 2020).

Für die deutsche Berichterstattung hingegen fehlen bislang Erkenntnisse bezüglich des Responsibility Framings in der COVID-19-Pandemie. Offen ist zudem, ob sich dieses im Zeitverlauf der Pandemie gewandelt hat.

3 Gesundheitliche Verantwortungswahrnehmung der Bevölkerung

Im Hinblick auf die *Wahrnehmung* gesundheitlicher Verantwortung deutet die bisherige Forschung im Gesundheitsbereich darauf hin, dass auch hier im Allgemeinen *individuelle* kausale und lösungsbezogene Verantwortungszuschreibungen überwiegen (Major & Jankowski, 2020). Ein großer Teil der Erkenntnisse stammt jedoch aus Experimentalstudien, in denen die Wirkung von Responsibility Frames auf individuelle und gesellschaftliche Verantwortungszuschreibungen untersucht wird (z. B. Barry et al., 2013; Sun et al., 2016; Temmann et al., 2021). Befragungsstudien, die die Wahrnehmung gesundheitlicher Verantwortung bevölkerungsrepräsentativ beleuchten, sind hingegen

eher selten. Eine der wenigen Ausnahmen findet sich z. B. bei Freytag et al. (2022), welche die kognitiven (Responsibility) Frames zu Depressionen in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung untersucht haben. Auch hier nahm ein Teil der Befragten v. a. individuelle Verantwortung für die Entstehung und den Umgang mit der Erkrankung wahr.

Hinsichtlich der Verantwortungswahrnehmung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie liefert eine Studie von Nguyen et al. (2021) erste Hinweise: Im Rahmen ihrer quantitativen Befragung in Neuseeland erfassten die Autor:innen *offen*, wen die Teilnehmenden der Studie als verantwortlich für die Verbreitung des Corona-Virus ansahen. Die Ergebnisse offenbarten, dass insbesondere das Regierungshandeln und die Tourismusbranche – und somit die gesellschaftliche Verantwortungsebene – für die Verbreitung des Virus als verantwortlich erachtet wurden. Zudem wurde seitens der Teilnehmenden individuelle Verantwortung adressiert: Sie wiesen u. a. Personen, die sich nicht an die vorgegebenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hielten, Verantwortung zu. Darüber hinaus fanden sich auch diskriminierende Attributionen: So wurde asiatisch gelesenen Menschen (neben der der chinesischen Regierung), ein hohes Maß an kausaler Verantwortung für die COVID-19-Pandemie nachgesagt (Nguyen et al., 2021).

Für Deutschland ist hingegen unklar, inwieweit individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Verantwortung für die Entstehung (kausal) und den Umgang (lösungsbezogen) mit der COVID-19-Pandemie seitens der Bevölkerung zugeschrieben wurden. Offen ist außerdem, ob sich diese Verantwortungsattributionen im Zeitverlauf verändert haben.

4 Forschungsinteresse

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Rolle der medialen Berichterstattung als zentrale Informationsquelle zu Beginn der COVID-19-Pandemie (Dreisiebner et al., 2022), 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 Inhaltsanalysen im Kontext der COVID-19-Pandemie formulieren wir zunächst die

folgende Hypothese (Thomas et al., 2020; Zhang, 2021).

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

Aufgrund der uneindeutigen bzw. stark eingeschränkten Befundlage zur Verantwortungszuschreibung der Bevölkerung (Nguyen et al., 2021) formulieren wir die folgende offene Forschungsfrage.

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

Da bislang keine Erkenntnisse zur Entwicklung der Verantwortungsdarstellung in den Medien bzw. der Verantwortungswahrnehmung innerhalb der Bevölkerung vorliegen, schließt sich die folgende Forschungsfrage an:

FF2: Verändern sich a) Verantwortungsdarstellung und b) Verantwortungswahrnehmung im Verlauf der 1. Welle der COVID-19-Pandemie?

5 Methode

Um die aufgestellte Hypothese zu prüfen bzw. die Forschungsfragen zu beantworten, wählten wir ein mehrmethodisches Vorgehen, bestehend aus einer teilstandardisierten Inhaltsanalyse und einer bevölkerungsrepräsentativen Panelbefragung.

Teilstudie 1: Inhaltsanalyse

Zur Überprüfung von H1 und Beantwortung von FF2 führten wir eine teilstandardisierte Inhaltsanalyse der Berichterstattung der drei überregionalen Tageszeitungen *BILD*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung (F.A.Z.)* und *Süddeutsche Zeitung (SZ)* durch. Die Wahl fiel aus verschiedenen Gründen auf diese Medien: F.A.Z. und SZ gelten gemeinhin als Leitmedien, welche den Journalist:innen in Deutschland als Orientierungspunkt für ihre eigene Berichterstattung dienen (Beck, 2018; Blöbaum, 2011). Die *BILD* wiederum stellt die auflagenstärkste Tageszeitung aus dem Segment der Boulevardmedien dar (Beck, 2018). Folglich kann das Framing in diesen Medien als Indikator für generelle Tendenzen in der deutschen Printberichterstattung zu COVID-19 herangezogen werden (Schäfer, 2018; Scheufele, 2003). Darüber hinaus prägen Leitmedien

gesellschaftliche Debatten in Deutschland und somit die etablierte Themen- und Frame-Kultur (Schenk & Mangold, 2011).

Die Recherche der Beiträge erfolgte über eine Volltextsuche in den Datenbanken des Fachinformationsdienstes adlr.link unter dem Suchbegriff *Corona*. Die Suche beschränkte sich dabei auf redaktionelle, deutschsprachige Beiträge. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich über die 1. Welle der COVID-19-Pandemie, vom 27.01.2020 (erste dokumentierte Infektion in Deutschland) bis zum 31.05.2020 (vorläufiger Tiefpunkt der COVID-19-Berichterstattung). Um die Stichprobe weiter einzugrenzen, erfolgte ein mehrstufiger Selektionsprozess (Rössler, 2017). So wurden künstliche Wochen gezogen und in der Folge 18 Berichterstattungstage in die Untersuchung aufgenommen. Voraussetzung für die Aufnahme eines Beitrags in die Analyse war die Auseinandersetzung mit der COVID-19-Pandemie als zentrales Thema (z. B. Gollust & Lantz, 2009). Aufgrund von forschungsökonomischen Restriktionen erfolgte eine abschließende weitere systematische Zufallsauswahl anhand eines festgelegten Schlüssels („jeder 4. Beitrag“). Die finale Stichprobe umfasste $N = 472$ Beiträge.

Erfasst wurden neben den formalen Kategorien vornehmlich die *Responsibility Frames*. Im Vorfeld der Codierung zeigte sich jedoch, dass die Printberichterstattung in Deutschland kaum *kausale Verantwortung* für die COVID-19-Pandemie adressierte. Daher wurde hier auf die standardisierte Codierung verzichtet. Stattdessen wurden die genannten Ursachen für den Ausbruch der Pandemie offen codiert und im Rahmen der Auswertung zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst sowie den drei Verantwortungsebenen (Individuum, soziales Netzwerk, Gesellschaft) zugeordnet. Anders verhielt es sich für die *lösungsbezogene Verantwortung*: Lösungsmöglichkeiten bzw. Lösungshindernisse wurden standardisiert erfasst (siehe Tabelle 1 im Anhang). Für jeden dieser Lösungsframes wurde zunächst codiert, ob dieser in einem Beitrag auftrat. War dies der Fall, so wurde im Anschluss ebenfalls die jeweilige Verantwortungsebene festgehalten. So wurde z. B. der Lösungsframe *Social Distancing/ Kontaktreduzierung* als Frame auf individueller Ebene codiert, wenn ein Beitrag individuelles Verhalten hervorhob. Wurden in diesem Kontext hingegen die offiziellen Regelungen thematisiert, so wurde dies als Zuschreibung gesellschaftlicher Verantwortung

interpretiert. Auf diese Weise wurden alle Frames codiert, die in einem Beitrag vorkamen (Gollust & Lantz, 2009). Die Codierung erfolgte durch zwei geschulte Masterstudierende, die Intercoder-Reliabilität lag zwischen 0.81 und 1.0 (Krippendorff, 2011).

Teilstudie 2: Online-Panelbefragung

Um FF1 und FF2 nachzugehen, wurde eine zweiwellige Online-Panelbefragung durchgeführt (Zeitpunkt t1: 23.-31.03.2020, $N = 1.378$; Zeitpunkt t2: 15.-21.04.2020, $N = 1.065$). Die Teilnehmenden wurden über den Online-Access-Panel-Anbieter Respondi (inzwischen Bilendi & respondi) rekrutiert. Der erste Lockdown trat am 22. März in Kraft, am 15. April beschlossen Bundesländer und Bundesregierung, die Kontaktbeschränkungen bis zum 3. Mai 2020 zu verlängern (Bundesgesundheitsministerium, 2020). Somit lagen beide Befragungswellen innerhalb des insgesamt sechswöchigen ersten Lockdowns in Deutschland und innerhalb des Zeitraums der untersuchten Medienberichterstattung. Die Teilnehmenden wurden nach Alter (t1: $M = 47.6$ Jahre, $SD = 15.4$; t2: $M = 49.0$ Jahre, $SD = 15.25$), Geschlecht (t1: 51.2 Prozent weiblich, 48.8 Prozent männlich; t2: 51.0 Prozent weiblich, 49.0 Prozent männlich) und Bildung (t1: 33.4 Prozent niedrig, 33.2 Prozent mittel, 33.4 Prozent hoch; t2: 29.2 Prozent niedrig, 38.9 Prozent mittel, 31.9 Prozent hoch) repräsentativ für die deutsche Bevölkerung quotiert.

Die Attribution von Verantwortung wurde in Bezug auf verschiedenen Akteur:innen auf der Ebene des Individuums, des sozialen Netzwerks und der Gesellschaft mit einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst. Konkret sollten die Befragten jeweils angeben, inwiefern sie glaubten, dass die verschiedenen Akteur:innen für die Entstehung bzw. den Umgang mit der COVID-19-Pandemie verantwortlich sind (1 = *gar nicht*, 5 = *sehr*). Die Entwicklung der Skalen orientierte sich an den in diesem Zeitraum aktuellen Diskursen hinsichtlich kausaler und lösungsbezogener Verantwortung in der COVID-19-Pandemie, zur Überprüfung ihrer Reliabilität wurde Cronbachs Alpha (α) berechnet. Individuelle Verantwortungszuschreibungen wurden mit jeweils einem Item abgefragt (*Jeder oder Jede Einzelne*). Die Verantwortungsattributionen auf der Ebene des sozialen Netzwerks ($\alpha_{\text{Ursachen}} = .860$, $\alpha_{\text{Lösungen}} = .880$) umfassten drei Items: *das private Umfeld*, *Arbeitskolleg:innen* und *Arbeitgeber:innen*. Gesellschaftliche Verantwortungszuschrei-

bungen (alphaUrsachen = .881, alphaLösungen = .869) beinhalteten insgesamt fünf Items: *Ärzt:innen oder anderes medizinisches Fachpersonal* (diese Akteur:innen wurden in der vorliegenden Studie der Ebene der Gesellschaft zugeordnet, da der vorherrschende mediale Diskurs zu Beginn der Pandemie v. a. ihre Rolle als Berufsgruppe und zentrale Akteur:innen im Pandemieverlauf, weniger ihre Funktion gegenüber eigenen Patient:innen als Mitglieder des formellen sozialen Netzwerks thematisierte), *Gesundheitsinstitutionen, regionale Stellen* (wie z. B. Gesundheitsämter und Kommunen), *Politiker:innen* und *globale Wirtschaftsunternehmen*. Eine Übersicht über die verschiedenen Items sowie Mittelwerte und Standardabweichungen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten findet sich in Tabelle 2 im Anhang.

6 Ergebnisse

Verantwortungsdarstellung in der medialen Berichterstattung (H1)

Zunächst einmal zeigte sich, dass die Berichterstattung eher selten kausale Verantwortung für die COVID-19-Pandemie adressierte: Nur $n = 44$ Beiträge (9.3 Prozent der Gesamtstichprobe) führten Ursachen der Pandemie an. Zu den am häufigsten thematisierten einzelnen Ursachen zählten *individuelles Fehlverhalten* ($n = 12$ Beiträge, 2.5 Prozent der Gesamtstichprobe) und *der Ausbruch der Pandemie bzw. die Entwicklung in China* ($n = 11$, 2.3 Prozent). Wenn auch insgesamt selten, so wurde die kausale Verantwortung doch zumeist auf der Ebene der Gesellschaft ($n = 26$, 5.7 Prozent) hervorgehoben; lediglich $n = 12$ (2.5 Prozent) bzw. 8 Beiträge (1.7 Prozent) schreiben individuelle oder netzwerkbezogene Verantwortung zu.

Im Gegensatz dazu spielte die Frage, wer für die Lösung der COVID-19-Pandemie als verantwortlich angesehen wurde, in der Berichterstattung eine zentrale Rolle: Insgesamt $n = 360$ und somit ein Großteil (76.3 Prozent) aller Beiträge in der Stichprobe thematisierten lösungsbezogene Verantwortung. Zu den am häufigsten aufgeführten Lösungsmöglichkeiten zählten dabei *Schließungen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens* ($n = 221$ Beiträge, 46.8 Prozent der Gesamtstichprobe) sowie *Social Distancing und Kontaktreduzierung* ($n = 135$, 28.5 Prozent). Lösungshindernisse wurden in der Berichterstattung hingegen deutlich seltener diskutiert. Die meistgenannten Lösungshindernisse waren die *Nicht-Einhaltung von Social Distancing/ Kontaktreduzierung* ($n = 45$, 9.5

Prozent) sowie *Öffnungen/ Nicht-Beachtung der Einschränkungen* ($n = 39$, 8.3 Prozent).

Hypothese H1 konnte somit angenommen werden.

Verantwortungswahrnehmung in der Bevölkerung (FF1)

Wenn auch die Verantwortungsattributionen auf allen drei Verantwortungsebenen sehr hoch ausgeprägt waren, schrieb die Bevölkerung die kausale und lösungsbezogene Verantwortung für die COVID-19-Pandemie vornehmlich dem Individuum zu (siehe Tabelle 2 im Anhang) und wich damit von der Berichterstattung ab. So war aus Sicht der Bevölkerung v. a. jede:r Einzelne dafür verantwortlich, dass sich das Virus ausbreitete (kausale Verantwortung). Für die Eindämmung der Pandemie sah die Bevölkerung ebenfalls primär jede:n Einzelne:n in der Verantwortung (lösungsbezogene Verantwortung). Dabei war die Zuschreibung lösungsbezogener Verantwortung, verglichen mit der Attribution kausaler Verantwortung, insgesamt stärker ausgeprägt. Dies entsprach der geringeren Thematisierung von Ursachen in der Berichterstattung.

Entwicklung der Verantwortungsdarstellung und -wahrnehmung im Zeitverlauf (FF2)

Die Betrachtung der *Verantwortungsdarstellung* im Zeitverlauf verdeutlichte noch einmal, dass die Ursachen der COVID-19-Pandemie – anders als Lösungen und Lösungshindernisse – weder zu Beginn der ersten Welle der Pandemie, noch in deren späterem Verlauf, in der Berichterstattung eine große Rolle einnahmen. Die Berechnung erfolgte mittels verschiedener Chi-Quadrat-Tests. Verglichen wurden die Beiträge der Berichterstattung von Januar bis Ende März mit jenen aus der Berichterstattung von April bis Ende Mai. Auch die Bedeutung, die den drei Verantwortungsebenen in der medialen Darstellung der COVID-19-Pandemie zukam, veränderte sich nicht: Die Ebene der Gesellschaft blieb die am häufigsten adressierte Verantwortungsebene.

Hinsichtlich der Entwicklung der *Verantwortungswahrnehmung* in der Bevölkerung (siehe Tabelle 2 im Anhang) zeigte sich ein signifikanter Rückgang individueller ($t(1,001) = 2.70$, $p = .007$) und netzwerkspezifischer ($t(1,001) = 2.52$, $p = .012$) kausaler Verantwortungsattributionen von März 2020 (t1) zu April 2020 (t2). Die Attribution von kausaler Verantwortung zu gesellschaftlichen Akteur:innen hingegen nahm im Zeitverlauf leicht zu, diese

Entwicklung war aber nicht signifikant. Dennoch blieben die individuellen kausalen Verantwortungsattributionen am stärksten ausgeprägt. Mit Blick auf die Zuschreibung lösungsbezogener Verantwortung zeigte sich im Zeitverlauf ein signifikanter Rückgang auf allen drei Verantwortungsebenen, wobei auch hier weiterhin der Fokus auf individueller Verantwortung lag (Individuum: $t(1,011) = 2.96, p = .003$; soziales Netzwerk: $t(1,013) = 2.18, p = .029$; Gesellschaft: $t(1,021) = 2.10, p = .036$).

7 Diskussion und Ausblick

Ziel des vorliegenden Beitrags war es, die *Verantwortungsdarstellung* und *Verantwortungswahrnehmung* während der 1. Welle der Pandemie zu ergründen. Hierfür wurden zum einen die mediale Berichterstattung und zum anderen die Verantwortungsattributionen in der Bevölkerung betrachtet.

Dabei wurde zunächst einmal deutlich, dass die journalistische Auseinandersetzung mit COVID-19, in Übereinstimmung mit bisherigen Studien zum Responsibility Framing in der Pandemie (Thomas et al., 2020; Zhang, 2021), vornehmlich *gesellschaftliche Verantwortung* herausstellte. Zudem zeigte sich, dass mögliche Ursachen der COVID-19-Pandemie – anders als Lösungen und Lösungshindernisse – in der Berichterstattung während der ersten Welle kaum eine Rolle spielten. Dies ist wenig überraschend: Während die zunehmenden und sich stetig verändernden politischen Maßnahmen immer wieder einen neuen Anlass boten, um über die Pandemie zu berichten und lösungsbezogene Verantwortung abzubilden, traten hinsichtlich der Ursachen des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie in diesem Zeitraum kaum neue Erkenntnisse zu Tage.

Die mediale Darstellung wich insgesamt durchaus von der *Verantwortungswahrnehmung* ab, denn innerhalb der Bevölkerung überwogen *individuelle* kausale und lösungsbezogene Attributionen. Jedoch waren sowohl kausale als auch lösungsbezogene Verantwortungsattributionen auf allen drei Ebenen stark ausgeprägt. Dies spricht für eine komplexe Verantwortungswahrnehmung im Pandemiekontext, wie sie auch Ngyuen et al. (2021) in Neuseeland beobachteten. Diese komplexen Attributionsmuster in der Bevölkerung sind möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass verschiedene gesellschaftliche Akteur*innen und Institutionen gerade zu Beginn der Pandemie wiederholt betonten, dass jede:r Einzelne einen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie leisten

kann und sollte. Zudem riefen sich Nutzer*innen sozialer Medien immer wieder gegenseitig dazu auf, zu Hause zu bleiben und auf diesem Weg die weitere Verbreitung des Virus zu verlangsamen (Xue et al., 2020). Nicht zuletzt kann die starke Betonung gesellschaftlicher Verantwortung in den Medien dazu beigetragen haben, dass die gesellschaftlichen Akteur:innen ebenfalls in hohem Maße in der Pflicht gesehen wurden. Der Rückgang individueller und netzwerkspezifischer kausaler Attributionen sowie der lösungsbezogenen Verantwortungsattributionen auf allen drei Ebenen von März 2020 zu April 2020 deutet allerdings darauf hin, dass diese ausgeprägte Verantwortungszuschreibung zu verschiedensten Akteur:innen über den Zeitverlauf der Pandemie nicht aufrechterhalten wurde.

Die vorliegende Studie unterliegt naturgemäß verschiedenen Limitationen. So betrachtet die Inhaltsanalyse nur einen kleinen Teil der umfassenden Berichterstattung zu COVID-19 über einen begrenzten Zeitraum. Zukünftige Studien sollten sich insbesondere auch mit dem Responsibility Framing der Pandemie in alternativen Medien auseinandersetzen (z. B. Rooke, 2021). Unklar bleibt weiterhin, inwiefern sich die mediale Verantwortungsdarstellung im Verlauf weiterer Wellen der Pandemie, auch vor dem Hintergrund zunehmender Kritik an den Maßnahmen, verändert haben könnte. Dies gilt es zukünftig ebenfalls zu beleuchten. Weitere Forschung in diesem Bereich könnte sich zudem der Frage widmen, ob, und falls ja, wie sich die Verantwortungswahrnehmung der Bevölkerung mit zunehmender Informationsvermeidung, der einsetzenden Pandemiemüdigkeit sowie den andauernden Einschränkungen des gesellschaftlichen und sozialen Lebens verschoben hat. Abschließend ist es uns aufgrund des gewählten Designs nicht möglich, Aussagen zu konkreten Medienwirkungen zu treffen. Hier bieten sich Experimentalstudien an.

Nichtsdestotrotz liefert die vorliegende Untersuchung einen wichtigen ersten Einblick in die *Verantwortungsdarstellung* und *-wahrnehmung* während einer gesundheitlichen Ausnahmesituation. Dass Ursachen und Lösungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie seitens der Bevölkerung als etwas erachtet wurden, 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 (allein) die

mediale Berichterstattung die Verantwortungszuschreibung der Bevölkerung nicht in allen Kontexten zu determinieren scheint.

Literatur

Barry, C. L., Brescoll, V. L. & Gollust, S. E. (2013). Framing childhood obesity: how individualizing the problem affects public support for prevention. *Political Psychology*, 34(3), 327–349.

Basnyat, I. & Lee, S. T. (2015). Framing of influenza A (H1N1) pandemic in a Singaporean newspaper. *Health Promotion International*, 30(4), 942–953. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau028>

Beck, K. (2018). *Das Mediensystem Deutschlands: Strukturen, Märkte, Regulierung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11779-5>

Blöbaum, B. (2011). Wandel von Qualitätsmedien. In R. Blum, H. Bonfadelli, K. Imhof & O. Jarren (Hrsg.), *Krise der Leuchttürme öffentlicher Kommunikation: Vergangenheit und Zukunft der Qualitätsmedien* (S. 49–63). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Brüggemann, M. (2014). Between frame setting and frame sending: how journalists contribute to news frames. *Communication Theory*, 24(1), 61–82. <https://doi.org/10.1111/comt.12027>

Bundesgesundheitsministerium. (2020). *Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2): Chronik bisheriger Maßnahmen und Ereignisse*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>

Dreisiebner, S., März, S. & Mandl, T. (2022). Information behavior during the COVID-19 crisis in German-speaking countries. *Journal of Documentation*, 78(7), 160–175. <https://doi.org/10.1108/JD-12-2020-0217>

Freytag, A., Baumann, E., Angermeyer, M. C. & Schomerus, G. (2022). *Selbst schuld und gefährlich noch dazu: Kognitive Frames zum Krankheitsbild Depression und deren Bedeutung für das individuelle Kommunikationsinteresse*. 7. Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation, Bielefeld.

Gollust, S. E. & Lantz, P. M. (2009). Communicating population health: print news media coverage of type 2

diabetes. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1091–1098. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.009>

Hoffman-Goetz, L., Friedman, D. B. & Clarke, J. N. (2005). HIV/AIDS risk factors as portrayed in mass media targeting first nations, Métis, and Inuit peoples of Canada. *Journal of Health Communication*, 10(2), 145–162. <https://doi.org/10.1080/10810730590915119>

Iyengar, S. (1990). Framing responsibility for political issues: the case of poverty. *Political Behavior*, 12(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/BF00992330>

Kneuer, M. & Wallaschek, S. (2022). Framing COVID-19: public leadership and crisis communication by chancellor Angela Merkel during the pandemic in 2020. *German Politics*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/09644008.2022.2028140>

Koh, P. K.-K., Chan, L. L. & Tan, E.-K. (2020). Messaging fatigue and desensitisation to information during pandemic. *Archives of medical research*, 51(7), 716–717. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.06.014>

Krippendorff, K. (2011). *Computing Krippendorff's Alpha-Reliability*. University of Pennsylvania. https://repository.upenn.edu/asc_papers/43/

Major, L. H. & Jankowski, S. M. (2020). *Health News and Responsibility: How Frames Create Blame*. Peter Lang.

Mutua, S. N. & Ong'ong'a, D. O. (2020). Online news media framing of COVID-19 pandemic: probing the initial phases of the disease outbreak in international media. *European Journal of Interactive Multimedia and Education*, 1(2). <https://doi.org/10.30935/ejimed/8402>

Nguyen, T., Croucher, S. M., Diers-Lawson, A. & Maydell, E. (2021). Who's to blame for the spread of COVID-19 in New Zealand? Applying attribution theory to understand public stigma. *Communication Research and Practice*, 7(4), 379–396. <https://doi.org/10.1080/22041451.2021.1958635>

Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J. & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke: Verantwortungszuschreibung im sozialen Netzwerk als neuer Bereich in der Framingforschung zu Gesundheitsthemen. *Publizistik*, 66(1), 255–276.

Rooke, M. (2021). Alternative media framing of

- COVID-19 risks. *Current Sociology*, 69(4), 584–602. <https://doi.org/10.1177/00113921211006115>
- Rössler, P. (2017). *Inhaltsanalyse*. UKV Verlagsgesellschaft mbH.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (2015). Ecological Models of Health Behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5. Aufl., S. 43–64). Jossey-Bass.
- Schäfer, M. (2018). *Medienhype ‚Hirndoping‘? Die Rolle der Journalisten in der gesellschaftlichen Debatte um Neuroenhancement*. Nomos.
- Schenk, M. & Mangold, F. (2011). Entscheider, Meinungsführer und Qualitätsmedien – Die Bedeutung der Qualitätspresse für Entscheidungsträger in Wirtschaft und Gesellschaft. In R. Blum, H. Bonfadelli, K. Imhof & O. Jarren (Hrsg.), *Krise der Leuchttürme öffentlicher Kommunikation: Vergangenheit und Zukunft der Qualitätsmedien* (S. 239–254). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheufele, B. (2003). *Frames - Framing - Framing-Effekte: Theoretische und methodische Grundlegung des Framing-Ansatzes sowie empirische Befunde zur Nachrichtenproduktion*. Westdt. Verl.
- Semetko, H. A. & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European politics: a content analysis of press and television news. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>
- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M. & Weaver, J. (2016). Framing obesity: how news frames shape attributions and behavioral responses. *Journal of Health Communication*, 21(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2021). Verantwortungszuweisung als Wirkung von Responsibility Frames: Eine Experimentalstudie unter Berücksichtigung der sozialen Netzwerkebene. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation* (S. 108–120). Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V.
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2022). A systematic review of responsibility frames and their effects in the health context. *Journal of Health Communication*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
- Thomas, T., Wilson, A., Tonkin, E., Miller, E. R. & Ward, P. R. (2020). How the media places responsibility for the COVID-19 pandemic: an Australian media analysis. *Frontiers in Public Health*, 483(8). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00483>
- Weltgesundheitsorganisation (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19* <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Xue, J., Chen, J., Hu, R., Chen, C., Zheng, C., Su, Y. & Zhu, T. (2020). Twitter discussions and emotions about the COVID-19 pandemic: machine learning approach. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11). <https://www.jmir.org/2020/11/e20550/>
- Zhang, R. (2021). How media politicize COVID-19 lockdowns: a case study comparing frame use in the coverage of Wuhan and Italy lockdowns by the New York Times. *Media Asia*, 48(2), 89–107. <https://doi.org/10.1080/01296612.2021.1884518>

Tabelle 1. Kategorien zur Erfassung der Verantwortungszuschreibung in der COVID-19-Berichterstattung

Lösungsmöglichkeiten	Lösungsbezogene Verantwortung		Reliabilität
	Reliabilität	Lösungshindernisse	
Hygieneregeln z. B. Hust-Nies-Etikette, regelmäßiges Händewaschen, häufigere Desinfektion von Händen etc., Hygienekonzepte etc.	$r_a = .91$	<i>Nicht-Beachtung der Hygieneregeln</i> z. B. Missachtung der Maskenpflicht/ AHA-Regel, fehlende Hust-Nies-Etikette, fehlende Hygienekonzepte etc.	$r_a = 1.0$
Schließungen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens z. B. Schließung öffentlicher Bildungseinrichtungen, Verbot (Groß-)Veranstaltungen, Ausgangssperren etc.	$r_a = .84$	<i>Öffnungen/ Nicht-Beachtung der Einschränkungen</i> z. B. Missachtung des Verbots von (Groß-) Veranstaltungen, Unklarheit über geltende Einschränkungen etc.	$r_a = 1.0$
Social Distancing und Kontaktreduzierung z. B. Kontaktbeschränkungen, Besuchsregeln für Pflegeheime, Home-Office-Lösungen, E-Learning-Angebote etc.	$r_a = .92$	<i>Nicht-Einhaltung von Social Distancing/ Kontaktreduzierung</i> z. B. „Coronapartys“, Treffen im großen Personenkreis, Verweigerung von Home-Office-Lösungen, etc.	$r_a = .94$
Medizinische Versorgung/ medizinische Maßnahmen z. B. Isolation, (stationäre/ medikamentöse) Behandlung	$r_a = .91$	<i>Mangelhafte medizinische Versorgung</i> z. B. fehlende Isolation, fehlende Medikation	$r_a = .81$
Impfung/ Impfstoffentwicklung z. B. Impfung bzw. Impfstoffentwicklung	$r_a = 1.0$	<i>Probleme bei der Impfstoffentwicklung/ Impfgegner*innen</i> z. B. Impfgegner*innen, Probleme bei der Entwicklung	$r_a = 1.0$
Fallfindung und Tracing z. B. Durchführung von Corona-Tests, Tracing-Apps, Angabe von Kontaktdaten, Rückverfolgung von Kontakten, Quarantäne	$r_a = .88$	<i>Mangelhaftes Tracing, fehlende oder falsche Angaben</i> z. B. Angabe falscher und unvollständiger Kontaktdaten, fehlende Test-Kits, Skepsis gegenüber Tracing-Apps	$r_a = 1.0$
Gesundheitswesen z. B. Ausbau intensivmedizinischer Versorgung, Verschiebung planbarer Eingriffe, Beschaffung von Schutzausrüstungen	$r_a = 1.0$	<i>Probleme im/ um das Gesundheitswesen</i> z. B. Probleme bei der Beschaffung von Schutzausrüstung/ Sicherung der Versorgung, fehlendes/ überarbeitetes Personal	$r_a = .90$
Wissen/ Forschungserkenntnisse z. B. Wissen/ Forschungsergebnisse über die COVID-19 Erkrankung, SARS-CoV-2-Erreger, Behandlung und Prävention, Information der Bevölkerung	$r_a = 1.0$	<i>Fehlendes Wissen/ Fake-News/ Falschinformationen</i> z. B. Forschungs- oder Wissenslücken, Falschinformationen und Fake-News, unzureichende Information der Bevölkerung bzw. einzelner Personengruppen	$r_a = 1.0$
Solidarität und Zusammenhalt z. B. Solidarität und Zusammenhalt von Ländern, Personengruppen und Einzelpersonen, Nachbarschaftshilfe, Facebook-Gruppen, Entstigmatisierung	$r_a = 1.0$	<i>Mangel an Solidarität und Zusammenhalt</i> z. B. fehlender Zusammenhalt/ Solidarität, Stigmatisierung/ Diskriminierung von Erkrankten, fehlende Einsicht	$r_a = 1.0$

Tabelle 2. Operationalisierung der Verantwortungsattributionen und Mittelwertvergleich der beiden Messzeitpunkte in der Bevölkerung

Kausale Verantwortung							
Wenn Sie nun daran denken, wie Krankheiten verursacht oder behandelt werden: Was glauben Sie, wer oder was dafür verantwortlich ist, dass sich das Coronavirus ausbreitet? Wie sehr tragen die folgenden Akteur:innen eine Mitverantwortung für die Ausbreitung des Coronavirus?							
Verantwortungsebene	Items	M_{t1}	SD_{t1}	M_{t2}	SD_{t2}	t	p
Individuum	Jede:r Einzelne	4.42	0.93	4.32	0.97	2.70	.007
Soziales Netzwerk	Das private Umfeld	3.86	1.25	3.77	1.25	2.08	.038
	Arbeitskolleg:innen	3.87	1.18	3.77	1.20	2.24	.025
	Arbeitgeber:innen	3.64	1.29	3.59	1.27	1.29	.197
	<i>Index Ursachen soziales Netzwerk</i>	3.79	1.09	3.69	1.11	2.52	.012
Gesellschaft	Ärzt:innen oder anderes medizinisches Fachpersonal	3.39	1.44	3.49	1.38	-1.91	.057
	Gesundheitsinstitutionen	3.65	1.29	3.69	1.29	-0.91	.363
	Regionale Stellen, z. B. Gesundheitsämter, Städte	3.63	1.27	3.69	1.23	-1.36	.175
	Politiker:innen	3.74	1.22	3.76	1.22	-0.47	.638
	Globale Wirtschaftsunternehmen	3.90	1.15	4.02	1.16	-2.74	.006
<i>Index Ursachen Gesellschaft</i>	3.65	1.04	3.67	1.04	-0.44	.658	
Lösungsbezogene Verantwortung							
Und was glauben Sie: Wie sehr tragen die folgenden Akteur*innen eine Mitverantwortung für die Eindämmung des Coronavirus?							
Verantwortungsebene	Items	M_{t1}	SD_{t1}	M_{t2}	SD_{t2}	t	p
Individuum	Jede:r Einzelne	4.63	.076	4.54	0.80	2.96	.003
Soziales Netzwerk	Das private Umfeld	4.45	0.90	4.37	0.90	2.38	.017
	Arbeitskolleg:innen	4.27	0.98	4.20	1.01	2.02	.044
	Arbeitgeber:innen	4.20	1.01	4.15	1.03	1.14	.153
	<i>Index Lösungen soziales Netzwerk</i>	4.30	0.85	4.24	0.88	2.18	.029
Gesellschaft	Ärzt:innen oder anderes medizinisches Fachpersonal	4.54	0.82	4.45	0.88	2.87	.004
	Gesundheitsinstitutionen	4.52	0.81	4.44	0.86	2.57	.010
	Regionale Stellen, z. B. Gesundheitsämter, Städte	4.47	0.83	4.38	0.87	2.58	.010
	Politiker:innen	4.34	0.93	4.35	0.95	-0.60	.953
	Globale Wirtschaftsunternehmen	4.03	1.16	4.00	1.15	0.84	.404
	<i>Index Lösungen Gesellschaft</i>	4.38	0.72	4.33	0.77	2.10	.036

Anmerkung. Die Entwicklung der Skalen orientierte sich an den in diesem Zeitraum aktuellen Diskursen hinsichtlich kausaler und lösungsbezogener Verantwortung in der COVID-19-Pandemie. Zur Überprüfung der Reliabilität der Skalen wurde Cronbachs Alpha (α) berechnet. Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr“. Zur Berechnung der Indizes wurden die verschiedenen Items auf der Ebene des sozialen Netzwerks sowie der Ebene der Gesellschaft (jeweils für kausale und lösungsbezogene Verantwortung) zusammengefasst.

Nature, Nurture. Journalistische Responsibility Frames im Kontext von Depressionen

Annemarie Wiedicke

Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung

Wie oder wem Menschen Verantwortung für die Entstehung von bzw. den Umgang mit Erkrankungen zuweisen, wird entscheidend durch die mediale Darstellung von Verantwortung mittels Responsibility Frames beeinflusst. Diese wiederum stehen in Zusammenhang mit den Vorstellungen der Journalist:innen hinsichtlich gesundheitlicher Verantwortung – den journalistischen Responsibility Frames. Neuere Studien zum Responsibility Framing von Gesundheitsthemen unterscheiden dabei mindestens drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung: Individuum, soziales Netzwerk und Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Beitrag der Frage, inwiefern Journalist:innen individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Verantwortung für die Entstehung von und den Umgang mit Depressionen zuschreiben. Zur Beantwortung dieser Frage wurden 12 leitfadengestützte Interviews mit Journalist:innen, welche für den deutschsprachigen Raum regelmäßig über Gesundheitsthemen berichten, geführt. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass Journalist:innen – in Übereinstimmung mit der medizinischen Evidenz – sowohl die Entstehung als auch den Umgang mit Depressionen auf allen drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung verorten. Zum anderen wird deutlich, dass journalistische Responsibility Frames zu Depressionen stark durch den Hintergrund der Journalist:innen und insbesondere ihre Erfahrungen mit der Krankheit geprägt sind.

Keywords: Journalistische Frames, Responsibility Frames, Frame Building, Depressionen

Summary

Attributions of responsibility are heavily influenced by the portrayal of responsibility in media coverage which in turn is related to journalists' ideas about causal and treatment responsibilities in health, i.e., their journalist responsibility frames. Notably, current research on the responsibility framing of health issues differentiates between (at least) three levels of responsibility—the individual, its social network, and society at large. Against this backdrop, this paper addresses journalist responsibility frames with regards to depression. To answer this research interest, 12 qualitative interviews were conducted with journalists who regularly report on health topics in German-speaking countries. On the one hand, the results indicate that journalists attribute both causal and treatment responsibilities in depression to all three levels of responsibility. On the other hand, it becomes clear that journalist responsibility frames regarding depression are strongly influenced by journalists' background, especially their experiences with the illness as well as their training.

Keywords: journalist frames, responsibility frames, frame building, depression

1 Einleitung

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 *einseitig* als selbstverschuldet angesehen, kann sich dies negativ auf die Wahrnehmung der Erkrankung auswirken (Heley et al., 2020). Zudem können solche individuellen Verantwortungsattributionen zu einer verminderten Bereitschaft führen, Betroffene sozial zu unterstützen (Y. Sun et al., 2016) und die (Selbst-)Stigmatisierung Erkrankter verstärken (Vyncke & van Gorp, 2018). Wie oder wem Menschen Verantwortung für die Entstehung von bzw. den Umgang mit Erkrankungen zuweisen, wird dabei entscheidend durch die mediale Darstellung von Verantwortung mittels *Responsibility Frames* beeinflusst (Major & Jankowski, 2020; Temmann et al., 2021).

Während jedoch die *Responsibility Frames* in der journalistischen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen bereits verschiedentlich erforscht wurden (Temmann et al., 2022), wurde die Perspektive der Journalist:innen auf gesundheitliche Verantwortung seitens der Framing-Forschung bislang weitestgehend vernachlässigt (Guenther et al., 2020). Vor dem Hintergrund der Rolle, die journalistischen Frames für die Entstehung medialer Frames mitunter zukommt (Brüggemann, 2014; Scheufele, 2003), adressiert der vorliegende Beitrag daher *journalistische Responsibility Frames*, um diese Forschungslücke zu füllen. 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).

2 Responsibility Frames im Gesundheitsjournalismus

Frames im Allgemeinen 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). Mediale Frames werden dabei, neben anderen Faktoren (Shoemaker & Reese, 2014), in hohem Maße durch journalistische Frames geprägt (Engelmann &

Lübke, 2023). *Responsibility Frames* im Besonderen legen eine bestimmte Interpretation kausaler bzw. lösungsbezogener gesundheitlicher Verantwortung nahe, indem sie spezifische Ursachen und Risikofaktoren bzw. Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (oder entsprechende Hindernisse) herausstellen (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).

Mediale Responsibility Frames

Trotz der Komplexität gesundheitlicher Determinanten hebt die mediale Berichterstattung zu Gesundheitsthemen vornehmlich die *individuelle* Verantwortung hervor (Temmann et al., 2022). Besonders im Fokus der Berichterstattung stehen dabei zumeist individuelle Verhaltensweisen (z. B. Bewegung, Umgang mit Stress, Einnahme von Medikamenten), wie u. a. für *Adipositas und Mehrgewicht* (z. B. S. Sun et al., 2021) und *Diabetes mellitus* (z. B. Gounder & Ameer, 2018) deutlich wurde. In Hinblick auf die mediale Auseinandersetzung mit Depressionen ist der Forschungsstand allerdings weniger eindeutig: Einer Inhaltsanalyse von Zhang et al. (2014) zufolge, verortet die chinesische Printberichterstattung die Verantwortung für den Umgang mit Depressionen – nicht jedoch für deren Entstehung – primär auf gesellschaftlicher Ebene. US-amerikanische Medien hingegen stellen v. a. *individuelle* kausale und lösungsbezogene Verantwortung heraus (Zhang et al., 2016). Ergebnisse einer Studie von Wiedicke et al. (2022) wiederum weisen darauf hin, dass die deutsche Depressionsberichterstattung neben individueller Verantwortung auch netzwerkspezifische Ursachen sowie gesellschaftliche Lösungen bzw. Lösungshindernisse in hohem Maße betont.

Journalistische Responsibility Frames

Im Gegensatz zu den medialen Frames (Darstellungsmuster in der Berichterstattung) wurde den journalistischen Frames (persönliche kognitive Deutungsmuster der Journalist:innen) in der bisherigen Framing-Forschung – ungeachtet ihrer Bedeutung für den Framing-Prozess – deutlich weniger Aufmerksamkeit zuteil (Engelmann & Lübke, 2023). Dies gilt auch für

die journalistischen Responsibility Frames, also die persönlichen Vorstellungen von Journalist:innen hinsichtlich kausaler und lösungsbezogener Verantwortung (Guenther et al., 2020). Allerdings gibt es vereinzelt Hinweise darauf, wie Journalist:innen selbst gesundheitliche Verantwortung zuschreiben. So legen sowohl qualitative Interviews mit kanadischen und neuseeländischen als auch eine quantitative Befragung unter US-amerikanischen Gesundheitsjournalist:innen nahe, dass diese überwiegend individuelle gesundheitliche Verantwortung zuschreiben, obgleich sie sich der sozialen Determinanten von Gesundheit durchaus bewusst sind (Gasher et al., 2007; Hinnant et al., 2012; Hodgetts et al., 2007). Zu einer abweichenden Beobachtung gelangten Hinnant et al. (2017): Die im Rahmen der Studie geführten Interviews deuten darauf hin, dass Journalist:innen in diesem bestimmten Kontext (hier: Native American Health) gesundheitliche Verantwortung vornehmlich auf der Ebene der Gesellschaft adressieren.

Die journalistischen Responsibility Frames in Bezug auf Gesundheit scheinen somit u. a. durch den kulturellen Kontext, in welchem sie entstehen, geprägt zu sein. McCauley et al. (2013) gehen außerdem davon aus, dass die krankheitsspezifischen Vorstellungen von Journalist:innen maßgeblich mit ihrem Hintergrund, also z. B. ihren eigenen Erfahrungen mit einer bestimmten Krankheit, zusammenhängen. Diesbezüglich liegen jedoch noch keine empirischen Erkenntnisse vor, ebenso wenig wie hinsichtlich der journalistischen Responsibility Frames zu Depressionen. Bevor ich auf dieser Basis das konkrete Forschungsinteresse dieses Beitrags ableite, möchte ich zunächst differenzierter auf die kausale und lösungsbezogene Verantwortung im Kontext von Depressionen eingehen.

3 Ursachen, Prävention und Behandlung von Depressionen

Depressionen werden durch ein komplexes Zusammenspiel sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren verursacht. Auf der (1) *Ebene des Individuums* kann neben einer genetischen Prädisposition (Shadrina et al., 2018) und bestimmten neurobiologischen Determinanten auch die physische Gesundheit dazu beitragen, dass Menschen an Depressionen erkranken (Harvard Health Publishing, 2009). Zudem können bestimmte Verhaltensweisen die Entwicklung einer depressiven Episode fördern (Hu et al., 2020). Auf der (2) *Ebene des sozialen Netzwerks* wiederum geht u. a. ein Mangel an wahrgenommener sozialer Unterstützung mit einer höheren Wahr-

scheinlichkeit einher, eine Depression zu entwickeln; gleiches gilt für negative Erfahrungen innerhalb des sozialen Netzwerks (Santini et al., 2015). Darüber hinaus können auf der (3) *Ebene der Gesellschaft* ebenfalls Ursachen für Depressionen ausgemacht werden. So spielen sozioökonomische Faktoren (Jeon et al., 2017) ebenso wie die gesellschaftliche und ökonomische Umwelt eine Rolle für die Entstehung von Depressionen (Ridley et al., 2020). Die kausale Verantwortung für Depressionen kann folglich auf allen drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung verortet werden.

Auch mit Blick auf die vielfältigen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Depressionen zeigt sich die Komplexität der Erkrankung. Auf der (1) *Ebene des Individuums* werden insbesondere die Behandlung mit Antidepressiva und Gesprächstherapie empfohlen (Messer & Hermann, 2018). Weiterhin gilt Bewegung als geeignetes Mittel, um Depressionen vorzubeugen und außerdem als hilfreich, um (ergänzend zu medikamentöser und therapeutischer Behandlung) die Symptome während einer depressiven Phase zu verringern (Schuch & Stubbs, 2019). Auf der (2) *Ebene des sozialen Netzwerks* wiederum spielt die soziale Unterstützung für die Prävention von Depressionen eine entscheidende Rolle (Santini et al., 2015). Aber auch die Behandlung von Depressionen kann von sozialer Unterstützung profitieren und die Symptome der Patient:innen vermindern (Goodman et al., 2019), wohingegen fehlende oder auch falsche soziale Unterstützung die Situation der Betroffenen mitunter verschlimmert (Santini et al., 2015). Auf der (3) *Ebene der Gesellschaft* kann insbesondere die Verbesserung der politischen und ökonomischen Gesamtsituation (z. B. durch den Abbau sozialer Ungleichheiten) dazu beitragen, dass weniger Menschen an Depressionen erkranken (Alegría et al., 2018). Wichtig ist zudem der Ausbau des Versorgungsangebotes. Durch den eingeschränkten Zugang zu Gesprächs- und Verhaltenstherapie existiert ein Behandlungshindernis, welches die frühzeitige und erfolgreiche Behandlung von Depressionen erschwert (Nübel et al., 2019). Insgesamt kann somit auch die lösungsbezogene Verantwortung für Depressionen auf allen drei Verantwortungsebenen verortet werden.

4 Forschungsinteresse und Untersuchungsanlage

Während die medialen Responsibility Frames in der Depressionsberichterstattung bereits in mehreren Studien adressiert wurden (Wiedicke et al., 2022; Zhang et al., 2014; Zhang et al., 2016), wurden die journa-

listischen Responsibility Frames im Kontext von Depressionen noch nicht untersucht. Davon ausgehend, dass neben individuellen auch netzwerkspezifische und gesellschaftliche Determinanten die Entstehung von und den Umgang mit Depressionen entscheidend beeinflussen können, lautet meine erste Forschungsfrage:

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

Obgleich McCauley et al. (2013) vermuten, dass krankheitsspezifische Vorstellungen von Journalist:innen maßgeblich durch ihren Hintergrund geprägt werden, liegen diesbezüglich noch keine empirischen Erkenntnisse vor. Vor diesem Hintergrund lautet meine zweite Forschungsfrage:

FF2: Inwiefern zeigen sich, in Abhängigkeit vom Hintergrund der Journalist:innen, Unterschiede in ihrer Verantwortungszuschreibung?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden zwölf leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Journalist:innen geführt, die für den deutschsprachigen Raum regelmäßig über psychische Gesundheit berichten. Der Leitfaden enthielt u. a. Fragen zu den persönlichen Vorstellungen der Journalist:innen bezüglich der Ursachen, Prävention und Behandlung von Depressionen sowie zu persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung. Letztere beziehen sich sowohl auf eigene Krankheitserfahrungen als auch Erfahrungen mit Betroffenen im nahen sozialen Umfeld der Journalist:innen. Ergänzend wurden mittels eines schriftlichen Fragebogens u. a. die Dauer der Tätigkeit als Journalist:in und die Ausbildung erfasst. Die Teilnehmenden waren zwischen 26 und 63 Jahren alt, überwiegend weiblich und die Mehrheit von ihnen wies einen persönlichen Bezug zu Depressionen, also eigene Krankheitserfahrungen bzw. Erfahrungen aus dem nahen sozialen Umfeld, auf. Weitere Informationen zu den Teilnehmenden finden sich in Tabelle 1. Bei allen gewählten Namen handelt es sich um Pseudonyme. Die Interviews dauerten durchschnittlich 50 Minuten. Die Auswertung erfolgte mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018), gestützt durch MAXQDA2020. Insgesamt unterscheidet Kuckartz (2018, S. 100) sieben Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, an welchen ich mich bei der Auswertung der erhobenen Daten orientiert habe: (1) initiiierende Textarbeit, (2) deduktive Entwicklung der thematischen Hauptkategorien (indi-

viduelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Zuschreibungen kausaler und lösungsbezogener Verantwortung), (3) Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien, (4) Zusammenstellen aller mit den gleichen Hauptkategorien codierten Textstellen, (5) induktive Entwicklung der Subkategorien anhand des Materials, (6) Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem und schließlich (7) Analyse und Darstellung der Ergebnisse.

5 Ergebnisse

Kausale und lösungsbezogene Responsibility Frames (FF1)

Mit Blick auf die Zuschreibung kausaler Verantwortung wird zunächst einmal offenbar, dass einige der interviewten Journalist:innen die Ursachen von Depressionen als noch nicht abschließend erforscht erachten. Dennoch nimmt die Mehrheit Depressionen als multifaktoriell begründete und komplexe Erkrankung wahr.

Auf der (1) *Ebene des Individuums* wird insbesondere die *genetische Prädisposition* der Betroffenen als wichtig erachtet. Einige der Teilnehmenden verwiesen zudem auf *spezifische Persönlichkeitsmerkmale*, die aus ihrer Sicht Depressionen begünstigen können. Darüber hinaus werden *belastende Ereignisse und Entwicklungen* (z. B. psychische und physische Vorerkrankungen, Traumata) als Risikofaktor bzw. Ursache von Depressionen angesehen. Weiterhin wird die Erkrankung in einem Teil der Interviews auf *biologische bzw. medizinische Ursachen* (z. B. Serotoninmangel) zurückgeführt, wohingegen *verhaltensspezifische Faktoren* (z. B. Stress, Schlafmangel) nur in Einzelfällen als bedeutsam für die Entstehung von Depressionen betrachtet werden. Die Mehrheit der interviewten Journalist:innen schreibt außerdem auf der (2) *Ebene des sozialen Netzwerks* kausale Verantwortung für Depressionen zu. So werden Depressionen in mehreren Interviews mit *Stressoren bzw. Konflikte innerhalb des sozialen Netzwerks* (z. B. familiäre Konflikte, berufliche Belastung) begründet. Zwei der Journalist:innen führen Depressionen darüber hinaus auch auf *einschneidende Erlebnisse innerhalb des Netzwerks* (z. B. Verlust von dem/der Lebenspartner:in) zurück. Nicht zuletzt wird der (3) *Ebene der Gesellschaft* eine hohe Bedeutung für die Entwicklung von Depressionen beigemessen. Insbesondere *Sozioökonomie und sozialer Status* werden in mehreren Interviews als bedeutsame Risikofaktoren für beide

Erkrankungen herausgestellt. Auch die *politische und geographische Umwelt* wird von einigen der interviewten Journalist:innen als Determinante von Depressionen verstanden.

Hinsichtlich der Prävention und Behandlung von Depressionen betrachten die interviewten Journalist:innen ebenfalls alle drei Ebenen als verantwortlich. Dabei werden Depressionen, ungeachtet aller in den Interviews diskutierten Maßnahmen, von einem Teil der Journalist:innen als eher schwer zu behandelnde Erkrankung wahrgenommen.

Nichtsdestotrotz schreibt die Mehrheit der Journalist:innen lösungsbezogene Verantwortung auf der (1) *Ebene des Individuums* zu. Dabei messen sie insbesondere der *Psychotherapie* (oder ähnlichen Therapieformen) eine große Bedeutung sowohl für die Behandlung, als auch zur Prävention von Depressionen bei. Außerdem führen sie das *Gesundheitsverhalten* (z. B. Bewegung) und die *medikamentöse Behandlung* mit Antidepressiva als wichtige Behandlungsmöglichkeit an. Vereinzelt betrachten die Journalist:innen zudem die *Nutzung technischer Hilfsmittel oder auch Apps* als hilfreich im Umgang mit der Erkrankung. Als Behandlungshindernis werden v. a. der *persönliche Umgang* Betroffener mit ihrer Erkrankung bzw. die *Selbststigmatisierung* angesehen. Hinsichtlich der Wahrnehmung der Rolle der (2) *Ebene des sozialen Netzwerks* zeichnen sich Ambivalenzen innerhalb der Stichprobe ab: Einerseits wird die *soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerks* als entscheidend für einen erfolgreichen Umgang mit der Erkrankung erachtet, andererseits betonen mehrere Journalist:innen, dass gerade fehlgeleitete soziale Unterstützung mitunter mehr Schaden als Nutzen anrichten kann, wie das folgende Zitat von Franziska verdeutlicht:

Wahrscheinlich können Familie und soziales Umfeld nicht wahnsinnig viel dazu tun, zu helfen, aber sie können sehr viel dazu tun, es zu verschlimmern (...) durch Nicht-Akzeptanz, durch Herunterspielen, durch ‚na mach doch Yoga‘, durch ‚du musst die Dinge doch positiv sehen‘ (...)

Schließlich adressieren die interviewten Journalist:innen lösungsbezogene Verantwortung auch auf der (3) *Ebene der Gesellschaft*. Eine besondere Bedeutung wird dabei der *weitreichenden Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsinformation* beigemessen. Die *medizinische Versorgungsstruktur* in Deutschland hingegen wird ambivalent betrachtet. So wird mehrfach ein

Mangel an Therapieplätzen kritisiert. Dies steht gegensätzlich zu mehreren Interviews, in welchen das Gesundheitssystem in Deutschland als positiv hervorgehoben wurde – in einem der Interviews hieß es sogar, die Fokussierung auf einen (angeblichen) Mangel an Therapieplätzen würde ein falsches Bild von der tatsächlichen Versorgungssituation in Deutschland zeichnen. Darüber hinaus schreiben mehrere der Journalist:innen der zunehmenden *Entstigmatisierung* von Depressionen in der Gesellschaft eine wichtige Rolle für deren Prävention und Behandlung zu. Vereinzelt werden außerdem der *medizinische Fortschritt* und die *politische Bekämpfung struktureller Probleme* (z. B. soziale Ungleichheit, Arbeitslosigkeit) als langfristige Maßnahmen benannt. Eine der interviewten Personen stellte schließlich auch *Lobbyismus* als Lösungshindernis heraus: So würde der Psychoanalyse eine zu große Rolle für die Behandlung von Depressionen beigemessen, obwohl sie, verglichen mit der Verhaltenstherapie, teurer und weniger wirksam sei.

Hintergrund der Journalist:innen und Verantwortungszuschreibung (FF2)

Im Verlauf der Interviews zeigte sich verschiedentlich, dass die Art und Weise, in der Journalist:innen *kausale* (nicht aber lösungsbezogene) Verantwortung für Depressionen zuschreiben, stark mit ihren persönlichen Erfahrungen verknüpft ist: Während ein Großteil der Befragten verschiedenen gesellschaftlichen Einflussfaktoren, darunter Sozioökonomie und sozialer Ungleichheit, eine hohe Bedeutung für die Entstehung von Depressionen beimisst, äußerte sich Christiane diesbezüglich wie folgt:

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.

Auffällig ist außerdem, dass die Ausbildung der Journalist:innen die Zuschreibung kausaler Verantwortung zu prägen scheint. 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, wie dem Vorsitzenden der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Dieser betont in seiner öffentlichen Kommunikation v. a. die Gene als zentralen Risikofaktor. Dass ein Teil der Journalist:innen dieses Framing übernimmt, wird teils kritisch gesehen, denn Hegerl ist in seiner Rolle als Experte nicht unumstritten.

6 Diskussion und Ausblick

Die dargelegten Ergebnisse verdeutlichen, dass die interviewten Journalist:innen *mehrheitlich* und in *Übereinstimmung mit der medizinischen Evidenz* sehr differenziert auf die Entstehung, Prävention und Behandlung von Depressionen blicken – schließlich schreiben sie sowohl kausale als auch lösungsbezogene Verantwortung *auf allen drei Ebenen gesundheitlicher Verantwortung* zu. Folglich knüpft die vorliegende Studie durchaus an den empirischen Forschungsstand an: So bestätigt sich, dass die journalistische Auseinandersetzung mit depressionsbezogener Verantwortung im deutschsprachigen Raum (Wiedicke et al., 2022), verglichen z. B. mit dem US-amerikanischen Kontext (Hinnant et al., 2012; Zhang et al., 2016) oder auch anderen Gesundheitsthemen (z. B. Gounder & Ameer, 2018; S. Sun et al., 2021), deutlich nuancierter ausfällt. Dies verdeutlicht einmal mehr, dass Frames – und zwar nicht nur mediale, sondern auch journalistische – als *themen- und kontextspezifisch* verstanden werden sollten (Brüggemann, 2014). Zukünftige Forschung sollte daher journalistischen Responsibility Frames zu weiteren Erkrankungen nachgehen. Außerdem bieten sich Vergleiche verschiedener themenspezifischer journalistischer Frames zwischen verschiedenen Ländern an.

Die vorliegende Arbeit bekräftigt zudem, dass journalistische (Responsibility) Frames durch den Hintergrund der Journalist:innen, insbesondere ihre persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung und ihre Ausbildung, geprägt sind (McCauley et al., 2013). Weitere Studien sollten sich der Frage widmen, inwieweit mögliche weitere Faktoren (Shoemaker & Reese, 2014), das (Responsibility) Framing in der medialen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen beeinflussen.

Die hier dargestellte Studie liegt naturgemäß verschiedenen Limitationen (z. B. kleines Sample, Fokus

auf Journalist:innen, die für Print- bzw. Onlinemedien berichten). Dennoch liefert sie wichtige Erkenntnisse hinsichtlich eines seitens der Framing-Forschung deutlich vernachlässigten Themenbereichs – den journalistischen (Responsibility) Frames.

Literatur

- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Brüggemann, M. (2014). Between Frame Setting and Frame Sending: How Journalists Contribute to News Frames. *Communication Theory*, 24(1), 61–82. <https://doi.org/10.1111/comt.12027>
- Engelmann, I. & Lübke, S. (2023). Journalismus und Framing. In M. Löffelholz & L. Rothenberger (Hrsg.), *Handbuch Journalismustheorien* (S. 1–12). Springer.
- Gasher, M., Hayes, M., Hackett, R., Gutstein, D., Ross, I. & Dunn, J. (2007). Spreading the News: Social Determinants of Health Reportage in Canadian Daily Newspapers. *Canadian Journal of Communication*, 32(3), 1–10.
- Goodman, R. J., Samek, D. R., Wilson, S., Iacono, W. G. & McGue, M. (2019). Close Relationships and Depression: A Developmental Cascade Approach. *Development and Psychopathology*, 31(4), 1451–1465. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001037>
- Gounder, F. & Ameer, R. (2018). Defining Diabetes and Assigning Responsibility: How Print Media Frame Diabetes in New Zealand. *Journal of Applied Communication Research*, 46(1), 93–112. <https://doi.org/10.1080/00909882.2017.1409907>
- Guenther, L., Gaertner, M. & Zeitz, J. (2020). Framing as a Concept for Health Communication: A Systematic Review. *Health Communication*, 1–9.
- Harvard Health Publishing (Hrsg.). (2009). *What causes depression? Onset of depression more complex than a brain chemical imbalance*. Harvard Medical School. <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>

- Heley, K., Kennedy-Hendricks, A., Niederdeppe, J. & Barry, C. L. (2020). Reducing Health-Related Stigma Through Narrative Messages. *Health Communication*, 35(7), 849–860. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1598614>
- Hinnant, A., Len-Ríos, M. E. & Oh, H. J. (2012). Are Health Journalists' Practices Tied to their Perceptions of Audience? An Attribution and Expectancy-Value Approach. *Health Communication*, 27(3), 234–243. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.578331>
- Hinnant, A., Subramanian, R., Ashley, R. R., Perreault, M., Young, R. & Thomas, R. J. (2017). How Journalists Characterize Health Inequalities and Redefine Solutions for Native American Audiences. *Health Communication*, 34(4), 1–9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405482>
- Hodgetts, D., Chamberlain, K., Scammell, M., Karapu, R. & Waimarie Nikora, L. (2007). Constructing Health News: Possibilities for a Civic-Oriented Journalism. *Health*, 12(1), 43–66. <https://doi.org/10.1177/1363459307083697>
- Hu, M. X., Turner, D., General, E., Bos, D., Ikram, M. K., Ikram, M. A., Cuijpers, P. & Penninx, B. W. J. H. (2020). Exercise Interventions for the Prevention of Depression: A Systematic Review of Meta-Analyses. *BMC Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09323-y>
- Iyengar, S. (1990). Framing Responsibility for Political Issues: The Case of Poverty. *Political Behavior*, 12(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/BF00992330>
- Jeon, G.-S., Choi, K. & Cho, S.-I. (2017). Impact of Living Alone on Depressive Symptoms in Older Korean Widows. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph14101191>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa. http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm?book_id/2513416
- Major, L. H. & Jankowski, S. M. (2020). *Health News and Responsibility: How Frames Create Blame*. Peter Lang.
- McCauley, M. P., Blake, K. D., Meissner, H. I. & Viswanath, K. (2013). The Social Group Influences of US Health Journalists and Their Impact on the Newsmaking Process. *Health Education Research*, 28(2), 339–351. <https://doi.org/10.1093/her/cys086>
- Messer, T. & Hermann, M. J. (2018). Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression. *CME*, 15(11), 9–21. <https://doi.org/10.1007/s11298-018-6513-8>
- Nübel, J., Müllender, S., Hapke, U. & Jacobi, F. (2019). Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1177–1186. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0681-y>
- Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J. & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke. Verantwortungszuschreibungen auf der Ebene sozialer Beziehungen als neuer Bereich der Framing-Forschung zu Gesundheitsthemen. *Publizistik*, 66, 255–276. <https://doi.org/10.1007/s11616-021-00652-5>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. & Patel, V. (2020). Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms. *Science*, 370, 1–48. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C. & Haro, J. M. (2015). The Association between Social Relationships and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Scheufele, B. (2003). *Frames - Framing - Framing-Effekte: Theoretische und methodische Grundlegung des Framing-Ansatzes sowie empirische Befunde zur Nachrichtenproduktion*. Westdt. Verl.
- Schuch, F. B. & Stubbs, B. (2019). The Role of Exercise in Preventing and Treating Depression. *Current sports medicine reports*, 18(8), 299–304. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000620>
- Semetko, H. A. & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European Politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>

- Shadrina, M., Bondarenko, E. A. & Slominsky, P. A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00334>
- Shoemaker, P. J. & Reese, S. D. (2014). *Mediating the Message in the 21st Century: A Media Sociology Perspective* (3. edition). Routledge Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203930434>
- Sun, S., He, J., Shen, B., Fan, X., Chen, Y. & Yang, X. (2021). Obesity as a „Self-Regulated Epidemic“: Coverage of Obesity in Chinese Newspapers. *Eating and Weight Disorders*, 26(2), 569–584. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00886-8>
- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M. & Weaver, J. (2016). Framing Obesity: How News Frames Shape Attributions and Behavioral Responses. *Journal of Health Communication*, 21(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2021). Verantwortungsattribution als Wirkung von Responsibility Frames: Eine Experimentalstudie unter Berücksichtigung der sozialen Netzwerkebene. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGPK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation* (S. 108–120).
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2022). A Systematic Review of Responsibility Frames and Their Effects in the Health Context. *Journal of Health Communication*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
- Traina, G., Martinussen, P. E. & Feiring, E. (2019). Being Healthy, Being Sick, Being Responsible: Attitudes towards Responsibility for Health in a Public Healthcare System. *Public Health Ethics*, 12(2), 145–157. <https://doi.org/10.1093/phe/phz009>
- Vyncke, B. & van Gorp, B. (2018). An Experimental Examination of the Effectiveness of Framing Strategies to Reduce Mental Health Stigma. *Journal of Health Communication*, 23(10-11), 899–908. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1538272>
- WHO. (2020). *Mental Health*. WHO. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Wiedicke, A., Reifegerste, D., Temmann, L. J. & Scherr, S. (2022). Framing Depression: Individual, Societal, and Social Network Responsibility Attributions in Media Coverage. *European Journal of Health Communication*, 3(3), 92–117. <https://doi.org/10.47368/ejhc.2022.305>
- Zhang, Y., Jin, Y., Stewart, S. & Porter, J. (2016). Framing Responsibility for Depression: How U.S. News Media Attribute Causal and Problem-Solving Responsibilities when Covering a Major Public Health Problem. *Journal of Applied Communication Research*, 44(2), 118–135. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1155728>
- Zhang, Y., Jin, Y. & Tang, Y. (2014). Framing Depression: Cultural and Organizational Influences on Coverage of a Public Health Threat and Attribution of Responsibilities in Chinese News Media, 2000-2012. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 92(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/1077699014558553>

Tabelle 1. Charakteristika der Teilnehmer:innen

Teilnehmer:in	Geschlecht	Altersgruppe	Ausbildung	Berufserfahrung im Journalismus	Anstellungsverhältnis & Auftraggeber	Persönliche Erfahrungen mit Depressionen
Jonas	Männlich	30-40	Psychologie	5	Frei Tageszeitungen/Magazine/Onlinemedien	Nein
Justus	Männlich	60+	n/a	36	Frei Magazine/Onlinemedien	Ja
Anja	Weiblich	20-30	Journalismus	2	Frei Onlinemedien	Ja
Johanna	Weiblich	40-50	Biomedizin		Frei Tageszeitungen/Magazine/Onlinemedien	Ja
Christiane	Weiblich	40-50	Journalismus	4	Frei Tageszeitungen/Magazine/Onlinemedien	Ja
Inga	Weiblich	40-50	Medizin	20	Frei Tageszeitungen/Magazine/Onlinemedien	Nein
Franziska	Weiblich	30-40	Literatur	10	Frei Magazine/Onlinemedien	Ja
Cornelia	Weiblich	30-40	Psychologie	10	Frei Tageszeitungen/Magazine/Onlinemedien	Ja
Nathalie	Weiblich	20-30	Journalismus	2	Frei Magazine/Onlinemedien	Nein
Sabine	Weiblich	50-60	n/a	25	Frei Magazine	Ja
Tatjana	Weiblich	30-40	n/a	12	Frei Magazine/Onlinemedien	Ja
Antonia	Weiblich	30-40	Medizin	11	Fest Tageszeitungen/Magazine	Ja

Anmerkung. Bei allen Namen handelt es sich um Pseudonyme. Die Angabe des Alters in Altersgruppen erfolgte auf Empfehlung der Ethikkommission der Universität Bielefeld, mit dem Ziel, einer möglichen Identifikation der interviewten Journalist:innen vorzubeugen. Der persönliche Bezug zu den Erkrankungen bezieht sich auf die jeweils im Interview adressierte Krankheit und umfasst sowohl eigene Krankheitserfahrungen als auch Erfahrungen mit Betroffenen im nahen sozialen Umfeld der Journalist:innen. Nicht gemeint sind hier Kontakt zu Patient:innen aus beruflichen Gründen, z. B. im Rahmen eines Interviews für einen Artikel.