



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Persuasive Taktiken und Strategien in
österreichischen Gesundheitsförderungs- und
Präventionskampagnen“

Verfasserin

Sophie Boccioli, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Titel

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Juli 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Klaus Schönbach

ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst zu haben, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Diese Magisterarbeit wurde bisher in keiner Form als Prüfungsleistung vorgelegt, weder im Inland noch im Ausland.

Wien, im Juli 2012

Unterschrift

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während des Studiums und der Erarbeitung der vorliegenden Magisterarbeit begleitet und unterstützt haben.

Der größte Dank gilt meinen Eltern, welche mir das Studium ermöglicht haben und mir in schlechten Zeiten aufmunternde und motivierende Worte zusprachen.

Mein Dank gilt auch meinen engen Freunden – Danke für eure mentale Unterstützung!

Auch möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Klaus Schönbach für die sehr gute, kompetente und freundliche Betreuung bedanken.

HINWEIS

Aus Gründen der Leserlichkeit wurde auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Es soll jedoch hier klar gestellt werden, dass die von mir gebrauchte männliche Form – falls nicht anders angegeben – immer auch die weibliche inkludiert.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG.....	3
1.1 Relevanz der Analyse.....	5
I. THEORIE	7
2. PERSUASION.....	7
3. PRÄVENTION VERSUS GESUNDHEITSFÖRDERUNG	9
3.1 Prävention	9
3.2 Gesundheitsförderung	10
3.3 Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung.....	11
4. TAKTIKEN UND STRATEGIEN DER PERSUASION	15
5. PERSUASIVE TAKTIKEN UND STRATEGIEN IN GESUNDHEITSKAMPAGNEN ...	18
5.1 Furchtappelle (Drohungen).....	19
5.2 Versprechen	26
5.3 Der Faktor Glaubwürdigkeit	32
5.3.1 Glaubwürdigkeit von Kommunikatoren.....	32
5.3.2 Glaubwürdigkeit persuasiver Argumente	34
5.3.3 Fallbeispiele.....	34
5.3.4 Statistiken.....	35
5.3.5 Bildbehauptung.....	35
5.4 Gesundheitskommunikation über Massenmedien	36
II. EMPIRIE	39
6. FORSCHUNGSFRAGEN.....	39
7. METHODE DER DATENSAMMLUNG	42
7.1 Inhaltsanalyse	42
7.2 Auswahl des Untersuchungsmaterials.....	43
7.3 Kategoriensystem.....	45
7.4 Probecodierung	47

8. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	49
8.1 Prüfung der Hypothesen und Forschungsfragen	51
9. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	70
10. ANHANG.....	74
LITERATURVERZEICHNIS	74
INTERNETQUELLEN.....	82
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	82
TABELLENVERZEICHNIS	83
UNTERSUCHTE KAMPAGNEN.....	84
KATEGORIENSYSTEM DER INHALTSANALYSE.....	87
ZUSAMMENFASSUNG.....	90
ABSTRACT	92
LEBENS LAUF	93

*Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit aufbringt,
muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.¹*

1. EINLEITUNG

Gesundheit stellt für jeden Menschen ein wichtiges persönliches Gut dar. Darunter wird heutzutage nicht nur die bloße Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechen verstanden, wie dies lange Zeit der Fall war. In der Ottawa-Charta, die 1986 im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet wurde, wird *„Gesundheit als Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“* definiert und als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden.²

Eine kürzlich veröffentlichte Studie des Marktforschungsinstituts GfK Austria zeigt, dass die persönliche Gesundheit Menschen sehr wichtig ist, denn immerhin 85 Prozent der Österreicher machen sich gelegentlich Gedanken um ihre Gesundheit, 30 Prozent sogar viele oder sehr viele.³

Anhand dieser Studie wird deutlich, dass das persönliche Wohlbefinden ein gesundheitlicher Zustand ist, den sich jeder Einzelne erhofft. Der Wunsch nach Gesundheit ist mit etwas Schönerem und Positivem konnotiert, insbesondere eine gesunde Lebensführung wird immer bedeutsamer. Dies hat zur Folge, dass das öffentliche und somit auch das mediale Interesse an Gesundheit zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Getreu dem Motto „Vorsorgen ist besser als Heilen“ hat sich der österreichische Staat zur Aufgabe gemacht, der österreichischen Bevölkerung zu mehr Gesundheit zu verhelfen, aber sie auch dazu anzuhalten, gesundheitliche Risiken zu meiden. Kampagnen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention setzen eben hier an. Mittels Information, Aufklärung und Vorsorge soll die Lebensqualität jedes Einzelnen verbessert werden, um allen Gruppen der Bevölkerung ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Demzufolge sollen die

¹ Sebastian Kneipp, 1821-1897, deutscher Pfarrer und Hydrotherapeut

² vgl. WHO, 1986

³ vgl. GfK Austria, 2011

Zielgruppen ungünstige Verhaltensweisen aufgeben oder neue Verhaltensweisen annehmen.⁴

In den letzten Jahrzehnten starteten zahlreiche österreichische Instanzen und Institutionen diverse Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen mit dem Ziel, die Bürger auf die Reduktion bzw. Vermeidung von Gesundheitsrisiken (Diabetes, Übergewicht, Krebs, HIV etc.) aufmerksam zu machen sowie sie über die Erhaltung von Gesundheitsressourcen und die Stärkung von Handlungskompetenzen zu informieren.

Das Erzielen neuer (gesunder) Verhaltensweisen gelingt mittels persuasiver Kommunikation. Dabei handelt es sich um „beabsichtigte Einflussnahmen“⁵, mittels Sprache, Gesten, Bilder usw., um jemanden dazu zu bewegen, das erwünschte Verhalten anzunehmen.⁶

Werbung stellt einen Sonderfall persuasiver Kommunikation dar, da sie es besonders schwer hat, das Publikum zu überzeugen. Die Menschen haben größtenteils kein Interesse an Werbung.⁷ Dennoch wird ihr im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen eine wesentliche Rolle zugeschrieben, da auf diesem Weg eine hohe Reichweite erzielt werden kann.⁸

Die Magisterarbeit befasst sich mit der Fragestellung, welcher persuasiven Taktiken beziehungsweise Strategien sich österreichische Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen bevorzugt bedienen, um die erwünschte (gesunde) Verhaltensänderung hervorzurufen. Eine wichtige Frage dabei ist, ob über die Gefahren oder über die Vorzüge eines bestimmten Verhaltens aufgeklärt wird. Demnach liegt das Hauptaugenmerk der vorliegenden Arbeit auf einer persuasiven Strategie, der Drohung (oder Furchtappell) und einer persuasiven Taktik, dem Versprechen.

Die Forschungsfrage soll mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse beantwortet werden, die darüber Aufschluss geben soll, wie überzeugende Botschaften in der Gesundheitskommunikation konzipiert werden. Dabei werden die Plakate, die im Rahmen österreichischer Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen erstellt wurden, in die Untersuchung einbezogen.

⁴ vgl. Steinbach, 2007, S. 53

⁵ Schulz, 2008, S. 330 zit. nach Schönbach, 2009, S. 26

⁶ vgl. Schönbach, 2009, S. 26f

⁷ vgl. ebenda, S. 70

⁸ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 157

1.1 Relevanz der Analyse

Obwohl die verschiedenen Gesundheitskampagnen auf den ersten Blick Non-Profit Charakter haben, wird bei der Bestimmung des Sekundärnutzens die Kostenersparnis bei weniger Krankheitsfällen und der gesamte volkswirtschaftliche Nutzen deutlich.⁹

Da die Bevölkerung immer älter und das Gesundheitssystem immer teurer wird, scheint es heutzutage erfolgversprechender zu sein, die Zielpersonen bereits vor Auftreten gesundheitlicher Probleme zu gesundheitsförderndem Verhalten zu motivieren.

Die im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse können daher für die österreichische Gesundheitspolitik von Bedeutung sein, da die Förderung von Gesundheit nicht nur wirkungsvoller und angenehmer ist, sondern zudem wesentlich kostengünstiger als die Heilung von Krankheit.¹⁰

Die im Mai 2011 vom Ministerium für Gesundheit ins Leben gerufene Initiative „Rahmen-Gesundheitsziele“ zeigt, dass sich die Politik dessen mittlerweile durchaus bewusst ist. Mit dieser Initiative wird beabsichtigt, die Entwicklung österreichischer Gesundheitsziele voran zu treiben, da es immer bedeutender wird, auf Gesundheit zu agieren und nicht ausschließlich auf Krankheit zu reagieren. Wichtig ist eine breite Formulierung der Rahmen-Gesundheitsziele, sodass auch Politikfelder außerhalb des Gesundheitssystems, wie zum Beispiel der Sozial- oder der Jugendbereich, zur Erreichung der Ziele beitragen können.¹¹

Zugleich können die Ergebnisse für die Werbewirtschaft von Nutzen sein. Eine Inhaltsanalyse von persuasiven Taktiken und Strategien kann zwar keine Wirkungsstudie ersetzen, allerdings erlaubt sie Auskünfte über ihre angenommene Effektivität. Diese Untersuchung könnte somit darüber Auskunft geben, was Werbetreibende über die Wirksamkeit jener persuasiven Taktiken und Strategien denken und welchen sie die größeren Erfolge und Wirkungschancen hinsichtlich Einstellungs- und Verhaltensänderungen einräumen.

Werbetreibende orientieren sich immer mehr an der Wissenschaft und somit auch an der Kommunikationswissenschaft. Um erfolgreiche Kampagnen konzipieren zu können, ist es von Bedeutung zu wissen, welche Kriterien erfüllt werden müssen, um bei den Zielgruppen eine Einstellungs- und Verhaltensänderung zu erreichen oder eine Kaufentscheidung herbeizuführen.

⁹ vgl. Vitouch, 1997, S. 233

¹⁰ vgl. Steinbach, 2007, S. 14

¹¹ vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2011

Letztendlich kann die vorliegende Magisterarbeit einen Beitrag für die Kommunikationswissenschaft leisten. Mit den persuasiven Taktiken und Strategien bei Gesundheitsthemen haben sich vorwiegend Public-Health-Wissenschaftler beschäftigt, von Kommunikationswissenschaftlern finden sich zu diesem Thema nur wenige Beiträge. Während Werbung sich in den meisten wirtschaftswissenschaftlichen und psychologischen Studiengängen als eigenständigen Forschungsgegenstand fest etabliert hat, wird sie in der Kommunikationswissenschaft meist nur mitbehandelt.¹²

Da sich die vorliegende Arbeit mit persuasiver Kommunikation in österreichischen Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen beschäftigt, erfolgt zunächst die Klärung relevanter Fachtermini, bevor ein Überblick der bekannten persuasiven Taktiken und Strategien vorgenommen wird.

Darauf folgend wird genauer auf jene persuasive Taktiken und Strategien eingegangen, die in Gesundheitskampagnen bevorzugt zum Einsatz kommen.

Zuletzt wird kurz erläutert, welchen Beitrag die klassischen Massenmedien in der Gesundheitskommunikation leisten können.

Im empirischen Teil der Magisterarbeit, wird nach der Vorstellung der konkreten Forschungsfragen, der Methode und des Untersuchungsmaterials dargelegt, mithilfe welcher persuasiven Taktiken bzw. Strategien österreichische Gesundheitskampagnen die Zielgruppen motivieren möchten, gesundheitswidrige Verhaltensweisen aufzugeben und/oder neue, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen anzunehmen.

¹² vgl. Zurstiege, 2007, S. 11

I. THEORIE

2. PERSUASION

Jeder betreibt alltäglich, ob bewusst oder unbewusst, persuasive Kommunikation, weshalb Kommunikation aus kommunikationstheoretischer Sicht als Prozess, der immer persuasiven Charakter aufweist, verstanden werden kann.¹³

Der Begriff „Persuasion“ umfasst sowohl die Kunst der „Überredung“ als auch der „Überzeugung“ und wird allgemein als *„a way on having an effect on the attitudes and opinions of others through intentional (though not necessarily rational) action“* verstanden.¹⁴

Bettinghaus wird präziser und begreift Persuasion als *„a conscious attempt by one individual to change attitudes, beliefs, or behavior of another individual or group of individuals through the transmission of some message“*.¹⁵

Ausgehend von diesen Ideen empfiehlt Perloff folgende Definition: Persuasion ist *“a symbolic process in which communication try to convince other people to change their attitudes or behaviors regarding an issue through the transmission of a message in an atmosphere of free choice”*.¹⁶ Perloff betont die beabsichtigte Überredung von eigenständig, also frei entscheidenden Personen.

Schönbach definiert Persuasion oder „persuasive Kommunikation“ als *„alle bewussten Versuche, Verhalten durch Zeichen zu beeinflussen [...]“*.¹⁷ Persuasion umfasst *Überredung, Drohung und Manipulation genauso wie eine höfliche Bitte“*.¹⁸

Obwohl es sich bei der persuasiven Kommunikation um bewusste Versuche handelt, ein Verhalten zu beeinflussen, können diese bisweilen durchaus auch schief gehen. Bei den Zeichen mit denen überzeugt werden soll, kann es sich um Sprache, Gestik oder Musik

¹³ vgl. Chaniotis, Kropp & Steinhoff, 2009, S.1

¹⁴ Parsons, 1963, S. 38.

¹⁵ Bettinghaus, 1994, S. 6

¹⁶ Perloff, 2010, S. 12

¹⁷ Schönbach, 2009, S. 26

¹⁸ ebenda, S.29

handeln, genauso wie um den gesamten Bereich des Visuellen, der Bilder und Filme, sogar Architektur oder Münzen werden mit einbezogen.¹⁹

Anhand all dieser Definitionen wird deutlich, dass das Ziel jeder Persuasion die erfolgreiche Beeinflussung von Verhalten durch die Übernahme bzw. Entwicklung einer Ansicht ist, die langfristig angelegt und auf eine Änderung des Bewusstseins ausgerichtet ist. Dies beinhaltet auch, dass Einstellungen und folglich das Verhalten von Personen lediglich gestärkt werden.²⁰

Generell bleibt zu sagen, dass Menschen täglich mit persuasiver Kommunikation konfrontiert sind, sei es im privaten, geschäftlichen oder im politischen Bereich.

Besonders im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die letztlich in die Privatsphäre der Menschen eingreift, spielt Persuasion eine wesentliche Rolle, denn es gilt Personen angesichts der gesundheitlichen Risiken, die mit einem bestimmten Verhalten verbunden sind, zur Änderung ihres Verhaltens aufzufordern bzw. sie zu motivieren, bereits vor Auftreten gewisser Symptome zu handeln. Sie müssen daher davon überzeugt werden, dass die erwünschte und beworbene Verhaltensweise zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beiträgt und somit die Lebensqualität verbessert.

Welche Konzepte eingesetzt werden können, um die Gesundheit zu erhalten, soll im folgenden Kapitel näher behandelt werden.

¹⁹ vgl. Schönbach, 2009, S. 26f

²⁰ vgl. Perloff, 2010, S. 25

3. PRÄVENTION VERSUS GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Prävention ist mit Gesundheitsförderung nicht gleichzusetzen, obwohl dies im alltäglichen Sprachgebrauch häufig geschieht. Prävention und Gesundheitsförderung ergänzen sich, haben aber dennoch eine klare begriffliche Abgrenzung.

In meiner Arbeit erfolgt keine synonyme Verwendung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung.

3.1 Prävention

Der Begriff „Prävention“ bedeutet im ursprünglichen Sinn „zuvorkommen“, in Verbindung mit Gesundheit ist somit „einer Erkrankung zuvorkommen“ gemeint bzw. gilt es alle Risikofaktoren, die eine Krankheit verursachen können, zu beseitigen.²¹

Infolgedessen dient die Prävention der Verhinderung, Abwendung aber auch Verzögerung von Krankheiten, weshalb Präventionsmaßnahmen zeitlich vor dem Auftreten von Krankheiten ansetzen. Ziel ist es, in der Gegenwart etwas zu unternehmen, um unangenehme oder unerwünschte Zustände in der Zukunft zu vermeiden.²² Demnach wird dem Menschen die Möglichkeit eingeräumt, in seine eigene Zukunft einzugreifen und durch ein entsprechendes Verhalten seinen gesundheitlichen Zustand mitzubestimmen.

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, die sich an die gesamte Bevölkerung richtet, wendet sich die Prävention an *„Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten“*.²³ Je nach dem Zeitpunkt und der Art des Eingriffs, kann zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden werden.

Die Primärprävention setzt sehr früh ein und soll infolgedessen die Entstehung von Krankheiten möglichst ganz vermeiden oder zumindest die Verbreitung so niedrig wie möglich halten. Primäre Prävention ist meist unspezifisch und kann die gesamte (noch gesunde) Bevölkerung ansprechen. Dies geschieht sowohl auf individueller Ebene

²¹ vgl. Steinbach, 2007, S. 43

²² vgl. Hochschule für Heilpädagogik, S. 1; Doppler, 2010, S. 30f

²³ Hurrelmann, Laaser & Richter, 2012, S. 661

mittels Aufklärung und Information, als auch auf struktureller Ebene (z.B. Jugendpolitik, Werbeverbote).

Die Sekundärprävention versucht das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Früherkennung und -behandlung zu verhindern. Sekundäre Prävention umfasst demzufolge alle Maßnahmen mithilfe der symptomlosen Frühstadien von Krankheiten erkannt werden können. Die Gesundenuntersuchung ist eine solche Maßnahme.

Die Tertiärprävention deckt sich weitgehend mit dem Konzept der Rehabilitation, da versucht wird, die Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung zu vermeiden oder zu reduzieren, um die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten so gut wie möglich wiederherzustellen.²⁴

3.2 Gesundheitsförderung

Im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung steht etwas Positives, nämlich die Erhaltung der Gesundheit.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist noch relativ jung und wurde 1986 im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedet. Folgende Definition wurde formuliert: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.*²⁵

Unter Gesundheitsförderung werden demnach all jene Maßnahmen verstanden, deren Ziel es ist, Gesundheit zu erlangen, zu verbessern und möglichst langfristig aufrecht zu erhalten. Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist daher die Selbstbestimmung jedes Einzelnen über seine eigene Gesundheit. Dabei ist es von Bedeutung, dass jeder Mensch Kompetenzen entwickelt, die ihm ermöglichen, mit Gesundheit und den sie beeinflussenden Faktoren umzugehen.²⁶

Nicht nur Risikogruppen sollen dabei angesprochen werden, wie dies bei der Prävention hauptsächlich der Fall ist, sondern alle Gruppen der Bevölkerung, insbesondere auch gesunde Menschen.²⁷

²⁴ vgl. Hochschule für Heilpädagogik, S. 3f; Doppler, 2010, S. 32f; Steinbach, 2007, S.44f

²⁵ WHO, 1986, S. 1

²⁶ vgl. Steinbach, 2007, S. 53

²⁷ vgl. Hochschule für Heilpädagogik, S. 1; Doppler, 2010, S. 29

3.3 Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung

Um die persönliche Gesundheit zu erhalten bzw. um eine Krankheit zu verhindern, abzuwenden oder zu verzögern kann sowohl der Mensch als auch der Staat Maßnahmen ergreifen.

Steht der Mensch im Mittelpunkt des Interesses sollen mittels Aufklärungskampagnen, Plakaten, Veranstaltungen, Informationsbroschüren und Internetplattformen einerseits gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie z.B. gesunde und ausgewogene Ernährung, Sport etc. verstärkt werden. Andererseits sollen gesundheitsriskante Verhaltensweisen, wie z.B. falsche Ernährung, Alkohol, Rauchen etc. verändert oder gar vermieden werden.

Um die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges zu erhöhen, müssen außerdem Maßnahmen eingeleitet werden, die äußere gesundheitsschädliche Einflüsse verändern, d.h. gesundheitsriskante Verhaltensweisen, die durch Umwelt- und Lebensbedingungen entstehen, werden kontrolliert und reduziert bzw. beseitigt. Das Anbringen von Gesundheitswarnungen auf Zigarettenspackungen, das Rauchverbot an öffentlichen Plätzen oder die Schaffung von rauchfreien Zonen sind nur einige Beispiele, die von zahlreichen Staaten bereits umgesetzt wurden.²⁸

Ziel der Prävention ist, durch Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung und Information Aufmerksamkeit für ein gesundheitliches Thema zu erregen und infolge das Wissen über Gesundheitsrisiken zu steigern. Die Rezipienten sollen den Umgang mit gesundheitlichen Gefahren lernen und zu spezifischen Vorbeugungsmaßnahmen bewegt werden. Dies kann mithilfe von Massenkommunikation oder aber interpersonalem Kommunikation erfolgen.²⁹

Besonders im Zusammenhang mit der Prävention von Aids wird das Modell der wirksamen Lernstrategie genannt. In ihrem Zentrum steht die Organisation eines nachhaltig angelegten Lernprozesses der gesamten Bevölkerung und der relevanten Zielgruppen.

In der Regel besteht die gesellschaftliche Lernstrategie aus drei zentralen Elementen:³⁰

1. Bevölkerungsweit gestreute Informationen über die zentralen Fragen zur Prävention (Welche Gefahren birgt die Krankheit? Was sind Risikosituationen? Wie kann ich mich infizieren? Wie kann ich mich

²⁸ vgl. Steinbach, 2007, S. 45ff

²⁹ vgl. ebenda, S. 58f

³⁰ vgl. Rosenbrock, 2003, S. 76f

schützen?) aber auch Botschaften, die die Diskriminierung und Ausgrenzung der betroffenen Personen verhindern sollen.

2. Die Durchführung zielgruppenspezifischer Kampagnen, die im Idealfall von betroffenen Gruppen gestaltet werden.
3. Persönliche Beratungsangebote, die von professionellen Beratern oder von Betroffenen offeriert werden.

Meiner Meinung nach, kann das Modell der gesellschaftlichen Lernstrategie ebenfalls in der Prävention anderer gesundheitlicher Probleme angewendet werden, denn diese Strategie baut auf Aufklärung, mögliche Auswege der Gefahr, Solidarität mit betroffenen Gruppen sowie auf Einzelberatungen. Über all diese Punkte muss im Rahmen von Prävention umfassend informiert werden, damit der Mensch lernt, Krankheiten vorzubeugen.

Die Vermittlung von Informationen über gesundheitliche Probleme und Möglichkeiten ihrer Vorbeugung stellen erste notwendige Schritte in Richtung Motivation zu einem gesunden Verhalten dar. Richtige Aufklärung schafft somit Voraussetzungen für weitergehende Interventionen.

Der nächste Schritt liegt in der Stärkung bzw. Förderung des Selbstvertrauens. Es gilt den Rezipienten davon zu überzeugen, dass er fähig ist, das propagierte Verhalten selbst auszuführen (Verwendung eines Kondoms, Rauchstopp, regelmäßige Bewegung etc.).³¹ Die subjektive Überzeugung, eine bestimmte, empfohlene Handlung ausführen zu können, wird definiert als Selbstwirksamkeit.³²

Das Konzept der Selbstwirksamkeit hat sich in den vergangenen Jahren insbesondere in der Prävention und Gesundheitsförderung zu einem wichtigen theoretischen Ansatz etabliert. Demnach ist die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausschlaggebend dafür, ob ein (gesundes) Verhalten letztlich ausgeführt wird oder nicht. Ein Raucher beispielsweise, der sich als stark nikotinabhängig bezeichnet und sich nicht zutraut, seine Sucht zu überwinden, wird das rauchfreie Verhalten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht übernehmen. Er erlebt sich als wenig handlungskompetent. Ist der Raucher allerdings der Ansicht, dass er in der Lage ist den Glimmstängel

³¹ vgl. Maibach, Flora & Nass, 1991, S. 13

³² vgl. Bandura, 1977, S. 193

aufzugeben, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass er das erwünschte, gesunde Verhalten übernimmt.³³

Bandura (1997) führt vier wesentliche Quellen für den Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartung an, die nach der Stärke ihres Einflusses aufgezählt werden: (1) Handlungsergebnisse in Gestalt eigener Erfolge oder Misserfolge stellen den stärksten Faktor für den Aufbau von Selbsterwartung dar. Das Einüben von schwierigen Verhaltensweisen (z.B. im Rollenspiel), um dem Gruppendruck (z.B. im Zusammenhang mit dem Rauchen) widerstehen zu können, fällt ebenfalls in diesen Bereich.³⁴ Allerdings werden Verhaltensweisen meist nicht ausschließlich aufgrund persönlicher Erfahrungen erlernt, sondern zusätzlich über (2) Beobachtung von Verhaltensmodellen, d.h. den Rezipienten werden stellvertretende Erfahrungen bereitgestellt. Die Beobachtung der Verhaltensweisen anderer Personen veranschaulicht, wie ein Verhalten ausgeführt werden kann und ob dies für die eigene Person ebenfalls erstrebenswert ist. Neben der direkten Beobachtung liefern insbesondere Massenmedien viele symbolische Modelle. Entscheidend für die Übernahme des vorgeführten, erwünschten Verhaltens ist die Attraktivität und Glaubwürdigkeit der verwendeten Modelle und dass deren Verhalten prägnant, nicht zu komplex, relevant und erfolgversprechend ist.³⁵

Die dritte und zugleich schwächste Methode für den Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartung ist die (3) mündliche Informationsvermittlung. Einer Person wird mitgeteilt, dass sie über die nötigen Fähigkeiten verfügt, ein Verhalten auszuführen bzw. eine Aufgabe zu lösen („Du kannst es!“). Wird dieser Überzeugungsversuch von einer Person bzw. Institution vorgenommen, die Autorität ausstrahlt, dann kann die Selbstwirksamkeitserwartung der Zielperson gesteigert werden.³⁶

(4) Physiologische und emotionale Zustände, wie z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern stellen körperliche Reaktionen dar, die in gewissen Situationen auftreten können. Diese Merkmale können als Informationen herangezogen werden, ob man über die notwendigen Kompetenzen verfügt, die erwarteten Anforderungen zu bewältigen.

Im Rahmen von Gesundheitskampagnen müssen den Zielgruppen einerseits prägnante und glaubwürdige Verhaltensmodelle vorgeführt werden, andererseits werden (symbolische) Gratifikationen benötigt, um die Ausführung des erwünschten Verhaltens zu motivieren. Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass das Verhalten eines

³³ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 116

³⁴ vgl. Schwarzer, 2004, S. 20

³⁵ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 43

³⁶ vgl. Schwarzer, 2004, S. 20

Menschen auch von seinem unmittelbaren Umfeld, d.h. beispielsweise von Verwandten und Freunden, beeinflusst wird.

Damit es tatsächlich zur Durchführung des gelernten Verhaltens kommt, muss die Zielperson – neben der Überzeugung, das propagierte Verhalten selbst ausüben zu können – davon überzeugt sein, dass das Unterlassen konkreter Handlungen (z.B. nicht Rauchen) auch zum versprochenen Ziel führt (z.B. nicht an Lungenkrebs zu erkranken).³⁷ Bonfadelli und Friemel (2006) raten daher eine Unterteilung des angestrebten Verhaltensziels in kleinere und konkrete und deshalb leichter umsetzbare Teilschritte, um eine mögliche Hilflosigkeit und/oder Hoffnungslosigkeit vorzubeugen.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass obwohl unterschiedliche Ziele angestrebt werden – die Prävention möchte Gesundheitsrisiken vermeiden und die Gesundheitsförderung die Gesundheit und das Wohlbefinden jedes Einzelnen erhöhen – ähnliche Ansätze gewählt werden, um die Individuen von gesundheitswidrigen Verhaltensweisen abzubringen bzw. sie zur Annahme eines neuen Verhaltens zu ermuntern. Zunächst ist es von Bedeutung, dass die Zielgruppen umfassende Informationen darüber erhalten, welche Verhaltensweisen für die Gesundheit riskant bzw. förderlich sind. Es gilt der Person beizubringen, dass beispielsweise Rauchen zu Lungenkrebs führt, dass das Kondom vor Aids schützt, dass eine ausgewogene Ernährung und eine regelmäßige körperliche Betätigung langfristig die Gesundheit verbessern und folglich das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko verringern. Durch neu erworbenes Wissen soll u.a. auch das Selbstwertgefühl der Zielgruppen erhöht werden. Mithilfe dieses erlangten Wissens kann anschließend die Ausführung eines bestimmten Verhaltens (Verhütung, Safer Sex, Sport, Rauchstopp) besser argumentiert werden. Des Weiteren sollen mittels prägnanten und glaubwürdigen Verhaltensmodellen die Fähigkeiten der Individuen auch wirklich zu handeln, gestärkt werden. Es gilt ihnen deutlich darzulegen, dass sie für ihre Gesundheit aktiv sein können und in der Lage sind, das erwünschte Verhalten umzusetzen.

Mithilfe welcher persuasiver Taktiken und Strategien Einstellungen und schließlich das Verhalten in die vom Kommunikator gewünschte Richtung gelenkt werden können, soll das nächste Kapitel beschreiben.

³⁷ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 44f

4. TAKTIKEN UND STRATEGIEN DER PERSUASION

Seine Mitmenschen – ohne Zwang – zu animieren, Dinge zu tun oder zu unterlassen, sie zu begeistern und zu motivieren, ist ein Interesse, das bis weit in die Antike zurückverfolgt werden kann. Die Kunst der Persuasion weist eine lange Tradition auf und ist seit dem 20. Jahrhundert auch ein Thema für Kommunikations- und Medienwissenschaftler.³⁸ Doch welche persuasiven Strategien und Taktiken können eingesetzt werden, um eine erwünschte Einstellungs- und Verhaltensänderung zu bewirken? Zur Beantwortung dieser Frage soll zunächst ein kurzer Überblick der bekannten persuasiven Taktiken und Strategien erfolgen, während sich das Kapitel 5 mit jenen beschäftigt, die in Gesundheitskampagnen zum Einsatz kommen.

Persuasive Taktiken sind einzelne überzeugende Botschaften, die aus einem expliziten oder impliziten Entscheidungsvorschlag bestehen, seinem versprochenen oder angedrohten Wert und der Glaubwürdigkeit zwischen den beiden Elementen.³⁹

Persuasive Strategien hingegen setzen sich gewöhnlich aus zwei Elementen zusammen, die miteinander verbunden sind. Dabei handelt es sich um ein persuasives Argument, das zuvor von einem anderen Argument abgelöst wird oder durch das Schaffen einer bestimmten Situation des zu Überzeugenden (Versetzen in Angst, Verwirrung) eingeleitet wird. Der Aufbau von Glaubwürdigkeit – dies ist bei der zweiseitigen Argumentation der Fall – kann ebenfalls vor dem eigentlichen Überzeugungsversuch stattfinden.

Die erste Strategie, in der dem eigentlichen Überzeugungsversuch ein anderer vorausgeht, ist das *soziokulturelle Modell der Persuasion*. Der erste persuasive Schritt beinhaltet die Steigerung eines bestimmten Wertes im Bewusstsein der Menschen. Erst wenn dies gelungen ist, erfolgt eine Konfrontation mit der Werbung, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf höhere Annahme stoßen wird.⁴⁰

Die „Fuß-in-der-Tür“-Strategie basiert auf folgender Überlegung: Wenn eine Person eine Bitte um eine geringe Gefälligkeit erfüllt hat, dann erhöht sich ihre Bereitschaft, auch

³⁸ vgl. Wehner, 1996, S. 11

³⁹ Nähere Informationen zu diesem Thema finden sich bei Schönbach, K. (2009). *Verkaufen, Flirten, Führen. Persuasive Kommunikation – ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

⁴⁰ vgl. Schönbach, 2009, S. 112f

einer folgenden größeren (und eigentlichen) Bitte zuzustimmen. Voraussetzung ist, dass die zweite Forderung nicht untragbar größer ist, als die erste, kleinere Bitte.⁴¹

Bei der konträren „*Mit-der-Tür-ins-Haus*“-Strategie wird zunächst eine relativ weitgehende Bitte formuliert, die mit großer Wahrscheinlichkeit abgelehnt wird. Hinterher wird die gleiche Forderung, lediglich reduziert, erneut gestellt, worauf die überwiegende Mehrheit auf die an sie gerichtete Bitte eingeht.⁴²

Auch die *Drohung* ist eine persuasive Strategie. Anstatt dem Rezipienten ein positives Versprechen zu geben, drohen diese Botschaften mit negativen Konsequenzen, sollten die Schlussfolgerungen des Kommunikators nicht befolgt werden. Zeitgleich werden Handlungsempfehlungen („reassurance“) suggeriert, wie jene negativen Auswirkungen vermieden werden können. Dadurch wird das Annehmen einer bestimmten Verhaltensweise beabsichtigt.⁴³ Furchtappelle kommen meist in Aufklärungskampagnen zu den Themen Gesundheit oder Sicherheit zum Einsatz, aber auch, wenn das soziale Gewissen (Spendenaufforderung) angesprochen werden soll.⁴⁴

Die „*disruption-then-reframe*“-Strategie besteht ebenfalls aus zwei Elementen. Zunächst soll beim Gegenüber Verwirrung („disruption“) ausgelöst werden, um im darauffolgenden persuasiven Argument die Forderung in einem anderen Kontext zu formulieren („reframe“) oder den Empfänger zu ermutigen die Angelegenheit aus einem neuem Blickwinkel zu betrachten.⁴⁵

Im Rahmen persuasiver Kommunikation können neben Argumenten zugunsten eines Standpunktes ebenso die Gegenargumente angeführt werden. Die *zweiseitige Argumentation* enthält neben den Vorteilen des bevorzugten Verhaltens, auch die möglichen Nachteile. Das Einbeziehen von möglichen Gegenargumenten hat den Vorteil, dass der Kommunikator glaubwürdig erscheint. Allerdings ist die zweiseitige Argumentation nur dann erfolgversprechend, wenn die Gegenargumente nicht nur angeführt, sondern im weiteren Verlauf auch entkräftet werden. Abgesehen davon wird dem Rezipienten das Gefühl höherer Entscheidungsfreiheit vermittelt.⁴⁶ Letztlich findet

⁴¹ vgl. Schönbach, 2009, S. 115

⁴² vgl. Perloff, 2010, S. 261

⁴³ vgl. Hovland, Janis & Kelley, 1982, S. 60ff

⁴⁴ vgl. Felser, 2002, S. 412f

⁴⁵ vgl. Perloff, 2010, S. 269

⁴⁶ vgl. ebenda, S. 186

möglicherweise eine Immunisierung des Publikums gegenüber späteren, anderslautenden Argumenten statt.⁴⁷

⁴⁷ vgl. Schönbach, 2009, S. 132

5. PERSUASIVE TAKTIKEN UND STRATEGIEN IN GESUNDHEITSKAMPAGNEN

Gesundheitskampagnen verfolgen in erster Linie die Sensibilisierung der Bevölkerung für ein gesundheitsrelevantes Thema und möchten die Individuen dadurch zu einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein sowie zu einer Förderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen anregen.⁴⁸ Zusätzlich sind Programme erforderlich, die Personen davon abhalten, sich die schädliche Verhaltensweise anzugewöhnen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, persuasive Botschaften so zu „verpacken“, dass sie leicht verständlich sind, emotional ansprechend und so einprägsam wie möglich gehalten werden.⁴⁹

Im Laufe meiner Recherchen konnte ich feststellen, dass sich die Literatur besonders mit dem Einsatz positiver oder negativer Appelle, die ich im Folgenden als Versprechen und Furchtappelle (oder Drohungen) bezeichne, auseinandersetzt. Es wird primär der Frage nachgegangen, ob es effektiver ist, die schädlichen Auswirkungen eines Verhaltens hervorzuheben oder doch das Gefühl des Wohlbefindens, das sich nach dem Aufgeben des riskanten Verhaltens einstellt.

Die angsterzeugende Kommunikation wird in der Persuasionsforschung bereits seit Jahrzehnten erforscht. Furchtappelle kamen und kommen weiterhin in unzähligen Kampagnen zu den unterschiedlichsten Themen zum Einsatz und gelten als das am häufigsten untersuchte Botschaftsstilmittel im Kontext von Gesundheitskampagnen.⁵⁰ Da diese persuasive Strategie im Laufe der Jahre eine beachtliche empirische und theoretische Aufmerksamkeit erfahren hat, existiert eine mittlerweile unübersehbare Anzahl an Studien, die jedoch oft zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen.⁵¹ Absolut zuverlässige Regeln für die Konzeption wirksamer Furchtappelle hat die Forschung bis heute nicht entwickelt, allerdings existieren zahlreiche Studien, die zeigen, unter welchen Bedingungen Furchtappelle Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit dazu bewegen können, sich im Sinne des Produzenten der Botschaft zu verhalten.

Mindestens genauso lange wie die Erforschung von Furchtappellen, gibt es Gegner der furchterregenden Appelle, die ihren Einsatz für kontraproduktiv halten, da keine

⁴⁸ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 133

⁴⁹ vgl. ebenda, S. 137

⁵⁰ vgl. Cho & Salmon, 2006, S. 91

⁵¹ vgl. Burkart, 2002, S. 201

Einstellungs- und Verhaltensänderung stattfindet. Vielmehr sollen die positiven Aspekte, die nach Einstellung eines ungesunden Verhaltens auftreten, kommuniziert werden. Den Rezipienten wird somit ein Versprechen von Vorteilen gemacht. Während Furchtappelle in der Wissenschaft seit Jahrzehnten ausführlich untersucht werden, erfahren Versprechen eine weniger ausführliche Behandlung.

Zuletzt soll nicht unerwähnt bleiben, dass es Taktiken und Strategien gibt, die bei gewissen Personen effektiver sind, als bei anderen. Dies hängt von den charakterlichen Eigenschaften und Voraussetzungen (Geschlecht, Alter, Bildung, Herkunft, Ängstlichkeit) sowie der persönlichen Beteiligung jedes Einzelnen ab.⁵² Eine gute Überzeugungsstrategie muss daher immer zielgruppen- oder zielpersonengerecht sein.

5.1 Furchtappelle (Drohungen)

Eine viel diskutierte und umstrittene Strategie ist der Einsatz von Furchtappellen. Zwar stellt die Verwendung der Emotion Furcht in der Werbung eine Ausnahmeerscheinung dar – höchstens fünf Prozent aller Anzeigen eines Jahres drohen – aber im Bereich der Gesundheitskommunikation wird sie vergleichsweise häufig eingesetzt.⁵³ Es wird davon ausgegangen, dass Individuen einerseits bemüht sind, Gratifikationen (z.B. positive Werte wie Gesundheit) zu steigern, andererseits möchten sie negativ bewertete Zustände (z.B. Krankheit, Tod) und Sanktionen möglichst vermeiden.⁵⁴

Vitouch (1997) kommt daher zu dem Schluss, dass es gerade bei Social Advertising Kampagnen – es handelt sich dabei um gesellschaftspolitische Kampagnen zur Veränderung allgemeiner Einstellungen und Verhaltensweisen⁵⁵ – oft nicht möglich ist auf angsterregende Inhalte zu verzichten, da letztendlich die negativen und somit unangenehmen Konsequenzen eines Verhaltens aufgezeigt werden müssen. Es sollen Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht werden, die von den Rezipienten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht erwünscht sind. Der Einsatz von Furchtappellen scheint somit ein geeignetes Mittel zu sein, um dem Individuum zu signalisieren, dass die Situation ernst und problematisch ist.

Furchtappelle können außerdem einem Tabubruch bedeuten oder zur Erregung der notwendigen Aufmerksamkeit dienen.⁵⁶

⁵² vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 33f

⁵³ vgl. Wehner, 1996, S. 97; Witte & Allen, 2000, S. 592

⁵⁴ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 51

⁵⁵ vgl. Matzinger, 2004, S. 31

⁵⁶ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 84

Appelle an die menschliche Furcht sind – vereinfacht dargestellt – Versuche durch verbale (besonders drastische Formulierungen im Text) oder nonverbale (besonders negativ anmutende Bilder) Mittel, beim Empfänger Furcht auszulösen, um im Idealfall eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung zu bewirken.⁵⁷ Dabei kann es sich um die Änderung eines bestehenden ungesunden Verhaltens handeln, um die Durchführung eines neuen Verhaltens oder um die Aufrechterhaltung eines schon vorliegenden, gesundheitsförderlichen Verhaltens.

Furchterregende Appelle sind also persuasive Botschaften, die dem Empfänger mitteilen, dass für ihn bedeutsame Werte wie Leben, Gesundheit oder Eigentum, bedroht sind.⁵⁸ Der Rezipient wird mit einer bedrohlichen Botschaft konfrontiert, die sich durch eine (meist) gegebene Handlungsempfehlung abwenden lässt.⁵⁹ Demnach geht es darum, dem Publikum auf meist drastische Weise darzustellen, welche unerwünschten physischen aber auch psychischen und sozialen Konsequenzen die Unterlassung eines bestimmten Verhaltens mit sich bringt.⁶⁰

Furchtappelle werden häufig im Rahmen von Gesundheitskampagnen eingesetzt, um die Effektivität von Botschaften zu erhöhen.⁶¹ Job (1988) geht noch weiter und beteuert: *„Health promotion campaigns are typically designed to elicit fear“*.⁶²

Zunächst ein Beispiel eines AIDS Plakates aus Uganda aus den 1980er Jahren, um zu veranschaulichen wie der Einsatz von Furchtappellen in Gesundheitskampagnen konkret erfolgt. In diesem Fall der Aids-Prävention fiel die Entscheidung auf einen Furchtappell mit starkem Bedrohungscharakter, der allerdings keine explizite Handlungsempfehlung für den Rezipienten enthält:

⁵⁷ vgl. Jakob, 2004, S. 16

⁵⁸ vgl. Barth & Bengel, 1998, S. 51

⁵⁹ vgl. Jakob, 2004, S. 16f; LaTour & Zahra, 1989, S.61

⁶⁰ vgl. Felser, 2007, S. 412

⁶¹ vgl. Manstead, 1999, S. 249

⁶² Job, 1988, S. 163

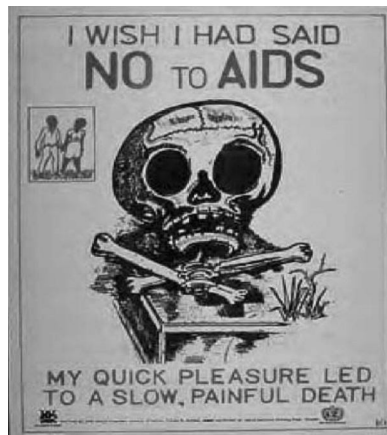


Abbildung 1: Beispiel eines AIDS-Plakates mit einem starken Furchtappell aus Uganda aus den 1980er Jahren⁶³

Im Rahmen von AIDS/HIV-Kampagnen kamen, insbesondere zu Beginn der Epidemie, regelmäßig Furchtappelle zum Einsatz. Neben angsteinflößenden Bildern, u.a. Totenköpfe, Skelette, Grabsteine, Leichenschauhäuser usw. wurde die Bevölkerung ebenso mit furchterregenden Botschaften, die sich primär auf den Tod bezogen, konfrontiert.

Da die Wissenschaft die alleinige Furchtinduktion als wenig geeignetes Mittel zur zielgerichteten Veränderung menschlichen Verhaltens erachtet, hier ein Beispiel aus dem Jahr 2003 der deutschen Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention, das eine furchtreduzierende Instruktion enthält:



Abbildung 2: Ein drastischer Appell der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (2003)⁶⁴

⁶³ Quelle: Green & Witte, 2006, S. 251

⁶⁴ Quelle: <http://www.unserehaut.de/adp/service/kampagneninfos/kampagne03.html#> [10.12.2010]

Neben dem furchterregenden Appell im Bild wird an diesem Plakat deutlich, dass mittels einer personalisierten Botschaft dem Rezipienten Angst eingejagt werden soll, um so seine Wahrnehmung der unmittelbaren Betroffenheit zu steigern.

Besonders im Rahmen von Anti-Tabak-Kampagnen kommen regelmäßig furchterregende Appelle zur Anwendung, um auf die (persönlichen aber auch die der Mitmenschen, Stichwort: Passivrauchen) Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums aufmerksam zu machen. Abschreckende Bilder, hierbei eignen sich besonders Grafiken erkrankter Organe, wie z.B. schwarzer Lungen oder verstopfter Arterien, aber auch Aussagen von Rauchern, die unter Folgeerkrankungen ihres Tabakkonsums leiden, kommen dabei zum Einsatz.⁶⁵

Außerdem können sogenannte „Counter-industry“ Kampagnen zum Einsatz kommen, die Wut und Ärger und infolge ein negatives Image der Tabakindustrie erzeugen sollen. Im Rahmen einer amerikanischen Kampagne lautete die negative Botschaft folgendermaßen: *“YEE HAW! You too can be an independent, rugged, macho-looking dead guy”*⁶⁶, eine Anspielung an den machohaften und unabhängigen Marlboro Cowboy Wayne McLaren, der nach langjährigem und starkem Zigarettenkonsum 1992 an Lungenkrebs verstarb.

Nach den Beispielen der konkreten Umsetzung von Furchtappellen in Gesundheitskampagnen gilt es darzulegen, wie die Persuasionsforschung den Einsatz von furchterregenden Appellen begründet.

Der Großteil der Studien und theoretischen Abhandlungen stammt aus dem englischsprachigen Raum. Vor allem die Vereinigten Staaten von Amerika, die auch sonst als Vorreiter im Bereich der Gesundheitskommunikation gelten, zeigen seit Jahrzehnten ein relativ hohes Forschungsinteresse an Furchtappellen.

Bereits Aristoteles, einer der bedeutendsten und einflussreichsten Philosophen der Antike, war sich der Wirksamkeit von Furchtappellen in der persuasiven Kommunikation bewusst. Er ging davon aus, dass man Menschen in Furcht versetzen kann, indem man ihnen vor Augen hält, dass sie selbst von den dargestellten Bedrohungen betroffen sein können und Schäden durch ihr Verhalten davon tragen können.⁶⁷

⁶⁵ vgl. Kröger, 2002, S. 42

⁶⁶ Farrelly, Niederdeppe & Yarsevich, 2003, S. i43

⁶⁷ vgl. Jakob, 2004, S. 15

Die Kommunikationsforscher Hovland, Janis und Kelley, die sich bereits Anfang der 50er Jahre mit Furchtappellen beschäftigten, erkannten zwei Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung im Sinne der empfohlenen Maßnahme stattfinden kann: Einerseits muss die Information beim Empfänger Furcht auslösen, andererseits muss der Sender Hinweise kommunizieren, die, wenn sie vom Rezipienten befolgt werden, eine unmittelbare Furchtreduktion zur Folge haben. Die Botschaft darf nicht lediglich Furcht auslösen, sondern muss vor allem auch Handlungsempfehlungen enthalten, wie man sich vor der Bedrohung schützen kann.⁶⁸ Je verständlicher und Gefahr reduzierend die Botschaft dem Rezipienten die Anweisungen liefert, desto wahrscheinlicher ist es, dass dieser Folge geleistet wird und er sich entsprechend verhält.⁶⁹ Bei den Rezipienten soll somit der Eindruck geweckt werden, dass sie die Gefahr tatsächlich abwenden können.⁷⁰ Botschaften über die Benützung von Kondomen, um HIV/AIDS vorzubeugen, oder die Verschreibung der Pille, um einen Schwangerschaft zu vermeiden, wirken beispielsweise furchtreduzierend.⁷¹

Empirische Studien versuchten primär zu determinieren, bei welcher Intensität der größte Einstellungswandel zu vermerken sei. Wie die Vertreter des kurvilinearen Konzeptes gehen Hovland, Janis und Kelley davon aus, dass stark furchterregende Botschaften in einer Vermeidung der weiteren Auseinandersetzung resultieren. Zu diesem Ergebnis kamen 1953 auch Janis und Feshbach in ihrer Pionierstudie, welche die Wirksamkeit von drei Intensitätsstufen von Furchtappellen auf die Einstellung zur Zahnpflege ermittelte. Es stellte sich heraus, dass geringe Furchtappelle einen größeren Effekt erzielen als sehr starke Drohungen.⁷² Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Krisher, Darley & Darley (1973) in ihren Untersuchungen. Die Furchtappelle unterschiedlicher Intensitäten erzielten nicht die erwünschte Einstellungs- und Verhaltensänderung. Vielmehr führte der starke (oder sehr schwache) Furchtappell zum sogenannten „Boomerang Effekt“, der bereits vorhandene (negative) Einstellungen bestärkt, was dazu führen kann, dass ein unerwünschter, oft sogar der konträre Effekt, eintritt. Der Rezipient reagiert infolge mit erheblichem Widerstand und verhält sich nicht entsprechend der Botschaft.⁷³

⁶⁸ vgl. Hovland, Janis & Kelley, 1982, S. 62

⁶⁹ vgl. Jakob, 2004, S. 16; Barth & Bengel, 1998, S. 122

⁷⁰ vgl. Atkin, 1981, S. 276

⁷¹ vgl. Witte, 1997, S. 151

⁷² vgl. Felser, 2007, S. 414; Keller & Lehmann, 2008, S.118f

⁷³ vgl. Keller & Lehmann, 2008, S. 118; Cho & Salmon, 2007, S.302

Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass Botschaften vielmehr ein mittleres Maß an Furcht einsetzen sollten, da eine mittlere Furchterregung die Chance erhöht, dass der Rezipient bereit ist, sich mit der Thematik und den Bewältigungsmaßnahmen auseinanderzusetzen und nicht vorab eine abwehrende Haltung einnimmt.⁷⁴ Damit wächst die Wahrscheinlichkeit, dass der Empfehlung gefolgt wird.

Diese Theorie wurde allerdings durch verschiedene Studien in den darauf folgenden Jahrzehnten widerlegt, wie nun Nachstehendes deutlich macht.

Laut dem letzten Stand der Forschung stellen Furchtappelle heutzutage eine notwendige persuasive Strategie dar, wie neben Aktin (1981), Barth & Bengel (1998), Mongeau (1998) auch Perloff (2010) bestätigt. Er geht noch weiter, indem er behauptet, dass wir Furchtappelle brauchen („*We need fear appeals*“) und folglich verängstigt werden müssen. Aufgrund ihres großen persuasiven Potentials eignen sie sich besonders gut, um eine bessere Gesundheit zu bewerben.⁷⁵ In diesem Zusammenhang konnten Witte und Allen (2000) im Rahmen ihrer Meta-Analyse feststellen, dass stark furchtauslösende Appelle besonders überzeugend sind, d.h. je stärker der Furchtappell, desto eher findet eine Einstellungs- und Verhaltensänderung statt. Sie gehen somit davon aus, dass die Stärke des Furchtappells einen positiven Einfluss auf die Verhaltensänderung hat. Der Einsatz von furchterregenden Appellen kann demzufolge durchaus erfolgversprechend sein, wenn sie zugleich mit konkreten furchtinduzierten Handlungshinweisen verbunden werden.

Folglich sind laut Keller und Lehmann (2008) Formulierungen, die Verluste in den Vordergrund stellen, meist effektiver als jene, die sich auf den Gewinn beziehen. Zahlreiche Studien belegen, dass drohende Botschaften besonders dann effektiv sind, wenn Personen dazu animiert werden sollen, ein Verhalten anzunehmen, das zur Entdeckung einer Krankheit führt. Die Abtastung der Brust, die Einholung eines Mammographie-Termins oder die Durchführung eines HIV-Test sind nur einige Beispiele dafür, in welchen Fällen negative Folgen angedroht werden sollten.⁷⁶ Zu beachten ist jedoch, dass das beschriebene Gefahrenszenario wahrscheinlich und angemessen erscheinen muss, denn eine übertriebene Darstellung der gesundheitsschädlichen Konsequenzen wirkt wenig überzeugend.⁷⁷

⁷⁴ vgl. Moser, 2007, S. 58f

⁷⁵ vgl. Perloff, 2010, S. 202ff; Hale & Dillard, 1995, S. 78

⁷⁶ vgl. Meyerowitz & Chaiken, 1987; Finney & Iannotti, 2002; Perloff, 2010, S. 205f

⁷⁷ vgl. Jakob, 2004, S. 17

Eine 2002 erschienene Schweizer Studie zur optimalen Gestaltung von Botschaften in Gesundheitsförderungskampagnen kam zu dem Schluss, dass der Einsatz von Furchtappellen in der Prävention bis zu einem gewissen Grad durchaus sinnvoll sein kann, da gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie z.B. Rauchen, Aids, Drogen oder Alkohol thematisiert werden.⁷⁸ Barth (2000) stellt sich die Frage, ob es in der Prävention überhaupt möglich ist, Menschen ohne Furchtappelle zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren. Botschaften beinhalten entweder explizite („Rauchen bewirkt Krebs“) oder implizite Furchtappelle. Als implizierter Furchtappell gilt beispielsweise die Empfehlung für Patienten mit Rückenschmerzen, an einer Rückenschule teilzunehmen, um die Schmerzen zu reduzieren. Im Fall einer Nichtteilnahme besteht jedoch die Gefahr von negativen Konsequenzen, wodurch ein impliziter Furchtappell vorliegt.⁷⁹

Vor allem in der Vergangenheit haben sich Furchtappelle als erfolgreich erwiesen, allerdings in Verbindung mit der Vermittlung von Handlungskompetenzen.⁸⁰ Das Fördern dieser Handlungskompetenz umfasst neben dem Faktenwissen über entsprechende Verhaltensweisen auch eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung.⁸¹

Bei der Gesundheitsförderung hingegen scheint der Einsatz furchterregender Appelle wenig sinnvoll zu sein, da mittels der Furcht meist unbewusste Schuldgefühle und ein anhaltendes schlechtes Gewissen verursacht werden. Der dadurch entstehende Stress ist kontraproduktiv zum Grundgedanken der Gesundheitsförderung.⁸²

Dass Angst vor einer Beeinträchtigung oder Erkrankung eine wesentliche Bedingung zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens darstellt, konnte in zahlreichen Arbeiten nachgewiesen werden. Allerdings gibt es Zielgruppen, bei denen furchterregende Appelle effizienter sind, als bei anderen. Laut Mongeau (1998) eignen sich Furchtappelle besonders für ein älteres Publikum, da junge Menschen der Ansicht sind, dass in erster Linie ältere Personen von Tod und Krankheit betroffen sein können und nicht sie selbst. Bei einer jungen Zielgruppe eignen sich hingegen Botschaften, die die unmittelbaren körperlichen oder sozialen Konsequenzen eines riskanten Verhaltens hervorheben, wie z.B. die Verschlechterung sportlicher Leistungen, Mundgeruch oder Zurückweisung,

⁷⁸ vgl. Süss, von Arx & Marxer, 2002, S. 75

⁷⁹ vgl. Barth, 2000, S. 205

⁸⁰ vgl. Barth & Bengel, 1998

⁸¹ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 83

⁸² vgl. Steinbach, 2007, S. 48

soziale Verlegenheit, Ertappung der Eltern infolge des Tabakkonsums.⁸³ Aus diesem Grund sollten je nach Zielgruppe unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gestellt werden: Bei Erwachsenen ist es möglicherweise von Vorteil, die finanziellen Auswirkungen infolge eines bestimmten (unerwünschten) Verhaltens zu unterbreiten (z.B. die hohen Reparaturkosten infolge nachlässiger Zahnpflege). Kinder hingegen reagieren meist stärker auf negative körperliche Konsequenzen (z.B. die Schmerzen, die ein Zahnarztbohrer auslösen kann). Um die Wirksamkeit eines Furchtappells bei der Zielgruppe zu erhöhen, muss die Botschaft bei den Rezipienten das Gefühl auslösen, selbst unmittelbar betroffen zu sein oder geliebte Menschen – dies gelingt am besten mit personalisierten Botschaften.⁸⁴

Der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit kann allerdings eine bedeutende Barriere für den Erfolg von Furchtappellen sein. Glaubt man nicht oder möchte man nicht daran glauben, für eine Krankheit anfällig zu sein, dann werden auch die Empfehlungen des Kommunikators nicht akzeptiert werden.⁸⁵ Der Gedanke, dass lediglich andere Personen eine Krankheit befürchten müssen, ist leider weit verbreitet. Aus diesem Grund darf die Gefahr nicht verharmlost werden, weshalb mittels Furchtappellen gezeigt werden soll, wie real und ernst das gesundheitliche Risiko ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Furchtappelle ein enormes persuasives Potenzial haben, weshalb sie sich bei der Förderung einer besseren Gesundheit besonders gut eignen. Voraussetzung ist allerdings, dass nach der furchteinflößenden Aussage explizite Verhaltenshinweise folgen. Furcht scheint somit ein guter Motivator zu sein, solange Menschen zuversichtlich sind, das furchtreduzierende Verhalten ausüben zu können und dieses als wirksam empfinden.⁸⁶

5.2 Versprechen

Da die gesundheitlichen Folgen schädlicher Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit bereits seit vielen Jahren bekannt sind, scheint es heutzutage effizienter, die positiven Konsequenzen bei Unterlassen eines riskanten Verhaltens hervorzuheben, da Verbote schnell auch etwas Reizvolles bekommen können.

⁸³ vgl. Koeppler, 2000, S. 443; Barth, 2000, S. 189; Hoek, Newcombe & Walker, 2011, S. 63

⁸⁴ vgl. Jakob, 2004, S. 17f

⁸⁵ vgl. Perloff, 2010, S. 198

⁸⁶ vgl. Witte & Allen, 2000, S. 607

Beispielsweise können im Rahmen von Anti-Tabak-Kampagnen Betroffene zum Rauchstopp animiert werden, indem nicht die negativen gesundheitlichen Folgen des Rauchens, sondern die positiven Auswirkungen des Verzichts (Fitness, Gesundheit, Freude) in den Mittelpunkt der Kampagne gestellt werden. Mittels einer positiven Kommunikation soll daher u.a. ein positives Nichtraucher-Image aufgebaut werden, um Raucher zum Rauchstopp zu motivieren. Die 2011 ins Leben gerufene europaweite Motivationskampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ setzte diese Strategie um und verspricht, dass Ex-Raucher besser aussehen, besser riechen, sich besser fühlen und mehr Geld zur Verfügung haben. Die für diesen Zweck konzipierten Plakate heben Ex-Raucher als positive und inspirierende Vorbilder hervor, die weitere Vorteile des Nichtrauchens darlegen, wie am nachstehenden Beispiel deutlich wird.



Abbildung 3: Sujet der Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ (2011)⁸⁷

Um dieses Versprechen zu stützen, werden in einem sozialen Netzwerk Erfolge von Ex-Rauchern aus ganz Europa vorgestellt und ein kostenloser „iCoach“-Trainer zur Verfügung gestellt, der bei der Entwöhnung helfen soll.⁸⁸

Auch bei HIV-Präventionskampagnen werden positive Kommunikationsansätze gewählt. Ihre positiv formulierten Botschaften lassen sich heutzutage vor allem in die so genannte Kondombotschaft und die Testbotschaft unterteilen. Es werden Informationen, wie man lustvollen Sex haben kann und dennoch gesund bleibt in den Mittelpunkt der HIV-Aufklärungskampagnen gestellt, um zu vermeiden, dass Angst vor dem

⁸⁷ Quelle: <http://www.exsmokers.eu/de-de/index> [07.04.2012]

⁸⁸ vgl. <http://www.exsmokers.eu/de-de/index> [07.04.2012]

Geschlechtsverkehr bzw. dem Umgang mit HIV-infizierten Personen hervorgerufen wird.⁸⁹ Ziel ist es, sexuell aktive Personen zu selbstbestimmten Handeln zu motivieren, damit sie in der Lage sind, im richtigen Augenblick die passende Entscheidung zu treffen.

Neben Aufklärungskampagnen spielen auch Solidaritäts- und Antidiskriminierungskampagnen eine wesentliche Rolle in der Aids-Prävention. Indem Menschen dargestellt werden, die ganz alltäglich wirken und eigene Freunde sein könnten, kann sich der Rezipient mit diesen Personen identifizieren und möglicherweise persönlich betroffen fühlen. Ihm wird bewusst, dass Aids jeden Einzelnen treffen kann und es einer erkrankten Person nicht anzusehen ist, ob sie HIV infiziert ist. Aus diesem Grund stellt die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter dem Motto „Positiv zusammen leben. Aber sicher!“ seit 2010 die Lebenssituation von Menschen mit HIV und Aids vor. 2011 bildeten die Themen Familie, Freundschaft, Arbeit, Aktivsein und Überleben mit HIV die Schwerpunkte der Solidaritäts- und Antidiskriminierungskampagne.



Abbildung 4: deutsche Kampagne für mehr Solidarität mit HIV-/Aids-Betroffenen (2011)⁹⁰

Diese Beispiele verdeutlichen, wie positive Appelle im Rahmen von Gesundheitskampagnen eingesetzt werden können. Doch wie steht die Forschung dieser persuasiven Taktik gegenüber?

Postulieren die einen, dass das Drohen mit einer Strafe notwendig und effektiv ist, behaupten andere, dass Furchtappelle kontraproduktiv sind und keine Einstellungs- oder Verhaltensänderungen bewirken, da das Gefühl von Furcht dem Empfänger nicht ermöglicht, genügend Aufmerksamkeit dem Inhalt der Kommunikation zu widmen, um

⁸⁹ vgl. Knerr & Philpott, 2009; Franzini, 1993, S. 79

⁹⁰ Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011

diese richtig zu verstehen.⁹¹ Im diesem Zusammenhang ist mit dem zuvor erwähnten „Boomerang Effekt“ zu rechnen.

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass allzu starke Furchtappelle große kognitive Dissonanzen auslösen können. Als kognitive Dissonanz wird jener Spannungszustand bezeichnet, der eintritt, wenn zwischen dem eigenen und dem empfohlenen (gesundheitsfördernden) Verhalten eine Unstimmigkeit herrscht. Um diese zu verringern bis ganz auszuschalten erfolgt eine Recherche nach Informationen, die die getroffene Wahl rechtfertigen und die alternative Möglichkeit abwerten.⁹² So wird eine Person, die durch eine Aids-Präventionskampagne verunsichert wurde, versuchen, Informationen zu suchen, die ihr zum Beispiel versichern, selbst nicht von HIV gefährdet zu sein.

Als weiterer Nachteil furchterregender Appelle wird angeführt, dass die Rezipienten vor Angst zunehmend aggressive Gefühle gegenüber dem Kommunikator entwickeln.⁹³

Es ist daher plausibel zu erwarten, dass eine positive, glückliche Stimmung die Rezipienten eher dazu anregt, eine Botschaft zu akzeptieren und folglich die angeführte Handlungsempfehlung umzusetzen, als ein negativer Gefühlszustand, wie Furcht. Demzufolge bemüht sich die Werbung, positive Gefühlszustände bei den Konsumenten hervorzurufen, die von etwas überzeugt werden sollen. Dabei wird ihm ein Nutzen versprochen, der aus Rezipientensicht möglichst relevante Aspekte oder Werthaltungen betreffen sollte. Folglich versprechen Werbetreibende als Belohnung Gratifikationen (Werte), die mit dem Grundnutzen oder dem psychologischen Zusatznutzen verbunden sind.⁹⁴

Im Rahmen von Gesundheitskampagnen wird das Hervorrufen positiver Gefühle immer häufiger angestrebt, um die Zielgruppen zur Änderung ihres schädlichen Verhaltens oder zur Übernahme gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu motivieren. Allerdings sind diese Reaktionen – im Gegensatz zur kommerziellen Werbung – viel schwieriger auszulösen, da die Rezipienten für das erwünschte Verhalten keine greifbaren Gratifikationen erhalten. Sie müssen sich mit etwas Immateriellen zufrieden geben. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass gesundheitliche Instanzen oder Institutionen die Bedeutung des immateriellen Wertes betonen.⁹⁵

Aufgrund der Gefahr, dass negative Appelle durch selektive Wahrnehmung zurückgewiesen werden, wird im Bereich der Gesundheit oder der Bewerbung von

⁹¹ vgl. Janis & Feshbach, 1953, S. 78

⁹² vgl. Festinger, 1989, S. 16ff

⁹³ vgl. Hovland, Janis & Kelley, 1982, S. 86

⁹⁴ vgl. Wehner, 1996, S. 22

⁹⁵ vgl. Sulser-Prem, 2009, S. 15

gesundem Verhalten immer häufiger auf positive Verstärker zurückgegriffen. Demnach sind Botschaften, die positiv besetzte Verhaltensweisen zum Risikoverhalten aufzeigen, Furchtappellen vorzuziehen.⁹⁶

Demnach sollten persuasive Kampagnenbotschaften positive und glaubwürdige Anreize für neue Verhaltensweisen oder zur Änderung des bestehenden Verhaltens bieten. Es gilt der Zielgruppe das erwünschte und nicht das zu vermeidende Verhalten zu demonstrieren.⁹⁷ Positiv formulierte Botschaften, d.h. die Gewinne, die mit einem bestimmten Verhalten verbunden sind, sollten dabei vorzugsweise kurz, klar und bestimmt sein.⁹⁸ Sie sind besonders dann geeignet, wenn man Menschen zu einem Verhalten anregen möchte, das der Prävention von Krankheiten dient, wie zum Beispiel das Verwenden von Sonnenschutzcremen.⁹⁹

Speziell in der Aids-Prävention wird der Einsatz positiver Kommunikation immer häufiger der drohenden Kommunikation vorgezogen. Dies ist ganz im Sinne amerikanischer Mediziner und Experten, die diese persuasive Furchtstrategie für amateurhaft, fehlgeleitet und unethisch halten, da sie als einschränkend auf die eigene Fähigkeit angesehen wird, Reaktionen auf eine wahrgenommene Gesundheitsbedrohung in Erwägung zu ziehen.¹⁰⁰ Für eine erwünschte Verhaltensänderung erscheint es daher sinnvoller, ein gesundes, aktives Sexualleben durch positive, lebensbejahende Versprechen zu fördern, als durch Erinnerung an die Gefährlichkeit von Aids, an Krankheit und Tod.¹⁰¹

Zu diesem Ergebnis kam auch die Verhaltensforscherin Melanie Wakefield (2010), die die Fachliteratur nach Studien durchsuchte, um Hinweise zu finden, in welchen Bereichen Medienkampagnen sinnvoll sein können. Eine Botschaft wird meist dann verinnerlicht, wenn sie Lob und positive Elemente („Du hast einen unmittelbaren Nutzen, wenn du mit dem Rauchen aufhörst“) enthält. Negativ-Kommunikation hingegen stößt ganz offensichtlich auf taube Ohren. Ebenso O’Keefe und Jensen (2008) zeigten im Rahmen einer Meta-Analyse von 42 Studien, dass die Ankündigung negativer Folgen wenig überzeugend ist. Wird den Menschen jedoch etwas Gutes versprochen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich mit der Aussage auseinandersetzen.

⁹⁶ vgl. Schwarzer, 2004, S. 260

⁹⁷ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 61

⁹⁸ vgl. Leonarz, 2009, S. 217

⁹⁹ vgl. Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman, 1999

¹⁰⁰ vgl. Green & Witte, 2006, S. 245

¹⁰¹ vgl. Felser, 2007, S.414

Bereits 1970 haben Evans et al. nachgewiesen, dass der Hinweis auf bedrohliche physische Konsequenzen einen geringeren Einfluss auf die Übernahme der Empfehlung hatte, als eine Botschaft, die soziale Anerkennung bei Befolgung der Empfehlung versprach.

In Anbetracht dieser Ergebnisse erscheint es im Rahmen von Gesundheitskampagnen besonders sinnvoll, Personen zu einem bestimmten (gesunden) Verhalten zu ermutigen, indem u.a. die kurz- und mittelfristigen positiven Folgen in den Mittelpunkt der Argumentation gestellt werden.¹⁰² Anstatt in der Kampagne von „Abnehmen“ und „Gewichtsreduktion“ zu sprechen, werden positive Effekte, wie „Schlankheit“, „Wohlfühlen“ und „Attraktivität“, die mit der Umstellung der Ernährung einhergehen, in den Vordergrund gerückt. Das formulierte Ziel wird für die Zielpersonen attraktiv und positiv dargestellt, damit diese tatsächlich motiviert werden, danach zu streben und das Verhalten entsprechend zu verändern.¹⁰³ Diese motivierenden Botschaften sollen somit darüber informieren, dass Beschwerden langfristig vermieden werden und das Wohlbefinden gesteigert wird.

Eine Meta-Evaluation von 48 empirischen Untersuchungen kam zum Schluss, dass es einfacher ist, ein neues Verhalten zu fördern, als Überzeugungsarbeit für das Unterlassen eines bestimmten Verhaltens zu leisten.¹⁰⁴ Ein weiteres Argument, das eindeutig für die Verwendung positiv formulierter Botschaften spricht.

Insbesondere im Rahmen der Gesundheitsförderung, die Bereiche anspricht, die nicht unbedingt veränderungsbedürftig erscheinen, so z.B. die Lebensqualität und das Wohlbefinden, scheinen positive Botschaften besonders geeignet, um diese Ziele erstrebenswert zu machen, denn mittels der Furcht werden meist unbewusste Schuldgefühle und anhaltendes schlechtes Gewissen verursacht.¹⁰⁵ Der dadurch entstehende Stress ist, wie bereits erwähnt, kontraproduktiv zum Grundgedanken der Gesundheitsförderung.¹⁰⁶

Doch weshalb spielen unterschiedliche Formulierungen derselben Botschaft eine derart große Rolle? Weil sie – laut Rothman & Salovey (1997) – unser Denken über Gesundheit verändern können. Werden die Gewinne hervorgehoben, wird darauf hingewiesen, dass wir uns in einem guten Gesundheitszustand befinden und diesen

¹⁰² vgl. Krause, Eisele, Lauer & Schulz, 1989, S. 46

¹⁰³ vgl. ebenda, S. 39

¹⁰⁴ vgl. Snyder, 2001, S. 188

¹⁰⁵ vgl. Süß, von Arx & Marxer, 2002, S. 75

¹⁰⁶ vgl. Steinbach, 2007, S. 48

mithilfe gewisser Präventionsmaßnahmen (Sonnencreme, Kondome) mühelos aufrechterhalten können. Werden hingegen die Verluste betont, bedeutet dies, dass möglicherweise ein Problem vorliegt, dem man durch bestimmte entdeckende Maßnahmen zuvorkommen kann (beispielsweise die Untersuchung der Haut auf Krebs).

Abschließend ist zu sagen, dass bis heute nicht eindeutig geklärt werden konnte, ob positive oder negative Appelle in Gesundheitskampagnen eine stärkere persuasive Wirkung haben. Empirische Studien konnten oft einen höheren Effekt von Furchtappellen als von positiven Botschaften vorweisen. Bei theoretischen Überlegungen, ohne empirische Basis wird hingegen fast immer betont, dass positive Botschaften vorzuziehen seien.¹⁰⁷

Bisher wurde erläutert mithilfe welcher persuasiven Taktik bzw. Strategie im Rahmen von Gesundheitskampagnen eine Änderung des gesundheitswidrigen Verhaltens herbeigeführt werden kann. Allerdings ist für eine effektive Übernahme des Verhaltens die Glaubwürdigkeit von Kommunikator und Quelle ausschlaggebend, denn stammt die Empfehlung von einer glaubwürdigen, sympathischen und zuverlässigen Quelle, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass das gewünschte Verhalten akzeptiert und übernommen wird.¹⁰⁸ Aber auch jede Drohung und jedes Versprechen verlangt nach Glaubwürdigkeit, wenn sie überzeugend sein möchte.

Im nächsten Abschnitt soll daher auf die Faktoren, die bei der Glaubwürdigkeit der Quelle der Kommunikation eine Rolle spielen, eingegangen werden. Auch wird dargelegt, wie die Glaubwürdigkeit persuasiver Argumente erzeugt und gesteigert werden kann.

5.3 Der Faktor Glaubwürdigkeit

5.3.1 Glaubwürdigkeit von Kommunikatoren

Die Glaubwürdigkeit von Quellen spielt eine wesentliche Rolle in der Persuasionsforschung, da Überzeugungseffekte nicht nur davon abhängig sind, was und wie etwas gesagt wird, sondern auch wer die Botschaft vermittelt. Glaubwürdige Quellen

¹⁰⁷ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 83

¹⁰⁸ vgl. Jakob, 2004, S. 17

erzielen in der Regel größere Einstellungs- und Verhaltensänderungen als weniger glaubwürdige.¹⁰⁹

Laut Hovland, Janis und Kelley (1982) umfasst die Glaubwürdigkeit des Kommunikators zwei Komponenten, nämlich Sachkenntnis („expertness“) und Vertrauenswürdigkeit („trustworthiness“). Als Faktoren für Sachkenntnis geben sie das Alter des Kommunikators (Erfahrung), seine Position als Führer in einer Gruppe und seine soziale Ähnlichkeit zum Rezipienten (gleiche Interessen, Werte, Bedürfnisse, Status etc.) an. Vertrauenswürdigkeit machen sie an der möglichen Absicht fest, andere zu überzeugen oder zu beeinflussen.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Attraktivität des Kommunikators. Äußerliche Attraktivität erzeugt einen „Halo-Effekt“ – gewissermaßen einen Ausstrahlungseffekt auf die Zuordnung von Persönlichkeitseigenschaften, wie beispielsweise Freundlichkeit, Ehrlichkeit, Intelligenz etc. aber auch die Glaubwürdigkeit.¹¹⁰

Im Rahmen von Gesundheitskampagnen können unterschiedliche Typen von *Messengers*, also Personen oder Symbolfiguren, die – neben der Kommunikationsquelle – als Botschafter oder Aushängeschild einer Kampagne auftreten, eingesetzt werden, mit dem Ziel der Werbebotschaften zu mehr Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit zu verhelfen. Atkin (2001) unterscheidet in seiner Typologie verschiedener Messenger acht Kategorien, die sich allerdings – laut Bonfadelli und Friemel (2006) – auf drei Kategorien reduzieren lassen: (1) prominente Persönlichkeiten, (2) Personen mit Fachbezug (Experten) und (3) Personen mit Rezipientenbezug (Durchschnittspersonen, Betroffene oder Angehörige von Betroffenen). Beim Einsatz von bekannten Personen erhofft man sich eine erhöhte Aufmerksamkeit oder einen Imagetransfer, Experten sollen die Glaubwürdigkeit einer Kampagne steigern, bei Betroffenen steht die Emotionalität und bei Durchschnittspersonen die Nähe zum Rezipienten im Mittelpunkt.¹¹¹

Was die Glaubwürdigkeit der Kommunikationsquelle betrifft, kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Bevölkerung das Gesundheitsministerium und weitere anerkannte österreichischen Vereine, die im Rahmen dieser Untersuchung herangezogen werden, im Umgang mit den diversen gesundheitlichen Problemen für erfahren und kompetent hält. Folglich bringen die Rezipienten den vermittelten Aussagen und Botschaften genügend Vertrauen entgegen, um die Argumente zu akzeptieren und für sich nützlich machen zu können.

¹⁰⁹ vgl. Burkart, 2002, S. 201

¹¹⁰ vgl. Cialdini, 2010, S. 258

¹¹¹ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 82

5.3.2 Glaubwürdigkeit persuasiver Argumente

Die Glaubwürdigkeit eines persuasiven Arguments beinhaltet die Eintretenswahrscheinlichkeit der in Aussicht gestellten versprochenen Werte und Drohungen. Es existieren drei Möglichkeiten, wie diese Glaubwürdigkeit erzeugt und gesteigert werden kann:

Plausibilität beinhaltet die Übertragung von Glaubwürdigkeit auf einen anderen Gegenstand. Dazu zählen Hinweise auf Erfahrung und Tradition. Auch Zeugen stellen ein weiteres Instrument der Plausibilität dar, d.h. andere, meist fremde Personen bestätigen das Versprechen oder die Drohung des persuasiven Arguments. Anekdotische Belege („vorher“-„nachher“ Aufnahmen), Expertenurteile („testimonials“) oder statistische Belege (repräsentative Meinungsumfragen) können die Plausibilität einer Werbebotschaft unterstützen.

Außerdem bilden *Beweise* die Garantie für den versprochenen oder angedrohten Wert in einer persuasiven Aussage. Mittels Demonstrationen und systematischen Tests von unabhängigen Instituten soll Glaubwürdigkeit erzeugt werden.

Die dritte Möglichkeit ist die *logische Ableitung*, die sich auf den Grundnutzen, d.h. auf die Eigenschaften eines beworbenen Produktes oder einer Dienstleistung bezieht. Diese Aussage ist zwar zu hundert Prozent treffend, löst jedoch beim Menschen kein großes Interesse aus. Deshalb muss mit einem Zusatznutzen geworben werden.¹¹²

In der Gesundheitskommunikation werden zur Steigerung der Glaubwürdigkeit auch Fallbeispiele und statistische Belege eingesetzt.

5.3.3 Fallbeispiele

Fallbeispiele enthalten Darstellungen eines Problems anhand einzelner Personen mit dem Ziel, Informationen lebhaft und anschaulich zu gestalten.¹¹³

Es handelt sich hierbei um emotionale (nicht rein faktische) Geschichten, in denen individuelle Erfahrungen mit einem (gesundheitlichen) Problem dargestellt werden. Es werden Anekdoten wiedergegeben, auf welche Art und Weise diese Personen ihre gesundheitlichen Angelegenheiten bewältigt haben. Der Kampf einer Person gegen Krebs beispielsweise könnte Gegenstand einer solchen Geschichte sein.¹¹⁴ Krause et al. (1989) halten es für wichtig und erfolgversprechend, im Rahmen von

¹¹² vgl. Schönbach, 2009, S. 55-64

¹¹³ vgl. Rossmann & Pfister, 2008, S. 371

¹¹⁴ vgl. Perloff, 2010, S. 190

Gesundheitskampagnen Betroffene zu Wort kommen zu lassen. Derartige Geschichten sind meist ansprechender als rein statistische Belege, da sie die Fantasie eines Menschen anregen.¹¹⁵

5.3.4 Statistiken

Statistische Belege beziehen sich vorwiegend auf eine große Anzahl von Ereignissen und Objekten (in Form von Mittelwerten, Prozentangaben usw.), da sie die Erfahrungen von vielen Individuen wiedergeben – im Gegensatz zu Fallbeispielen, die ein Ereignis von einer oder wenigen Personen im Detail beschreiben. Untersuchungen haben allerdings ergeben, dass die Informationsvermittlung in Form von Fallbeispielen überzeugender ist, als jene mit rein statistischen Aufstellungen, da diese oft schwer verständlich sind.¹¹⁶

5.3.5 Bildbehauptung

Werbetreibende setzen auf die größere Effektivität von Bildern gegenüber Worten, weshalb sie ihre Versprechen oder Drohungen zusätzlich oder sogar überwiegend mit Bildern stützen.¹¹⁷

Neben der Wahl der geeigneten persuasiven Taktik bzw. Strategie, dem Einsatz glaubwürdiger Faktoren zur Stützung des persuasiven Arguments, ist eine weitere notwendige Voraussetzung für den Erfolg einer Gesundheitskampagne, dass die gesundheitsfördernden Botschaften an die Zielgruppen herangetragen werden. In der modernen Gesellschaft werden gesundheitsfördernde Maßnahmen daher vorwiegend mithilfe von Massenmedien kommuniziert, da ein breites Publikum erreicht werden kann. Ihr Potenzial liegt darin, für ein (gesundheitliches) Thema Aufmerksamkeit und im besten Fall Sensibilität zu erzeugen, auch wenn die Öffentlichkeit diesem Themenfeld noch wenig Interesse entgegenbringt. Mit Massenmedien können somit auch Personen angesprochen werden, die sich nicht für Gesundheit interessieren und die (noch) keine gesundheitlichen Probleme haben.¹¹⁸

¹¹⁵ vgl. Kopfman, Smith, Ah Yun, & Hodges, 1998, S. 281

¹¹⁶ vgl. O'Keefe, 1990, S. 168

¹¹⁷ vgl. Wehner, 1996, S. 33

¹¹⁸ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 128 & S. 157

Demnach haben Medien primär eine Thematisierungsfunktion (Agenda-Setting), weshalb sie auch dazu beitragen können, die Akzeptanz kritischer Themen zu steigern und eine für Verhaltensänderungen nötige soziale Umgebung herzustellen.¹¹⁹

5.4 Gesundheitskommunikation über Massenmedien

Die Vermittlung von Informationen im Rahmen der Gesundheitsaufklärung mittels Massenmedien ist durchaus möglich und sinnvoll. Diese haben sich mittlerweile zur bedeutendsten Informationsquelle der Bevölkerung bezüglich Gesundheitsfragen etabliert. Gesundheitsinformationen bieten Patienten einerseits Vorbeugungsmöglichkeiten, andererseits Antworten auf aktuelle Gesundheitsfragen.¹²⁰ Grundsätzlich verfolgt persuasive Massenkommunikation die Verstärkung bereits bestehender Einstellungen, Meinungen und Verhaltensdispositionen über die das Publikum verfügt. In wenigen Fällen wird eine Veränderung der Grundeinstellung oder gar eine Verhaltensänderung herbeigeführt.¹²¹

Da die eigene Gesundheit in den vergangenen Jahren als Wert und erstrebenswertes Ziel zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, wird dieses Thema immer häufiger von den Medien aufgegriffen und verarbeitet. Jeder Einzelne – unabhängig davon, ob es sich um kranke bzw. gefährdete oder um gesunde Personen handelt – strebt nach medizinischer Vollinformation aus Angst vor Krankheit, Schmerzen und letztendlich dem Tod.¹²²

Speziell bei der Primärprävention stellen Massenmedien den Hauptinformationskanal für die Übermittlung relevanter Informationen dar, da große Teile der Bevölkerung angesprochen werden können. Besonders effektiv sind in diesem Zusammenhang die Massenmedien bei der Aufklärung über Gesundheitsrisiken, der Information über Schutzmöglichkeiten und anderer gesundheitsfördernder Maßnahmen ebenso wie zur Schaffung eines bestimmten Meinungsklimas zu einem Thema.

Bei der Sekundärprävention scheint der Einsatz von Massenmedien wohl am schwierigsten zu sein, da es sich vordergründig um Einstellungs- und Verhaltensänderungen handelt. Die gefährdete Person soll gezielt angesprochen werden, mit der Absicht ihr zu helfen und ihre Einstellungen sowie ihr Verhalten

¹¹⁹ vgl. Schwarzer, 2004, S. 328

¹²⁰ vgl. Ammann, 1999, S. 56

¹²¹ vgl. Göpfert, 2001, S. 131ff

¹²² vgl. Ringelmann, 1991, S. 48

nachhaltig zu ändern. Hierbei sind die Möglichkeiten von Massenmedien eher begrenzt, weshalb es sinnvoll erscheint, Emotionen darzustellen und nicht rational zu argumentieren. Insbesondere das Medium Fernsehen eignet sich zur Darstellung von Modellen, die gesundheitsförderndes Verhalten „vorleben“. Für den Erfolg notwendig sind Darstellungen, die Identifikationscharakter haben und bei der betroffenen Person das Gefühl auslöst, verstanden worden zu sein.

Da Massenmedien in erster Linie bestehendes Verhalten verstärken und weniger neues Verhalten erzeugen, eignen sie sich durchaus in der Tertiärprävention, speziell wenn beispielsweise versucht werden soll, Suchtkranke nach einer beendeten Therapie vor einem Rückfall zu bewahren. Besonders Mediennutzer, die ihr Verhalten erst kürzlich geändert haben, benötigen besonders starke Elemente zur Stützung ihres neuen Verhaltens, d.h. sie bevorzugen drastische Informationen mit möglichst schockierenden Darstellungen. Somit ist der Einsatz von Massenmedien in der tertiären Prävention nicht nur sinnvoll, sondern wird auch dringend benötigt.¹²³

Ein Großteil der Gesundheitskampagnen nutzt den Werbeteil der Massenmedien als Kanal zum Transport und zur massenhaften Verbreitung ihrer Botschaften, sei dies in Form von Spots im Radio, Fernsehen und Kino, via Kampagneninserate in der Presse, mittels Plakaten im öffentlichen Raum oder im redaktionellen Teil der Medien.¹²⁴ Allerdings haben besonders Gesundheitskampagnen einen schweren Stand innerhalb der Werbung, da die angesprochenen Themen den Menschen meist unangenehm sind und die Zielpersonen für das erwünschte Verhalten im Regelfall keine greifbaren Gratifikationen erhalten.¹²⁵ Dennoch wird ihr im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen eine wesentliche Rolle zugeschrieben, da Informations- und Aufklärungsbotschaften an eine breite Öffentlichkeit gerichtet werden können.

Es zeigt sich also, dass Informationen einen wesentlichen Bestandteil der Prävention darstellen und somit unverzichtbar sind. Dies ist auch in der Gesundheitsförderung der Fall. Besonders in den ersten Phasen der Gesundheitsverhaltensänderung können Massenmedien ihr Wirkungspotenzial entfalten. Je weiter sich eine Person auf dem Weg der Verhaltensänderung befindet, desto profundere Informationen und desto mehr Interaktionsmöglichkeiten werden benötigt. Massenmediale Informationen reichen alleine nicht aus, um langfristige Veränderungen im Gesundheitsverhalten der Zielgruppen zu

¹²³ vgl. Göpfert, 2001, S. 140

¹²⁴ vgl. Bonfadelli & Friemel, 2006, S. 18

¹²⁵ vgl. Sulser-Prem, 2009, S. 5

bewirken, sie können nur ein Faktor erfolgreicher Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sein.¹²⁶

Welche persuasiven Taktiken bzw. Strategien im Rahmen von massenmedialen Gesundheitskampagnen eingesetzt werden, um die Aufmerksamkeit und das Interesse der Zielgruppen zu wecken und sie infolge zu motivieren, den Prozess einer Verhaltensänderung einzuleiten, wird in den Ergebnissen der durchgeführten Inhaltsanalyse dargelegt.

Nachdem ich mich in den bisherigen Ausführungen der bereits existierenden Literatur zu meinem Magisterarbeitsthema gewidmet habe, kann davon ausgehend auf den empirischen Teil übergegangen werden.

¹²⁶ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 156f

II. EMPIRIE

Im empirischen Teil der Magisterarbeit soll zunächst meine Fragestellung, die zu Beginn der Arbeit dargelegt wurde, konkretisiert werden. Folglich möchte ich auch auf die damit verbundenen Hypothesen sowie die Methode und das Untersuchungsmaterial eingehen. Schlussendlich werden die Forschungsergebnisse präsentiert und im Sinne der Forschungsfragestellung sowie der vorhandenen Hypothesen interpretiert.

6. FORSCHUNGSFRAGEN

Diese Arbeit geht der Frage nach, welche persuasive Taktiken bzw. Strategien in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen bevorzugt zum Einsatz kommen. Im Speziellen soll untersucht werden, ob und in welchem Ausmaß negative und positive Appelle in den untersuchten Kampagnen vorzufinden sind. Meine konkreten Forschungsfragen und Hypothesen lauten daher wie folgt:

Forschungsfrage 1: Wie sieht das Vorkommen positiver und negativer Appelle im Rahmen österreichischer Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen aus?

H1.1: In den letzten zehn Jahren haben Drohungen abgenommen, Versprechen hingegen haben zugenommen.

H1.2: Wenn Drohungen ausgesprochen werden, dann kommt ein starker Furchtappell zum Einsatz und es folgt umgehend eine explizite Handlungsempfehlung.

H1.3: Wenn Furchtappelle zum Einsatz kommen, dann in Präventionskampagnen.

H1.4: Positiv formulierte Botschaften dominieren in der Förderung von Gesundheit.

H1.5: Wird ein positiv formulierter Appell eingesetzt, dann mit dem Ziel, ein neues Verhalten zu empfehlen.

Um die Variablen der Hypothesen messbar machen zu können, möchte ich folglich die Hypothesen operationalisieren.

Ein **starker Furchtappell** zeigt die negativen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens auf, indem mit dem Tod assoziierte Wörter zum Einsatz kommen.

Eine **explizite Handlungsempfehlung** beinhaltet Anweisungen, wie das gesundheitliche Risiko aufgehoben werden kann („Nur ein Kondom schützt!“).

Forschungsfrage 2: Wie ist der Zusammenhang zwischen dem Bedrohungspotenzial einer Krankheit und der eingesetzten persuasiven Taktik bzw. Strategie?

H2.1: Der Einsatz einer persuasiven Taktik bzw. Strategie hängt von der Schwere einer Krankheit ab, d.h. je bedrohlicher ein gesundheitliches Problem, desto häufiger werden Furchtappelle eingesetzt.

Operationalisierung:

Ein **hohes Bedrohungspotenzial** haben Krankheiten, die nicht heilbar sind und die nach der Diagnose eine schwere oder lebenslange Therapie benötigen. Im schlimmsten Fall können diese Krankheiten zum Tod führen (z.B. HIV, Diabetes, Krebs).

Bei Krankheiten mit einem **niedrigen Bedrohungspotenzial** hingegen kann das Risiko durch eine Umstellung (gesundes Essverhalten, regelmäßige körperliche Betätigung) des Verhaltens gesenkt werden.

Kein Bedrohungspotenzial ist dann anzutreffen, wenn die Vorsorge (Brustkrebs-, Hautkrebs- Vorsorge) im Mittelpunkt steht.

Forschungsfrage 3: Wie erfolgt die Stützung der Glaubwürdigkeit in die gesundheitliche Botschaft in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen?

H3.1: Um die Glaubwürdigkeit einer gesundheitlichen Aussage zu stützen, werden entweder prominente Persönlichkeiten, Personen mit Fachbezug oder Personen mit Rezipientenbezug eingesetzt, die als Botschafter oder Aushängeschild einer Gesundheitskampagne auftreten.

H3.2: Im Rahmen neuer Gesundheitskampagnen kommen als menschliche Botschafter überwiegend Durchschnittspersonen zum Einsatz, da sie die Nähe zum Rezipienten verdeutlichen und zeigen, dass jeder Einzelne in der Lage ist ein gesundes Verhalten umzusetzen.

H3.3: Eine Website, die weitere Informationen und Handlungsanweisungen verspricht, wird in neueren Gesundheitskampagnen sehr häufig angegeben.

Operationalisierung:

Bei **Personen mit Fachbezug** handelt es sich um Experten, die im gesundheitlichen Bereich vor allem durch Ärzte verkörpert werden. **Personen mit Rezipientenbezug** werden durch Durchschnittspersonen oder Betroffene bzw. Angehörige von Betroffenen dargestellt.

Eine **sehr häufige** Angabe von Websites bei modernen Gesundheitskampagnen bedeutet, dass sie in mindestens 2/3 der Fälle angegeben wird.

Forschungsfrage 4: Wie versuchen Gesundheitskampagnen das Selbstvertrauen der Zielgruppen in ihre Fähigkeiten auch wirklich zu handeln, zu stärken?

Welche Methode für die empirische Überprüfung dieser Forschungsfragen und Hypothesen gewählt wurde und nähere Informationen das Untersuchungsmaterial betreffend, werden im nächsten Kapitel geschildert.

7. METHODE DER DATENSAMMLUNG

7.1 Inhaltsanalyse

In der vorliegenden Arbeit untersuche ich den Einsatz persuasiver Taktiken bzw. Strategien in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen. Aus diesem Grund fiel die methodische Entscheidung zugunsten der quantitativen Inhaltsanalyse, die mir als angemessene, geeignete und einfachste Forschungsmethode erscheint. Nach Werner Früh ist die Inhaltsanalyse *„eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen“*.¹²⁷

Diese Methode ermöglicht, dass Aussagen über Kommunikatoren getätigt werden können, die nicht bzw. nicht mehr erreichbar sind. Zudem bin ich als Forscherin nicht auf die Kooperation von Versuchspersonen oder Gesprächspartnern angewiesen. Des Weiteren spielt der Faktor Zeit eine untergeordnete Rolle, weshalb Texte auch im Nachhinein untersucht werden können und infolgedessen keine Veränderung des Untersuchungsobjektes durch die Untersuchung auftritt.¹²⁸

In der vorliegenden Inhaltsanalyse werden sowohl Plakate, denen Rezipienten an öffentlich zugänglichen Plätzen begegnen, als auch Poster, die in Auslagen oder ärztlichen Ordinationen platziert werden, untersucht. Sie sollen Aufschlüsse über die persuasiven Taktiken und Strategien geben, die bevorzugt in österreichischen Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen eingesetzt werden.

Plakate stellen im Rahmen von Gesundheitskampagnen ein gutes Kommunikationsmittel dar, da sie geeignet sind, Aufmerksamkeit zu wecken, die breite Masse der Bevölkerung anzusprechen und für ein Thema zu sensibilisieren. Sie können prägnante Gesundheitsbotschaften vermitteln und/oder imagebildend wirken.¹²⁹ Da es sich um ein Kommunikationsmedium des Schnelldialogs mit persuasivem Charakter handelt und diese vorwiegend nebenbei und damit nur sehr flüchtig wahrgenommen werden, ist eine präzise Kernaussage besonders wichtig.¹³⁰

¹²⁷ Früh, 2011, S. 27

¹²⁸ vgl. Früh, 2011, S. 41f

¹²⁹ vgl. Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 47

¹³⁰ vgl. Dorn, 2004, 324

Überdies reflektieren Plakate die ideellen und materiellen werblichen Angebote ihrer Zeit und halten damit eine gewisse Wirklichkeit fest. Sie spiegeln Normen, Werte, Klischeevorstellungen, moralische Grenzen, Leitbilder wider.¹³¹ Werbe- und somit auch Gesundheitskampagnen sind sicherlich auch ein Spiegel der Zeit. Sie ermöglichen Rückschlüsse auf die Gesellschaft, aber ebenso auf die Produzenten.

Mittels des „diagnostischen Ansatzes“, der etwas über die Beziehung Kommunikator-Mitteilung aussagt, gilt es daher zu ermitteln, was der Kommunikator mitteilen wollte, welche Wirkungen er erzielen wollte oder welche subjektiven und kollektiven Wertvorstellungen er in den Text projiziert hat.¹³²

7.2 Auswahl des Untersuchungsmaterials

Im Rahmen der Untersuchung werden insgesamt 156 Plakate, die im Zeitraum von 1987 bis 2012 in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen zum Einsatz kamen, analysiert. Dabei werden die Gesundheitskampagnen folgender Organisationen herangezogen: AIDS Hilfe Wien, Österreichische Krebshilfe, Fonds Gesundes Österreich, Österreichische Apothekerkammer, Ärztekammer für Wien, österreichische Diabetes Gesellschaft und das Bundesministerium für Gesundheit. Eine genaue Auflistung der untersuchten Plakate ist im Anhang dokumentiert.

Generell kann festgehalten werden, dass mir von allen Institutionen überwiegend neuere Sujets zur Verfügung gestellt wurden, die ich bereits im Internet ermittelt hatte. Auf meine Nachfrage, ob es möglich wäre, älteres Material zu erhalten, bekam ich meist die Antwort, dass aufgrund von „Archivierungsschwierigkeiten“ – vor allem vor dem Internetzeitalter – kein älteres Werbematerial mehr verfügbar sei. Aus diesem Grund können nicht alle Plakate, die in diesem Zeitraum realisiert wurden, in die Analyse miteinbezogen werden.

Im folgenden Abschnitt soll nun näher erläutern werden, wie die Suche nach dem Analysematerial bei den einzelnen gesundheitlichen Einrichtungen verlief.

In der vorliegenden Arbeit werden die Plakate der Aids Hilfe Wien von 1988 bis 2009 analysiert. Dieser gemeinnützige Verein stellte mir das meiste Material zur Verfügung, darunter auch einige Plakate aus den 80er und 90er Jahren. Dies war deshalb möglich, weil zugunsten der STOP AIDS KEEP THE PROMISE – Ausstellung in Italien ein

¹³¹ vgl. Kamps, 1999, S. 5

¹³² vgl. Früh, 2011, S. 44

Buchband veröffentlicht wurde, in dem die Plakate der AIDS-Präventionskampagnen der letzten 25 Jahre aus aller Welt zusammengetragen wurden. Der Großteil der Plakate stammt allerdings aus den letzten 10 Jahren.

Die Österreichische Krebshilfe informiert mithilfe von Kampagnen die Öffentlichkeit über gezielte Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit. Auch dieser gemeinnützige Verein stellte mir viel Material zur Verfügung, auch älteres. Der Fokus liegt dennoch auf Kampagnen, die ab 2000 konzipiert wurden. Außerdem stellte mir die Österreichische Krebshilfe Poster, die für ärztliche Ordinationen bestimmt sind, zur Verfügung, die ebenfalls in die Untersuchung aufgenommen werden.

Das Fonds Gesundes Österreich führt seit 1999 jährlich Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Themen Bewegung, Ernährung, Lebensstil und Nichtrauchen durch. Laut der Abteilung für Kommunikation mussten die älteren Werbemittel aufgrund beschränkter Lagerkapazitäten aussortiert werden, weshalb mir die Plakate ab dem Jahr 2003, die ebenfalls als Download auf der Homepage zu finden sind, zur Verfügung gestellt wurden. Durch persönliche Recherchen können weitere Sujets aus den Jahren 2001 und 2002 in die Analyse einbezogen werden. Demnach werden praktisch alle Kampagnensujets, die seit Gründung des Fonds Gesundes Österreich realisiert wurden, untersucht.

Sowohl bei den Unterlagen der Österreichischen Apothekerkammer als auch bei jenen der Ärztekammer für Wien werden zum Großteil Poster untersucht, die in Auslagen von Apotheken oder ärztlichen Praxen angebracht sind. Beide Interessensvertretungen stellten mir ausschließlich neueres Material zur Verfügung, da es in der Österreichischen Apothekerkammer laut Aussage der Abteilung für Presse und Kommunikation vor 2006 keine spezifischen Kampagnen gegeben hat. Im Fall der Ärztekammer für Wien wurden vor 2008 nur ein paar kleine präventionsmäßige Kampagnen realisiert, allerdings gab es dazu keine Drucksorten. In den letzten Jahren setzte die Ärztekammer für Wien verstärkt auf Image- bzw. Informationskampagnen, die keinen direkten Bezug mit einem gesundheitlichen Problem aufweisen, weshalb nur wenige Plakate Teil der Untersuchung sind.

Ebenso versucht die Österreichische Diabetes Gesellschaft erst seit kurzem (2009) mit Plakatkampagnen auf die stetig steigende Betroffenenanzahl aufmerksam zu machen. Allerdings wurde mir von dieser ärztlich- wissenschaftlichen Fachgesellschaft leider kein

älteres Material zur Verfügung gestellt, da die ÖDG vor 2008 – laut eigener Aussage – keine Plakate produzierte.

Das Bundesministerium für Gesundheit verwies mich bei der persönlichen Kontaktaufnahme ausschließlich auf ihre Homepage, die im Hinblick auf die von ihnen realisierten Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen und ihre Plakate leider sehr spärlich ausgestattet ist. Lediglich vier Sujets aus 2011 werden auf der Website bereitgestellt. Ein Archiv gibt es laut Presseabteilung nicht. Allerdings stieß ich aufgrund älterer Diplomarbeiten, die sich mit Gesundheitskampagnen des Bundesministeriums auseinandersetzen auf einige wenige ältere Plakate.

Abschließend kann festgehalten werden, dass – trotz der wenig älteren Plakate – die Anzahl der Plakate, die in der Untersuchung analysiert werden einen guten Durchschnitt darstellen, der es mir erlauben wird, festzustellen welche persuasive Taktik bzw. Strategie in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen bevorzugt angewendet wird.

7.3 Kategoriensystem

Für die Inhaltsanalyse wurde ein Kategoriensystem erstellt.

Zu Beginn werden formale Kriterien erfasst, wie zum Beispiel der Titel der Gesundheitskampagne, das Jahr, indem sie konzipiert wurde und der Name des Auftraggebers. Des Weiteren wird festgehalten, ob es sich um eine Präventions-, Gesundheitsförderungs- oder Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagne handelt. Eine weitere Kategorie befasst sich damit, ob ein Plakat oder ein Poster untersucht wird. Aufgrund dieser Information kann anschließend festgestellt werden, ob ein Unterschied hinsichtlich der persuasiven Taktik bzw. Strategie zwischen diesen Kommunikationsmitteln existiert.

In weiterer Folge wird zunächst ganz allgemein ermittelt, ob ein positiver (Versprechen) oder negativer (Furchtappell) Appell in der Kampagnenbotschaft verwendet wird. Mittels dieser Kategorie lässt sich anschließend feststellen, ob die Botschaften von Gesundheitskampagnen vor zehn Jahren drohender waren als heute.

Anschließend wird näher auf die eingesetzte persuasive Taktik bzw. Strategie eingegangen. Bei Einsatz eines Furchtappells wird zunächst erfasst, welcher Intensität diese Drohung entspricht. Da im Rahmen der meisten Studien bisher keine deutliche Abgrenzung zwischen starkem, mittlerem und schwachem Furchtappell vorgenommen wurde, wird in der vorliegenden Untersuchung lediglich beachtet, ob es sich um einen besonders starken Furchtappell handelt oder nicht (leichter Furchtappell).

Des Weiteren gilt es zu ermitteln, ob unmittelbar nach der furchteinflößenden Botschaft eine Handlungsanweisung folgt oder ob ausschließlich gedroht wird, ohne einen Ausweg zu nennen. Diese Kategorie ermöglicht darzustellen, ob und wie ein Furchtappell in der heutigen Zeit verwendet wird.

Handelt es sich hingegen um eine positiv formulierte Botschaft sollen untersucht werden, was den Zielgruppen versprochen wird.

Nachdem gemessen wurde, welche persuasive Taktik bzw. Strategie im Text vorzufinden ist, soll festgehalten werden, wie sich der Einsatz des positiven bzw. negativen Appells in den Abbildungen äußert. Besonders die Farben der Plakate und die abgebildeten Personen werden in dieser Kategorie beachtet.

Abgesehen davon kann mithilfe dieser Kategorie festgestellt werden, ob der Einsatz der persuasiven Taktik bzw. Strategie im Text dem Einsatz der persuasiven Taktik bzw. Strategie im Bild entspricht.

Um aufzuzeigen, ob der Einsatz positiver bzw. negativer Appelle von der Schwere einer Krankheit abhängt, wird erfasst, wie hoch oder niedrig das Bedrohungspotenzial der dargestellten Krankheit ist.

Da besonders glaubwürdige Personen der Werbebotschaft zu hoher Aufmerksamkeit verhelfen können, soll gemessen werden, wie die Glaubwürdigkeit einer gesundheitsfördernden Aussage gestützt wird. Hierbei wird unterschieden, ob prominente Persönlichkeiten, Experten (Ärzte) oder Betroffene bzw. Durchschnittspersonen zum Einsatz kommen.

Außerdem werden auch solche Merkmale des Sujets erfasst, die die Glaubwürdigkeit der gesundheitlichen Institution erhöhen können, wie z.B. die Angabe einer Hotline oder einer Website.

Besonders wichtig ist es – neben der Informationsvermittlung – das Selbstvertrauen der Zielgruppe in ihre Fähigkeiten zu handeln, zu stärken. Es soll erfasst werden, ob und wie

(reine Informationsvermittlung, Handlungsanweisung, attraktive Verhaltensmodelle) Rezipienten zu einer Verhaltensänderung motiviert werden.

Abschließend bleibt zu sagen, dass im Fall von mehreren Möglichkeiten das dominant Sichtbare codiert wird.

Das vollständige Kategoriensystem ist im Anhang der Arbeit dokumentiert.

7.4 Probecodierung

Vor der Durchführung der Haupterhebung wurde die Reliabilität (Verlässlichkeit) des Kategoriensystems mit einem Pretest erhoben. Die Reliabilität bezeichnet die Präzision und Verlässlichkeit von wissenschaftlichen Untersuchungen und stellt neben der Validität (Gültigkeit) ein zentrales Qualitätskriterium jeder empirischen Untersuchung dar. Eine angemessene Reliabilität des Messinstruments stellt die Voraussetzung für die Objektivität der Inhaltsanalyse dar.¹³³

Die Reliabilität und Validität eines Kategoriensystems kann mit einem Pretest erhoben werden, indem das Kategoriensystem in seiner bisherigen Form getestet wird, um es operational noch exakter zu gestalten und gegebenenfalls zu modifizieren.¹³⁴

Nach dem Pretest nahm ich einige Änderungen vor, die im Anschluss kurz erläutert werden sollen.

Bereits zu Beginn der Probecodierung stellte ich fest, dass eine Differenzierung zwischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagne alleine nicht ausreicht. Es existieren durchaus Gesundheitskampagnen, die sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt stellen. Aus diesem Grund wurde das Kategoriensystem mit der Kategorie „keine deutliche Abgrenzung (GF + P)“ erweitert.

Abgesehen davon wurde bei der Kategorie „Versprechen im Text“ die Unterkategorie „Information/Leistung/Beratung“ hinzugefügt, da vor allem Vorsorgekampagnen der Zielgruppe eine Leistung versprechen. Die Österreichische Krebshilfe beispielsweise bietet u.a. ihrer weiblichen Zielgruppe sogenannte Erinnerungs-Mails an, um sie an ihre gynäkologische Vorsorgeuntersuchung zu erinnern.

Zuletzt wurden bei der Kategorie „Ziel der Gesundheitskampagne“ einzelne Änderungen vorgenommen. Im Laufe des Pretests stellte ich fest, dass in den meisten Fällen Handlungsanweisungen gegeben werden, allerdings werden diese nicht immer klar

¹³³ vgl. Wehner, 1996, S. 70

¹³⁴ vgl. Früh, 2011, S. 163

dargelegt. Im Rahmen von Aids-Präventionskampagnen werden immerzu verpackte Kondome gezeigt, allerdings selten mit der schriftlichen Aufforderung „Verwende ein Kondom, um dich zu schützen“, diese Botschaft wird der Zielgruppe indirekt vermittelt. Aus diesem Grund wurde diese Kategorie mit den Unterkategorien „direkte“ und „indirekte“ Handlungsanweisung vervollständigt.

Das folgende Kapitel widmet sich der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse, die im Sinne der Forschungsfragestellungen sowie der vorhandenen Hypothesen interpretiert werden.

8. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die erhobenen Daten der Arbeit wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), einem modular aufgebauten Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten, ausgewertet.

Bevor ich mich der Auswertung meiner Hypothesen widme und die konkreten Ergebnisse aus der Erhebung darstelle, sollen zunächst einige formale Daten präsentiert werden.

Wie die folgende Tabelle 1 zeigt, besteht die vorliegende Stichprobe aus 156 Plakaten von sieben unterschiedlichen, gesundheitlichen Organisationen. Mit jeweils 46 (29,5 Prozent) und 39 (25 Prozent) Plakaten stammt, wie bereits erwähnt, ein Großteil der untersuchten Plakate von der Aids Hilfe Wien und der Österreichischen Krebshilfe. An dritter Stelle befindet sich der Fonds Gesundes Österreich mit 22 Plakaten (14,1 Prozent), dicht gefolgt von der Österreichischen Apothekerkammer und dem Bundesministerium für Gesundheit mit jeweils 17 Plakaten (10,9 Prozent). Die Ärztekammer für Wien ist mit nur 9 Plakaten (5,8 Prozent) vertreten, da sie in den letzten Jahren verstärkt Imagekampagnen und kaum Gesundheitskampagnen durchgeführt hat. An letzter Stelle steht die österreichische Diabetes Gesellschaft mit lediglich 6 Plakaten (3,8 Prozent). Vor 2008 wurden keine Plakate produziert, doch seit Diabetes in der österreichischen Bevölkerung stetig steigt, wird, allem Anschein nach, verstärkt auf eine Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit gesetzt.

gesundheitliche Institutionen	Häufigkeit	Prozent
Aids Hilfe Wien	46	29,5
Österreichische Krebshilfe	39	25
Fonds Gesundes Österreich	22	14,1
Österreichische Apothekerkammer	17	10,9
Ärztammer für Wien	9	5,8
Österreichische Diabetes Gesellschaft	6	3,8
Bundesministerium für Gesundheit	17	10,9
Gesamt	156	100

Tabelle 1: gesundheitliche Institutionen

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden überwiegend Präventionskampagnen analysiert, Gesundheitsförderungskampagnen wurden im Zeitraum 1987 bis 2012 in Österreich weitaus weniger durchgeführt. Ebenso Teil der Untersuchung sind Plakate von Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagnen und Kampagnen, bei denen sowohl die Prävention als auch die Gesundheitsförderung thematisiert werden.

Art der Kampagne	Häufigkeit	Prozent
Präventionskampagne	125	80,1
Gesundheitsförderungskampagne	22	14,1
Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagne	6	3,8
Keine deutliche Abgrenzung (GF+P)	3	1,9
Gesamt	156	100

Tabelle 2: Art der Kampagne

Anhand Tabelle 3 wird deutlich, dass in meiner Arbeit die Analyse von Plakaten, denen Rezipienten an öffentlichen Plätzen begegnen, eindeutig dominiert.

Art des Plakates	1987-2001	2002-2012	1987-2012
Plakat	37 (78,7 %)	73 (67 %)	110 (70,5 %)
Poster	10 (21,3 %)	36 (33 %)	46 (29,5 %)
Gesamt	47 (100 %)	109 (100 %)	156 (100 %)

Tabelle 3: Art des Plakates

Nach diesem kurzen Überblick über die wichtigsten formalen Kriterien der Untersuchung stehen die Antworten nach den persuasiven Taktiken bzw. Strategien der österreichischen Gesundheitskampagnen im Zentrum des Ergebniskapitels.

8.1 Prüfung der Hypothesen und Forschungsfragen

H1.1: In den letzten zehn Jahren haben Drohungen abgenommen, Versprechen hingegen haben zugenommen.

Grundsätzlich lässt sich im Rahmen österreichischer Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen eine eindeutige Dominanz positiver Appelle konstatieren. Im Untersuchungszeitraum 1987 bis 2012 kamen zu 75 Prozent Versprechen zum Einsatz, während 11,5 Prozent der Kampagnen mit negativen Konsequenzen drohten. Die restlichen 13,5 Prozent der Gesundheitskampagnen klärten weder über die Vorzüge, noch über die Gefahren eines bestimmten Verhaltens auf.

Zur besseren Übersicht zeigt Tabelle 4 den Einsatz der persuasiven Taktik bzw. Strategie im gesamten Untersuchungszeitraum sowie in den Jahren 1987 bis 2001 und 2002 bis 2012:

persuasive Taktik bzw. Strategie im Text	1987-2011	2002-2012	1987-2012
positiver Appell	36 (76,6 %)	81 (74,3 %)	117 (75 %)
negativer Appell	4 (8,5 %)	14 (12,8 %)	18 (11,5 %)
weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	7 (14,9 %)	14 (12,8 %)	21 (13,5 %)
Gesamt	47 (100 %)	109 (100 %)	156 (100 %)

Tabelle 4: persuasive Taktik bzw. Strategie im Text

Die österreichischen Gesundheitskampagnen, die in den letzten zehn Jahren entwickelt wurden, arbeiteten also in den meisten Fällen mit positiven Appellen, wie aus der Tabelle 4 entnommen werden kann. 74,3 Prozent der Kampagnen versuchen mit Versprechen, die Zielgruppen von einem gesünderen Lebensstil zu überzeugen. Mit negativen Aspekten operieren lediglich 12,8 Prozent der Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen, weitere 12,8 Prozent klären weder über die Vorzüge noch über die Gefahren eines bestimmten Verhaltens auf.

Diese Tendenz der Begünstigung positiver Appelle lässt sich bereits in den Jahren 1987 bis 2001 erkennen. 76,6 Prozent der Gesundheitskampagnen versprechen etwas Gutes, 8,5 Prozent dagegen drohen mit negativen Konsequenzen, wird das gesundheitswidrige Verhalten nicht aufgegeben. Das Kommunikationsmittel Plakat setzt in 14,9 Prozent der Fälle weder positive noch negative Appelle ein.

Hinzugefügt kann werden, dass – im Zeitraum 2002 bis 2012 – in erster Linie Poster, die in Auslagen oder ärztlichen Ordinationen befestigt werden, furchterregende Appelle aufweisen. Dadurch hat die Zielperson die Möglichkeit, sofort vor Ort nähere Informationen über die gesundheitliche Gefahr und ihre Vorbeugungsmöglichkeiten durch den Experten, den Arzt oder Apotheker, zu erfahren.

persuasive Taktik bzw. Strategie im Text		Art des Plakates		Gesamt
		Plakat	Poster	
1987 - 2001	positiver Appell	28 (75,7 %)	8 (80 %)	36 (76,6 %)
	negativer Appell	3 (8,1 %)	1 (10 %)	4 (8,5 %)
	weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	6 (16,2 %)	1 (10 %)	7 (14,9 %)
	Gesamt	37 (100 %)	10 (100 %)	47 (100 %)
2002 - 2012	positiver Appell	60 (82,2 %)	21 (58,3 %)	81 (74,3 %)
	negativer Appell	3 (4,1 %)	11 (30,6 %)	14 (12,8 %)
	weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	10 (13,7 %)	4 (11,1 %)	14 (12,8 %)
	Gesamt	73 (100 %)	36 (100 %)	109 (100 %)

Tabelle 5: persuasive Taktik bzw. Strategie im Text im Zusammenhang mit der Art des Plakates

Außerdem kann noch festgehalten werden, dass die Dominanz positiver Appelle im Text durch die bevorzugte positive bildliche Stützung im Bild ergänzt werden kann. Wie Tabelle 6 belegt, wählen jedoch auch Gesundheitskampagnen, die sich für einen Furchtappell im Text entscheiden, eine positive oder neutrale bildliche Darstellung.

Im Rahmen einer Aids-Präventionskampagne der Aids Hilfe Wien aus dem Jahr 2008 beinhaltet alleine der verbale Text einen leichten Furchtappell („Nicht alles Positive sieht man gleich. HIV kann jeden treffen.“), die gesamte Stimmung des Bildes – man sieht zwei Männer in inniger Umarmung – rief jedoch keine Verknüpfungen mit Negativem hervor.

Allerdings gibt es auch einige wenige Kampagnen, die einen positiven Appell im Text vorziehen und mithilfe einer abschreckenden Abbildung, den Ernst der Lage verdeutlichen möchten.

Die Ärztekammer für Wien beispielsweise entschied sich 2009 im Rahmen der Kampagne „Gesund durch Vorsorge“ für diese Herangehensweise. Ziel der Präventionskampagne war, Erwachsene dafür zu sensibilisieren, welche Krankheiten durch regelmäßige und frühzeitige Vorsorge (Krebs, Allergien, Psyche) vermieden werden können. Es wurden Poster publiziert, die ausführliche Informationen über ein

gesundheitliches Problem durch den Arzt versprochen, der bildliche Hintergrund hingegen illustrierte Brustkrebszellen, Lungenbläschen oder Dermis und Epidermis.

persuasive Taktik bzw. Strategie im Text		bildliche Stützung des Textes			Gesamt
		positiv	negativ	neutral	
1987 - 2001	positiver Appell	30 (83,3 %)	4 (11,1 %)	2 (5,6 %)	36 (100 %)
	negativer Appell	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
	weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	2 (28,6 %)	0 (0 %)	5 (71,4 %)	7 (100 %)
	Gesamt	33 (70,2 %)	5 (10,6 %)	9 (19,1 %)	47 (100 %)
2002 - 2012	positiver Appell	69 (85,2 %)	6 (7,4 %)	6 (7,4 %)	81 (100 %)
	negativer Appell	5 (35,7 %)	2 (14,3 %)	7 (50 %)	14 (100 %)
	weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	13 (92,9 %)	0 (0 %)	1 (7,1 %)	14 (100 %)
	Gesamt	87 (79,8 %)	8 (7,3 %)	14 (12,8 %)	109 (100 %)

Tabelle 6: bildliche Stützung des persuasiven Textes

Hypothese 1.1 kann weder verifiziert noch falsifiziert werden. Obwohl in den letzten Jahren im Rahmen von österreichischen Gesundheitskampagnen ein Anstieg fürchterlicher Appelle zu verzeichnen ist, dominieren nach wie vor positiv formulierte Botschaften.

H1.2: Wenn Drohungen ausgesprochen werden, dann kommt ein starker Furchtappell zum Einsatz und es folgt umgehend eine explizite Handlungsempfehlung.

Die Ankündigung negativer Konsequenzen erfolgt – wie in Tabelle 4 ersichtlich – in neueren Gesundheitskampagnen zu 12,8 Prozent, dabei kommt in 10,1 Prozent der Fälle ein leichter Furchtappell zum Einsatz, wobei der Rezipient in den meisten Fällen (81,8 Prozent – 9 Plakate) explizit eine Handlungsempfehlung („reassurance“) erhält, die die ausgelöste Furcht auch entsprechend wieder auflöst. Knappe 18 Prozent (2 Plakate) allerdings verzichten auf jegliche Abmilderung der Drohung.

Als Beispiel sei hier die Aids Hilfe Wien genannt, die im Rahmen einer Präventionskampagne im Jahr 2008 einen leichten Furchtappell verwendete, indem sie junge Erwachsene daran erinnerte, dass Aids jeden Einzelnen treffen kann. Unmittelbar nach dem Furchtappell folgte die Aufforderung, dass ausschließlich ein Kondom vor der Übertragung von HIV schützt.

Lediglich 2,8 Prozent der Gesundheitskampagnen setzen einen starken furchterregenden Appell ein, wobei in allen Fällen unmittelbar eine Handlungsanweisung folgt, die erklärt, wie die Gefahr abgewendet werden kann. Insbesondere die Österreichische Diabetes Gesellschaft fiel in diesem Zusammenhang auf, da sie im Rahmen ihrer Präventionskampagnen darauf hinwies, dass Diabetes jeden treffen kann und diese chronische Krankheit unbehandelt zum Tode führen kann. Gleichzeitig wurde der Zielgruppe mithilfe von comic-artigen, grafisch dargestellten Figuren vermittelt, dass tägliche Bewegung (Schwimmen, Fahrrad fahren, Wandern, Tanzen) das Risiko einer Erkrankung um die Hälfte senken kann.

Bereits im Zeitraum von 1987 bis 2001 wurde bei Einsatz eines Furchtappells eine leichte Intensität gewählt. Von den 8,5 Prozent der Kampagnen, die negative Botschaften verwendeten, setzten 6,4 Prozent eine leichte Drohung ein, während die übrigen 2,1 Prozent mit starken Furchtappellen operierten. Während nach dem stark furchteinflößenden Appell dem Rezipienten immerzu eine Handlungsempfehlung vorgeführt wurde, verzichteten die Plakate mit einem leichten Furchtappell auf die Darstellung der Abwendung der Gefahr. Dabei handelt es sich um eine Aids-Präventionskampagne des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 1991, das dem Rezipienten – nach Bekanntgabe, dass kein Individuum vor einer Infizierung ausgeschlossen ist – nicht mitteilte, dass das Kondom vor Aids schützt. Der ORF durfte bis 1997 im Zusammenhang mit Aids-Spots den Begriff „Kondom“ nicht verwenden, möglicherweise war dies von einer staatlichen Institution ebenfalls nicht erwünscht.¹³⁵

Die folgende Tabelle 7 soll all diese Ergebnisse nochmals auf einen Blick darstellen:

¹³⁵ vgl. Vitouch, 1997, S. 234

Intensität des Furchtappells		Empfehlung beim Furchtappell			Gesamt
		kein Furchtappell	Furchtappell mit Handlungsempfehlung	Furchtappell ohne Handlungsempfehlung	
1987 - 2001	kein Furchtappell	43 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	43 (91,5 %)
	starker Furchtappell	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)
	leichter Furchtappell	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (100 %)	3 (6,4 %)
	Gesamt	43 (100 %)	1 (100 %)	3 (100 %)	47 (100 %)
2002 - 2012	kein Furchtappell	95 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	95 (87,2 %)
	starker Furchtappell	0 (0 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	3 (2,8 %)
	leichter Furchtappell	0 (0 %)	9 (75 %)	2 (100 %)	11 (10,1 %)
	Gesamt	95 (100 %)	12 (100 %)	2 (100 %)	109 (100 %)

Tabelle 7: Furchtappell mit oder ohne Handlungsempfehlung

Hypothese 1.2 kann also falsifiziert werden. Fällt die Wahl der persuasiven Strategie auf die Drohung, wird ein leichter Furchtappell bevorzugt, um den Rezipienten den Ernst der Lage zu verdeutlichen ohne jedoch eine kognitive Dissonanz auszulösen – unabhängig davon, ob es sich um ältere oder um neuere Gesundheitskampagnen handelt.

Dieses Ergebnis ist überraschend, da die Forschung zur Wirksamkeit von Furchtappellen in der Werbung davon ausgeht, dass der Einsatz starker Furchtappelle auch in einer besseren Wirkung resultiert.

Nachdem festgestellt wurde, dass bei Einsatz eines furchterregenden Appells ein leichtes Maß an Furcht begünstigt wird, soll nun ermittelt werden, ob sie – wie angenommen – in Präventionskampagnen häufiger vorkommen.

H1.3: Wenn Furchtappelle zum Einsatz kommen, dann in Präventionskampagnen.

Wie in Tabelle 8 zu sehen ist, wurden in den letzten zehn Jahren in Österreich entweder Gesundheitsförderungs- oder Präventionskampagnen gestartet. Furchtappelle kamen ausschließlich in Präventionskampagnen zum Einsatz, grundsätzlich dominieren jedoch positiv formulierte Botschaften.

Dieses Ergebnis lässt sich ebenfalls in Präventionskampagnen, die in den Jahren 1987 bis 2001 durchgeführt wurden, feststellen. Es dominiert die Kommunizierung positiver Aspekte, lediglich in 8,3 Prozent (3 Plakate) der Plakate werden die Rezipienten mit einer Drohung konfrontiert.

Hypothese 1.3 kann somit verifiziert werden, da Furchtappelle einzig zu präventiven Zwecken eingesetzt werden.

H1.4: Positiv formulierte Botschaften dominieren in der Förderung von Gesundheit.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kamen in Gesundheitsförderungskampagnen, deren Umsetzung in den letzten zehn Jahren zugenommen hat, stets positive Appelle zum Einsatz, weshalb Hypothese 1.4 ebenfalls als verifiziert gilt. Im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung steht die Erhaltung der Gesundheit – ein Zustand, den sich jedes Individuum erhofft und somit mit etwas Schönerem und Positivem in Verbindung gebracht wird. Um den Grundgedanken der Gesundheitsförderung treu zu bleiben, bevorzugen Werbetreibende offenbar positiv formulierte Botschaften.

Tabelle 8 fasst diese Ergebnisse nochmals zusammen:

Art der Kampagne		persuasive Taktik bzw. Strategie im Text			Gesamt
		positiver Appell	negativer Appell	weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	
1987 - 2001	Präventionskampagne	26 (72,2 %)	3 (8,3 %)	7 (19,4 %)	36 (100 %)
	Gesundheitsförderungs-kampagne	2 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
	Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungs-kampagne	5 (83,3 %)	1 (16,7 %)	0 (0 %)	6 (100 %)
	keine deutliche Abgrenzung (GF + P)	3 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (100 %)
	Gesamt	36 (76,6 %)	4 (8,5 %)	7 (14,9 %)	47 (100 %)
2002 - 2012	Präventionskampagne	61 (68,5 %)	14 (15,7 %)	14 (15,7 %)	89 (100 %)
	Gesundheitsförderungs-kampagne	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	20 (100 %)
	Gesamt	81 (74,3 %)	14 (12,8 %)	14 (12,8 %)	109 (100 %)

Tabelle 8: Art der Kampagne im Zusammenhang mit der Wahl der persuasiven Taktik bzw. Strategie im Text

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich österreichische Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen besonders gerne positiv formulierter Botschaften bedienen. Doch was wird den Zielgruppen letztlich versprochen?

H1.5: Wird ein positiv formulierter Appell eingesetzt, dann mit dem Ziel, ein neues Verhalten zu empfehlen.

Wie Tabelle 9 zeigt, wurde den Rezipienten im gesamten Untersuchungszeitraum in erster Linie ein (neues) gesundheitsförderndes Verhalten (42,7 Prozent – 50 Plakate) empfohlen. Weitere 36,8 Prozent (43 Plakate) der österreichischen Gesundheitskampagnen hingegen bieten Information/Leistung/Beratung von einer gesundheitlichen Organisation oder durch einen Experten (Arzt und/oder Apotheker) an. Nach der Inanspruchnahme sollen die Rezipienten dazu animiert werden, ein bestimmtes gesundes Verhalten auszuführen, wie zum Beispiel die Durchführung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen ab einem gewissen Alter.

Lediglich 4 Plakate (3,4 Prozent) eruieren die Vorteile des Verzichts schädigender Handlungen, weitere 9 Plakate (7,7 Prozent) verwenden zwar positiv formulierte Botschaften können jedoch keiner dieser Kategorien zugeordnet werden.

Im Zeitraum von 1987 bis 2001 wurden außerdem auch Gesundheitskampagnen (9,4 Prozent – 11 Plakate) umgesetzt, die keine Erkrankung infolge eines bestimmten Verhaltens versicherten. Die Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagne der Aids Hilfe Wien aus dem Jahr 1998 beispielsweise klärte auf, dass der bloße Kontakt mit HIV-Infizierten ungefährlich ist.

Versprechen	1987-2001	2002-2012	1987-2012
Vorteile des Verzichts	1 (2,8 %)	3 (3,7 %)	4 (3,4 %)
keine Erkrankung	11 (30,6 %)	0 (0 %)	11 (9,4 %)
(neues) Verhalten wird empfohlen	19 (52,8 %)	31 (38,3 %)	50 (42,7 %)
Informationen/Leistung/Beratung	1 (2,8 %)	42 (51,9 %)	43 (36,8 %)
Sonstiges	4 (11,1 %)	5 (6,2 %)	9 (7,7 %)
Gesamt	36 (100 %)	81 (100 %)	117 (100 %)

Tabelle 9: Versprechen

Moderne Gesundheitskampagnen setzen, wie in Tabelle 9 zu sehen ist, verstärkt auf Aufklärungsarbeit (51,9 Prozent – 42 Plakate) und die Vermittlung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (38,3 Prozent – 31 Plakate). Nur selten werden die Vorteile des Verzichts (3,7 Prozent – 3 Plakate) schädigender Handlungen hervorgehoben.

Die Österreichische Krebshilfe beispielsweise versprach Frauen und Männern, ihnen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit behilflich zu sein. Im Rahmen ihrer groß angelegten Präventionskampagnen „Aus Liebe zum Leben“ (2002 und 2003) stellten sie ein von ihnen entwickeltes Erinnerungsmodul vor, dass die Zielgruppe per E-Mail an ihre anstehende Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen (Brustkrebs- oder Darmkrebs-Vorsorge) erinnert.

Auch die Ärztekammer für Wien hatte im Rahmen ihrer Präventionskampagnen in den Jahren 2008 und 2009 zum Ziel, die Bevölkerung für die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge zu sensibilisieren. Sie versprach daher nähere Informationen und

Beratung durch den anwesenden Arzt zu unterschiedlichen Schwerpunkten (HIV, Demenz, Sucht, Bewegung, Ernährung etc.).

Neben der Informationsvermittlung bzw. des Angebots einer Leistung stellt die Darstellung (neuer) gesunder Verhaltensweisen eine weitere Motivation für eine gesunde Lebensführung dar.

Besonders der Fonds Gesundes Österreich versucht der Bevölkerung gesunde Verhaltensweisen vorzustellen. In einer 2004 durchgeführten Gesundheitsförderungskampagne „Schau auf dich!“ wurde auf jedem Plakat jeweils eine Möglichkeit bzw. Aktivität (laufen gehen, Fußball spielen, Singen usw.) präsentiert, wie aus einer Alltagssituation ausgebrochen und etwas für das seelische Wohlbefinden getan werden kann.

Aber auch die Aids Hilfe Wien fordert im Rahmen unterschiedlicher Aids-Präventionskampagnen zu einem bestimmten Verhalten auf, nämlich zur Anwendung des Kondoms. Mit Botschaften wie „Aber sicher“, „komm mit“ oder „Hose runter? Gummi drauf!“ und einem abgebildeten Kondom wurde nahegebracht, dass die Verwendung eines Kondoms bei allen Formen der praktizierten Sexualität notwendig ist.

Lediglich das Bundesministerium für Gesundheit betonte 2010 in ihrer Nichtraucher-Kampagne die positiven Auswirkungen des Nichtrauchens. Ähnlich, wie die europaweite Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ wurde – einer überwiegend jungen Zielgruppe – versprochen, dass Nichtraucher u.a. trendig, sympathisch und selbstbewusst sind, während Raucher nicht gut riechen, ihr Geld verschwenden und außerdem ihrer Gesundheit schaden.

Hypothese 1.5 muss falsifiziert werden. Der Einsatz positiver Appelle in neueren österreichischen Gesundheitskampagnen dient vorwiegend der Vermittlung einer Leistung bzw. Beratung. Die gezielte Empfehlung neuer Verhaltensweisen erfolgt nur an zweiter Stelle.

Bisher konnte geklärt werden, dass positive Appelle in der Prävention und Gesundheitsförderung dominieren. Der Einsatz von Furchtappellen ist weniger häufig, enthält aber in den meisten Fällen eine Empfehlung wie die Gefahr abgewendet werden kann. Gibt es jedoch Krankheiten, bei denen das persuasive Potenzial von negativen Botschaften besonders geschätzt wird?

H2.1: Der Einsatz einer persuasiven Taktik bzw. Strategie hängt von der Schwere einer Krankheit ab, d.h. je bedrohlicher ein gesundheitliches Problem, desto häufiger werden Furchtappelle eingesetzt.

persuasive Taktik bzw. Strategie im Text	Bedrohungspotenzial einer Krankheit			Gesamt
	hohes Bedrohungs- potenzial	niedriges Bedrohungs- potenzial	kein Bedrohungs- potenzial	
positiver Appell	53 (62,4 %)	25 (86,2 %)	39 (92,9 %)	117 (75 %)
negativer Appell	15 (17,6 %)	1 (3,4 %)	2 (4,8 %)	18 (11,5 %)
weder über die Vorzüge noch über die Gefahren wird aufgeklärt	17 (20 %)	3 (10,3 %)	1 (2,4 %)	21 (13,5 %)
Gesamt	85 (100 %)	29 (100 %)	42 (100 %)	156 (100 %)

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen der persuasiven Taktik bzw. Strategie und dem Bedrohungspotenzial einer Krankheit

Wie Tabelle 10 zu entnehmen ist, werden furchterregende Appelle meist dann eingesetzt, wenn es sich um eine schwere Krankheit handelt, für die es – nach der Diagnose – keine Heilung gibt bzw. die eine lebenslange Behandlung benötigt und im schlimmsten Fall zum Tode führen kann. Mithilfe dieser persuasiven Strategie soll dem Rezipienten veranschaulicht werden, dass das thematisierte gesundheitliche Problem durchaus Ernst zu nehmen ist.

In der vorliegenden Untersuchung kamen Furchtappelle im Rahmen von Präventionskampagnen zu den Themen Aids, Diabetes und Krebs zum Einsatz. Auch die 2010 durchgeführte Kampagne der Österreichischen Apothekerkammer bediente sich furchteinflößender Botschaften, um den Bürgern darzulegen, dass die Mehrheit der im Internet bestellten Medikamente Fälschungen oder Substandard sind. Diese können wirkungslos und im schlimmsten Fall auch sehr gefährlich sein.

Weiters ist zu sehen, dass Furchtappelle auch in Gesundheitskampagnen zum Einsatz kommen, obwohl die thematisierte Krankheit lediglich ein niedriges (3,4 Prozent – 1 Poster) oder kein (4,8 Prozent – 2 Poster) Bedrohungspotenzial vorweist. Eine Präventionskampagne der Österreichischen Krebshilfe, die die Bedeutung der

Darmkrebs-Vorsorge erläuterte, setzte eine Drohung ein. Sie nannte die Anzahl jener Personen, die jährlich an Darmkrebs sterben.

Trotz der Tatsache, dass die Kampagnen meist sehr ernstzunehmende gesundheitliche Probleme in der Öffentlichkeit behandelten, wird der Einsatz positiv formulierter Aussagen bevorzugt. Möglicherweise wird auf den Einsatz furchterregender Appelle verzichtet, um die Bevölkerung nicht in Angst und Panik zu versetzen.

Hypothese 2.1 kann nicht bestätigt werden, da Kampagnen, die schwerwiegende gesundheitliche Themen behandeln, dennoch den Einsatz positiver Appelle bevorzugen. Werden jedoch Furchtappelle eingesetzt, dann geschieht dies zum Großteil bei Krankheiten mit einem hohen Bedrohungspotenzial.

H3.1: Um die Glaubwürdigkeit einer gesundheitlichen Aussage zu stützen, werden entweder prominente Persönlichkeiten, Personen mit Fachbezug oder Personen mit Rezipientenbezug eingesetzt, die als Botschafter oder Aushängeschild einer Gesundheitskampagne auftreten.

Um der (positiv oder negativ formulierten) Botschaft zu mehr Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit zu verhelfen, können unterschiedliche Personen als Botschafter oder Aushängeschild einer Gesundheitskampagne fungieren.

Generell ist zu sagen, dass mehr als die Hälfte (63,4 Prozent – 99 Plakate) der Gesundheitskampagnen die Glaubwürdigkeit ihrer Aussage mithilfe von prominenten Persönlichkeiten, Personen mit Fachbezug (Experten) oder Personen mit Rezipientenbezug (Durchschnittspersonen, Betroffene) stützen. Weitere 35,3 Prozent der Kampagnen (55 Plakate) verwenden keinen menschlichen Botschafter, sie bevorzugen gezeichnete Figuren oder lediglich einen geschriebenen Text.

Stützung der Glaubwürdigkeit	1987-2001	2002-2012	1987-2012
kein menschlicher Botschafter der Kampagne	21 (44,7 %)	34 (31,2 %)	55 (35,3 %)
prominente Persönlichkeiten	1 (2,1 %)	28 (25,7 %)	29 (18,6 %)
Personen mit Fachbezug (Ärzte)	0 (0 %)	6 (5,5 %)	6 (3,8 %)
Betroffene/Angehörige von Betroffenen	5 (10,6 %)	2 (1,8 %)	7 (4,5 %)
Durchschnittspersonen	20 (42,6 %)	37 (33,9 %)	57 (36,5 %)
Statistik	0 (0 %)	2 (1,8 %)	2 (1,3 %)
Gesamt	47 (100 %)	109 (100 %)	156 (100 %)

Tabelle 11: Stützung der Glaubwürdigkeit

Anhand der Tabelle 11 wird deutlich, dass die Glaubwürdigkeit einer gesundheitlichen Aussage insbesondere mit attraktiven, glaubwürdigen Durchschnittspersonen, die als Menschen wie "du und ich" bewertet werden, gestützt wird. Dass sich Individuen in den meisten Fällen am Verhalten anderer orientieren, ist den Verantwortlichen von Gesundheitskampagnen demnach durchaus bewusst. Sie stellen ihren Zielgruppen gesundheitsfördernde Verhaltensmodelle zur Verfügung, die bestenfalls imitiert werden sollen. Durch den Eindruck der Ähnlichkeit erhöht sich somit die Wahrscheinlichkeit, dass jene Personen als besonders glaubwürdig eingeschätzt werden und ihr Verhalten übernommen wird.

Ebenso prominente Persönlichkeiten fordern im Rahmen von Gesundheitskampagnen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten auf. Da Prominente innerhalb der in der Gesundheitskampagne angesprochenen Zielgruppen einen ausreichenden Bekanntheitsgrad genießen, kann davon ausgegangen werden, dass sie ausreichend Aufmerksamkeit erregen und so die Wirksamkeit der Gesundheitskampagne positiv stützen.

Personen mit Fachbezug (Ärzte) und Betroffene bzw. Angehörige von Betroffenen kommen in massenmedialen Gesundheitskampagnen seltener zu Wort. Der Einsatz betroffener Personen konnte in der vorliegenden Untersuchung in unterschiedlichen Plakaten einer Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagne der Aids Hilfe Wien festgestellt werden. Ziel jener Kampagnen war es, Erwachsenen zu verdeutlichen, dass der Umgang mit HIV-infizierten Personen keine Gefahr darstellt.

Im Rahmen der „Aus Liebe zum Leben“ Kampagnen der Österreichischen Krebshilfe legten u.a auch Ärzte Frauen und Männern die Bedeutung der Vorsorge dar.

Nur in einer Kampagne, welche im Jahr 2010 von der Österreichischen Apothekerkammer realisiert wurde, verwendete man eine Statistik, um die Glaubwürdigkeit der Gefahr von einem Kauf von Medikamenten im Internet zu erhöhen. Mithilfe der Statistik wurde aufgeklärt, dass es sich bei 95 Prozent der von den Behörden aufgegriffenen Medikamente, die im Internet bestellt werden, um Fälschungen oder Substandard handelt.

Hypothese 3.1 kann somit verifiziert werden. Ein großer Teil der Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen setzen zur Stützung ihrer gesundheitlichen Botschaft einen menschlichen Botschafter ein, um den Zielgruppen so zu verdeutlichen, dass sie ebenfalls in der Lage sind, ein bestimmtes Verhalten umzusetzen.

H3.2: Im Rahmen neuer Gesundheitskampagnen kommen als menschliche Botschafter überwiegend Durchschnittspersonen zum Einsatz, da sie die Nähe zum Rezipienten verdeutlichen und zeigen, dass jeder Einzelne in der Lage ist ein gesundes Verhalten umzusetzen.

Aus Tabelle 11 kann auch entnommen werden, dass in Gesundheitskampagnen, die im Zeitraum 2002 bis 2012 erstellt wurden – bei Einsatz eines menschlichen Botschafters – 33,9 Prozent (37 Plakate) Durchschnittspersonen bevorzugen. In 25,7 Prozent (28 Plakate) der Gesundheitskampagnen sind bekannte Persönlichkeiten zu sehen. Dabei stellen sie sich besonders für Präventionskampagnen zu den Themen Aids oder Brustkrebs-Vorsorge zur Verfügung.

Hypothese 3.2 gilt ebenfalls als verifiziert. Personen, mit denen sich der Bürger identifizieren kann, eignen sich besonders gut zur Vermittlung präventiver oder gesundheitsfördernder Verhaltensweisen.

H3.3: Eine Website, die weitere Informationen und Handlungsanweisungen verspricht, wird in neueren Gesundheitskampagnen sehr häufig angegeben.

Sonstige Merkmale des Sujets	Häufigkeit	Prozent
keine Angaben	24	22
Hotline	0	0
Website	71	65,1
Hotline + Website	3	2,8
Einladung	9	8,3
Ratgeber/Informationsbroschüre	0	0
Ratgeber/Informationsbroschüre + Hotline	0	0
Ratgeber/Informationsbroschüre + Website	2	1,8
Gesamt	109	100

Tabelle 12: Sonstige Merkmale des Sujets (2002-2012)

Knapp 70 Prozent (69,7 Prozent) der Plakate bzw. Poster führen eine Website an. Bei Interesse hat somit jeder die Gelegenheit, sich zusätzliche Informationen zu einem gesundheitlichen Thema auf der angegebenen Internetseite abzuholen.

Hypothese 3.3 kann verifiziert werden. Da ein Kommunikationsmittel wie das Plakat nur begrenzt Informationen liefern kann, wird den Rezipienten eine weitere Möglichkeit angeboten, um an Zusatzinformationen zu gelangen.

Wie Tabelle 13 belegt, sind es in erster Linie Poster, die keine Website für weiterführende Informationen angeben. Allerdings versprechen diese Informationen bzw. Beratung und Hilfe durch den Arzt oder Apotheker vor Ort, die der Rezipient in Anspruch nehmen kann. Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird hierbei deutlich. Die Zielperson soll animiert werden, sich gesundheitsrelevante Informationen direkt beim Experten zu besorgen.

Sonstige Merkmale des Sujets	Plakat	Poster
keine Angaben	9 (12,3 %)	15 (41,7 %)
Hotline	0 (0 %)	0 (0 %)
Website	61 (83,6 %)	10 (27,8 %)
Hotline + Website	3 (4,1 %)	0 (0 %)
Einladung	0 (0 %)	9 (25 %)
Ratgeber/Informationsbroschüre	0 (0 %)	0 (0 %)
Ratgeber/Informationsbroschüre + Hotline	0 (0 %)	0 (0 %)
Ratgeber/Informationsbroschüre + Website	0 (0 %)	2 (5,6 %)
Gesamt	73 (100 %)	36 (100 %)

Tabelle 13: Sonstige Merkmale des Sujets im Zusammenhang mit der Art des Plakates

Damit Gesundheitskampagnen bei den Zielgruppen sowohl eine Einstellungs- als auch eine Verhaltensänderung bewirken, müssen diese davon überzeugt werden, das propagierte Verhalten selbst ausführen zu können.

FF4: Wie versuchen Gesundheitskampagnen das Selbstvertrauen der Zielgruppen in ihre Fähigkeiten auch wirklich zu handeln, zu stärken?

Ziel der Gesundheitskampagne	1987-2001	2002-2012	1987-2012
reine Informationsvermittlung	12 (25,5 %)	1 (0,9 %)	13 (8,3 %)
reine, schriftlich festgelegte Handlungsempfehlung	4 (8,5 %)	25 (22,9 %)	29 (18,6 %)
reine, indirekte Handlungsempfehlung	16 (34 %)	20 (18,3 %)	36 (23,1 %)
Informationsvermittlung + direkte Handlungsempfehlung	8 (17 %)	49 (45 %)	57 (36,5 %)
Informationsvermittlung + indirekte Handlungsempfehlung	7 (14,9 %)	4 (3,7 %)	11 (7,1 %)
Motivation/Stärkung des Selbstwertgefühls	0 (0 %)	10 (9,2 %)	10 (6,4 %)
Gesamt	47 (100 %)	109 (100 %)	156 (100 %)

Tabelle 14: Ziel der Gesundheitskampagne

Wie Tabelle 14 belegt, existieren im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung Kampagnen, die ausschließlich informieren oder lediglich eine (direkte oder indirekte) Handlungsanweisung anbieten. Dann gibt es solche, die sowohl informieren als auch (direkte oder indirekte) gesundheitsfördernde Verhaltensweisen beinhalten. Einige wenige Kampagnen zielen ausschließlich auf die Stärkung des Selbstwertgefühls der Individuen ab.

Vor allem in den letzten zehn Jahr wurden – wie anhand Tabelle 14 zu sehen ist – durchaus Kampagnen gestartet mit dem Ziel, das Selbstwertgefühl von Personen zu stärken. Besonders eine junge Zielgruppe, die das gesundheitsschädigende Verhalten (noch) nicht ausübt wird im Rahmen jener Präventionskampagnen angesprochen.

Der Fonds Gesundes Österreich zum Beispiel verwendete 2002 den Leitspruch „Ich bRAUCHs nicht“, um die jungen (Noch-)Nichtraucher in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken und ihnen zugleich zu verdeutlichen, dass Werte wie Glück und Lebensfreude nicht durch eine Nikotinabhängigkeit bezogen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit verfolgte 2010 mit ihrem Motto „Nichtrauchen lohnt sich auf jeden Fall“ dasselbe Ziel. Beide Präventionskampagnen stützten ihre motivierende Botschaft auf dem Plakat mit trendigen, auch ohne Zigaretten glücklich wirkenden jungen Menschen.

Auch die Österreichische Apothekerkammer – in Zusammenarbeit mit der Aids Hilfe Wien – wollte im Rahmen ihrer 2010 umgesetzten HIV-Präventionskampagne „Mein persönlicher Stil“ insbesondere Frauen ab 30 Jahren aufzeigen, dass sexuell attraktiv sein heißt, einen persönlichen, unvergleichbaren Stil zu haben. Sie sollten in der Hinsicht bestärkt werden, dass sie keine Handlungen setzen oder zulassen, die ihnen schaden könnten.

Zusätzlich soll aber auch das Selbstvertrauen von Personen, die das schädliche Verhalten bereits ausführen, gestärkt werden. Sie müssen das Gefühl bekommen, dass auch sie in der Lage sind, eine womöglich jahrelange ungesunde Gewohnheit abzulegen.

Um die Menschen zunächst davon zu überzeugen, dass ein bestimmtes riskantes Verhalten zu negativen Konsequenzen führt, scheint es wichtig, sie über ein gesundheitliches Problem aufzuklären. Auch die Vermittlung leicht umsetzbarer Handlungsempfehlungen ist notwendig. Das dadurch neu erworbene Wissen kann das Selbstwertgefühl eines Menschen erhöhen, da es ihm ermöglicht, sein Verhalten besser zu begründen.

Grundsätzlich werden heutzutage, wie Tabelle 14 zeigt, keine reinen Informationskampagnen umgesetzt, vielmehr findet in 48,7 Prozent der Fälle eine Kombination aus Information und einer (direkten oder indirekten) Handlungsempfehlung statt. Demnach soll die Information den Rezipienten überzeugen, warum er das empfohlene Verhalten ausführen soll.

Wird die Botschaft zudem von Durchschnittspersonen, die dem Rezipienten sympathisch sind oder eine Ähnlichkeit in Bezug auf bestimmte Eigenschaften wie das Alter oder das Geschlecht, vorweisen, vermittelt und führt das präsentierte Verhalten zum Erfolg, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass deren Verhalten übernommen wird. Diese Verhaltensmodelle mit Identifikationscharakter sind sozusagen der Beweis dafür, dass auch sie das beworbene gesunde Verhalten umsetzen können.

Im Rahmen von Gesundheitskampagnen, die in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurden und die in erster Linie das Selbstvertrauen der Menschen steigern wollten, wurde die motivierende Botschaft ausschließlich von Durchschnittspersonen übermittelt.

Zuletzt können Gesundheitskampagnen – wie in Tabelle 12 zu sehen ist – die Selbstwirksamkeitserwartung der aktiven Informationssuche unterstützen, indem weitere Informationsquellen wie eine Internetseite oder eine Hotline angeführt werden.

Schlussendlich kann noch festgehalten werden, dass Poster meist ausführlichere Informationen und/oder Handlungsempfehlungen enthalten. Da der Rezipient diesen meist begegnet, wenn er mehr Zeit zur Verfügung hat (Wartezimmer der ärztlichen Ordination, Warteschlange in der Apotheke), kann er diese – bei Interesse – durchaus durchlesen und vor Ort Zusatzinformationen verlangen. Poster der Österreichischen Krebshilfe beispielweise erörtern sehr detailliert die Vorsorgeempfehlungen, um u.a. Brustkrebs vorzubeugen (Häufigkeit der Selbstuntersuchung, Tastuntersuchung durch den Arzt, Mammographie etc.).

Abgesehen davon gibt es, wie bereits erwähnt, auch Poster, die den Patienten direkt an den Arzt verweisen („Fragen Sie jetzt Ihren Arzt“).

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Es wird immer Personen geben, die rauchen, unabhängig davon, mit wie vielen Anti-Tabak-Botschaften sie konfrontiert wurden, oder jene, die ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren, obwohl sie wissen, dass auf diesem Wege zahlreiche Geschlechtskrankheiten oder HIV übertragen werden können oder ebenso eine Schwangerschaft entstehen könnte. Andere Personen wiederum werden keine regelmäßige sportliche Aktivität ausüben, obwohl ihnen durchaus bewusst ist, welche Folgen diese Untätigkeit auf die Gesundheit haben könnte.

Diese Beispiele sollen künftig eine Ausnahme bleiben, vor allem weil das Gesundheitssystem und somit die Heilung von Krankheiten immer kostenintensiver wird. Es ist daher weiterhin von großer Bedeutung, dass die Bürger – zunächst über massenmediale Gesundheitskampagnen – über gesundheitliche Probleme aufgeklärt und ihnen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen vermittelt werden.

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welcher persuasiven Taktik bzw. Strategie sich österreichische Gesundheitskampagnen bevorzugt bedienen, um eine Einstellungs- und bestenfalls eine Verhaltensänderung bei den Zielgruppen zu bewirken.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass der Einsatz positiv formulierter Botschaften sowohl in österreichischen Präventions- als auch Gesundheitsförderungskampagnen dominiert. Werbetreibende versprechen sich offensichtlich eine bessere Wirkung durch positiv formulierte Botschaften, da mithilfe dieser persuasiven Taktik die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sich die Zielgruppe zunächst mit der Aussage beschäftigt.

Anders als angenommen wird den Zielgruppen in erster Linie eine Information/Leistung/Beratung durch eine gesundheitliche Institution oder eine Person mit Fachbezug (Arzt oder Apotheker) versprochen. Ziel dieser Maßnahme ist allerdings, dass die Zielpersonen in Zukunft ein gesundheitsförderndes Verhalten an den Tag legen.

Furchtappelle stellen im Rahmen von österreichischen Gesundheitskampagnen hingegen eine Ausnahmeerscheinung dar. Die Kampagnenverantwortlichen stimmen darin überein, dass das Auslösen von Furcht nicht erfolgversprechend ist, zumal die Menschen meist über die schädlichen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens

informiert sind.¹³⁶ Abgesehen davon werden Drohungen von vielen Menschen meist abgelehnt: Sie wenden sich von der furchteinflößenden Botschaft ab.

Fällt die Wahl der persuasiven Strategie dennoch auf die Methode der Drohung, dann kommt großteils ein leichter furchterregender Appell zum Einsatz, wobei unmittelbar nach der Darbietung der furchteinflößenden Botschaft konkrete furchtreduzierende Handlungsanweisungen folgen. Dem Rezipienten wird klargelegt, mit welcher Handlung er die Gefahr wieder abwenden kann.

Dieses Ergebnis ist erstaunlich, da die Forschung zur Wirksamkeit von Furchtappellen davon ausgeht, dass stark furchterregende Appelle einen positiven Einfluss auf die Verhaltensänderung haben.

Furchtappelle eignen sich, so scheint es, besonders dann gut, wenn die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf ein (neues) gesundheitliches Problem gelenkt werden soll. Die Darstellung der Risiken einer bestimmten Verhaltensweise soll den Individuen die Ernsthaftigkeit eines gesundheitlichen Problems verdeutlichen.

Der Grund, weshalb Werbetreibende vorwiegend auf positive Botschaften setzen, könnte sein, dass die Absender der Kampagnen über keine direkten Sanktionsmöglichkeiten verfügen, was den Effekt furchterregender Appelle reduziert. Sie können lediglich mit leeren Drohungen versuchen, den Rezipienten Angst einzujagen, um deren Verhalten in die gewünschte Richtung zu lenken.¹³⁷

Abgesehen von der Wahl der persuasiven Taktik bzw. Strategie ist für die Übernahme eines bestimmten Verhaltens die Überzeugung der Rezipienten ausschlaggebend, dass sie die empfohlenen Verhaltensweisen auch realisieren und durchhalten können. Die Zielperson muss das Gefühl bekommen, selber etwas für ihre Gesundheit tun zu können. Zur Stützung der Glaubwürdigkeit der gesundheitlichen Botschaften werden – bei Einsatz eines menschlichen Botschafters – daher glaubwürdige Durchschnittspersonen, die mit der Zielgruppe eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen, oder berühmte Persönlichkeiten, die als Vorbilder agieren, gewählt. Sie sollen den Rezipienten den Beweis liefern, dass das vorgestellte Verhalten tatsächlich in einem besseren Wohlbefinden resultiert.

Zusatzinformationen wie eine Internetseite oder eine Hotline werden auf Kampagnenplakaten sehr häufig angegeben, um den Rezipienten u.a. mit weiteren

¹³⁶ vgl. Göpfert, 2001, S. 131

¹³⁷ vgl. Wehner, 1996, S. 96

Handlungsmöglichkeiten zu zeigen, wie einfach die Umsetzung des beworbenen gesunden Verhaltens ist.

Da gesamtgesellschaftliche Verhaltensänderungen durch massenmediale Gesundheitskampagnen grundsätzlich nicht zu erwarten sind, sollten diese in erster Linie spezifische Zielgruppen für ein bestimmtes Thema sensibilisieren. Anschließend ist eine Kooperation mit Experten des Gesundheitswesens (Arzt, Apotheker, Ernährungsexperten usw.) erforderlich, die den Rezipienten bei der Änderung ihres gesundheitsschädigenden Verhaltens behilflich sind. Infolgedessen sollten Experten da fortfahren, wo die Grenzen der massenmedialen Kampagnen erreicht sind.

Anhand all dieser Aussagen wird deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung besonders früh ansetzen muss, um die Zielgruppen mittels positiv formulierter Botschaften davon zu überzeugen, ein gesundheitsschädigendes Verhalten gar nicht erst auszuüben. Ein gesunder Bürger ist wesentlich kostengünstiger als eine erkrankte Person, weshalb präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen bereits sehr früh (im Kindergarten, Schule) umgesetzt werden sollten. Dazu zählen eine intensive Aufklärungsarbeit zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen, regelmäßiger Sportunterricht, die Verteilung gesunder Jausen am Schulbuffet etc.

Außerdem kann die Gesundheitspolitik dazu beitragen, dass auch in der Öffentlichkeit Veränderungen stattfinden. Eine Gesundheitsförderungskampagne beispielsweise, die der Zielgruppe eine abwechslungsreiche Ernährung nahebringen möchte, wird wenig Erfolg haben, wenn der Kauf von gesunden Lebensmitteln unerschwinglich ist. Daher ist es besonders wichtig, dass qualitativ hochwertige Lebensmittel für die gesamte Bevölkerung zugänglich sind.

Dasselbe gilt für eine regelmäßige körperliche Betätigung. Jene Personen, die sich keine Mitgliedschaft in einem Fitnesscenter leisten können, dürfen nicht ausgeschlossen werden. Beispielsweise können durch eine entsprechende Gestaltung der Grünflächen in den Großstädten Individuen eine körperliche Aktivität ausüben und folglich ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden steigern.

Nachdem die vorliegende Untersuchung dazu beigetragen hat, zu ermitteln, welche persuasive Taktik bzw. Strategie im österreichischen Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen bevorzugt eingesetzt werden, wäre es beispielsweise interessant zu erfahren, wie andere europäische Länder im Kampf gegen

Aids, Tabakkonsum, Krebs, Fettleibigkeit usw. vorgehen. Wird auch außerhalb von Österreich der Einsatz positiver Botschaften bevorzugt?

Mittels einer qualitativen Herangehensweise könnte auch erforscht werden, ob Versprechen oder doch Furchtappelle die österreichische Bevölkerung eher dazu animieren, tatsächlich eine Änderung des ungesunden Verhaltens vorzunehmen bzw. ein gesundheitsförderndes Verhalten umzusetzen. In diesem Zusammenhang könnte auch untersucht werden, ob die Zielgruppen – nach Konfrontation mit der Botschaft – die empfohlene Handlungsanweisung befolgen oder ob erst ein Dialog mit dem persönlichen sozialen Umfeld oder einem Experten zu einer Übernahme des Verhaltens führt. Diese Ergebnisse können dann Aufschluss über die Wirkung von Versprechen und Furchtappellen in der österreichischen Bevölkerung geben.

10. ANHANG

LITERATURVERZEICHNIS

AMMANN, B. (1999). *Gesundheitskommunikation – macht sie Angst vor Krankheit? Die Problematik von vorsorgemedizinischen Kampagnen diskutiert und analysiert am Beispiel der Influenza Impfkampagne für Vorarlberg*. Diplomarbeit. Universität Wien.

ATKIN, C. K. (1981). Mass media information campaign effectiveness. In: R. E. Rice & W. J. Paisley (Hrsg.), *Public Communication Campaigns* (S. 265-279). Beverly Hills, London: Sage Publications.

ATKIN, C. K. (2001). Theory and Principles of Media Health Campaigns. In: R. E. Rice & C. K. Atkin (Hrsg.), *Public Communication Campaigns* (S. 49-68). Thousand Oaks, London & New Delhi: Sage Publications.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: Freeman.

BARTH, J., & BENGEL, J. (1998). *Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4. Köln: BZgA.

BARTH, J. (2000). *Tabakprävention durch Angst. Die Wirkung furchtinduzierender Medien bei Jugendlichen*. Münster, New York [u.a.]: Waxmann.

BETTINGHAUS, E. P., & CODY, M. J. (1994). *Persuasive Communication. Fifth Edition*. Fort Worth, Tex. [u.a.]: Harcourt Brace College Publishers.

BONFADELLI, H., & FRIEMEL, T. (2006). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011). Rahmengesundheitsziele für Österreich. Heruntergeladen von <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> [10. Jänner 2012]

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2011). Gib Aids keine Chance. *aktuell: Informationsbrief zur Aidsprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Heruntergeladen von http://www.gib-aids-keine-chance.de/media/pdf/Newsletter/Newsletter_GAkC_November2011.pdf [25. Jänner 2012]

BURKART, R. (2002). *Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Wien, Köln: Böhlau/UTB.

CHANIOTIS, A., KROPP, A., & STEINHOFF, C. (2009). *Überzeugungsstrategien*. Berlin, Heidelberg: Springer.

CHO, H., & SALMON, C. T. (2006). Fear Appeals for Individuals in Different Stages of Change: Intended and Unintended Effects and Implications on Public Health Campaigns. *HEALTH COMMUNICATION*, 20(1), 91-99.

CHO, H., & SALMON, C. T. (2007). Unintended Effects of Health Communication Campaigns. *Journal of Communication*, 57(2), 293-317.

CIALDINI, R. B. (2010). *Die Psychologie des Überzeugens. Ein Lehrbuch für alle, die ihren Mitmenschen und sich selbst auf die Schliche kommen wollen. 6., überarbeitete Auflage*. Bern: Huber.

DETWEILER, J. B., BEDELL, B. T., SALOVEY, P., PRONIN, E., & ROTHMAN, A. J. (1999). Message framing and sunscreen use: Gain-framed messages motive beachgoers. *Health Psychology*, 18(2), 189-196.

DOPPLER, B. (2010). *Gesundheitskommunikation: Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich am Beispiel des „Pilotprojekts Schulfrucht“*. Magisterarbeit. Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft.

DORN, M. (2004). Plakat. In: W. FAULSTICH (Hrsg.), *Grundwissen Medien* (S. 324-338). 5. Auflage. Wilhelm Fink Verlag.

EVANS, R. I., ROZELLE, R. M., LASATER, T. M., DEMBROSKI, T. M., & ALLEN B. P. (1970). Fear arousal, persuasion, and actual versus implied behavioral change: new perspective utilizing a real-life dental hygiene program. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(2), 220-227.

FARRELLY, M. C., NIEDERDEPPE, J., & YARSEVICH J. (2003). Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present, and future directions. *Tobacco Control*, 12(Suppl 1), i35-47.

FELSER, G. (2007). *Werbe- und Konsumentenpsychologie*. 3. Auflage. Heidelberg: Spektrum Akad. Verlag.

FESTINGER L. (1957). Die Lehre der kognitiven Dissonanz. In: R. Burkart (1989) (Hrsg.), *Wirkungen der Massenkommunikation. Theoretische Ansätze und empirische Ergebnisse* (S. 16-22). Wien: Braumüller.

FINNEY, L. J., & IANNOTTI, R. J. (2002). Message framing and mammography screening: A theory-driven intervention. *Behavioral Medicine*, 28(1), 5-14.

FRANZINI, L. R. (1993). The Paradox of Accurate Information Increasing the Fear of AIDS. In: S. C. Ratzan, (Hrsg.), *AIDS: Effective Health Communication for the 90s*. (S. 71-90). Washington, DC [u.a.]: Taylor & Francis.

FROMM, B., BAUMANN, E., & LAMPERT, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

FRÜH, W. (2011). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis*. 7., überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

GfK AUSTRIA (2011). Gesundheitsstudie. Heruntergeladen von http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfkaustria/pressemeldung_gesundheitszustand.pdf [8. Jänner 2012]

GÖPFERT, W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: K. Hurrelmann (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 131-141). Bern [u.a.]: Huber.

GREEN, E. C., & WITTE, K. (2006). Can Fear Arousal in Public Health Campaigns Contribute to the Decline of HIV Prevalence? *Journal of Health Communication*, 11(3), 245-259.

HALE, J. L., & DILLARD, J. P. (1995). Fear Appeals in Health Promotion Campaigns. Too much, too little, or just right? In: E. Maibach & R. L. Parrott (Hrsg.), *Designing health messages. Approaches from communication theory and public health practice*. (S. 65-80). Thousand Oaks, California [u.a.]: Sage Publications.

HOCHSCHULE FÜR HEILPÄDAGOGIK (o.J.). Grundgedanken Prävention. Heruntergeladen von <http://www.sprachpraevention.ch/content-n7-sD.html> [18. November 2010]

HOEK, J., NEWCOMBE, R., & WALKER, S. (2011). Promoting youth smokefree behaviour: An evaluation of a social norms campaign. *Australasian Marketing Journal*, 19(1), 58-64.

HOVLAND, C. I., JANIS, I. L., & KELLEY, H. H. (1982). *Communication and persuasion. Psychological studies of opinion change*. New Haven, CO: Yale University Press.

HURRELMANN, K., LAASER, U., & RICHTER, M. (2012). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 661-692). Weinheim, München: Juventa.

JACKOB, N. (2004). Der Tod planscht mit. Furchtappelle als Instrument der Gesundheitskommunikation. *Fachjournalist*, 13(4), 15-19.

JANIS, I. L., & FESHBACH, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of abnormal and social psychology*, 48(1), 78-92.

JOB, R. (1988). Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns. *American Journal of Public Health*, 78(2), 163-167.

- KAMPS, J. (1999). *Plakat. Grundlagen der Medienkommunikation. Band 5*. Tübingen: Niemeyer.
- KELLER, P. A., & LEHMANN, D. R. (2008). Designing Effective Health Communications: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 27(2), 117-130.
- KNERR, W., & PHILPOTT, A. (2009). Promoting Safer Sex Through Pleasure: Lessons from 15 countries. *Development*, 52(1), 95-100.
- KOEPLER, K. (2000). *Strategien erfolgreicher Kommunikation: Lehr- und Handbuch*. München; Wien: Oldenbourg.
- KOPFMAN, J. E., SMITH, S. W., AH YUN, J. K., & HODGES, A. (1998). Affective and Cognitive Reactions to Narrative Versus Statistical Evidence Organ Donation Messages. *Journal of Applied Communication Research*, 26(3), 279-300.
- KRAUSE, R., EISELE, H., LAUER, R. J., & SCHULZ, K. (1989). *Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- KRISHER, H. P., DARLEY, S. A., & DARLEY, J. M. (1973). Fear-provoking recommendations, intentions to take preventive actions, and actual preventive actions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26(2), 301-308.
- KRÖGER, C. (2002). *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 18. Köln: BZgA.
- LATOUR, M. S., & ZAHRA, S. A. (1989). Fear Appeals As Advertising Strategy: Should They Be Used? *The Journal of Consumer Marketing*, 6(2), 61-70.
- MAIBACH, E., FLORA J. A., & NASS, C. (1991). Changes in Self-Efficacy and Health Behavior in Response to a Minimal Contact Community Health Campaign. *HEALTH COMMUNICATION*, 3(1), 1-15.
- MANSTEAD, A. (1999). Fear Appeals. In: A. Manstead & M. Hewstone (Hrsg.), *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology* (S. 249-250). Oxford u.a.: Blackwell.

MATZINGER, S. (2004). *Social Advertising das moderne Mittel zur Verbreitung von Einstellungen: eine qualitative Untersuchung bezüglich Social Advertising im kulturellen Vergleich bei StudentInnen*. Diplomarbeit. Universität Wien.

MEYEROWITZ, B. E., & CHAIKEN, S. (1987). The effects of message framing on breast self-examination attitudes, intentions and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500-510.

MONGEAU, P. A. (1998). Another Look at Fear-Arousing Persuasive Appeals. In: M. Allen & R. W. Preiss (Hrsg.), *Persuasion. Advances Through Meta-Analysis* (S. 53-68). Cresskill, New Jersey: Hampton Press.

MOSER, K. (2007). *Wirtschaftspsychologie*. Heidelberg: Springer Verlag.

O'KEEFE, D. J (1990). *Persuasion. Theory and Research*. Newbury Park, California [u.a.]: Sage Publications.

O'KEEFE, D. J., & JENSEN, J. D. (2008). Do loss-framed persuasive messages engender greater message processing than do gain-framed messages? A meta-analytic review. *Communication studies*, 59(1), 51-67.

PARSONS, T. (1963). On the Concept of Influence. *Public Opinion Quarterly*, 27(1), 37-62.

PERLOFF, R. M. (2010). *The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the 21st century. 4. Edition*. New York [u.a.]: Routledge.

RINGELMANN, V. (1991). *Gesundheit durch Zeitschriften*. Hamburg: Kovac.

ROSENBROCK. R. (2003). Ein Grundriss wirksamer Aids-Prävention. In: R. Rosenbrock & D. Schaeffer (Hrsg.), *Die Normalisierung von Aids* (S. 71-81). Berlin: Edition sigma.

ROSSMANN, C., & PFISTER, T. (2008). Zum Einfluss von Fallbeispielen und furchterregenden Bildern auf die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern zum Thema Adipositas. *Medien- und Kommunikationswissenschaft*, 56 (3-4), 368-391.

ROTHMAN, A. J., & SALOVEY, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behaviour: the role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121(1), 3-19.

SCHÖNBACH, K. (2009). *Verkaufen, Flirten, Führen. Persuasive Kommunikation – ein Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

SCHWARZER, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

SNYDER, L. B. (2001). How Effective are Mediated Health Campaigns? In: R. E. Rice & C. K. Atkin (Hrsg.), *Public Communication Campaigns* (S. 181-190). Thousand Oaks, London & New Delhi: Sage Publications.

STEINBACH, H. (2007). *Gesundheitsförderung: ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe*. 2. aktualisierte Auflage. Wien: Facultas. WUV.

SULSER-PREM, B. (2009). *Emotionen im Social Advertising. Eine Untersuchung von ausgewählten emotionalisierenden Elementen der AIDS-Präventionskampagnen der Aids Hilfe Wien der Jahre 2003 bis 2009*. Diplomarbeit. Universität Wien.

SÜSS, D., VON ARX, C., & MARXER, M. (2002). Kommunikationsstrategien in der Gesundheitsförderung. Eine Studie zur optimalen Gestaltung von Botschaften in Gesundheitsförderungskampagnen. Heruntergeladen von http://www.psychologie.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/psychologie/Downloads/Forschung/Schlussbericht_Kommunikationsstrategien_in_der_Gesundheitsfoerderungpdf.pdf [24. Februar 2012]

VITOUCH, P. (1997). Gesundheitskommunikation. Zur Problematik von Medien-Kampagnen. In: O. Weiß (Hrsg.), *Sport. Gesundheit. Gesundheitskultur* (S. 232-247). Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

WAKEFIELD, M. A., LOKEN, B., & HORNIK, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.

WEHNER, C. (1996). *Überzeugungsstrategien in der Werbung: Eine Längsschnittanalyse von Zeitschriftenanzeigen des 20. Jahrhunderts*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

WITTE, K. (1997). Preventing teen pregnancy through persuasive communications: Realities, myths, and the hard-fact truths. *Journal of Community Health*, 22(2), 137-154.

WITTE, K., & ALLEN, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 592-615.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Heruntergeladen von http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [9. Dezember 2010]

ZURSTIEGE, G. (2007). *Werbeforschung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

INTERNETQUELLEN

Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention

<http://www.unserehaut.de/adp/service/kampagneninfos/kampagne03.html> [10.12.2010]

Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“

<http://www.exsmokers.eu/de-de/index> [07.04. 2012]

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Beispiel eines AIDS-Plakates mit einem starken Furchtappell aus Uganda aus den 1980er Jahren 21

Abbildung 2: Ein drastischer Appell der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (2003) 21

Abbildung 3: Sujet der Kampagne „Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten“ (2011)..... 27

Abbildung 4: deutsche Kampagne für mehr Solidarität mit HIV-/Aids-Betroffenen (2011) 28

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: gesundheitliche Institutionen.....	50
Tabelle 2: Art der Kampagne.....	50
Tabelle 3: Art des Plakates	51
Tabelle 4: persuasive Taktik bzw. Strategie im Text.....	52
Tabelle 5: persuasive Taktik bzw. Strategie im Text im Zusammenhang mit der Art des Plakates	53
Tabelle 6: bildliche Stützung des persuasiven Textes	54
Tabelle 7: Furchtappell mit oder ohne Handlungsempfehlung	56
Tabelle 8: Art der Kampagne im Zusammenhang mit der Wahl der persuasiven Taktik bzw. Strategie im Text.....	58
Tabelle 9: Versprechen	59
Tabelle 10: Zusammenhang zwischen der persuasiven Taktik bzw. Strategie und dem Bedrohungspotenzial einer Krankheit.....	61
Tabelle 11: Stützung der Glaubwürdigkeit.....	63
Tabelle 12: Sonstige Merkmale des Sujets (2002-2012)	65
Tabelle 13: Sonstige Merkmale des Sujets im Zusammenhang mit der Art des Plakates	66
Tabelle 14: Ziel der Gesundheitskampagne	67

UNTERSUCHTE KAMPAGNEN

AUFTRAGGEBER	ANZAHL DER PLAKATE
AIDS Hilfe Wien	
Schutz aus Liebe - 1988	6
AIDS braucht Mit-Arbeit - 1991	1
Sei so lieb - 1995	4
Menschlichkeit ist ansteckend - 1998	5
Aber sicher! - 1998	3
Belüg dich nicht selbst! - 2002	5
Komm mit. - 2002	4
Vollgummi - 2002	4
Pleasure Island - 2004	3
HIV/AIDS - 2005	1
Profis haben's drauf. - 2005	2
Lovemaniacs - 2006	4
Nicht alles Positive sieht man gleich. - 2008	2
Schutzengel schützt leider nicht - 2009	2
	Gesamt: 46 Plakate
Österreichische Krebshilfe	
Aktion: Mann, denk' daran. - 1987	1
Es ist Zeit, sich über Vorsorgemöglichkeiten zu informieren. - 1989	1
Natürlich gesund bleiben - 1991	1
Sorgen Sie vor – Genießen Sie Ihr Leben, aber auf gesunde Art! - 1992	1
Nikotin: Nur Engel haben vier Flügel - 1996	1
Europa gegen Krebs - 1996	1
Brustkrebs Vorsorge - 1997	1
Vorsorge für's Leben. - zwischen 1997- 2000	1
Hautkrebs Vorsorge - 1998	1
Darmkrebs Vorsorge - 1999	1
5x täglich Obst und Gemüse: so einfach und gesund! - 2000	2
Aus Liebe zum Leben - 2002 bis 2006	26
Diagnose Krebs: Sie sind nicht allein. - 2008	1
	Gesamt: 39 Plakate
Fonds Gesundes Österreich	
Die konstruierten Nahrungsmittel - 2001	3
Ich b RAUCH s nicht! - 2002	2
Österreich in Bewegung - 2003	2

Schau auf Dich! - 2004	4
Die Ernährungspyramide baut auf! - 2005	2
Mehr Spaß mit Maß - 2006	5
Nachdenken statt Nachschenken - 2007	1
Mein Herz und Ich. Gemeinsam gesund - 2008/2009	2
Mach dich fit! - 2010	1
	Gesamt: 22 Plakate
Österreichische Apothekerkammer	
Rauchverbot - 2003	1
10 Minuten für meine Gesundheit - 2006	1
Bewegung ist Leben - 2010	1
Mein persönlicher Stil – in Zusammenarbeit mit der AIDS Hilfe Wien - 2010	4
Gefälschte Medikamente – in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Finanzen - 2010	2
Tag der Apotheke - 2002, 2003, 2005, 2007-2009, 2011	7
Zeckenschutzimpfung - 2012	1
	Gesamt: 17 Plakate
Ärztchammer für Wien	
Jahr der Gesundheitsvorsorge - 2008	5
Gesund durch Vorsorge - 2009	4
	Gesamt: 9 Plakate
Österreichische Diabetes Gesellschaft	
Diabetes Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen - 2009	2
Weltdiabetestag - 2010	1
Weltdiabetestag - 2011	2
Spätfolgen des Schwangerschaftsdiabetes - 2012	1
	Gesamt: 6 Plakate

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	
Schütz dich vor Aids - 1991	7
Anti-Raucher-Kampagne bei Schwangeren - 1992	1
Anti-Raucher-Kampagne - 1993	5
Nichtrauchen lohnt sich auf jeden Fall! - 2010	4
	Gesamt: 17 Plakate
	GESAMT: 156 Plakate

KATEGORIENSYSTEM DER INHALTSANALYSE

1. Titel der Kampagne

2. Jahr

2a) Kampagne aus den letzten zehn Jahren (2002-2012)

2b) ältere Kampagne (1987-2001)

3. Gesundheitliche Institutionen

3a) AIDS Hilfe Wien

3b) Österreichische Krebshilfe

3c) Fonds Gesundes Österreich

3d) Österreichische Apothekerkammer

3e) Ärztekammer für Wien

3f) Österreichische Diabetes Gesellschaft

3g) Bundesministerium für Gesundheit

4. Art der Kampagne

4a) Präventionskampagne

4b) Gesundheitsförderungskampagne

4c) Solidaritäts- bzw. Antidiskriminierungskampagne

4d) keine deutliche Abgrenzung (sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention)

5. Art des Plakates

5a) begegnet den Rezipienten an öffentlichen Plätzen – Plakat

5b) in Auslagen (Apotheke) oder in ärztlichen Praxen angebracht – Poster

6. Bedrohungspotenzial der Krankheit

6a) hohes Bedrohungspotenzial: keine Heilung, schwere bzw. lebenslange Behandlung, Krankheiten, die zum Tod führen können (z.B. Aids, Diabetes, Krebs, Sucht-Krankheiten)

6b) niedriges Bedrohungspotenzial: durch einen gesundheitsfördernden Eingriff kann die Krankheit wieder abgewendet werden (z.B. das Übergewicht wird durch regelmäßige Bewegung und eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten reduziert)

6c) kein Bedrohungspotenzial (z.B. Vorsorge-Kampagnen)

7. Persuasive Taktik bzw. Strategie im Text – ALLGEMEIN

7a) Versprechen (positiv formulierte Botschaft)

7b) auf die Gefahren eines Verhaltens wird deutlich hingewiesen (furchteinflößende Botschaft)

7c) weder über die Vorzüge noch über die Gefahren eines Verhaltens wird aufgeklärt

8. Persuasive Taktik bzw. Strategie im Text – SPEZIFISCH

8a) VERSPRECHEN

1) Vorteile bei Unterlassen einer Handlung werden explizit genannt

2) keine Erkrankung

3) (neues) Verhalten wird empfohlen

4) Information/Leistung/Beratung (kostenloser Gesundheits-Check, Erinnerungs-Mail)

5) Sonstiges (Schönheit, Erfolg, begehrenswert sein)

8b) FURCHTAPPELL

1a) starker Furchtappell: explizite Darstellung der negativen Konsequenzen, mit dem Tod assoziierte Wörter

1b) leichter Furchtappell

2a) Furchtappell mit Handlungsempfehlung

2b) Furchtappell ohne Schlussfolgerung

9. Bildliche Stützung des Textes

9a) besonders positiv: lachende, glückliche, liebende, begehrenswerte Personen, helle freundliche Farben, humorvoll (z.B. Banafurter, Kornfisch, etc.)

9b) besonders negativ (furchteinflößend): mit dem Tod assoziierte Abbildungen (Sensenmann, Totenkopf, lebloser Körper), Grafiken erkrankter Organe, gelbe Zähne, dunkle Farben, unheimliche Stimmung

9c) neutral

10. Ziel der Gesundheitskampagne

10a) reine Informationsvermittlung – bloße Behauptung („FSME kann jeden treffen! Sind Sie geschützt?“ – Kampagne der österreichischen Apothekerkammer 2012)

10b) reine, schriftlich festgelegte Handlungsanweisung („Geh zum Test“ – Kampagne der Aids Hilfe Wien 2002)

10c) reine, indirekte Handlungsanweisung (lediglich die Abbildung eines Kondoms, ohne explizite Erwähnung, dass dieses vor AIDS, Schwangerschaft und anderen Krankheiten schützt)

10d) Informationsvermittlung + direkte Handlungsempfehlung (z.B. „Mehr Bewegung und bessere Ernährung freuen Herz und Kreislauf.“ – Kampagne FGÖ 2008)

10e) Informationsvermittlung + indirekte Handlungsempfehlung („Die Ernährungspyramide baut auf!“ – Abbildung der Pyramide ohne Erklärung - Kampagne FGÖ 2005)

10f) Motivation/Stärkung des Selbstwertgefühls: „Ich bRAUCHS nicht!“

11. Stützung der Glaubwürdigkeit

Eine oder mehrere Personen – Prominente, Experten, Betroffene oder Angehörige von Betroffenen – äußern sich zu dem Thema, als Betroffene oder Anwender und fordern zu einem erwünschten Verhalten auf.

11a) kein menschlicher Botschafter bzw. Aushängeschild der Kampagne

11b) prominente Persönlichkeiten (Elke Winkens für die AIDS Hilfe Wien, Alfred Gusenbauer für die Krebshilfe)

11c) Personen mit Fachbezug (Experten)

11d) (scheinbar) Betroffene oder Angehörige von Betroffenen (HIV/AIDS-infizierte Personen, Ex-Raucher, Ehepartner/ Kind starb an Lungenkrebs)

11e) Durchschnittspersonen

11f) Statistik (z.B. Kampagne der österreichischen Apothekerkammer „95% der von den Behörden aufgegriffenen Medikamente aus dem Internet sind Fälschungen“)

12) Sonstige Merkmale des Sujets

12a) keine Angaben

12b) Hotline

12c) Website

12d) Hotline + Website

12e) Einladung

12f) Anforderungsmöglichkeit Ratgeber/Informationsbroschüre

12g) Ratgeber/Informationsbroschüre + Website

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Magisterarbeit beschäftigt sich mit dem Einsatz persuasiver Taktiken und Strategien in österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen. Getreu dem Motto „Vorsorgen ist besser als heilen“ soll mithilfe groß angelegter Aufklärungskampagnen der Bevölkerung zu mehr Gesundheit verholfen werden. Gleichzeitig wird sie angehalten, gesundheitliche Risiken zu meiden.

Das Erzielen neuer (gesunder) Verhaltensweisen gelingt mittels persuasiver Kommunikation, weshalb im theoretischen Teil der Arbeit zunächst der Begriff Persuasion und – zum besseren Verständnis – die Begrifflichkeiten Prävention, Gesundheitsförderung und deren Ziele definiert werden.

Nach einem kurzen Überblick der bekannten persuasiven Taktiken und Strategien, die eingesetzt werden können, um eine Einstellungs- und Verhaltensänderung zu bewirken, befasst sich ein Kapitel mit jenen, die in Gesundheitskampagnen bevorzugt zum Einsatz kommen. In der Literatur wird in erster Linie der Frage nachgegangen, ob es effektiver sei, die schädlichen Auswirkungen eines bestimmten Verhaltens hervorzuheben oder die positiven Auswirkungen des Verzehrs schädigender Handlungen zu betonen. Nach einigen Beispielen der konkreten Umsetzung von Versprechen und Furchtappellen (Drohungen), gilt es darzulegen, wie die Wissenschaft den Einsatz positiver bzw. negativer Appelle begründet.

Abgeschlossen wird der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit mit einer kurzen Erläuterung über die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen über die klassischen Massenmedien. Obwohl in den seltensten Fällen eine Änderung des Verhaltens herbeigeführt wird, stellen Massenmedien einen wesentlichen Bestandteil der Prävention und Gesundheitsförderung dar.

Im empirischen Teil der Arbeit werden Plakate österreichischer Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen von sieben unterschiedlichen gesundheitlichen Organisationen, die im Zeitraum von 1987 bis 2012 durchgeführt wurden, anhand einer Inhaltsanalyse untersucht. Dabei wird spezielles Augenmerk auf den Einsatz von Drohungen (Furchtappellen) und Versprechen gelegt. Ziel dieser wissenschaftlichen Untersuchung ist aufzuzeigen, welche persuasive Taktik bzw. Strategie bevorzugt in österreichischen Gesundheitskampagnen zum Einsatz kommt, um die Zielgruppen zu

motivieren, ungünstige Verhaltensweisen aufzugeben oder neue Verhaltensweisen anzunehmen.

ABSTRACT

The present master thesis deals with the use of persuasive tactics and strategies in Austrian campaigns for health promotion and prevention. With the aid of large educational campaigns, true to the motto “prevention comes first”, the general public should get a better understanding of health, and in addition to that, it should be driven to avoid health threats.

Healthy behavior can be achieved through persuasive communication. The theoretical part of the master thesis focuses on the idea of Persuasion, and, for a better understanding, on the concepts of prevention, health promotion and their goals.

After a short outline on common persuasive tactics and strategies which can be used to produce a change in attitude and behavior, one chapter addresses to those tactics and strategies which are in preferred use for health campaigns. The question, which can be usually found in literature, is, if it is more effective to point out the destructive impact of a certain behavior or to emphasize the positive impact of destructive actions which are not taken. After a few examples of specific realization of promises and fear appeals, it is essential to demonstrate how science justifies the use of positive and respectively negative appeals.

The theoretical part of this present paper ends with a short explanation about the intermediation of health-related information through conventional mass media. Mass media is an essential component in health promotion and prevention, although a change in behavior can be detected in the rarest cases.

The empirical part of the paper analyzes posters of Austrian campaigns for health promotion and prevention of seven different health organizations, which have taken place between 1987 and 2012. This analysis specializes on the use of threats and promises which have been made. It is the object of this scientific study to show, which persuasive tactics and strategies are preferred in Austrian health campaigns, to motivate target groups, to forfeit unfavorable behavior or to adopt new behavior.

LEBENS LAUF

Zur Person

Name	Sophie Boccioli
Geburtsdatum	03.09.1987
Geburtsort	Paris/Frankreich
Nationalität	Österreich/Frankreich

Ausbildung

1993-1997	Volksschule in Wien
1997-2005	Gymnasium und wirtschaftskundliches Realgymnasium Haizingergasse 37, 1180 Wien
2002-2003	Auslandsjahr in Toulouse/Frankreich
2005	Matura
2005-2012	Universität Wien Studium der Publizistik und Kommunikationswissenschaft
01/2009	Erlangung des Titels bakk.phil.
01/2011-05/2011	Université Nancy II, Nancy (Frankreich) Auslandssemester

Berufliche Erfahrungen

Seit 2005	zeitweise Mitarbeit bei tatwort – Gesellschaft für Kommunikation und Projektmanagement Hostess bei diversen Veranstaltungen
09/2008-11/2008	PR- Assistentin bei Martrix Communications Group
Juli 2009	Praktikum bei assist communications – Agentur für Strategieberatung, Projekt- und Eventmanagement
07/2010-08/2010	Praktikum bei der Österreichischen Vereinigung für das Gas- und Wasserfach (ÖVGW)