universität wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Präventive und gesundheitsfördernde Kommunikation durch Social Media - Eine Untersuchung der Veränderung des Gesundheitsverhaltens hinsichtlich eines gesunden Lebensstils und Gesundheitsbewusstseins“

verfasst von / submitted by
Mihaela Budjelan

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 190 353 299
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Lehramtsstudium UF Spanisch UF Psychologie und Philosophie
Betreut von / Supervisor:	Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Textpassagen und Gedankengänge sind durch genaue Angabe der Quelle in Form von Anmerkungen bzw. In-Text-Zitationen ausgewiesen. Dies gilt auch für Quellen aus dem Internet, bei denen zusätzlich URL und Zugriffsdatum angeführt sind. Mir ist bekannt, dass jeder Fall von Plagiat zur Nicht-Bewertung der gesamten Lehrveranstaltung führt und der Studienprogrammleitung gemeldet werden muss. Ferner versichere ich, diese Arbeit nicht bereits andernorts zur Beurteilung vorgelegt zu haben.

Wien, Juni 2018 Mihaela Budjelan

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Möglichkeit nutzen und mich bei all jenen bedanken, die mich im Laufe meines Studiums, sowie im Zuge der Erstellung dieser Diplomarbeit, unterstützt und mich durch diesen Lebensabschnitt begleitet haben.
Ich danke ganz besonders meinen Eltern und meiner Schwester, die mich im Laufe meines Studiums durch alle Höhen und Tiefen begleitet haben und stets ein offenes Ohr für mich hatten. Ein großes Dankeschön für Alles.
Im Besonderen möchte ich ebenfalls meinem Freund Mario danken, der mich stets motivierte und aufbaute, sowie mir mit Rat und Tat zur Seite stand. Danke für deine liebevolle Unterstützung.
Mein besonderer Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann für die freundliche und kompetente Betreuung bei dieser Diplomarbeit, sowie die hilfreichen Anregungen und Rückmeldungen, die mich stets in die richtige Richtung lenkten. Herzlichen Dank.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

1.1 Forschungsinteresse 2
1.2 Aufbau der Arbeit 2

I. THEORIE 3

2. Gesundheit 4

2.1 Definition und Konzepte von Gesundheit 4
2.2 Was ist ein gesundheitsbewusster Lebensstil? 7
2.3 Gesundheitsverhalten 9

2.3.1 Definition 9
2.3.2 Modelle des Gesundheitsverhaltens 9

2.4 Gesundheit durch Prävention 13
2.5 Gesundheitsförderung 16
2.6 Gesundheitsförderung versus Prävention 17

3. Gesundheitskommunikation 18

3.1 Definition 18
3.2 Forschungsfelder 20
3.3 Ansätze und Ziele der Gesundheitskommunikation 21
3.4 Ziele der Gesundheitskommunikation aus psychologischer Perspektive 22
3.5 Vier-Ebenen-Modell 23

4. Mediale Gesundheitskommunikation 25

4.1 Definition und Forschungsfeld 25
4.2 Kommunikationswege 26
4.3 Arten der Kommunikationswege 27

4.3.1 Printmedien 27
4.3.2 Fernsehen 27
4.3.3 Radio und Podcasts 28
4.3.4 Informations- und Aufklärungsmaterialien 28
4.3.5 Computerspiele 29
4.3.6 Internet 29

4.4 Wirkungsperspektiven medialer Gesundheitskommunikation 30

4.4.1 Wirkungsdimensionen 30
4.4.2 Wirkungsarten 32
4.4.3 Einflussfaktoren 32

4.5 Gesundheitskommunikation im Internet 33

4.5.1 Anwendungsfelder 33
4.5.2 Nutzung von Gesundheitsangeboten 35
4.5.3 Wirkungspotenzial 38
4.5.4 Negative Folgen für das Gesundheitsverhalten 39

5. Medienwirkungsforschung im Gesundheitswesen 41

5.1 Forschungsfelder 41
5.2 Mediennutzung 42

5.2.1 Veränderte Rolle von Rezipienten und Rezipientinnen 42
5.2.2 Informationsbedürfnis 43
5.2.3 Austauschbedürfnis 44

5.3 Medienwirkung 44

5.3.1 Agenda-Setting-Modell 44
5.3.2 Parasoziale Kommunikationsprozesse 45
5.3.3 Elaboration-likelihood-Modell 48

6. Social Media 49

6.1 Entwicklung des Social Web 49
6.2 Was ist Social Media? 51
6.3 Formen sozialer Medien 51

7. Fazit 53

II. EMPIRIE 57

8. Untersuchungsdesign 58

8.1 Allgemeiner Kontext 58
8.2 Forschungsmethode 60
8.3 Fragebogen 61

8.3.1 Aufbau 61
8.3.2 Strukturtypen der Fragen 63

8.4 Durchführung der Studie 63

8.4.1 Feldzeit 63
8.4.2 Rekrutierung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen 64
8.4.3 Pretest 64

8.5 Forschungsfragen 64
8.6 Hypothesen 65

9. Auswertung 65

9.1 Stichprobe 65
9.2 Ergebnisse 68

9.2.1 Darstellung der Ergebnisse 68
9.2.2 Forschungsfrage 1 69
9.2.2 Forschungsfrage 2 72
9.2.3 Forschungsfrage 3 73
9.2.4 Forschungsfrage 4 77

10. Zusammenfassung und Ausblick 78

11. Literatur- und Quellenverzeichnis 82

12. Anhang 91

12.1. Fragebogen 91
12.2. SPSS Auswertungen 95
12.3. Abstract 110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suche nach Gesundheitsinformationen bei einem Krankheitsfall 72
Abbildung 2: Empfinden von Gesundheitsratschlägen aus sozialen Medien..... 75
Abbildung 3: Negative Gesundheitsratschläge erlangen 75
Abbildung 4: Hilfe durch Gesundheitsinformationen aus dem Internet 76
Abbildung 5: Installation von Apps aufgrund von Social Media-Empfehlungen 77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ebenen des triadischen Präventions-Strukturmodells 14

Tabelle 2: Gliederung von Gesundheitsangeboten im Internet 34

Tabelle 3: Geschlechtliche Gliederung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bezogen auf die Stichprobengröße 66

Tabelle 4: Alter der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen 66

Tabelle 5: Bildungsgrad der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen 67

Tabelle 6: Gesundheitsverhalten der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen 68

Tabelle 7: Ergebnisse der geschlechtsspezifischen Suche nach Gesundheitsinformationen der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen 69

Tabelle 8: Chi-Quadrat-Test zur Hypothese 1 69

Tabelle 9: Ergebnisse der Suche von Gesundheitsinformationen unterteilt nach dem Bildungsgrad der befragten Teilnehmer und Teilnehmerinnen 70

Tabelle 10: Chi-Quadrat-Test zur Hypothese 2 70

Tabelle 11: Ergebnisse des Wissenszuwachses durch Social Media aller Studienteilnehmer und Teilnehmerinnen 74

1. Einleitung

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“
Arthur Schopenhauer [1788-1860]

Wie bereits der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer ausdrückte, ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des Individuums. Gesundheit ist ein Zustand, der Aussagen über die Lebensqualität und das Wohlergehen einzelner Individuen trifft. Ebenfalls ermöglichen Auskünfte über den Gesundheitszustand eine Einschätzung des Wohlergehens der gesamten Bevölkerung. (vgl. Bruns 2012:15) Das Gesundheitsbewusstsein der Gesellschaft hat sich im Laufe der Jahre stark verändert. Immer mehr Menschen zeigen großes Interesse an Gesundheitsthemen und suchen infolgedessen gezielt nach gesundheitsbezogenen Informationen, die ein gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:73)

Die Gesundheitskommunikation erforscht unter anderem diese Aspekte, der Vermittlung und Kommunikation von Informationen und Erfahrungen der Menschen, um gegebenenfalls die Gesundheit zu verbessern. Die Wissenschaft erfasst sämtliche Kommunikationsformen über Gesundheit und Krankheit. (vgl. Hurrelmann/Baumann 2014:13) So auch die Art und Weise, wie und ob die Gesundheit mittels Online-Anwendungen positiv beeinflusst werden kann.

Das Interesse und Angebot an Gesundheitsthemen im Internet ist in den letzten Jahren enorm gestiegen (vgl. Rossmann 2010:339),- vor allem der Einsatz von Social Media Anwendungen, wie Facebook, YouTube und Co. verändert die Art und Weise, wie die Gesellschaft Wissen bezieht und miteinander kommuniziert. Es folgt ein Wechsel von passiven zu aktiven Rezipienten und Rezipientinnen, die Inhalte selbst erstellen und veröffentlichen. (vgl. Norman 2012:3) Social Media ist eine kraftvolle Art der Kommunikation geworden, die es ermöglicht in kurzer Zeit ein breites Publikum zu erreichen. Des Weiteren ermöglichen soziale Medien, dass sich Einzelpersonen und Organisationen einfacher verknüpfen können, um so Inhalte auf die Bedürfnisse Einzelner anzupassen. (vgl. ebd.:4) Zusätzlich nicht auszuschließen ist der Kostenfaktor, da anhand der kostenlosen beziehungsweise sehr günstigen Social Media Anwendungen globale Barrieren minimiert werden können (vgl. ebd.:5).

Mit dieser Diplomarbeit soll infolgedessen gezeigt werden, dass soziale Medien das Gesundheitsverhalten von Nutzern und Nutzerinnen beeinflussen und diese

gegebenenfalls zu einem gesünderen Lebensstil und vermehrtem Gesundheitsbewusstsein animieren können.

1.1 Forschungsinteresse

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll erläutert werden, ob soziale Medien das Gesundheitsverhalten von Nutzern und Nutzerinnen positiv beeinflussen können. Zusätzlich soll geklärt werden, warum Social Media Anwendungen in der Gesundheitskommunikation eingesetzt werden und welches Potenzial und Auswirkungen diese mit sich bringen. Ziel ist somit allgemeine Termini und den aktuellen Forschungsstand zu klären, sodass gezeigt werden kann, dass soziale Medien, wie Facebook, YouTube und Co. das Gesundheitsverhalten beeinflussen können und die gesellschaftliche Gesundheit verbessert werden kann. Doch in welchem Ausmaß dies vonstattengeht, soll im Rahmen dieser Diplomarbeit geklärt und analysiert werden.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zur Erarbeitung des Forschungsinteresses ist diese Diplomarbeit in einen theoretischen und empirischen Teil gegliedert. Im ersten Abschnitt – dem theoretischen Teil – erfolgt eine Darstellung von Begriffen und Konzepten. Des Weiteren wird ein Auszug aus dem aktuellen Forschungsstand dargestellt um die Basis für den zweiten, empirischen Abschnitt zu schaffen.

Nach der Erarbeitung der theoretischen Erkenntnisse aus der Literatur, wird quantitativ in Form einer Online-Umfrage vorgegangen. Diese gründet zum Teil auf einer in den USA bereits durchgeführten Telefonbefragung, die unter anderem das Gesundheitsverhalten in Bezug auf das Nutzen von Online-Angeboten erforscht. Ergänzt wird die Umfrage durch zusätzliche themenspezifische Fragen zur Verwendung von sozialen Medien, bezogen auf die Veränderung des gesunden Lebensstils.

I. THEORIE

2. Gesundheit

Gesundheitsbezogene Fragen betreffen jedes Individuum, unabhängig von dessen Alter. Mit der immer schneller wachsenden und verändernden Welt geht auch die Frage einher, was Gesundheit ist und wie diese erhalten beziehungsweise gefördert werden kann. Oftmals wird man sich gesundheitlicher Aspekte erst bewusst, wenn bereits Beschwerden präsent und merkbar sind.

Was bedeutet Gesundheit nun? Dies ist eine Frage, die sowohl für Experten und Expertinnen, als auch für Laien und Laiinnen nicht einfach zu beantworten ist. Bis heute konnte man sich auf keinen einheitlichen Gesundheitsbegriff einigen. Es gibt zahlreiche Ansichten und Modelle, die unterschiedlichste Sichtweisen auf Krankheit und Gesundheit bieten. (vgl. Faltermaier 2017:38)

Eine Vielzahl an Modellen versucht die Entstehung und Veränderung vom gesundheitlichen Verhalten zu beschreiben. Warum Menschen gesund beziehungsweise ungesund agieren und wie die Gesundheit beeinflusst werden kann, soll nun in den folgenden Kapiteln genauer thematisiert werden.

2.1 Definition und Konzepte von Gesundheit

Um den Begriff *Gesundheitskommunikation* zu definieren ist es unabdinglich, zuerst einzugrenzen was unter *Gesundheit* zu verstehen ist. Vorab ist davon auszugehen, dass Gesundheit in ihrer Komplexität und in ihren vielfältigen Dimensionen schwer auf eine allgemein gültige Definition zu reduzieren ist (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:18).

Mit dem biomedizinischen Modell wurde im 19. Jahrhundert die Vorstellung vertreten, dass Krankheit und Gesundheit naturwissenschaftlich objektivierbare Zustände des biologischen Organismus sind. In der Medizin herrschte lange Zeit die Ansicht, dass sich die Definition von Gesundheit rein auf die Abwesenheit von Krankheit beschränkt. Der Mensch ist nur dann gesund, wenn biologische Funktionen und Zustände der Norm entsprechen. Ist er nun erkrankt, werden die Gründe für die Krankheit auf genetische oder externe Ursachen (zum Beispiel Bakterien, Viren, Gifte, etc.) begrenzt. Somit gibt es keine Eigenverantwortlichkeit der Individuen für die Gesundheit, da sich die Diagnose ob jemand krank ist, stets durch anatomische oder physiologische Veränderungen ergibt. (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:18)

Wie viele verschiedene Aspekte bei der Konkretisierung des Gesundheitsbegriffs zu berücksichtigen sind, bringt die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck. Die WHO definiert 1948 den Gesundheitsbegriff, wie folgt: *„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“* (WHO 1948, zit. n. BMASGK. o.J.) Diese Definition unterstreicht vor allem den Aspekt, dass Gesundheit neben physischer, ebenfalls psychischer und sozialer Natur ist. Dennoch erweist diese biomedizinische Sichtweise des Gesundheitsbegriffs eine statische Komponente, die Gesundheit als Zustand (Wohlbefinden) definiert und sich somit weiterhin als Abwesenheit von Krankheit definiert (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:15). Bei genaueren Betrachten dieses Definitionsansatzes stößt man auf drei Kritikpunkte. Zuerst ergibt sich die Frage, ob der Zustand des Wohlbefindens per se *die Gesundheit* ist, oder bloß ein Symptom von Gesundheit. Weiter ist unklar, wie und woran Wohlbefinden zu erkennen ist, da es einen subjektiven Charakter hat. Aufgrund dessen ergibt sich der dritte Kritikpunkt, dass man sich auch im Falle einer Krankheit wohl fühlen kann. Das Empfinden von Wohlbefinden differiert somit stets von Individuum zu Individuum. Diese Definition der WHO aus dem Jahr 1948 verfolgt also konsequenterweise ein idealistisches und kein realistisches Ziel von Gesundheit. (vgl. Hafen 2007:33)

In den 1970er Jahre wurde die biomedizinische Sichtweise um psychosoziale Komponenten erweitert. Gesundheit und Krankheit werden nicht mehr isoliert betrachtet, sondern als eine wechselseitige Bedingtheit auf einem Kontinuum. Krankheiten werden in einer Wechselwirkung durch biologische Eigenschaften, psychische Einflüsse, wie Emotionen und Kognitionen, sowie durch sozial-gesellschaftliche Faktoren verursacht. Dieses Modell nennt sich das biopsychosoziale Modell, welches Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome (griech. *dichótomos*= zweigeteilt) Einheit, sondern als Endpunkt eines Kontinuums betrachtet. Je nach subjektiver gesundheitlicher Verfassung befindet sich das Individuum näher oder ferner von einem Endpunkt entfernt. So kann beispielsweise eine Grippe für eine Person näher beim Endpunkt Krankheit sein, als für die andere. Es unterstreicht vor allem die aktive Rolle von Menschen bei der Erhaltung beziehungsweise Förderung ihrer Gesundheit. (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:19f.)

Ende der 1970er Jahre kam es zu einem Perspektivenwechsel des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs. Der Soziologe Aron Antonovsky setzte sich dafür ein, dass man sich von der bis dahin pathogenetisch orientierten Theorie entfernt und sich für die Entwicklung von Modellen zur Erhaltung von Gesundheit beschäftigt. Infolgedessen setzte er anstelle der Pathogenese (krankheitszentriertes Modell) das Konzept der Salutogenese (lat. *salus* = Unverletztheit, Heil, Glück; griech. *genes* = Entstehung). Dieses ist stets gesundheitsbezogen, ressourcenorientiert und präventiv. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 16)

Gesundheit wird somit nach Antonovsky als ein dynamischer Prozess erfasst, in welchem Krankheit nicht ausgeschlossen werden kann. Es ist vielmehr ein Modell, welches Gesundheit und Krankheit als Eckpunkte eines Kontinuums betrachtet, auf welchem sich der Gesundheitszustand dynamisch bewegt. (vgl. Waller 2002:21f.) Nach Antonovsky wird dieses Kontinuum Health-ease-dis-ease-Kontinuum (HEDE-Kontinuum) genannt und zählt ebenfalls zu den biopsychosozialen Modellen (vgl. Reimann/Hammelstein 2006:14).

Wie bereits erwähnt liegt der Fokus dieses Konzepts auf gesundheitsfördernden und -erhaltenden Faktoren – auch Widerstandsressourcen genannt – die es dem Menschen ermöglichen, krankmachende Einflüsse zu bewältigen, ohne dabei zu erkranken. Unterschieden wird zwischen individuellen (zum Beispiel körperlicher Konstitution) und externen (zum Beispiel materiellen Möglichkeiten) Ressourcen. (vgl. ebd.:15)

Zentraler Aspekt des Modells ist das Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC). Es ist ein Gefühl des persönlichen Vertrauens, welches es dem Individuum ermöglicht, sich aus der Umwelt jene Aspekte nutzbar zu machen, die seiner Gesundheit von Nutzen sind und jene zu meiden, die diese gefährden. Ein stark ausgebildeter Kohärenzsinn erleichtert die Nutzung von Widerstandskräften und Bewältigungsstrategien und ist somit wesentlich für die Erzeugung von Gesundheit. Das Kohärenzgefühl ermöglicht dem Individuum innere und externe Einflüsse zu verstehen, Anforderungen als grundsätzlich bewältigbar zu sehen und das Leben als emotional sinnvoll zu erleben. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 16)

Antonovskys positiver Ansatz der Begriffsbestimmung von Gesundheit trägt dazu bei, dass die Weltgesundheitsorganisation 1986 ein neues Gesundheitsverständnis implizierte. Zentrale Punkte der Definition von Gesundheit der WHO ist das positive Verständnis von Gesundheit, welches individuelle, soziale und körperliche Aspekte

berücksichtigt. Gesundheit soll stets im Alltag miteinbezogen und gefördert werden, sodass eine gesunde Lebensweise beziehungsweise Selbstbestimmung und ein umfassendes Wohlbefinden gegeben sein können. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:17)

Klaus Hurrelmann entwickelte die Definition von Antonovsky weiter. Für Hurrelmann ist Gesundheit ebenfalls kein statischer sondern ein dynamischer Zustand. Gelingt es dem Individuum innere (körperliche und psychische) und äußere (soziale und materielle) Faktoren zu bewältigen, tritt ein Gesundheitszustand ein. Gesundheit ist somit das Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, welches es gilt ständig auszugleichen. (vgl. Hurrelmann/Leppin 2001:10)

Zusammenfassend ist darauf zu schließen, dass Gesundheit mit ihren vielfältigen Begriffserklärungen schwer auf eine allgemeingültige Definition zu begrenzen ist. Im Vergleich dazu ist der Krankheitsbegriff mit seinen Auswirkungen wesentlich einfacher zu beschreiben. Krankheit und Gesundheit sind zwar konträr zueinander, schließen einander aber nicht aus und stehen somit in ständiger Wechselwirkung zueinander. Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit und umgekehrt ist stets fließend. Gesundheit ist infolgedessen ein Zustand der in seiner Bewegung festgelegt wird und welchen es gilt stetig in Balance zu halten.

Ob ein Individuum gesund ist oder nicht, beinhaltet nun nicht nur die körperliche sondern ebenfalls die psychische, sowie die soziale Ebene. Gesundheit ist somit einerseits objektiv erfassbar (durch medizinische Normbereiche), andererseits subjektiv wahrnehmbar.

2.2 Was ist ein gesundheitsbewusster Lebensstil?

Ernährungsweisen, Rauchen, Alkoholkonsum, Stress, Bewegung und vieles andere haben einen großen Einfluss auf das menschliche Gesundheitsverhalten, sowie auf den gesundheitsbezogenen Lebensstil.

Das Konzept des Lebensstils hat seine Ursprünge in der Gesundheitssoziologie und setzt sich aus der Lebensführung und Lebenschance zusammen. Der Lebensstil ist somit ein Modell, welches eine soziokulturell geprägte Lebensführung und eine soziostrukturell objektive Lebensbedingung verknüpft. (vgl. Burla/Bucher/Abel 2004:5)

> „Gesundheitsrelevante Lebensstile definieren wir als zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, intrapersonellen und sozialen Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in Auseinandersetzung mit ihrem sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen entwickelt werden.“ (Abel 2014:149)

Wie nun eine Person mit ihrer Gesundheit umgeht, hängt sehr stark von ihrem persönlich-biografischen und sozialen Kontext ab. Folglich formen Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und die soziale Lage einen gesunden Lebensstil. (vgl. Burla/Bucher/Abel 2004:6)
Das Gesundheitsbewusstsein ist die Fähigkeit für gesundheitsspezifische Themen ein Bewusstsein zu entwickeln um das Gesundheitshandeln und den Lebensstil positiv zu beeinflussen. Es beinhaltet die Intention stets gesund zu leben. Mit Hilfe von Maßnahmen wie der Gesundheitsaufklärung, -erziehung und -bildung soll jenes Bewusstsein herangebildet werden und verschiedene Vorstellungen von Gesundheit verknüpft werden. (vgl. Waller 2002:42) Faltermaier (1994) nennt infolgedessen wichtige Komponenten, die für ein gesundheitliches Bewusstsein ausschlaggebend sind:

- subjektive Bedeutung und die Ursachen von Gesundheit;
- Bedingungen die die Gesundheit beeinflussen;
- Wahrnehmung des Körpers und seine Belastungen;
- Wahrnehmung von Umweltrisiken und dem individuellen Verhalten;
- Wahrnehmung von Umweltressourcen und Ressourcen in der eigenen Person;
- Bedeutung von Gesundheit im sozialen Kontext.

(vgl. Faltermaier 1994:164)

Ob nun ein gesunder Lebensstil Ursache einer besseren Gesundheit ist, ist noch unklar, denn ein Verhalten kann sowohl gesundheitsförderlich, als auch ungesund sein, wenn sich beispielsweise das Streben nach Gesundheit exzessiv äußert. Dennoch wird sich ein gesundheitsbewusster Lebensstil auf Dauer vermutlich positiv auf die Gesundheit eines Menschen auswirken. (vgl. Hardil 2009:51)

2.3 Gesundheitsverhalten

2.3.1 Definition

In diesem Kapitel folgen eine Definition des Gesundheitsverhaltens sowie die Beschreibung von Theorien und Modellen des Gesundheitsverhaltens. Zusätzlich werden förderliche und präventive Aspekte thematisiert, die das gesundheitliche Verhalten beeinflussen.

Ursprünglich stammt der Begriff Gesundheitsverhalten von dem Amerikaner Koos (1954), welcher sämtliche Verhaltensweisen, die auf Krankheit und Gesundheit beruhen, mit Gesundheitsverhalten beschrieb (vgl. Blättner/Waller 2011:170f.). Im Grunde versteht man unter dem Gesundheitsverhalten ein Verhalten, ein Verhaltensmuster, beziehungsweise eine Gewohnheit, welche mit der Erhaltung, oder Verbesserung, von Gesundheit einhergeht (vgl. Ziegelmann 2002:152).

Prinzipiell unterscheidet man zwei Artes des Gesundheitsverhaltens:

- Positives Gesundheitsverhalten: Dies schließt jenes Verhalten ein, welches die Gesundheit von Individuen stärkt und schützt (vgl. Fuchs 2012:132). Das heißt jene Aktivität, welche Gesundheit von Individuen langfristig erhält, wiederherstellt, fördert oder verbessert (vgl. Lippke/Renneberg 2006:35).

- Risikoverhalten: Das Risikoverhalten impliziert hingegen ein gesundheitsgefährdendes Verhalten. Beispiele hierfür sind: Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, etc. (vgl. Fuchs 2012.:132)

Nach Fuchs (2012) werden fünf Verhaltensweisen unterschieden, die für das Gesundheitsverhalten eine wesentliche Rolle spielen: körperliche Aktivität, Ernährung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum und Schlafverhalten (Fuchs 2012:132f.).

2.3.2 Modelle des Gesundheitsverhaltens

Modelle des Gesundheitsverhaltens dienen der Analyse und Vorhersage von Verhaltensweisen. Es werden zwei Gruppen unterschieden: Lineare Modelle und Stadienmodelle. Zu den linearen Modellen zählen das Modell gesundheitlicher Überzeugung, die Schutzmotivationstheorie, die sozial-kognitive Theorie, sowie die

Theorie des geplanten Verhaltens. Im Grunde lassen sich diese Modelle als motivational charakterisieren, da sie sich damit befassen, wie Menschen die Absicht entwickeln sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Stadienmodelle hingegen sagen aus, dass Individuen bei dem Ziel ihr Gesundheitsverhalten zu ändern, mehrere Stadien durchlaufen. Zu diesen zählen unter anderem das transtheoretische Modell und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns. (vgl. Hoffmann/Faselt 2012:33-40) Warum Menschen gesund beziehungsweise ungesund handeln und wie dieses Verhalten nun beeinflusst werden kann, wird in den folgenden Modellen und Theorien dargestellt.

Modell gesundheitlicher Überzeugungen

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen, auch Health Belief Model genannt, geht davon aus, dass Personen, die eine gesundheitliche Bedrohung (Risikowahrnehmung) wahrnehmen, sich vermehrt gesünder verhalten. Zusätzlich müssen sie von dem Gesundheitsverhalten überzeugt sein und einen Nutzen in dem Verhalten sehen um die gewünschten Erwartungen zu erreichen. (vgl. Faltermaier 2017:210) Prinzipiell weist das Modell eine stark ausgeprägte Gesundheitsmotivation auf. Man ist stets motiviert, dass durch eine Veränderung des Verhaltens eine Erkrankung verhindert oder gemildert werden kann. (vgl. Hoffmann/Faselt 2012:34) Damit ein Handeln ausgelöst wird, muss jedoch ein gewisser Anstoß – wie innerliche (leichte Beschwerden durch das Rauchen) oder externe Reize (Konfrontation mit der Krebserkrankung eines Bekannten) – erfolgen (vgl. Faltermaier 2017:210).

Schutzmotivationstheorie

Die Schutzmotivationstheorie, oder auch Protection Motivation Theory (PMT) genannt, drückt aus wie stark gesundheitsförderlich sich eine Person verhält. Infolgedessen werden zwei parallel ablaufende Prozesse beschrieben, auf welche Informationsquellen Einfluss nehmen: die Bedrohungseinschätzung und die Bewältigungseinschätzung. (vgl. Hoffmann/Faselt 2012:34) Die Wahrnehmung der Bedrohungseinschätzung erfolgt durch das Abwägen der Bedrohung (gesundheitliche Verwundbarkeit und Schweregrad der Gefahr) und die Möglichkeit diese zu bewältigen. Die Bewältigungseinschätzung ergibt sich aus der Handlungswirksamkeit und der Selbstwirksamkeit abzüglich der Handlungskosten. Sind nun die Voraussetzungen beider Prozesse erfüllt, ergibt sich die

Schutzmotivation beziehungsweise Intention, welche im besten Fall zur Verhaltensänderung führt. (vgl. Lippke/Renneberg 2006:38f.)

Sozial-kognitive Theorie

Die Grundannahme der sozial-kognitiven Theorie ist, dass emotionale, kognitive, aktionale und motivationale Prozesse durch subjektive Erwartungen gelenkt werden. Dies geschieht vor allem durch zwei zentrale Komponenten, der Selbstwirksamkeitserwartung und der Handlungserwartung. Möchte eine Person nun ihr Verhalten verändern, so wiegt sie zunächst die Vor- und Nachteile in Form von Handlungsergebniserwartungen ab – sprich die zu erwarteten Konsequenzen ihres eigenen Verhaltens. Somit stellt sich die Person die Frage: Welche positiven und negativen Konsequenzen würden die verschiedenen Handlungsalternativen für mich haben? (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:28)

Ob das Individuum nun sein Verhalten ändert, hängt vom Grad der Selbstwirksamkeitserwartung ab. Die Selbstwirksamkeit ist die persönliche Überzeugung ein bestimmtes Verhalten in schwierigen Situationen bewältigen zu können. Je höher die Selbstwirksamkeit ist, desto höher setzen sich Personen ihre Ziele und beginnen Handlungen schneller. Ebenfalls strengen sie sich mehr an, erholen sich schneller von Rückschlägen und zeigen angesichts der Schwierigkeiten mehr und dauerhaftes Durchhaltevermögen. (vgl. ebd.:29)

Gefördert wird die Selbstwirksamkeit durch vier Quellen. Die erste Quelle ist die persönliche positive Erfolgserfahrung und gilt als die stärkste Quelle um Selbstwirksamkeit zu fördern. Die zweite Möglichkeit ist die stellvertretende Erfahrung (Modellernen) welche dazu führt, dass durch soziale Vergleichsprozesse Schlussfolgerungen auf die eigene Person gezogen werden. Als dritte Quelle ist die symbolische Erfahrung zu nennen, welche durch verbale Verstärkung von anderen imitiert wird. Die letzte und schwächste Quelle ist die emotionale Erregung, welche die Wirksamkeitserwartung beeinflussen kann. (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:29f.)

Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens, auch Theory of Planned Bahaviour genannt, erklärt den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten. Zwischen diesen Komponenten steht die Intention, die das Zwischenglied bildet und als bester

Prädikator des Verhaltens gilt. Die Intention ist die bewusste Entscheidung eines Individuums ein bestimmtes Verhalten auszuführen, oder ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Beeinflusst wird diese durch die Einstellung (positive oder negative Bewertungen) gegenüber dem Verhalten, die soziale Norm (Einfluss der Erwartung von Anderen auf die eigene Person) und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (persönlich wahrgenommene Schwierigkeit eine Handlung auszuführen). (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:35f.)

Transtheoretisches Modell

Das transtheoretische Modell gehört zu den Stadienmodellen und betrachtet die Entwicklung der Gesundheitsveränderung bezogen auf einen Zeitverlauf
Ein Individuum durchläuft sechs Stadien in denen jeweils kognitive und affektive Prozesse stattfinden, die zur Verhaltensänderung beitragen. Die sechs Stadien lauten wie folgt:

- Sorglosigkeit: Es liegt keine Absicht vor das gefährdende Verhalten zu verändern.
- Bewusstwerden: Es wird in Betracht gezogen das Verhalten zu ändern, eine Absicht besteht jedoch weiterhin nicht.
- Vorbereitung: Es besteht eine feste Absicht der Verhaltensänderung.
- Handlung: Das Verhalten wurde vor kurzem verändert.
- Aufrechterhaltung: Das gewünschte Verhalten wird aufrechterhalten (länger als sechs Monate).
- Stabilisierung: Das Zielverhalten ist gefestigt und es besteht keine Rückfallgefahr.

(vgl. Faltermaier 2017:216f.)

Auf jeder Stufe wägt die Person Vor- und Nachteile eines Problemverhaltens ab (Entscheidungsbalance). Ebenfalls von zentraler Bedeutung sind der Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung, sowie die Strategien des Veränderungsprozesses. (vgl. ebd.:216f.)

Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens ist ebenfalls ein Stadienmodell, jedoch definiert es sich nicht ausschließlich mittels Stadien sondern ebenfalls durch lineare Verhaltensänderungen. Aufgrund dessen spricht man von einem so genannten Hybridmodell mit dem Ziel die Intentions-Verhaltens-Diskrepanz zu überwinden. (vgl. Hoffmann/Faselt 2012:38f.)

Ausgangspunkt bildet eine wahrgenommene Bedrohung (Risikowahrnehmung), welche in Verbindung mit der Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeit zur Bildung einer Intention führt. Dieser Schritt erfolgt in der Motivationsphase, in der die Absicht entsteht das gefährdende Verhalten zu ändern. Anschließend folgt die Volitionsphase. Diese umfasst die Handlungsplanung (Konkretisierung der Rahmenbedingungen des Verhaltens) und die Bewältigungsplanung (ständige Kontrolle der Handlungsausführung, um Hindernisse zu bewältigen). (vgl. Blättner/Waller 2011:183)

Eine wichtige Komponente spielt in diesem Modell die phasenspezifische Selbstwirksamkeit, sowie selbstregulative Strategien (Emotions- und Aufmerksamkeitskontrolle, Belohnungsaufschub), die den Übergang in die jeweils nächste Phase beeinflussen. Je höher die Selbstwirksamkeit ist, desto leichter ist es das Verhalten zu erhalten und zu habitualisieren. (vgl. Hoffmann/Faselt 2012:40)

2.4 Gesundheit durch Prävention

Unter Prävention werden Interventionsmaßnahmen verstanden, welche Krankheiten vorbeugen oder verhindern. Diese Maßnahmen richten sich jedoch immer an bestimmte Zielgruppen (Alters-, Risiko-, Bevölkerungsgruppe), sodass Prävention nicht verallgemeinert werden kann. (vgl. Schüz/Möller 2006:143) Epidemiologische Daten sind infolgedessen zentral für die Bestimmung einer präventiven Maßnahme, denn mittels Zahlen zur Prävalenz und Inzidenz einer Krankheit ergeben sich Erkenntnisse zum Handlungsbedarf (vgl. ebd.:146).

Je nach Zeitpunkt des Einsatzes der Interventionsmaßnahmen lassen sich nach Caplan (1964) folgende Ebenen der gesundheitsbezogenen Intervention unterscheiden (vgl. Schüz/Möller 2006:143):

- *Primäre Prävention* zielt auf die Vermeidung von Inzidenzen (Neuerkrankungen) von Krankheiten in der ganzen Bevölkerung ab.

Interventionsmaßnahmen sind beispielsweise Impfungen oder Aufklärungen über Krankheitsrisiken. (vgl. Schüz/Möller 2006.:143)

- *Sekundäre Prävention* soll das Fortschreiten einer bereits eingetroffenen Krankheit dämpfen um eine Manifestation einer Krankheit zu vermeiden. Maßnahmen hierfür sind Untersuchungen zur Frühdiagnose von Krankheiten. (vgl. ebd.:143)

- *Tertiäre Prävention* beinhaltet rehabilitative Maßnahmen, die Schäden und Komplikationen bei Erkrankungen minimieren sollen (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017:219). Sie zielt auf die Verhinderung der Krankheitsverschlechterung durch Rehabilitationsmaßnahmen ab (vgl. ebd.:143).

Im Anschluss folgt eine Tabelle (siehe Tabelle 1), welche die Ebenen der gesundheitsbezogenen Intervention zusammenfasst.

Tabelle 1: Ebenen des triadischen Präventions-Strukturmodells (vgl. Franzkowiak 2008:198)

Struktur-ebene	**Ansatzpunkt**	**Maßnahmen**	**Ziele**
Primär-prävention	Einsatz vor Eintritt einer biologischen Schädigung	sämtliche Aktivitäten zur Vermeidung von Auslöser oder vorhandener Teilursachen (unter anderem Risikofaktoren) von spezifischen Erkrankungen, darunter ebenfalls die individuelle Erkennung und Beeinflussung solcher Teilursachen	Risikosenkung bzw. Risikoeliminierung: Senkung der Inzidenzrate einer Krankheit sowie Minimierung der Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Krankheit
Sekundär-prävention	Erkennung von biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung sowie deren erfolgreiche Frühtherapie	Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheitschecks	Minimierung der Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen
Tertiär-prävention	Behandlung klar erkennbaren Krankheiten („Kuration“) und zusätzliche Interventionen zur Verhinderung von bleibenden Funktionseinbußen	erfolgreiche Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung	Verhindern von Verschlimmerung der Krankheit sowie vor Funktionsverluste verhüten; Leistungsfähigkeit wiederherstellen/erhalten; Inzidenz bleibender Beeinträchtigungen und Behinderung minimieren.

Wie man aus der Tabelle entnehmen kann, bedarf es einer Reduktion beziehungsweise Bekämpfung von Belastungen und Risikofaktoren um das Auftreten von Krankheiten zu verhindern. Zusätzlich müssen Schutzfaktoren gefördert werden. Es werden physikalisch/bio-chemische (zum Beispiel Luftschadstoffe), soziale (zum Beispiel keine soziale Unterstützung), psychologische (zum Beispiel mangelndes Selbstwertgefühl), sowie genetische Risikofaktoren unterschieden. Somit können präventive Maßnahmen, sowohl im menschlichen Körper (zum Beispiel Schutzimpfungen), als auch auf seine Umgebung (z.B. Gesundheitskampagnen) einwirken. Demnach wirken eine Vielzahl an Faktoren auf die Entstehung von Krankheiten ein, die es aus präventiver Sicht zu verhindern gilt. (vgl. Abel/Kolip 2012:123)

Das Modell von Caplan erfährt jedoch zunehmend an Kritik, da es sich auf das Vorhandensein von Risikofaktoren stützt, dies jedoch bei vielen Krankheiten schwierig zu bestimmen ist. Deswegen schlug Gordon (1983) die Klassifizierung nach dem Kosten-Nutzen-Modell vor. Er unterteilt Interventionsmaßnahmen in universelle, selektive und indizierte Prävention. (vgl. Schüz/Möller 2006:147)

- Universelle Prävention wendet sich direkt an die breite Masse und beinhaltet nicht zwingend die Vermittlung durch Experten und Expertinnen. Ein Beispiel hierfür wären Fernsehspots oder allgemeine Ernährungstipps.

- Die selektive Prävention richtet sich an Personen, die ein höheres Risiko für Krankheiten oder Störungen haben, als die Allgemeinbevölkerung, beispielsweise die Beratung von Drogenabhängigen hinsichtlich der Ansteckungsgefahr von HIV.

- Indizierte Prävention zielt auf jene relativ kleinen Gruppen ab, die ein Krankheitsrisiko wie familiäre Vorbelastungen aufweisen.

(vgl. ebd.:147f.)

Interventionsstrategien lassen sich nicht nur nach dem Zeitpunkt (siehe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention), sondern ebenfalls nach dem Ansatz auf welcher Ebene eine präventive Maßnahme stattfinden soll, klassifizieren. Man unterscheidet

die *Verhaltensprävention* und *Verhältnisprävention.* (vgl. Schüz/Möller 2006:144) Erstere zielt auf die Verhaltensänderung von Menschen ab. Die Verhaltensprävention beeinflusst das Gesundheitsverhalten, beziehungsweise den Gesundheitszustand von Individuen, direkt um ihre Überzeugungen, Einstellungen und subjektiven Normen zu ändern. Dazu werden entweder gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (zum Beispiel gesunde Ernährung) stabilisiert oder gesundheitsriskante Verhaltensweisen (zum Beispiel Rauchen) vermieden. Instrumente hierfür sind Gesundheitsaufklärung, -erziehung und -beratung, welche vermehrt in der Massen- und Personalkommunikation ihren Einsatz finden. (vgl. Richter/Rosenbrock 2012:124f.) Letzteres hat zum Ziel die physische und soziale Umwelt zu verbessern. Beispiele hierfür sind die flächendeckende Fluoridierung (Zugabe von Fluoriden) des Trinkwassers, oder der Einbau von Airbags in Autos. (vgl. ebd.:126)

Damit nun präventive Maßnahmen erfolgreich zum Einsatz kommen, bedarf es einer Förderung der Gesundheit auf multisektoraler Ebene. Das heißt sowohl auf nationaler, politischer, als auch individueller Ebene. (vgl. Schüz/Möller 2006:148)

2.5 Gesundheitsförderung

Im Vergleich zur Krankheitsprävention zielt die Gesundheitsförderung auf die Etablierung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen, sowie die Förderung von Ressourcen ab (vgl. Kolip/Abel 2012:128).

Die Grundlagen der Gesundheitsförderung stammen vom Medizinsoziologen Robert Anderson, der die nachfolgenden Ansichten des förderlichen Gesundheitsaspekts stark beeinflusst hat. Der 1984 von Anderson vorgelegte Bericht beinhaltet Definitionen, Konzepte und Aktivitäten der Gesundheitsförderung. (vgl. Blättner/Waller 2011:207)

Doch vor der Bewegung der Gesundheitsförderung herrschte eine lange Phase der Gesundheitserziehung. Diese setzte auf die Erziehung und Aufklärung der Gesellschaft zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren. Aufgrund der Kritik der wenig wirksamen Abschreckungsstrategien der Gesundheitserziehung, etablierte sich somit das Modell der Gesundheitsförderung. (vgl. Faltermaier 2017:344)

Dies führte dazu, dass 1986 die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff wie folgt definiert:

> „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. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin.“ (WHO 1986 zitiert nach Knoll/Scholz/Rieckmann 2017: 217)

Wie man aus der Definition entnehmen kann, betont diese vor allem ein positives Konzept, welches die Selbstbestimmung und ein umfassendes Wohlbefinden hervorhebt. Die bloße Vermeidung von Risikofaktoren die zu Krankheiten führen, ist nicht mehr von zentraler Bedeutung. Primär zählen körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zum Gesundheitsaspekt. Zusätzlich betont die Begriffserklärung gleichermaßen die individuelle und soziale Pflicht die Gesundheit zu fördern um gesündere Lebensweisen, sowie bessere gesellschaftliche, ökologische und politische Voraussetzungen zu schaffen. (vgl. Faltermaier 2017: 346)

Zusammenfassend ist es also das Ziel von Gesundheitsförderung, Lebensräume und Ansichten der Bevölkerung dahingehend zu verbessern, dass das Gesundheitspotenzial auf optimale Weise ausgeschöpft wird. Auf der einen Seite mittels der Veränderung von gesellschaftlichen Bedingungen, sowie auf der anderen Seite Menschen dazu zu befähigen, sich für individuelle und soziale Lebensbedingungen einzusetzen und diese umzusetzen. (vgl. Kolip/Abel 2012:130f.)

2.6 Gesundheitsförderung versus Prävention

Gesundheitsförderung ist mit Prävention nicht gleichzusetzten, auch wenn sie sich in der Praxis stets ergänzen. Prävention möchte Risiken vermeiden um Gesundheit zu erzielen. Infolgedessen spricht man von einer pathogenen Betrachtung, welche sich auf medizinische Werte und Risikofaktoren stützt. Dies wiederum meint, dass Prävention stets krankheitsspezifisch ist und sich an der ICD-Klassifikation orientiert. Gesundheitsförderung hingegen zielt vor allem auf die Stärkung und Erhaltung gesundheitlicher Ressourcen ab. Gesundheitsförderung möchte den Menschen auf dem Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit verändern. Demzufolge beruht diese auf salutogenetischen Betrachtungen, welche sich auf die

Lebensbedingungen von Individuen stützen. Gesundheitsförderung möchte somit primär Widerstandskräfte und Schutzfaktoren mobilisieren. (vgl. Blättner/Waller 2011:201-203)

Trotz der Gegenüberstellung von Prävention und Gesundheitsförderung zielen dennoch beide auf die Erhaltung der Gesundheit ab. Demzufolge sollten nach Trojan (2007) beide Ansätze viel mehr ergänzend implementiert werden (vgl. Bruns 2013:87). Damit die Inzidenzrate gesenkt und die individuellen beziehungsweise strukturellen Ressourcen gestärkt werden, bedarf es somit der Verknüpfung von präventiven Strategien und gesundheitsförderlichen Maßnahmen im sozialräumlichen Kontext (vgl. ebd.:88). Um derartige genannte Strategien umsetzen zu können, bedarf es wiederum unterschiedlicher Methoden, wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, -bildung, -beratung, -selbsthilfe und Präventivmedizin (vgl. Waller 2002:155).

3. Gesundheitskommunikation

3.1 Definition

Der Austausch und das Interesse an Wissenszuwachs über Gesundheit sind aktueller denn je. Gesundheitsbezogene Kommunikation findet auf sämtlichen Ebenen statt, sowohl auf medizinischer Ebene, als auch im Alltag der Menschen. Die sich rasant entwickelnde Gesellschaft und der damit einhergehenden Wissensbeschaffung von Gesundheits- und Krankheitsthemen, führen zu neuen Perspektiven des Kommunikationsaustauschs. So ermöglichen neue Kommunikationstechniken eine Weitung der Interaktion auf dem gesamten Gesundheitssektor. (vgl. Baumann/Hurrelmann 2014:8) Im folgenden Abschnitt soll primär geklärt werden, was unter Gesundheitskommunikation zu verstehen ist und welche Ansätze beziehungsweise Ziele die Wissenschaft verfolgt. Zusätzlich soll geklärt werden, auf welchen Ebenen Gesundheitskommunikation stattfinden kann.

Wie der Name bereit ausdrückt, setzt sich die Forschung aus Aspekten der Kommunikation und Gesundheit zusammen. Sie nimmt an, dass gesundheits- und krankheitsbezogenes Verhalten von Menschen durch Kommunikation beeinflusst werden kann. Somit kann Gesundheitskommunikation medial oder non-medial vermittelt werden, sowie absichtsvoll (an eine bestimmte Person, Gruppe oder Institution gerichtet), oder zufällig das Verhalten von Individuen suggerieren.

Prinzipiell zielt die Wissenschaft auf die Verbesserung der Gesundheitsergebnisse ab und vertritt eine biopsychosoziale Modellvorstellung. Infolgedessen setzt sich die Gesundheitskommunikation aus Teilaspekten der Psychologie, Medizin, Kommunikationswissenschaft und Gesundheitssoziologie zusammen. (vgl. Schorr 2014:13-15)

Wie lautet nun die Definition von Gesundheitskommunikation? Hierbei ist beginnen zu sagen, dass die Festlegung auf eine allgemeingeltende Definition sich als schwierig erweist, da die Wissenschaft ein breites Spektrum an Erklärungen und Erläuterungen aufweist (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:19). Die Gesundheitskommunikation entwickelte sich in den 1970er und 1980er Jahren parallel zur Gesundheitspsychologie. Die Psychologie erforscht das Gesundheitsverhalten von Individuen, die Kommunikationswissenschaft hingegen konzentrierte sich auf die Analyse der Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen. (vgl. Schorr 2014:17) Infolgedessen definieren Kreps und Thornton (1984) Gesundheitskommunikation wie folgt: „*Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process“* (Kreps/Thornton 1984, zit. n. Fromm/Baumann/Lampert 2011:19) Das heißt, nach Kreps und Thornton wird Gesundheitskommunikation als aktive Interaktion verstanden, die auf den Bereich der Gesundheitsversorgung abzielt. Kritisiert wird an dieser Theorie, dass sich diese vor allem auf interpersonale Formen der Gesundheitskommunikation stützt. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:19f.)

Schiavo (2007) hat ebenfalls versucht eine passende Definition von Gesundheitskommunikation zu formen, die wie folgt lautet:

> „Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approch to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes“ (Schiavo 2007, zit. n. Fromm/Baumann/Lampert 2011:20)

Sowohl Kreps und Thorntons Definition, als auch Schiavos Begriffserklärung zielen auf den Bereich der Gesundheitsversorgung und auf die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens festgelegter Personen ab (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:20).

Gesundheitsinformationen beschränken sich jedoch nicht nur auf interpersonelle Kommunikation, sondern können auf verschiedenen Ebenen geschehen. Hurrelmann und Leppin (2001) berücksichtigen diesen Aspekt und unterstreichen in ihrer Definition ein interaktionistisches Verständnis. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:21)

> „Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion, oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch technische Medien vermittelt sein.“ (Hurrelmann/ Leppin 2001, zit. n. Baumann/Hurrelmann 2014:12)

Ziel der Gesundheitskommunikation ist es somit die Menschen bezüglich relevanter Gesundheitsinformationen auf sämtlichen Ebenen zu informieren, beeinflussen und motivieren; sowie Prävention von Krankheit, Gesundheitsförderung, Gesundheitspolitik, Förderung der Lebensqualität und die Gesundheit von Einzelnen in der Gesellschaft zu stärken (vgl. Schorr 2014:19).

3.2 Forschungsfelder

Die Anfänge der noch sehr jungen Wissenschaft liegen wie bereits erwähnt in den 1970er Jahren. Vor allem in der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaft gewann sie zunehmend an Bedeutung. Die Erkenntnis, dass Kommunikation eine zentrale Rolle in der täglichen Praxis des Gesundheitswesens spielt führte dazu, dass sich die Gesundheitskommunikation als interdisziplinäres Forschungsfeld herauskristallisierte. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:22f.)
Zentrale Forschungsfelder der gesundheitsbezogenen Kommunikation lauten nach Kreps und Maibach (2008) wie folgt:

- Konsumenten-Behandler-Interaktion in der Gesundheitsversorgung
- Kommunikation im gesamten Gesundheitssystem
- Technologien der Informations- und Kommunikationsaspekte in der Gesundheitserziehung, Risikoprävention und Verhaltensänderung

- Social Support
- Nutzung von Kommunikation für Gesundheitskampagnen und Public Health-Kampagnen
- Medienwirkung und Einfluss Mediennutzung auf die Gesundheit

(vgl. Kreps/Maibach 2008:735)

Wie man dieser Aufzählung entnehmen kann, orientiert sich die Gesundheitskommunikation an verschiedenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen. Neben den bereits erwähnten Fachgebieten wie Medizin, Gesundheitspsychologie, Kommunikationswissenschaft und Gesundheitssoziologie, bedient sie sich zentraler Konzepte der öffentlichen Gesundheit, Gesundheitserziehung, medizinischen Soziologie, Informatik, beziehungsweise Anthropologie, Gesundheitsökonomie, sowie Epidemiologie. (vgl. Kreps/Query/Bonaguro 2014:30)
In den letzten Jahren ist eine steigende Tendenz zur Public Advocacy (öffentliche Förderung von Gesundheitszielen), Consumerism (Schutz von Konsumenten) und Empowerment (Individuen übernehmen die Verantwortung für ihre Gesundheit) wahrnehmbar, welche das Gesundheitssystem revolutionieren. Somit wird sich die Gesundheitskommunikation in Zukunft vermehrt damit beschäftigen, Personen dazu zu bewegen Eigenverantwortung für ihre Gesundheitsvorsorge zu übernehmen, sowie sich mit der Verbreitung von Gesundheitsinformationen die zur öffentlichen Gesundheitsförderung beitragen zu befassen. Ebenfalls werden durch Gesundheitskommunikation vermehrt Daten über Individuen erhoben, welche Auskunft über gesundheitsbezogenen Aspekte gewähren. (vgl. ebd.:43f.)

3.3 Ansätze und Ziele der Gesundheitskommunikation

Wie bereits in den vorangegangen Kapiteln dargestellt, ist das Themenfeld der Gesundheitskommunikation sehr breit gefächert und bietet ein großes Kontingent an Definitionsansätzen. Demzufolge etablieren sich drei Zielrichtungen der gesundheitlichen Kommunikation: Informationsansatz, Persuasionsansatz und narrativer Ansatz (vgl. Signitzer 2001:26).
Der Informationsansatz umfasst nach Donohew und Ray (1990) die Verbreitung und Interpretation von Gesundheitsinformationen, die auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden können. Die Vermittlung und Darstellung von gesundheitsbezogenen

Informationen können mittels Einzelpersonen, Organisationen oder Massenmedien verbreitet und rezipiert werden. Die Verantwortung für die Wirkung von Gesundheitskommunikation liegt primär auf Seiten von Experten und Expertinnen (zum Beispiel Arzt oder Ärztin), weniger auf jener von Laien und Laiinnen, beziehungsweise Patienten und Patientinnen. (vgl. Signitzer 2001:26)

Der Persuasionsansatz zielt nach Reardon (1988) auf die Prävention von Gesundheitsproblemen von Individuen beziehungsweise Gesellschaft ab. Fokus dieses Ansatzes liegt auf der Analyse des kulturellen Wertesystems von Personen, die zu einem gesundheitsschädigenden Verhalten führen, nicht auf dem individuellen Verhalten von Einzelpersonen. (vgl. ebd.:26f.)

Der narrative Ansatz wird nach Pettegrew (1988) zusätzlich zum Informationsansatz und Persuasionsansatz definiert. Kernstück dieses Ansatzes bildet die Annahme, dass Personen und der gesellschaftliche Prozess, mittels Erzählungen, sozialisiert und weiterentwickelt werden können. Unter Berücksichtigung des sinnhaften Handelns können somit, beispielsweise durch Zuhilfenahme gesundheitsförderlicher Kampagnen, gesundheitsfördernde Botschaften vermittelt werden. (vgl. ebd.:27)

Zusätzliche zu diesen drei Sichtweisen sollte noch zwischen einem medizinischen Kontext und einem Gesundheitskontext (Public Health) unterschieden werden, wobei Singer (2001) eine starke Tendenz in Richtung Public-Health-Orientierung beschreibt. Diese Orientierung beschränkt sich jedoch nicht nur auf Gesundheitskampagnen, sondern zeigt ein breiteres soziales Spektrum auf, indem Gesundheit und Krankheit präsent sind und Präventivmaßnahmen zur Gesundheitsoptimierung in den Vordergrund gerückt werden sollen. (vgl. ebd.:28)

3.4 Ziele der Gesundheitskommunikation aus psychologischer Perspektive

Aus psychologischer Sichtweise werden drei Ziele der gesundheitsbezogenen Kommunikation unterschieden: Informationsdarbietung, Veränderung der Wahrnehmung und Veränderung des Verhaltens (vgl. Renner/Gamp 2014:65).

Die Informationsdarbietung zielt meist auf nicht klar definierte Zielgruppen, sowie auf unspezifisch angestrebte Wirkungen ab. Je mehr Informationen präsentiert werden, desto besser ist die gesundheitsbezogene Kommunikation – das ist das Prinzip dieser Darbietungsform. Dies führt jedoch vermehrt dazu, dass Rezipienten und Rezipientinnen diese Informationen ignorieren und somit kein merkbarer Effekt entsteht. Ratsam ist es infolgedessen, dass die Kommunikation rezipienten- sowie

rezipientinnenorientiert und an eine spezifische Zielgruppe erfolgt. (vgl. Renner/Gamp 2014:66)

Ein zweites Ziel der Gesundheitskommunikation ist die Wahrnehmungsveränderung von Empfängern und Empfängerinnen. Zentraler Aspekt dieses Ziels ist es dem Rezipienten und der Rezipientin Sachinformationen oder Informationsappelle darzubieten, so dass diese ihren Gesundheitszustand einschätzen und wichtige gesundheitsbezogene Entscheidungen (zum Beispiel Lebensstilveränderung oder medizinische Interventionen) treffen können. Angesichts dessen ist es wichtig die Informationen verständlich, ergebnisoffen und nicht persuasiv (lat. *persuadere*= überreden) darzustellen, sodass sich eine Veränderung der Wahrnehmung etablieren kann. (vgl. ebd.:66)

Als drittes Ziel der Gesundheits- und Risikokommunikation steht die Verhaltensänderung welche annimmt, dass man ein angestrebtes und wünschenswertes Verhalten bereits inne hat. Damit das gewünschte Verhalten eintreten kann, werden Ziele persuasiv selektiert und dargestellt. Infolgedessen werden häufig emotional wirksame Informationen (zum Beispiel Furchtapelle) eingesetzt um die selbstbezogene Relevanz und Schutzmotivation zu erhöhen. (vgl. ebd.:66f.)

3.5 Vier-Ebenen-Modell

Innerhalb der Gesundheitskommunikation etablieren sich unterschiedliche Ebenen, unter dessen Zuhilfenahme man gesundheitsbezogene Informationen vermitteln kann. Dazu zählen die intrapersonale Ebene, die interpersonale Ebene, die Organisationsebene und die Ebene der gesellschaftlichen, beziehungsweise massenmedialen, Kommunikation. (vgl. Signitzer 2001:23)

1. Intrapersonale Ebene

Die intrapersonale Kommunikation konzentriert sich auf die Analyse von introspektiven Kommunikationsprozessen, welche eine Person über die eigenen psychischen und psychologischen Prozesse vornimmt. Zentraler Fokus dieser Ebene ist die Wahrnehmung über den eigenen Gesundheitszustand, beziehungsweise über das eigene Gesundheitsverhalten. Folglich ist sie Voraussetzung für andere nachfolgend beschriebene Ebenen, da sie analysiert, in welcher Art das Gesundheitsverhalten beeinflusst wird. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:28)

2. Interpersonale Ebene

Die interpersonale Kommunikation ist die geläufigste Form der gesundheitsbezogenen Kommunikation. Zwei Personen oder Gruppen, die versuchen sich beidseitig zu beeinflussen, stehen dabei im Zentrum. Ein klassisches Beispiel hierfür wäre ein Gespräch zwischen Arzt und Patient. Analysiert werden zwischenmenschliche Prozesse, in Verbindung mit der Ansicht, dass die Art der Kommunikation sich auf das Gesundheitsverhalten auswirkt. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 27) Funktionen der interpersonalen Kommunikation sind die Unterstützung und der Zuspruch (vgl. Signitzer 2001:29).

Da im Zentrum der Forschung nun vermehrt die Bedeutung von Gesprächen zwischen Patienten und Patientinnen, und anderen Personen der Gesundheitsversorgung steht, erweitert Kreps (2003) das Vier-Ebenen-Modell um eine weitere Kommunikationsebene. Diese lautet Gruppenebene und steht zwischen der interpersonalen Ebene und der Organisationskommunikation. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:27)

3. Organisationskommunikation

Die dritte Ebene beschäftigt sich mit der Forschung von internen und externen Prozessen der Gesundheitskommunikation in Organisationen, wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Selbsthilfegruppen, etc. Im Vordergrund steht vor allem die Forschung von Kommunikationsprozessen in Krankenhäusern. (vgl.ebd.:28)

4. Ebene der Massenkommunikation

Von wesentlicher Bedeutung für diese schriftliche Arbeit ist die Ebene der gesellschaftlichen, beziehungsweise massenmedialen Kommunikation. Fokus liegt hier auf der Analyse von kulturellen, gesellschaftlichen und medialen Einflüssen auf die Gesundheitseinstellung und das Gesundheitsverhalten (vgl. ebd.:28). Eine genauere Betrachtung wird im folgenden Kapitel (4. Mediale Gesundheitskommunikation) dargelegt.

4. Mediale Gesundheitskommunikation

4.1 Definition und Forschungsfeld

Wie bereits erwähnt konzentriert sich die mediale Gesundheitskommunikation auf den Einfluss von Medien auf das Gesundheitsverständnis von Individuen. Die Forschung schließt somit neben Aspekten der Gesundheitspsychologie, Medizin und Gesundheitssoziologie, ebenfalls Perspektiven der Medienpsychologie, Medienpädagogik, sowie Medien- beziehungsweise Kommunikationswissenschaft mit ein. Folglich stellt sich nicht nur die Frage, mit welchen medialen Maßnahmen das Gesundheitsverhalten von Individuen gefördert und beeinflusst werden kann, sondern ebenfalls die Frage, mit welchen Motiven sich Personen Informations- und Kommunikationsangeboten zuwenden. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:30)

Im Laufe der letzten Jahre etablierte sich der Trend dahingehend, dass sich Menschen vermehrt im Zuge von öffentlichen Medien – sei es über die Presse, das Fernsehen, das Radio oder das Internet – über gesundheitliche Themen informieren. So setzen sich beispielsweise Personen über 50 Jahre mit Hilfe des Fernsehers mit gesundheitlichen Fragen und Problemen auseinander. Nach Leask, Hooker und Kind (2010) soll daher durch Medien das Gesundheitsverhalten von Laien und Laiinnen verbessert werden. (vgl. Ruhrmann/Guenther 2014:185) In vielen Fällen agiert die mediale Gesundheitskommunikation auf präventiver Ebene (Verbesserung des Gesundheitsverhaltens) und auf sekundärpräventiver Ebene (Stärkung der Laienkompetenz, um mit Gesundheitsstörungen umgehen zu können) (vgl. Hurrelmann/Leppin 2001:15).

Merkbar ist eine multimediale Darbietung von Gesundheitsthemen – Medien verschmelzen miteinander, sodass sich neue Technologien entwickeln. Beispielsweise existieren eigene Gesundheitsfernsehsender, die meist in Wartezimmern von Ärzten und Ärztinnen ausgestrahlt werden, um einerseits die Wartezeit zu überbrücken, und wobei andererseits das Wissen des Senders jedoch als präventive und gesundheitsförderliche Maßnahme genutzt wird. (vgl. Stetina/Kryspin-Exner 2009:1)

In der medialen Gesundheitskommunikation werden Forschungsthemen wie die Darstellung von Gesundheitsfragen in der Öffentlichkeit, beziehungsweise in den Medien, thematisiert, sowie die Akzeptanz von Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich des computergestützten Informationssystems erforscht. Ein zentrales Forschungsfeld ist

die Auseinandersetzung mit der Beeinflussung von Gesundheitskampagnen, wie beispielsweise die Anti-Raucher-Kampagne oder Kampagnen zur Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (vgl. Signitzer 2001:31) Doch mit den sich stetig ändernden Technologien und der sich ändernden Gesellschaft – vor allem das sich entwickelnde Social Web mit all seinen Facetten – geht auch eine Erweiterung des Forschungsfelds der medialen Gesundheitskommunikation einher. Es wird somit um eine interaktionistische Perspektive erweitert. Des Weiteren wird zwischen gesundheitsbezogenen (Gesundheit und Krankheit werden indirekt beziehungsweise direkt thematisiert) und gesundheitsrelevanten (Gesundheitsinformationen können relevant sein trotz fehlenden Gesundheits- oder Krankheitsbezug) Medieninhalten unterschieden. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:32)

Zusammenfassend befasst sich die mediale Gesundheitskommunikation mit sämtlichen kommunikativen Prozessen, die Einfluss auf gesundheitsbezogene Aspekte von Individuen beziehungsweise der Bevölkerung haben. Zusammen mit persönlichen Prädispositionen, Einflüssen aus dem sozialen Umfeld (Familie, Freunde und Freundinnen sowie Bekannte) und Ansichten von Medizinern und Medizinerinnen, wirken Medien auf individuelle Gesundheit von Rezipienten und Rezipietinnen (vgl. Scherr 2014:239).

4.2 Kommunikationswege

Wege der medialen Gesundheitskommunikation sind sehr vielfältig. Um Kontakt mit den Rezipienten und Rezipientinnen aufzunehmen unterscheidet man zwischen Medienkanälen (zum Beispiel soziale Netzwerke), Medienprodukten (zum Beispiel Gesundheitsmagazinen) und Medienformaten (zum Beispiel Serien). (vgl. Reifegerste 2014:174) Sie können direkt-persönlich (zum Beispiel Arzt-Patienten-Gespräch), in Peer-Kommunikation (zum Beispiel das Gespräch mit Freunden) oder über Medien geschehen. Vor allem im letzten Bereich – Medien – hat sich das Spektrum der Verbreitung von gesundheitsbezogenen Themen vergrößert. Aufgrund der sich stetig ändernden Technologien haben sich die Optionen der medialen Kommunikation deutlich erweitert. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:37)

Prinzipiell unterscheidet man in der medialen Gesundheitskommunikation zwischen Massenmedien (treten primär als Werbeträger, für redaktionelle Beiträge und in Form von fiktionalen Medienangeboten auf), interaktiven Medien (Internet – E-Mail, Chat, Blogs, etc.), medialen Präventions- und Aufklärungsmaterialien, beziehungsweise

Direktmedien, in Form von Social-Marketing-Strategien, sowie Video- und Computerspielen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:38).

4.3 Arten der Kommunikationswege

4.3.1 Printmedien

Zu Printmedien zählen Tageszeitungen, Publikationszeitschriften, Kunden- und Mitarbeiterzeitschriften, Fachzeitschriften, sowie Bücher. Diese gehören unter anderem zu den wichtigsten Mitteln in der Gesundheitsaufklärung, -förderung und -erziehung und sind für unterschiedliche Zielgruppen bestimmt. (vgl. ebd.:38f.)

Vorteile von Printmedien sind, dass mehr und komplexere Informationen dargestellt werden können, als beispielsweise beim Radiohören, da das Lesen eine höhere Aufmerksamkeit voraussetzt. Ein weiterer Vorteil ist, dass Printmedien wiederholt zu verschiedenen Zeitpunkten lesbar sind um Wissen zu vertiefen. Nachteil dieses Kommunikationsweges ist jedoch, dass Seitens der Rezipienten und Rezipientinnen ein hohes Maß an Interesse und Bereitschaft vorliegen muss, um sich mit einem Artikel auseinanderzusetzen. Demzufolge werden über Printmedien nur jene Empfänger und Empfängerinnen erreicht, bei welchen Interesse für gesundheitsbezogene Themen bestehen, oder bereits schon Erfahrungen mit der Thematik gemacht worden sind. (vgl. ebd.:39)

4.3.2 Fernsehen

Neben den Printmedien spielt das Fernsehen ebenfalls eine wichtige Rolle um wichtige Themen über Gesundheit und Krankheit zu verbreiten. Die Funktionen des Fernsehens liegen bei der Weiterverbreitung von Information und Unterhaltung, die vielfältige Möglichkeiten bieten in der Primärprävention Wirkung zu zeigen. Im Fernsehen unterscheidet man zwischen Ratgebersendungen, Nachrichtenmeldungen, Infotainment und fiktionalen Unterhaltungsangeboten. Diese thematisieren Gesundheitsinformationen sowohl implizit, als auch explizit. (vgl. ebd.:41)

Von Vorteil ist das Fernsehen hinsichtlich seiner Fähigkeit ein breites Publikum erreichen zu können, ohne die Empfänger und Empfängerinnen mit medizinischem Fachjargon vor den Kopf zu stoßen. Komplexe Themen und wichtige Informationen die jeden erreichen sollen, werden vereinfacht und allgemeinverständlich dargestellt.

Ein weiterer Aspekt, welcher für das Fernsehen spricht, ist die Möglichkeit, Inhalte vielfältig darstellen zu können. So können beispielsweise audiovisuelle Darstellungsmöglichkeiten (zum Beispiel die Stimme aus dem Off) Informationen transportieren, die der Rezipient, oder die Rezipientin, anfänglich nicht verstanden hätte. Zusätzlich ist noch zu erwähnen, dass das Fernsehen aufgrund seiner multisensorischen Ansprache ein hohes Maß an Authentizität und Überzeugungskraft hat, auch wenn eine direkte Wirkung auf Meinungen, Einstellungen und Verhalten seltener ist. Dennoch ermöglicht es eine Sensibilisierung und eine Auseinandersetzung mit bestimmten gesundheitsbezogenen Themen. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:40f.)

4.3.3 Radio und Podcasts

Das Medium Radio wird in der Gesundheitskommunikation nur sehr sporadisch eingesetzt, da es Zuhörer meist als Nebenmedium nutzen. Dennoch gibt es einige Radiosender, die sich speziell mit Gesundheitsthemen auseinandersetzen. (vgl. ebd.:42)

Ein Medium, welches in den letzten Jahren vermehrt an Bedeutung gewann und von vielen Social Media Experten und Expertinnen genutzt wird, sind so genannte Podcasts, welche es Rezipienten und Rezipientinnen ermöglichen, sich zu diversen ausgewählten Themen bestimmte Sendungen anzuhören. Sowohl Experten und Expertinnen, als auch Amateure und Amateurinnen nutzen das Medium um bestimmte Themen anzusprechen. (vgl. ebd.:42) Ein Beispiel hierfür wäre die Österreicherin Klara Fuchs. Die österreichische Bloggerin erstellt Podcasts um ihre Zuhörer und Zuhörerinnen über Sport- und Lifestyle-Themen zu informieren, mit dem Ziel ihre Rezipienten und Rezipientinnen zu einem gesünderen Leben zu motivieren (vgl. Fuchs o.J.).

4.3.4 Informations- und Aufklärungsmaterialien

Informations- und Aufklärungsmaterialien treten meist in Form von Direktmedien auf, die sich gezielt an eine spezifische Zielgruppe wenden. Beispiele hierfür sind Informations- und Aufklärungsbroschüren (vor allem geeignet für die Sekundärprävention), Plakate, Spots und Anzeigen. Ziel dieser Medien ist es die Aufmerksamkeit einer breiten Bevölkerungsmaße zu wecken um diese für

spezifische Themen zu sensibilisieren und Präventionsmaßnahmen verstärkt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:46f.)

4.3.5 Computerspiele

Computerspielen wurde bislang in der Gesundheitskommunikation nur wenig an Bedeutung zugesprochen, da sie meist mit negativen Folgen, wie Sucht und aggressivem Verhalten, assoziiert wurden. Doch im Laufe der Zeit etablierte sich das Medium als durchaus nützlich um Gesundheitsinformationen spielerisch zu verbreiten. So können Computerspiele beispielsweise im Rahmen von Schulungen zur Ersten Hilfe nützlich sein. Das Wirkungspotential wird somit vergleichsweise hoch eingeschätzt, dennoch spielen meist nur jene Personen solche Spiele, welche auch ein wirkliches Interesse für diese aufbringen. (vgl. ebd.:45f.)

4.3.6 Internet

Das im Vergleich zu den anderen Massenmedien noch junge Medium Internet, hat sich im Laufe der Zeit zum zentralen Ort entwickelt, wo Rezipienten und Rezipientinnen gesundheitsbezogene Informationen beziehen. Das Interesse an der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen im Internet, beziehungsweise in sozialen Medien, nimmt stetig zu. Sowohl Experten und Expertinnen, als auch Laien und Laiinnen veröffentlichen im World Wide Web Gesundheitsinformationen. (vgl. ebd.:42f.) Das Internet bietet somit die Möglichkeit interaktiv Informationen auszutauschen, die unabhängig von Ort und Zeit sind. Jedoch besteht die Gefahr, dass diese Informationen von schlechter Qualität sind und somit negative Auswirkungen auf den Empfänger, beziehungsweise die Empfängerin haben. (vgl. Eysenbach 2001: 206-208)

Vorteile des Internets sind die Vielzahl an Präsentationsmodi (Ton, Text, Bild, Film), sowie der Aspekt, dass Informationen zu jeder Zeit und an jedem Ort abrufbar sind. Es wird die Möglichkeit geboten, dass sich Personen global vernetzen und sich gegenseitig bei Gesundheitsfragen helfen. Der Rezipient, beziehungsweise die Rezipientin, hat die Macht darüber selbst zu wählen was er oder sie wo, wann und wie wahrnimmt. Zusätzlich kann den Verwendern und Verwenderinnen im Internet eine gewisse Anonymität gewährleistet werden, welche wiederum dazu beiträgt, dass Themen behandelt werden können, die meist tabuisiert werden. (vgl.

Fromm/Baumann/Lampert 2011:43f.) Man unterscheidet folgende Wege der Online-Kommunikation:

- One-to-Many (zum Beispiel privater Weblog, E-Mail Newsletter)
- One-to-One (zum Beispiel Chatberatung)
- One-to-Few (zum Beispiel moderierter Gruppenchat)
- Many-to-Many (zum Beispiel Gespräche von Experten untereinander)

(vgl. ebd.:43)

Nichtsdestotrotz darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich Online-Subkulturen entwickeln können, die ein schädigendes Gesundheitsverhalten aufweisen. Beispiele hierfür sind Foren, wie Pro-Ana oder Pro-Mia. Dies sind Foren, die sich klar für ein gesundheitsschädigendes Verhalten – Essstörungen – aussprechen und dieses unterstützen. Infolgedessen ergibt sich ein weiterer Nachteil: die Medienkompetenz. Das heißt, Rezipienten und Rezipientinnen müssen stets wissen, wie sie mit den Informationen umgehen. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass es eher unwahrscheinlich ist, dass man zufällig, beziehungsweise beiläufig, auf gesundheitsbezogene Information stößt. Meist suchen Personen die bereits für ein Gesundheitsthema sensibilisiert sind, gezielt nach Informationen im Internet oder über Social Media. (vgl. ebd.:43)

4.4 Wirkungsperspektiven medialer Gesundheitskommunikation

4.4.1 Wirkungsdimensionen

Tagtäglich sind Menschen einwirkenden Medien ausgesetzt, sei es auf der Arbeit am Computer, oder nach Feierabend beim Fernsehen. Sie nehmen Informationen stets bewusst oder unbewusst wahr. Die Wirkungsforschung konzentriert sich unter anderem auf diese Tatsache und erforscht den medialen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Wahrnehmung, Einstellung, sowie individuelle Verhaltensweisen. Des Weiteren beschäftigt sie sich mit der Frage, wie Individuen mittels medialen Botschaften zu einem gesundheitsfördernden Verhalten bewegt werden können. (vgl. Rossmann/Ziegler 2013:386)

Einflüsse der Wirkung von medialer Gesundheitskommunikation lassen sich unter anderem in verschiedene Wirkungsdimensionen einteilen: Wirkungsebene, Wirkungsrichtung und Wirkungsabsicht (vgl. Rossmann/Ziegler 2013:387f.).

Gesundheitskommunikation kann sowohl auf individueller (Mikroebene), als auch auf makrosozialer Ebene von statten gehen. Die individuelle Ebene thematisiert Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten, beziehungsweise -bewusstsein, auf Wissen, sowie auf persönliche Einstellungen. Auf makrosozialer Ebene kann die gesundheitsbezogene Kommunikation zur Homogenisierung beziehungsweise Differenzierung führen. So kann sich beispielsweise die Wissenskluft in der Gesellschaft auf der einen Seite mit Hilfe von gesundheitsbezogenen Informationen annähern, oder auch größer werden. (vgl. ebd.:387)

Wichtig ist ebenfalls die Unterscheidung der Wirkungsrichtung von Informationen. Sie können die Gesundheit fördern oder schädigen. Tritt eine Wirkung direkt ein, so kann das Gesundheitsverhalten direkt beeinflusst werden. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn eine Person einen Blogeintrag zu den Folgen von Übergewicht liest und infolgedessen beschließt sich gesünder zu ernähren und mehr Sport zu betreiben. Eine indirekte Wirkung hingegen tritt ein, wenn sich das Verhalten erst durch ein Gespräch mit Anderen verändert. Folglich kann das Gesundheitsverhalten durch das Umfeld der Person verstärkt oder vermindert werden. (vgl. ebd.:387f.)

Eine weitere Unterscheidung von Wirkungsdimensionen ist die Wirkungsabsicht, sowie die Wirkungsdauer. Man kann gesundheitsrelevante Medienwirkung dahingehend differenzieren, dass diese intendiert (es besteht die Intention der Gesundheitsförderung) oder nicht-intendiert (unbeabsichtigte Intention der Gesundheitsförderung, die sowohl positiv als auch negativ sein kann) auftreten. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:90) Zusätzlich können diese eine Kurz- beziehungsweise Langzeitwirkung auf das Gesundheitsverhalten aufweisen (vgl. Rossmann/Ziegler 2013:388).

Folgen der medialen Wirkung von Gesundheitskommunikationen sind das Initiieren von neuem Verhalten, sowie das Verhindern von Verhaltensänderungen, durch die Stabilisierung und Stärkung des Verhaltens (vgl. ebd.:388).

4.4.2 Wirkungsarten

Die Wirkung der Gesundheitskommunikation ist nach Rogers (1994) in der Regel von positiver Natur. Je nach Wirkungsebene (Mikro-, Meso- oder Makroebene) werden verschiedene Arten der Medienwirkung unterschieden. Auf Mikroebene (Individuen) werden die Wirkungsarten auf den kognitiven (Wissen, Wahrnehmung, Einstellung), affektiven (emotionale Reaktionen), konativen (Verhalten) und physiologischen (körperliche Folgen) Bereich klassifiziert. (vgl. Rossmann/Ziegler 2013:388f.)

Auf Mesoebene (Organisationen) thematisiert die Wirkungsforschung die interpersonale Kommunikation (Anschlusskommunikation mit Familienmitgliedern, Personen aus dem Freundeskreis und Gesundheitsexperten), sowie den Diskurs von Institutionen, welcher durch gesundheitsbezogene Kommunikation angeregt wird (vgl. ebd.:389).

Ebenfalls gehen auf der Makroebene (Gesellschaft) Effekte der Medienwirkung hervor. Diese sind Homogenisierungs- beziehungsweise Differenzierungsprozesse in der Gesellschaft. Wie bereits erwähnt (4.3.1.Wirkungsdimensionen) kann die Wissenskluft über gesundheitsrelevantes Wissen wachsen oder stagnieren. Zusätzlich kann sich der Kultivierungseffekt (Menschen beziehen ihre Erfahrungen aus dem Fernsehen), sowie der Agenda Setting-Effekt (Sensibilisierung von Themen durch die starke Präsens in den Medien) etablieren. (vgl. ebd.:389)

4.4.3 Einflussfaktoren

Einflussfaktoren medialer Gesundheitskommunikation werden auf zwei Ebenen unterschieden. Erstens hat das Potenzial der einzelnen Medienkanäle einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Kommunikation. So verwendet man beispielsweise innerhalb der Medien und Genres verschiedene Stilmittel, die dazu beitragen, dass die Wahrnehmung der Gesundheitsinformation beeinflusst wird. (vgl. ebd.:390) Die zweite Ebene liegt bei den Eigenschaften von den Nutzern sowie Nutzerinnen und deren Situation an sich. Geschlecht, Alter, Persönlichkeitsmerkmale, Mediennutzung, soziales Umfeld, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Risikowahrnehmung, Einstellungen, Selbstwirksamkeit, Verhaltensintentionen – all dies kann die Wahrnehmung und Umsetzung von Gesundheitsinformationen des Rezipienten sowie der Rezipientin beeinflussen. (vgl. ebd.:391)

4.5 Gesundheitskommunikation im Internet

4.5.1 Anwendungsfelder

Das Beziehen von Online-Informationen ist heutzutage keine Randerscheinung mehr. Sowohl das Angebot an gesundheitsbezogenen Online-Quellen, als auch die Anzahl an Nutzern und Nutzerinnen dieser Quellen steigt stetig an. Das Potenzial des Internets ist groß und eröffnet für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eine Vielzahl neuer Perspektiven. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:271) Fokus dieses Abschnittes liegt auf der Gesundheitskommunikation – online und mobil – via Smartphones. Diese Aspekte der Kommunikation können Vor- und Nachteile mit sich bringen, welche in den folgenden Kapiteln genauer thematisiert werden.

So vielfältig die Anwendungsfelder von Online-Gesundheitskommunikation auch sind, so unterschiedlich ist die Definition von Begrifflichkeiten. Der Begriff eHealth scheint häufig als Schlagwort für Gesundheitsinformationen im Internet zu dienen. Jedoch beinhaltet dieser Begriff einen viel größeren Rahmen. Im Grunde umfasst dieser sämtliche Thematiken die mit Elektronik und Medizin zu tun haben. (vgl. Rossmann 2010:340) Eng (2001) definiert eHealth als das Nutzen von Informations- und Kommunikationstechnologien – vor allem das Internet – um die Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu verbessern. Wie man seiner Definition entnehmen kann, umfasst eHealth ein breites Spektrum und wird somit in mehrere Subbereiche unterteilt. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:271) Infolgedessen umfasst das Forschungsfeld telemedizinische Anwendungen, sowie gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet (vgl. Rossmann 2010: 341). Auf Letzteres wird hier nun genauer eingegangen.

Charakteristika von Online-Gesundheitskommunikation ist ihre Hypertextualität, Aktualität, Interaktivität, Schnelligkeit und die Tatsache nicht an einen bestimmten Raum gebunden zu sein. Ebenfalls sprechen die Vielfalt an Personen die beteiligt sind, die Art und Weise der Anzahl an Kommunikationsformen, sowie die Vielzahl an Publikationstypen für die gesundheitsbezogene Online-Kommunikation. (vgl. ebd.:341)

Gitlow (2000) unterscheidet drei Anwendungsfelder von Gesundheitskommunikation im Internet: Health Content, Health Communities und Health Provision (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:272).

- Health Content: Dieser enthält sämtliche Angebote, die Informationen über Gesundheit, beziehungsweise Krankheit, vermitteln. Es ist die am weitesten verbreitete Art von Online-Gesundheitsangeboten in Form von allgemeinen oder spezifischen Gesundheitsportalen.

- Health Communities: Zu Health Communities zählen sämtliche soziale Medien, die einen Austausch zwischen Personen ermöglichen. Demzufolge sind diese Personen sowohl Produzenten, beziehungsweise Produzentinnen, als auch Rezipienten, beziehungsweise Rezipientinnen, der Inhalte, die im World Wide Web verbreitet werden.

- Health Provision: Das letzte Feld determiniert alle Möglichkeiten, die einen direkten Kontakt ermöglichen. Ein Beispiel hierfür wäre die Arzt-Patienten-Interaktion hinsichtlich einer virtuellen Arztpraxis.

(vgl. Rossmann/Karnowski 2014:272)

Folgende Tabelle (siehe Tabelle 2) zeigt jedoch, dass sich die drei Anwendungsfelder nicht nur in Bezug auf ihre Funktionalität, sondern auch hinsichtlich ihres Interaktivitätsgrades, Interesse, Anbieter und Adressat unterscheiden lassen.

Tabelle 2: Gliederung von Gesundheitsangeboten im Internet (vgl. Rossmann 2010:343)

Funktionalität	Interaktivitätsgrad	Interessen	Anbieter	Adressaten
• Content • Provision • Communities	• einseitige Information • wechselseitige Interaktion • wechselseitige Transaktion	• kommerziell • nicht-kommerziell	• Gesundheitswesen • Wissenschaft • Medien • Politik • Laien	• Gesundheitswesen • Wissenschaft • Laien (Öffentlichkeit, Zielgruppen, Betroffene) • Politik

Die Interaktivität von Health Content ist meist ein passiv-rezipierender Vorgang, welcher meist von einer Person ausgeht. Somit ist das Interesse an Informationen einseitig, wohingegen der Aktivitätsgrad bei Health Communities wesentlich höher und interaktiver ist. Im Bereich der Health Provision ist der Austausch rein auf Interaktivität ausgelegt und fordert einen aktiven Austausch zwischen Arzt,

beziehungsweise Ärztin und Patient, beziehungsweise Patientin. Ebenfalls unterscheidet man das Interesse von angebotsstellende Personen und Zielpersonen, welches kommerziell oder nicht-kommerziell ausgelegt sein kann. (vgl. Rossmann 2010:342)

Neben der Begriffserklärung von eHealth ist im Rahmen dieser Diplomarbeit die Fokussierung auf mHealth (Mobile Health) ebenfalls von Relevanz. Im Grunde beschreibt mHealth die Verwendung mobiler Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Es lassen sich sechs Anwendungsfelder differenzieren:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Hilfe bei Diagnostik und Behandlung
- Kommunikation für Gesundheitsberufe
- Verfolgung von Infektionsverläufen
- Überwachung und Erinnerung an die Einnahme von Medikamenten
- Datenerfassung

(vgl. Rossmann/Karnowski 2014:279)

Vor allem die Gesundheitsförderung, beziehungsweise Krankheitsprävention, spielen eine wesentliche Rolle im Forschungsfeld und in dieser Diplomarbeit. Mittels Smartphones besteht ein großes Potenzial zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit. Konkret sind es Apps (engl. *application*= Anwendung), welche beispielsweise zur Kontrolle von Gesundheitsdaten, welche es ermöglichen sich selbst zu beobachten beziehungsweise Ärzten und Ärztinnen relevante Informationen weiterzugeben, eingesetzt werden. (vgl. ebd.:279)

4.5.2 Nutzung von Gesundheitsangeboten

Der Anteil an Internetnutzern und Internetnutzerinnen in Österreich ist in den letzten fünfzehn Jahren wesentlich größer geworden. Über sieben Millionen Österreicher – verstärkt die jüngere Generation – nutzten 2016 das Internet (vgl. Statista 2018). Die Internetznutzung unterscheidet sich jedoch in Geschlecht und Alter. Somit waren es in Österreich – nach einer Erhebung der Statistik Austria (2017) – vor allem Frauen (71%), die gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet bezogen haben.

Insgesamt sind es 61,1%, die Gesundheitsinformationen suchen und 58,2% nutzen Social Media. (vgl. Statistik Austria 2017a)

Infolgedessen ist darauf zu schließen, dass die Nutzung von sozialen Medien in den letzten Jahren ebenfalls drastisch zugenommen hat und sich Individuen vermehrt mit Gesundheitsthemen, die sie via Facebook, YouTube, Blogs und Co. beziehen, auseinandersetzen. Vor allem Themen zum Essen (Ernährung, Rezepte, etc.), sowie zur Fitness (Sport und Gesundheit) waren die am meist gelesenen, beziehungsweise gesehenen, Beiträge auf Blogs, oder in Videos im Jahr 2016. Bei Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren informierten sich 65% der Österreicher und Österreicherinnen zu Essens-Themen und 55% über Fitness. Hingegen bezogen nur 33% der 30- bis 59-Jährigen Informationen zu Fitness und 53% zu Themen über Essen. Ältere Generationen (30 bis 59 Jahre) interessierten sich vermehrt für Informationen zu Haus und Garten (45%). (vgl. Mindshare 2016)

Verschiedene Einflussfaktoren tragen dazu bei, dass Rezipienten und Rezipientinnen nach Gesundheitsinformationen online suchen. Demzufolge etablieren sich bestimmte Charakteristika für das Nutzen von Gesundheitsangeboten online – sowohl über das Internet, als auch über soziale Medien. Diese sind: Gesundheitsbewusstsein, soziodemographische Merkmale, Gesundheitsorientierung und Gesundheitszustand.

Erstens wird zwischen soziodemografischen Merkmalen unterschieden (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:273). Die typische Nutzerschaft ist jung, gebildet und hat ein hohes Einkommen (vgl. Trepte/Baumann/Hautzinger 2005:488). Da aber die Bevölkerung immer älter wird, ist davon auszugehen, dass sich im Laufe der folgenden Jahre die Tendenz dahingehend verändert, dass sehr wohl auch ältere Personen zu den aktiven Online-Nutzenden und gezählt werden können (vgl. Rossmann 2010:344).

Ein weiteres Charakteristikum ist, dass Personen die online nach Gesundheitsinformationen suchen, eine stärkere Gesundheitsorientierung haben, sowie gesünder und körperbewusster leben. Im Grunde achten sie vermehrt auf ihre persönliche Ernährung, sportliche Aktivität und auf ihr Körpergewicht. (vgl. Dutta-Bergman 2004)

Bezogen auf den Gesundheitszustand ist grundsätzlich anzunehmen, dass Personen die bereits erkrankt sind eher Gesundheitsinformationen online beziehen, da der Bedarf danach besteht. Tatsächlich sind sich die Forscher und Forscherinnen bei

diesem Aspekt nicht einig, da beispielsweise Hüfken *et al.* (2004) keinen Zusammenhang zwischen einer Vorerkrankung und dem Beziehen von Online-Gesundheitsinformationen finden konnten. Lausen *et al*. (2008) hingegen konnte durchaus feststellen, dass ein Verhältnis zwischen dem Gesundheitszustand und der Online-Nutzung besteht. (vgl. Rossmann 2010:346) Der Gesundheitszustand hat jedoch Einfluss auf den Aspekt, wie das Gesundheitsangebot im Internet und auf Social Media genutzt wird. Infolgedessen etablieren sich drei Typen von gesundheitsbezogenen Online-Nutzern und Nutzerinnen. Erstere sind die Gesunden, welche 60% der Nutzer und Nutzerinnen bilden und vor allem Informationen zu Prävention und Wellness beziehen. Zweiter Typ sind die neu Diagnostizierten. Diese bilden lediglich 5% der Nutzer und Nutzerinnen und suchen am Anfang ihrer Diagnose intensiv nach Gesundheitsinformationen, sowie nach Personen um sich mit diesen auszutauschen. Dritte Typen sind die chronisch Kranken und ihre Betreuer, beziehungsweise Betreuerinnen, welche 35% ausmachen. Sie suchen im Vergleich zu den Gesunden, öfters nach Informationen. (vgl. Cain/Sarashon-Kahn/Wayne 2000:1f.)

Jeder Mensch hat unterschiedliche Gründe, warum nach Informationen gesucht, beziehungsweise warum diese bezogen werden. Papacharrissi und Rubin (2000) definieren infolgedessen fünf Nutzungsmotive: Informationssuche, Zeitvertreib, Unterhaltung, Bequemlichkeit und sozialer Nutzen. (vgl. Papacharrissi/Rubin 2000:180) Aufgrund des dynamischen Feldes des Internets und seiner Nutzung, ist es jedoch schwer eine allgemein gültige These zu nennen, wo die Gründe für die gesundheitsbezogene Online-Nutzung tatsächlich liegen. Als dominantes Nutzungsmotiv kristallisierten sich aber die Suche nach Informationen und Unterstützung im Umgang mit der eigenen Krankheit, sowie das Bedürfnis sich mit anderen Betroffenen auszutauschen heraus. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:275) Smartphones können diese Nutzungsmotive aufgrund ihrer technischen Möglichkeiten erleichtern. Man kann sie für die Informationssuche, Überwachung von Gesundheitsdaten, sowie für die Förderung von Verhaltensänderungen verwenden (vgl. ebd.:280).

4.5.3 Wirkungspotenzial

Angesichts der wachsenden Nachfrage und Bereitstellung gesundheitsbezogener Online-Angebote (zum Beispiel Internetseiten, Social Media, Apps) stellt sich die Frage, welche Vorteile diese mit sich bringen.

Als erstes Potenzial ist die Reichweite und Erreichbarkeit zu nennen. Im Vergleich zu der herkömmlichen interpersonalen Beratung im Gesundheitswesen (zum Beispiel Arzt-Patienten-Gespräch), bietet das Internet und die damit einhergehende Online-Welt die Möglichkeit eine breite Bevölkerungsgruppe zu erreichen. So haben Personen sämtlichen Alters, Bildungsgrades, Einkommens, etc. dieselbe Chance – einen Internetzugang vorausgesetzt – Informationen ihrem Anliegen betreffend zu beziehen. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:275) Ebenfalls von Vorteil ist der Aspekt, dass Online- Gesundheitsinformationen leicht zugänglich, nicht zeitlich oder räumlich begrenzt, bequem und kostengünstig sind (vgl. Schmidt-Kaehler 2005:472f.).

Durch Online-Gesundheitskommunikation kann es zur Wissenssteigerung, sowie zum Empowerment, kommen. Mit Hilfe von Online-Angeboten zu Gesundheitsaspekten geben Nutzer und Nutzerinnen an, dass sie Begrifflichkeiten (zum Beispiel Fachbegriffe in einem Arztbefund), beziehungsweise ihr Gesundheitsproblem, prinzipiell besser verstehen. Dies führt dazu, dass sie ein Bewusstsein und Verständnis dafür entwickeln, wie sie mit ihrem Gesundheitszustand umgehen sollen. Doch auch die Art und Weise, wie die Kommunikation zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patient, beziehungsweise Patientinnen stattfindet, kann durch Online-Angebote positiv beeinflusst werden. (vgl. Rossmann 2010:349) Somit trägt die Online-Welt dazu bei, dass Personen sich ermächtigt fühlen ihrem Arzt, sowie ihrer Ärztin selbstbewusster und optimistischer gegenüberzutreten. Infolgedessen verändert sich die Beziehung zwischen ärztliche Fachkraft und Patient, beziehungsweise Patientin. Menschen fühlen sich geringer abhängig von Gesundheitsexperten und Expertinnen (da sie nun auch das Internet befragen können), sodass dies nach Schmidt-Kaehler zur Emanzipation der Patienten und Patientinnen führt. (vgl. Schmidt-Kaehler 2005:479)

Die Gesundheitsförderung und Prävention bildet den dritten Bereich, bei welchem mittels des Internets die Gesundheitskommunikation verbessert werden kann. Infolgedessen sind hierfür drei Vorteile relevant: Tailoring, Interaktivität und interpersonale Kommunikation. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:275)

Tailoring sieht Potenzial darin, mit Hilfe von individuellen Bewertungen Gesundheitsangebote auf die Bedürfnisse und den Gesundheitszustand einzelner Nutzer und Nutzerinnen anzupassen (vgl. Kreuter/Farrell/Olevitch/Brennan 1999:5). Die Möglichkeit der Interaktivität im Internet fördert die Aktivität der Nutzer und Nutzerinnen am Kommunikationsprozess teilzunehmen, sowie die Aufbereitung von Gesundheitsinformationen (siehe Tailoring) (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:276). Durch Verknüpfung von massenmedialer und interpersonaler Kommunikation, welche im Internet passiert, sehen Forscher ebenfalls ein hohes Potenzial für die Gesundheitsförderung und Prävention. Online-Gesundheitsangebote verbinden somit die breite Maße mit den Wirkungspotenzialen interpersonaler Kommunikation. (vgl. Neuhauser/Kreps 2003:547)

Wie bereits mehrmals erwähnt spielt auch Social Media eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung. Die oben erwähnten Vorteile treten bei Plattformen wie YouTube, Facebook oder Blogs viel stärker auf. Durch die Möglichkeit selbst kreativ zu sein, die vereinfachten Möglichkeiten, Reichweite und den geringen Aufwand, sehen Forscher und Forscherinnen ein hohes Potenzial in sozialen Medien um die Gesundheit zu fördern. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein gewisser Grad an Vorinteresse notwendig ist um Individuen via Online-Angebot zu erreichen. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:277)

Gesundheitsinformationen werden nicht nur via Computer oder Laptops bezogen, sondern ebenfalls durch Mobilfunkgeräte beziehungsweise Smartphones. Da Nutzer und Nutzerinnen meist ihr Smartphone bei sich tragen, sind sie dadurch permanent erreichbar und können zu jeglicher Zeit auf Informationen zugreifen. Darüber hinaus bieten Apps die Möglichkeit nicht nur Informationen zu beziehen, sondern auch Gesundheitsdaten zu überwachen, so dass eine positive Verhaltensänderung der Gesundheit eintreten kann. (vgl. ebd.:280)

4.5.4 Negative Folgen für das Gesundheitsverhalten

Neben den Grenzen (zum Beispiel limitierter Zugang für bestimmte Bevölkerungsgruppen), die Online-Angebote mit sich bringen, etablieren sich negative Folgen für das Gesundheitsverhalten von Individuen. Gesundheitsbezogene Online-Informationen können die Beziehung von Ärzten, beziehungsweise Ärztinnen und Patienten, beziehungsweise Patientinnen, negativ beeinflussen und somit einen Vertrauensverlust sowie ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis begünstigen. Dies

ereignet sich, wenn Patienten und Patientinnen online nach Informationen suchen und dadurch auf Therapievorschläge stoßen, die jenen vom eigenen Arzt widersprechen. (vgl. Schmidt-Kaehler 2005:479)

Doch nicht nur das Vertrauensverhältnis kann beeinflusst werden, sondern auch die Therapie selbst. Aufgrund von Informationen die Rezipienten und Rezipientinnen aus Online-Quellen beziehen, lassen sich eine vermehrte Bereitschaft zur Selbstmedikation und das Missachten von Arztanweisungen feststellen. (vgl. Rossmann 2010:356)

Ein weiterer Problembereich, ist der Mangel an Qualität und Quellentransparenz. Es steht im Verdacht, dass Äußerungen von Laien und Laiinnen meist verzerrt oder fehlerhaft dargestellt werden (vgl. ebd.:353f.). Da der Informationsaustausch in sozialen Medien meist aus subjektiver Sicht geschieht, ist in Frage zu stellen inwiefern diese Aussagen, beziehungsweise Informationen, objektiv zu betrachten sind. Das wiederum heißt mittels Videos, Berichten, Kommentaren, etc. besteht die Gefahr, dass medizinische Fehlinformationen weitergegeben werden können, die es Rezipienten und Rezipientinnen erschweren diese Angaben für sich selbst richtig einzuschätzen. (vgl. Ruhrmann/Guenther 2014:186) So findet man Inhalte, die über- oder unterbetont werden und nicht der Realität entsprechend dargestellt werden (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:62).

Kritisch anzumerken sei an dieser Stelle, dass Rezipienten und Rezipientinnen dazu neigen Ferndiagnosen von anderen medizinischen Laien und Laiinnen anzunehmen und so sich beziehungsweise selbst eine Diagnose stellen. Nicht nur die Gefahr, dass die Personen infolgedessen ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen, beziehungsweise sogar verschlechtern können, sondern die Tatsache, dass es Ärzten, sowie Ärztinnen Zeit und Geduld kostet falsche Laien-Diagnosen aufzuklären. Dies führt zu einer kritischen Betrachtung von gesundheitsbezogenen Online-Angeboten. Hier gilt es stets die Gesundheits- und Medienkompetenz der Rezipienten und Rezipientinnen zu stärken um falsche Diagnosen zu vermeiden. (vgl. Döring 2014: 291f.)

Ein weiteres Online-Problem ist die sogenannte Cyberhypochondrie. Diese führt dazu, dass sich Personen unbegründete Sorgen über ihren Gesundheitszustand machen und Angstzustände entwickeln. (vgl. ebd.:292)

Zuletzt ist die paradoxe Präsentation von Gesundheitsaspekten nicht außer Acht zu lassen, welche eine verzerrte Weltsicht vermittelt und schädigendes Verhalten

verharmlost oder glorifiziert. Es werden beispielsweise auf Instagram Bilder von Körperidealen oder Essensgerichten veröffentlicht, die als gesund betitelt werden, aber der Realität nicht entsprechen. Nutzer und Nutzerinnen fühlen sich meist unter Druck gesetzt diesem Ideal entsprechen zu müssen, sodass sich Krankheiten, wie beispielsweise Selbstwahrnehmungsstörungen, etablieren können. (vgl. Döring 2016:8)

5. Medienwirkungsforschung im Gesundheitswesen

5.1 Forschungsfelder

Die Medienwirkungsforschung ist Teilbereich der Kommunikationswissenschaft und erforscht Auswirkungen die Medien und Medieninhalte mit sich bringen (vgl. Rossmann/Hastall/Baumann 2014:81). Primär wird in der Medienwirkungsforschung von Wirkungsmodellen ausgegangen, bei denen es zunächst auf kognitiver Ebene zu einer Konfrontation mit Informationen kommen muss. Anschließend führt dies zu einer Bewusstwerdung der Sachverhalte indem die Informationen verarbeitet und somit als neues Wissen gespeichert werden. Dies kann zu Einstellungen, beziehungsweise Überzeugungen führen, welche sich als Handlungsabsichten äußern. (vgl. Göpfert 2001:133f.) Dies lässt sich ebenfalls auf Gesundheitsthemen transferieren. So können gesundheitsbezogene Informationen verarbeitet und gespeichert werden, die letzten Endes zu einer Handlungsabsicht führen und das Gesundheitsverhalten verändern können.

Die Medienwirkung differenziert drei Bereiche des Kommunikationsprozesses. Erster ist die präkommunikative Phase, welche Effekte einschließt, die vor der Kommunikation stattfinden – wie die Mediennutzung. Zweite Ebene ist die kommunikative Phase, die jene Medieneffekte umfasst, die während eines Kommunikationsprozesses stattfinden – die Medienrezeption. Als Letzten Bereich folgt die postkommunikative Phase, die Medieneffekte behandelt, welche nach einer Auseinandersetzung mit den Medien erfolgen. (vgl. Bonfadelli/Friemel 2011:26) In der Medienwirkungsforschung wurden hingegen meist die Wirkungen auf postkommunikativer Ebene untersucht. Dies zeigt, dass sich manifeste oder latente Verhaltensänderungen durch medienvermittelte Inhalte äußern können, in Form von

Wissenszunahme, Meinungsveränderung oder Veränderung der Einstellungen von Mediennutzern und Mediennutzerinnen. (vgl. Burkart 2002:188f.)
Je nach unterschiedlichen Wirkungseffekten der Massenmedien entwickelten Forscher und Forscherinnen Ansätze die diese Phänomene beschreiben. Aufgrund des Themas dieser Diplomarbeit, werden vor allem Wirkungsphänomene, die durch das Internet (soziale Medien) impliziert werden, beschrieben. Diese sind unter anderem das Agenda-Setting-Modell, welches sich auf die Auswahl der Themen und deren Bereitstellung bezieht, sowie parasoziale Kommunikationsprozesse, die eine parasoziale Kommunikation in den Fokus stellen. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:107-121) Als drittes Modell wird das Elaboration-Likelihood-Modell ausgewählt, das den Vorgang der Einstellungsänderung beschreibt (vgl. Six 2007:111).
In den folgenden Kapiteln werden die Mediennutzung, sowie unterschiedliche Modelle der Medienwirkung beschrieben, die im Kontext zur Gesundheitsförderung mittels Social Media stehen.

5.2 Mediennutzung

5.2.1 Veränderte Rolle von Rezipienten und Rezipientinnen

Bevor nun genauer darauf eingegangen wird, wie sich Medien, speziell das Internet und die damit verbundenen sozialen Medien, auf das Medien- und Gesundheitsverhalten auswirken, soll zunächst hinterfragt werden, warum Menschen gesundheitsbezogene Informationen aus Online-Angeboten beziehen und nutzen.
Viele Jahre prägte die Gesellschaft ein passives Bild von Rezipienten und Rezipientinnen in der Medienwirkungsforschung. Doch im Laufe der Zeit kam es zu einem Paradigmenwechsel vom passiven zum aktiven Nutzer, beziehungsweise zur aktiven Nutzerin, von Massenmedien – speziell beim Internet mit seinen sozialen Medien. Das veränderte Verhältnis ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen: eine immer älter werdende Bevölkerung, teures Gesundheitssystem, sowie die momentane wirtschaftliche Lage. Menschen werden vermehrt in den medizinischen Entscheidungsprozess mit einbezogen und dazu bewegt, aktiv sich mit der eigenen Gesundheit auseinander zu setzen, sodass das Kostenbewusstsein gestärkt wird. Dies lässt sich am gesteigerten Gesundheitsbewusstsein, am Präventionsinteresse,

sowie am gestiegenen Interesse an Gesundheitsinformationen sehen. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:70)

Doch neben dem ökonomischen Aspekt der Mediennutzung ist nicht außer Acht zu lassen, dass durch die Nutzung von Online-Angeboten sich das Verhältnis von Patienten, beziehungsweise Patientinnen und Gesundheitsinhalte sich dahingehend verändert hat, dass Rezipienten und Rezipientinnen nun die Möglichkeit geboten ist nach verständlichen Informationen zu suchen. Sie können sich genauer und schneller über ihren Gesundheitszustand informieren und sich dadurch aktiv mit ihrer eigenen Gesundheit beschäftigen. (vgl. Schmidt-Kaehler 2005:479)

Einerseits hat sich der Rezipient und die Rezipientin zu einer konsumierenden Zielgruppe entwickelt, welche aktiv mit großem Interesse nach gesundheitsbezogenen Informationen sucht. Andererseits haben die Vielfallt an Möglichkeiten durch Social Media dazu geführt, dass Individuen selbst Inhalte publizieren und diese veröffentlichen. Es besteht ein großes Interesse sich mit gleichgesinnten auszutauschen und seinen Gesundheitslevel preiszugeben. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:71) So sieht man auf sozialen Medien wie beispielsweise Instagram, wo Laien und Laiinnen Inhalte posten die ihren Abnehm-Prozess oder Krankheitsverlauf widergeben.

5.2.2 Informationsbedürfnis

Wie bereits im vorigen Kapitel erwähnt (5.1.1. Veränderte Rolle von Rezipienten) ist das Interesse groß, dass sich Patienten und Patientinnen auf die Suche nach verständlichen Erklärungen von Gesundheitsthemen begeben. Sie möchten sich auskennen und verstehen, wo der Grund für ihre Erkrankung liegt, beziehungsweise was sie dagegen unternehmen können (vgl. Kluska/Merkel/Romanowski 2011:5). Da Online-Angebote eine interaktive Kommunikation ermöglichen, können Rezipienten und Rezipientinnen nach individuell relevanten Informationen suchen, die Handlungsimpulse für ein gesundheitsförderliches Verhalten mit sich bringen können (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:75).

Faktoren die das Informationsbedürfnis beeinflussen sind der eigene Gesundheitszustand, sowie das wachsende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung. Personen die aktiv nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, haben meist einen konkreten Grund für ihre Suche. Je schlechter der eigene

Gesundheitszustand ist, desto größer ist das Interesse an der Suche nach Informationen. Das Gesundheitsbewusstsein beeinflusst das Informationsbedürfnis hingegen viel stärker. Personen die ein intensives Bewusstsein für Gesundheit haben, nutzen tendenziell mehr verschiedene Quellen zu Gesundheitsthemen. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:78)

5.2.3 Austauschbedürfnis

Neben dem Informationsbedürfnis besteht im Bereich Social Media ebenfalls vermehrt der Drang sich auszutauschen. Vor allem Personen die an chronischen, schweren, beziehungsweise seltenen Krankheiten leiden, suchen sich Gleichgesinnte, um Erfahrungsberichte auszutauschen und sich gegenseitig zu helfen. So können sich Individuen über ihre persönliche Krankheitsgeschichte oder Behandlungsmethoden austauschen. Unterstütz wird dieser Aspekt durch die Anonymität, die mittels Online-Angeboten meist gewährt werden kann. (vgl. Kluska/Merkel/Romanowski 2011:5f.)

5.3 Medienwirkung

5.3.1 Agenda-Setting-Modell

Wie bereits beschrieben haben soziale Netzwerke, wie Facebook, YouTube Instagram und Co. die Möglichkeit mit gesundheitsbezogenen Themen das Gesundheitsverhalten von Rezipienten und Rezipientinnen positiv zu verändern. Im folgenden Kapitel soll mittels ausgewählten Modellen gezeigt werden, wie es dazu kommt, dass Personen Informationen von Experten, beziehungsweise Expertinnen und fachfremden Personen aus der Online-Welt annehmen und wie diese infolgedessen auf das Verhalten wirken.

Die besonderen Stärken des Internets und damit sozialen Medien, ist die Informationsvermittlung an ein breites Publikum. Aus diesem Grund können Themen auf die Tagesordnung (Agenda) gesetzt werden, um diese in den öffentlichen Diskurs einzubringen. Durch die Einbringung und häufige Betonung von bestimmten Gesundheitsthemen wird dies von Rezipienten gegebenenfalls wahrgenommen und als relevant betrachtet. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:107) Häufig werden Themen wahrgenommen, die außerhalb des persönlichen Erfahrungsbereiches

liegen, aber durch die starke Präsenz wird der Inhalt als wesentlich erachtet und Individuen dahingehen dafür sensibilisiert (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:108).
In diesem Zusammenhang spricht man vom Agenda-Setting-Modell, welches die Thematisierungsfunktion der Medien und dessen Auswirkungen behandelt. Grundthese des Ansatzes ist, dass mittels Medien – in diesem Fall mittels Social Media – nicht direkt beeinflusst wird *was* Individuen denken, sondern *worüber* sie nachdenken. (vgl. McCombs/Shaw 1972:177) Die Aufmerksamkeit von Rezipienten und Rezipientinnen wird quasi erzwungen, indem Themen als Medieninhalte permanent auf unterschiedliche Weise, in verschiedenen Medien gezeigt werden.
Durch die starke und häufige Berichterstattung wird einem Thema mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als anderen. (vgl. Maurer 2010:9) Der Rezipient, beziehungsweise die Rezipientin ist sich dessen meist nicht bewusst, dass diese Inhalte das persönliche Wissen und Vorstellungen, sowie das Gesundheitsverhalten beeinflussen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:112). Je präsenter beispielsweise ein bestimmtes Gesundheitsrisiko in den Medien thematisiert wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass dies von vielen Personen als relevantes Problem betrachtet wird (vgl. Rossmann/Hastall/Baumann 2014:89). Finnegan und Viswanath (1997) meinen infolgedessen, dass Agenda-Setting-Einflüsse für die Förderung der Gesundheit eingesetzt werden sollten (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:112f.).

5.3.2 Parasoziale Kommunikationsprozesse

Neben der reinen Vermittlung von Informationen wird in der Medienwirkungsforschung ebenfalls der parasoziale Kommunikationsprozess beschrieben. Das bedeutet, es bestehen Wirkungs- und Nutzungsformen, die neben der vermittelnden Funktion, den Rezeptionsprozess selbst in den Fokus stellt. Mediale Agierende – sei es Personen aus YouTube-Videos, Blogger und Bloggerinnen oder überhaupt Influencer und Influencerinnen (engl. *to influence*= beeinflussen) die sich zu Gesundheitsthemen äußern, dienen den Rezipienten und Rezipientinnen als Online-Kommunikationspartner beziehungsweise -partnerinnen. Es findet eine parasoziale, sprich über Medien getätigte Kommunikation statt. (vgl. ebd.:113)
Je nach Angebot und Situation können solche Prozesse sich stark unterscheiden und zu einer hohen beziehungsweise niedrigen parasozialen Interaktion (PSI) führen.

Wird der oder die Rezipierende somit direkt angesprochen („Was meinen Sie?“) oder besteht eine Bindung zu dieser Medienperson, kommt es zu einer hohen Interaktivität (high-level PSI). Ist für den Rezipienten, beziehungsweise für die Rezipientin der mediale Agierende hingegen nicht relevant, folgt eine niedrige Interaktion (low-level PSI). Durch parasoziale Interaktionen können infolgedessen individuelle parasoziale Beziehungen zu Medienfiguren aufgebaut werden. (vgl. Vogel/Suckfüll/Gleich 2007:347f.)
Bezogen auf den massenmedialen Kommunikationsprozess, vor allem jener Prozess der Online von statten geht, lassen sich drei Handlungsformen unterscheiden:

1. Parasozialer Vergleich mit Medienfiguren

Rezipienten und Rezipientinnen neigen meist dazu sich mit Personen die in der medialen Öffentlichkeit stehen zu vergleichen, indem sie einen persönlichen Zusammenhang mit den vermittelnden Wertmaßstäben sehen. Zuseher, sowie Zuseherinnen können sich mit den Medienfiguren selbst und deren Anliegen identifizieren und ziehen diese für die Bewältigung der eigenen Realität heran. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:114) Die mediale Inszenierung kann aufgrund dessen verschiedene Ergebnisse des parasozialen Vergleichs hervorbringen:

- Die Medienfigur leidet an einer Krankheit, dem sowie der Rezipierenden geht es gesundheitlich hingegen besser. Demzufolge werden die Sorgen des Zuschauers und der Zuschauerin, beziehungsweise des Lesers und der Leserin des Inhaltes relativiert.
- Der Rezipient, beziehungsweise die Rezipientin fühlt sich mit persönlichen Problemen nicht alleine gelassen.
- Der Protagonist, sowie die Protagonistin dienen den Rezipierenden als Vorbild und Quelle der Hoffnung.

(vgl. ebd.:115)

Der parasoziale Vergleich kann jedoch auch negative Folgen mit sich bringen. Kann der Rezipient, beziehungsweise die Rezipientin, kein positives Fazit, mit dem Vergleich zu der Medienfigur, für sich ziehen, wirkt sich dies ungünstig auf das Selbstbild aus. Ist der Rezipient oder die Rezipientin beispielsweise unzufrieden mit

ihrem Körper und vergleicht sich dann mit einer schlanken attraktiven Person aus den Medien, entsteht somit ein negativer parasozialer Vergleich. Je häufiger nun die schlanke Person betrachtet wird, desto geringer entwickelt sich das Selbstwertgefühl des Rezipienten oder der Rezipientin. (vgl. Leffelsend/Mauch/Hannover 2004: 64) Nichtsdestotrotz können Protagonisten und Protagonistinnen positive Auswirkungen haben und Nutzer sowie Nutzerinnen dazu ermutigen sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Somit dient die Medienfigur als parasoziales Rollenmodell. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:116)

2. Sozial-kognitives Lernen: Medienagierende als parasoziale Rollenmodelle

Dieses Modell nimmt an, dass man zusätzlich zu direkten Erfahrungen auch durch Beobachtungen Verhaltensweisen erlernt werden können. Indem man andere, in diesem Fall Medienprotagonisten beziehungsweise Medienprotagonistinnen, beobachtet, lernt man andere Verhaltensweisen kennen und kann dies vor dem Hintergrund seiner Selbstwirksamkeit einschätzen. Sieht sich der Rezipient, sowie die Rezipierende als selbstwirksam, ist die Wahrscheinlichkeit wesentlich größer, dass dieser beziehungsweise diese die beobachtete Handlung erfolgreich ausführt. (vgl. ebd.:116) Dennoch hängt die tatsächliche Ausführung des Verhaltens nicht nur von der Selbstwirksamkeit, sondern ebenfalls von Faktoren, wie Ähnlichkeit und die Konsequenzen die das Verhalten mit sich bringt, ab. Je ähnlicher sich Protagonist und Protagonistinnen, beziehungsweise Rezipienten oder Rezipientinnen sind, in beispielsweise Alter, Geschlecht, Hautfarbe, etc., desto eher übt der Nutzer und die Nutzerin das Verhalten aus. Ähnlich ist dies bei der Konsequenz. Erfolgt ein positives Ergebnis bei der beobachtenden Handlung, ist der Beobachter sowie die Beobachterin motiviert und möchte ebenfalls das Verhalten ausüben, um dasselbe positive Ergebnis zu erfahren. (vgl. ebd.:117) Zusammengefasst werden jene Medienfiguren bevorzugt, die den Rezipienten und Rezipientinnen ähnlich und sympathisch sind.

3. Parasoziale Interaktionen und Beziehungen zu medialen Akteuren

Oftmals bauen Individuen zu Medienfiguren denen sie auf YouTube, Facebook, Instagram, etc. folgen eine Beziehung auf. Dies kann sogar den Charakter einer intimen Bindung annehmen, beruht jedoch meist nur auf Einseitigkeit (Seitens des Rezipienten beziehungsweise Rezipientin). Sprich, Rezipierende die sich aufgrund

spezifischer Merkmale mit Medienakteuren oder Medienakteurinnen identifizieren können, bauen zu diesen durch wiederkehrende parasoziale Interaktionen eine Bindung auf. (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:120)

5.3.3 Elaboration-likelihood-Modell

Das Elaboration-Likelihood-Modell gehört zu den Zwei-Prozess Modellen, welches Einstellungsänderungen durch persuasive Informationen beschreibt. Es geht davon aus, dass Personen mit einer ausgeprägten kognitiven Fähigkeit und hoher Motivation Informationen erfolgreich verarbeiten können. Bei diesem Prozess werden Argumente mit existierenden kognitiven Strukturen abgeglichen, sodass eine Einstellungsänderung stattfinden kann. (vgl. Wirth/Kühne 2013:317f.) Somit wirken Medien auf das Individuum ein, um Einstellungen und letzten Endes das Verhalten zu beeinflussen, beziehungsweise. zu ändern (vgl. Six 2007:113).
Das Modell unterscheidet infolgedessen zwei Persuasionswege der Informationsbearbeitung: zentrale und periphere Route.

- Zentrale Route: Weist der Mediennutzer, beziehungsweise die Mediennutzerin eine hohe Motivation und Fähigkeit zur Informationsaufnahme und Verarbeitung auf, so wählt er, beziehungsweise sie, die zentrale Route. Dies bedeutet für die Rezipienten und Rezipientinnen, dass sie mit einem hohen kognitiven Aufwand Botschaften bewerten, indem sie auf bereits existierende Erfahrung- und Wissensbestände zurückgreifen. Kommt es dabei zu einer positiven Bewertung der Information, tritt eine anhaltende Einstellungsänderung ein.

- Periphere Route: Sind die Rezipienten und Rezipientinnen hingegen wenig motiviert, werden diese einen geringen kognitiven Aufwand tätigen, um Einstellungen zu beeinflussen. Dennoch besteht die Möglichkeit, dass Einstellungsänderungen auftreten, wenn das Kommunikationssetting bestimmte Hinweisreize beinhaltet. Diese erweisen sich meist jedoch als von geringer Dauer und wenig resistent.

(vgl.ebd.:111f.)

Je nach intensiver Auseinandersetzung mit Persuasionsversuchen, zeichnet sich dies im Elaboration-Likelihood-Modell als Ausmaß aus. Entweder zeigt sich dies als niedrige Elaboration (wenige Gedanken werden an der Informationsverarbeitung verwendet) oder in Form einer intensiven Elaboration (großes Interesse an der Information). Für die Wirkungsforschung ist es somit relevant zu wissen, mit welchem Interesse sich ein Individuum mit den Botschaften eines Arguments auseinandersetzt, beziehungsweise in welchem situativen Rahmen dies geschieht. Mit Hilfe des Modells wird somit versucht den Verlauf, sowie das Resultat einer Beeinflussung von Einstellungen im Vorfeld zu bestimmen. (vgl. Klimmt 2011:16ff.)

6. Social Media

6.1 Entwicklung des Social Web

In den vergangenen Jahren hat sich die öffentliche Kommunikation und Darbietung von Informationen sehr stark verändert. Seit den 1990er Jahren tritt das Internet an die Seite der Massenmedien. Es etabliert sich im Laufe der Jahre als ein Universalmedium, das sämtliche Funktionen von Fernsehen, Radio und Printmedien miteinschließt und synchrone, beziehungsweise zeitversetzte Kommunikation und Informationsgewinnung ermöglicht. Soziale Medien sind Teil dieses Prozesses, welche eine neue Sphäre zwischen dem massenmedialen und interpersonalen Austausch eröffnet. (vgl. Schmidt 2018:10f.)

Infolgedessen folgt in diesem Abschnitt ein Überblick über die Entwicklung des Internets und Social Media und die dazu relevanten Termini. Zusätzlich erfolgt eine Darstellung einzelner Formen von sozialen Medien.

Begriffe wie Web 1.0, Web 2.0 und Social Web dienen der Wissenschaft als Standpunkte, um die Entwicklung des Internets aufzuzeigen. Was ist nun das Social Web und ab wann kann von diesem gesprochen werden? Um dies zu beantworten, muss zunächst auf die Anfänge des Internets eingegangen werden.

Die ersten Eckpfeiler des heutigen Internets erfolgt nach Ebersbach, Glaser und Heigl (2011) unter dem Namen des Web 1.0, in der Zeitspanne von 1990 bis 2001 (vgl. Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:19). Dennoch darf die zeitliche Einteilung nicht starr nur auf diesen Zeitraum reduziert werden, da die Entwicklung des Web 1.0 zum Web 2.0 stets kontinuierlich und nicht abrupt von heute auf morgen erfolgte (vgl. Altmann 2011:18). Die Funktion des Web 1.0 liegt vor allem in der Darbietung von

Inhalten, welche es Einzelpersonen und Organisationen ermöglicht Informationen bereitzustellen (vgl. Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:24). Das Web 1.0 bietet zum größten Teil statische Inhalte, die keine Interaktion zulassen und somit vor allem der Wissensbeschaffung über diverse Themen dient (vgl. Kopp 2011:20). Es ist dementsprechend ein innovatives Medium, das die Basis für das Web 2.0 bildet.

Aufgrund von vielfältigen technischen Entwicklungen wird nun auch Computerlaien, beziehungsweise Computerlaiinnen, die Möglichkeit geboten Inhalte (Fotos, Kommentare, Videos, etc.) online zu veröffentlichen. In diesem Zusammenhang spricht man vom Web 2.0, welches jedoch nicht trennscharf vom Web 1.0 zu begreifen ist. (vgl. ebd.:20f.) Der Begriff Web 2.0 geht auf den Amerikaner Tim O'Reilly zurück, welcher postuliert, dass nicht mehr nur Informationen präsentiert werden, sondern, dass Nutzer und Nutzerinnen nun die Chance zur Beteiligung und Interaktion haben. Es folgen Inhalte die selbst produziert werden und als *User Generated Content* (Nutzer und Nutzerinnen generierter Inhalt) zusammengefasst werden. (vgl. Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:25) Neben dem Austausch ist im Web 2.0 ebenfalls die Vernetzung relevant, wie sie vor allem in sozialen Medien stattfindet (vgl. Kopp 2011:21).

Das Social Web ist ein Teilbereich des Web 2.0, das sich auf das Grundgerüst des Webs 2.0 stützt, sich aber primär auf soziale Strukturen und Interaktionen im Internet bezieht (vgl. Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:32). Fuchs (2017) verwendet in diesem Kontext den Begriff des Webs 3.0 synonym und meint, dass die Vorzüge des aktuellen Internets primär auf Seitens der Kooperation und Kommunikation der Nutzer und Nutzerinnen liegt. Für das Web 1.0 nennt er als Schlagwort die Kognition. (vgl. Fuchs 2017:46) Diese Ausdrücke zeigen sehr gut, wie sich aus dem anfänglich rein kognitiven Internet (Web 1.0), eine kooperative beziehungsweise kommunikative Form des Webs (Social Web) etablierte. Zusätzlich wird der Austausch durch die wachsende Verbreitung von Smartphones und Tablets, seit den 2010er Jahren, erleichtert. (vgl. Schmidt 2018:10)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die aktuelle Form des Internets als Social Web bezeichnet werden kann, das sich von einem reinen Informationsaufbereitungs- zu einem Kommunikationsmedium ausdehnte. Menschen treten in Kontakt, tauschen sich aus und kooperieren miteinander. Diese vielfältigen Arten der Interaktion werden meist auf Social Media-Kanälen ausgetragen.

6.2 Was ist Social Media?

Der Begriff Social Media findet in der heutigen Gesellschaft häufige Verwendung im Alltag. Im Vergleich zum Web 2.0 unterstreichen Social Media-Kanäle den sozialen, gesellschaftlichen und vernetzenden Charakter von Rezipienten und Rezipientinnen. (vgl. Kopp 2011:19) Nichtsdestotrotz ist der Begriff schwer definierbar, da es keine strikten Kriterien gibt, die dafür sprechen, dass man von einem Medium im Kontext von sozialen Medien spricht. Schmidt (2018) versucht zwei wesentliche Elemente zu benennen, die den Termini eingrenzen. Erstens, die einfache Möglichkeit Inhalte online zu verbreiten und diese zu bearbeiten. So kann man auch ohne technisches Vorwissen Videos, Texte, Fotos, etc. erstellen um diese im Internet zu publizieren. Zweitens ermöglichen soziale Medien einen Austausch sowohl mit Medienagierenden, als auch mit anderen Nutzern, beziehungsweise Nutzerinnen. (vgl. Schmidt 2018:11)

Zusätzlich erschwert die Vielfalt an verschiedenen Plattformen und Anwendungen die klare Definition von sozialen Medien, sowie die Tatsache, dass das Internet und die damit einhergehenden Social Media-Kanäle sich im ständigen Wandel befinden (vgl. ebd.:17). Unter anderem wurden Plattformen wie MySpace oder schülerVZ, welche Mitte der 2000er Jahre noch sehr populär waren, mit den 2010er Jahren durch Facebook ersetzt (vgl. ebd.:12). So kann man erkennen, dass binnen kürzester Zeit Plattformen vom Markt verschwinden können und die strikte Eingrenzung des Terminus erschweren. Welche Anwendungen nun als soziale Medien gelten, ist jedoch nicht schwer zu benennen. Aus diesem Grund werden im nächsten Kapitel die gängigen sozialen Medien erläutert.

6.3 Formen sozialer Medien

Die Vielfalt an Social Media-Anwendungen ist kaum überschaubar, da es zu fast jedem Lebensbereich unterschiedliche Communitys und Plattformen gibt. Dennoch können diese – nach Schmidt (2018), sowie Ebersbach Glaser und Heigl (2011) – aufgrund ihres technischen Aufbaus, in folgende Bereiche gegliedert werden: Netzwerkplattformen (Social Networks), Multimediaplattformen (Social Sharing-Sites), Weblogs, Microblogs, Instant-Messaging-Dienste und Wikis. (vgl. Schmidt 2018:12-15)

Netzwerkplattformen

Netzwerkplattformen, oder wie bei Ebersbach, Glaser und Heigl (2011), als Social Networks bezeichnet, sind Plattformen in denen ein individuelles Nutzerprofil und die Vernetzung mit anderen Personen wesentlich ist. Nutzer und Nutzerinnen müssen sich infolgedessen online registrieren und Daten von seiner, beziehungsweise ihrer, Person auf einer Profilseite angeben. Ebenfalls wird ein Kontaktbild veröffentlicht, sowie Beziehungen zu anderen Personen dargestellt und nachvollziehbar gemacht um so den Bezug zu realen Sozialbildungen zu verdeutlichen. Man kann sich auf Netzwerkplattformen direkt mit Freunden und Freundinnen beziehungsweise mit fremden Personen oder in Gruppen austauschen und Informationen, beispielsweise über Reiseziele, Beziehungsstatus, Vorlieben, etc., preisgeben. Ein bekanntes Beispiel hierfür wäre Facebook, das von mehr als zwei Milliarden Nutzern weltweit genutzt wird. Aber auch Plattformen wie XING oder LinkedIn, die zur beruflichen Kontaktpflege dienen, zählen zu Social Networks Anwendungen. (vgl. Schmidt 2018:12f.; Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:96, 99f.)

Multimediaplattformen

Multimediaplattformen oder auch Social Sharing-Sites genannt, fokussieren auf die Bereitstellung und den Austausch von multimedialen Inhalten. Sie zählen zu den ältesten und am weitest verbreiteten Plattformen. Multimediaplattformen – wie der Name bereits ausdrückt – verknüpft unterschiedliche Arten von Medien. So erfolgt eine Verknüpfung unter anderem von Fotos, Videoclips, Musik, Links, oder eine Verschmelzung aus alle. Zu den beliebtesten Plattformen zählen YouTube, Instagram und Snapchat. (vgl. Schmidt 2018:13; Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:117f.)

Weblogs

Weblogs (Kurzform: Blogs) sind eine Form von Web-Tagebücher, die durch Einträge aktualisiert werden. Meist sind dies Beiträge zu persönlichen Inhalten, Meinungen, sowie Neuigkeiten zu diversen Themen. Es können ebenfalls Videoclips, Bilder und Audioaufnahmen in Einträge eingebaut werden. Diese können kommentiert und verlinkt werden, sodass ein verflochtenes Netz aus Blogeinträgen und Blogkommentaren – auch Blogosphäre genannt – entsteht. (vgl. Schmidt 2018:13; Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:60f.)

Microblogs

Microblogs zeichnen sich durch ihre Kürze von Textnachrichten aus. Bekanntestes Beispiel hierfür ist Twitter, das die Möglichkeit bietet Gedanken, Links, Fotos und Videos zu veröffentlichen. So genannte Tweets werden von Freunden und Freundinnen, Bekannten, Gruppen – den so genannten Followern – gelesen und kommentiert. (vgl. Schmidt 2018:14; Ebersbach/Glaser/Heigl 2011:84f.)

Instant-Messaging-Dienste

Instant-Messaging-Dienste verknüpfen Netzwerkplattformen mit Chat- beziehungsweise SMS-Systemen. Charakteristisch für diese Anwendungen sind ein sehr informeller Sprachstil sowie die Verwendung von *Emojis*. Die am meist verbreiteten Angebote sind WhatsApp, Telegram und Facebook Messenger, welche vor allem über Apps auf Smartphones und Tablets verwendet werden. (vgl. Schmidt 2018:14f.)

Wikis

Wikis dienen primär der Sammlung von Informationen und dem Wissensaustausch. Bekannt wurde diese Form durch die Online-Enzyklopädie „Wikipedia“. Was Wikis jedoch von herkömmlichen Websites unterscheidet, ist der Aspekt, dass Nutzer Einträge selbst bearbeiten und Inhalte hinzufügen können. (vgl. Schmidt 2018:15)

7. Fazit

Einer Umfrage des Pew Research Center (2018) zufolge, zur Nutzung von sozialen Medien in den USA, ist die Verwendung von Social Media-Anwendungen stetig gestiegen. Dominant sind vor allem Facebook und YouTube, welche neben anderen Plattformen regelmäßig benutzt werden. So nutzen zwei Drittel der amerikanischen Bevölkerung Facebook und Dreiviertel YouTube. Anwendungen wie Snapchat und Instagram sind verstärkt bei der jungen Generation (18 bis 24 Jahre) beliebt. In etwa 78% nutzen Snapchat und 71% Instagram. (vgl. Pew Research Center 2018) In Österreich zeigt sich ebenfalls ein Anstieg an der Nutzung von sozialen Medien. Infolgedessen nutzen in Österreich über die Hälfte der Internetnutzer beziehungsweise Internetnutzerinnen (88%) regelmäßig soziale Medien (57%) im Jahr 2018. Hingegen lag 2016 die Nutzung von Social Media Rezipierenden bei 46%. (vgl. We Are Social 2018) Ebenfalls zeigt sich laut einer Studie von Statistik

Austria von 2017, dass die Nutzung von sozialen Medien vermehrt bei jungen Generationen beliebt war. So waren es 92% der 16 bis 24 jährigen Internetnutzer und Internetnutzerinnen die Social Media verwendenten und beispielsweise nur 26,2% der 55 bis 64 Jährigen. (vgl. Statistik Austria 2017b)

Neben dem Aspekt, dass die Internetnutzung und Social Media-Nutzung gestiegen ist, etabliert sich ebenfalls infolgedessen ein Wandel im Gesundheitswesen. In den letzten Jahren haben soziale Medien, wie Facebook, YouTube, Twitter und Co. das Gesundheitswesen drastisch verändert. (vgl. Li/Wang/Lin/Hajli 2018:28) Wie bereits zuvor (4.4.2. Nutzung von Gesundheitsangeboten) erwähnt, sind es meist junge und gebildete Personen, sowie Individuen mit einem hohen Einkommen, die Gesundheitsinformationen aus Online-Angeboten beziehen (vgl. Trepte/Baumann/Hautzinger 2005:488). Studien zufolge zeigt sich, dass nicht nur soziodemografische Merkmale ausschlaggebend sind für die Nutzung von Online-Angeboten, sondern ebenfalls der Gesundheitszustand, sowie das Bewusstsein zu Gesundheits- und Krankheitsthemen. Auch hier lässt sich keine allgemeingültige These erschließen, warum Gesundheitsthemen online bezogen und ausgetauscht werden. Dominant sind dennoch die Nutzer und Nutzerinnen, die aktiv nach Informationen suchen, sowie das Bedürfnis verspüren, sich mit Betroffenen auszutauschen. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:280)

Welche Vorteile bringen Social Media-Anwendungen nun mit sich? Sie ermöglichen nicht nur die vereinfachte Suche nach Gesundheitsinformationen, sondern ebenfalls den leichteren Austausch und die leichtere Vernetzung untereinander (vgl. Li/Wang/Lin/Hajli 2018:28). Ein klarer Vorteil von sozialen Medien ist die Möglichkeit viele Menschen auf einmal an unterschiedlichen Orten und Zeiten gleichzeitig zu erreichen. Sie zielen darauf ab, Gesundheitskommunikation vom Schema *one-to-many* auf *one-to-one*, beziehungsweise *many-to-many* auszuweiten. (vgl. Norman 2012:3) Zusätzlich ermöglicht die Vielfalt an Anwendungen, sei es in Form von Videos, Bildern, Texten, beziehungsweise Audioaufnahmen, oder eine Kombination aus diesen, dass Gesundheitsthemen an eine breite Masse jeglicher sozioökonomischer Zielgruppe gelangen (vgl. Li/Wang/Lin/Hajli 2018:28).

Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen zufolge haben soziale Medien ein großes Potenzial das Gesundheitsverhalten zu fördern, da sie ein mächtiges Werkzeug mit einer großen Reichweite sind und ebenfalls einen hohen Grad an Interaktivität bieten, die sowohl Anonymität, als auch eine benutzerangepasste

Anwendung ermöglichen. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass soziale Medien sehr wohl auch Risiken mit sich bringen (siehe Kapitel 4.4.4. Negative Folgen für das Gesundheitsverhalten). (vgl. Korda/Itani 2013:15) Ebenfalls bedarf es einem nicht unerheblichen Maß an Vorinteresse, sodass Facebook, YouTube, Instagram und Co. das Gesundheitsverhalten beeinflussen können, sowie ebenfalls einen gewissen Grad an Medienkompetenz um qualitative Informationen zu filtern und für seine eigene Gesundheit richtig interpretieren zu können (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:277; Fromm/Baumann/Lampert 2011:43).

II. EMPIRIE

8. Untersuchungsdesign

8.1 Allgemeiner Kontext

Für diese Abschlussarbeit wurde gezielt eine quantitative Vorgehensweise mit Hilfe einer Online-Befragung gewählt.

Als Basis für diese empirische Arbeit dient eine in den USA durchgeführt Studie, welche den Zusammenhang von Gesundheit und Social Media erforscht. Zusätzlich wurde die vorliegende Online-Befragung durch themenspezifische Fragen ergänzt.

Die in den USA durchgeführte Telefonumfrage (Festnetz und Mobiltelefon) erstreckte sich von 9. August bis 13. September 2010, an der 3001 Erwachsene im Alter von 18 Jahren und älter teilnahmen. Durchgeführt wurde diese von Princeton Survey Research Associates International (PSRAI). Die Befragung fand an unterschiedlichen Tagen, zu verschiedenen Tageszeiten statt, sodass die Kontaktchancen maximiert werden konnten. Der Bericht zu dieser Umfrage, mit dem Titel *The Social Life of Health Information*, entstand 2011 in Kollaboration zwischen den Organisationen Pew Internet Project und California HealthCare Foundation. (vgl. Fox 2011:21)

Laut den Ergebnissen der Telefonumfrage zeigte sich eine Veränderung dahingehend, wie Bürger und Bürgerinnen aus den Vereinigten Staaten an gesundheitsbezogene Informationen gelangten. Bei Gesundheitsproblemen sind die Meinungen von Gesundheitsexperten und -expertinnen, Personen aus dem Freundeskreis, sowie von Familienmitgliedern, weiterhin die erste Wahl um Gesundheitsinformationen zu beziehen. Jedoch erwiesen sich Online-Quellen, wie Tipps von Leidensgenossen und -genossinnen, in den Vereinigten Staaten als eine signifikante Quelle von gesundheitsbezogenen Themen. (vgl. Fox 2011:2) Die Studie besagt, dass 59% der amerikanischen Erwachsenen Informationen zu Gesundheitsthemen, wie beispielsweise über spezifische Krankheiten oder Behandlungen, online bezogen (vgl. ebd.:5). Soziale Medien waren zwar sehr beliebt, werden aber im Vergleich zu anderen Tätigkeiten (zum Beispiel Kontaktpflege) für Gesundheits-Updates, sowie für Rückfragen nur sparsam eingesetzt. 15% der erwachsenen Internetnutzer und -nutzerinnen bezogen Gesundheitsinformationen von sozialen Medien, 11% veröffentlichten Informationen über Gesundheit und medizinische Aspekte, und 9% gründeten eine Social Media-Gruppe oder sind solch einer beigetreten. (vgl. ebd.:6f.)

Personen, welche sich um Angehörige kümmern und diese betreuten, nutzten häufiger soziale Medien um Informationen zu erlangen und zu teilen, als andere Erwachsene. Infolgedessen waren es 20% an Betreuer und Betreuerinnen, welche Social Media-Anwendungen nutzten um Gesundheitsinformationen zu erlangen, im Vergleich zu 12% von anderen Social Media-Nutzern, beziehungsweise Nutzerinnen. Ebenfalls waren es vor allem Menschen die bereits eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung erlitten haben, jene, die soziale Medien in Bezug auf Gesundheitsfragen beziehen im Vergleich zu den anderen Nutzern und Nutzerinnen. (vgl. Fox 2011:7) So waren es 23% der Befragten mit einer Beeinträchtigung, welche Gesundheitsinformationen aus Social Media-Anwendungen bezogen, hingegen 13% der Befragte die keine Beeinträchtigung aufwiesen (vgl. ebd.:8).

Der Studie aus dem Jahr 2010 zufolge, gaben die Befragten an, dass ihnen Online-Gesundheitsinformationen eher geholfen, als geschadet haben. 30% der amerikanischen Erwachsenen sagten, dass ihnen oder jemanden den sie kennen mit Hilfe von medizinischen Ratschlägen, beziehungsweise gesundheitsbezogenen Informationen aus Online-Quellen sogar geholfen werden konnte. Lediglich 3% gaben an, dass ihnen oder jemand anderem durch Online-Informationen geschadet wurde. (vgl. ebd.:12)

Nicht zu vergessen sind Apps die ebenfalls Einsatz finden beim Beziehen und Tracken von Gesundheitsinformationen. Es zeigte sich in dieser Studie jedoch, dass wenige Personen (9%) eine App hatten, die ihre Gesundheitsdaten verwaltete (vgl. ebd.:27).

Das Internet und vor allem soziale Medien verknüpfen Menschen untereinander und eröffnen bereits Erkrankten die Möglichkeit Personen zu finden, die unter denselben Problemen leiden. Infolgedessen ergab die Studie, dass einer von fünf erwachsenen Nutzern oder Nutzerinnen mittels des Internets versuchten andere mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen zu finden. Dies entsprach einem Wert von 18%. (vgl. Fox 2011:18)

Ziel der Untersuchung ist es die Ergebnisse aus den USA mit jenen Studienergebnissen dieser wissenschaftlichen Untersuchung zu vergleichen. An dieser Stelle muss angeführt werden, dass beide Umfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfanden, sodass bedacht werden muss, dass sich die technische Entwicklung und die Nutzung von sozialen Medien in den letzen acht Jahren verändert hat. So ist wie bereits erwähnt (7.Fazit) die Entwicklung und Nutzung

sowohl in den USA, als auch in Österreich stetig gestiegen (vgl. Pew Research Center 2018; We Are Social 2018).
In den folgenden Kapiteln werden nun das Forschungsdesign, die Durchführung der Studie sowie die Auswertung und das Fazit der durchgeführten Befragung, näher vorgestellt.

8.2 Forschungsmethode

Um das Thema dieser Diplomarbeit adäquat zu bearbeiten und das Forschungsinteresse zu decken, wird wie erwähnt eine quantitative Online-Befragung erhoben.

> „Quantitative Verfahren sind solche, in denen empirische Beobachtungen über wenige, ausgesuchte Merkmale systematisch mit Zahlenwerten belegt und auf einer zahlenmäßig breiten Basis gesammelt werden." (Brosius/Haas/Koschel 2016:4)

Infolgedessen wurde gezielt dieses Verfahren gewählt, um Zahlen und Informationen aus der sozialen Realität zu erheben. Mit Hilfe der Online-Befragung können somit innerhalb kürzester Zeit und auf ökonomische Art und Weise Ergebnisse bezogen werden. Die Befragung erfolgt anonym, sodass sich valide Daten ergeben, da die Gefahr, dass Probanden und Probandinnen sozial erwünschte Antworten geben, sich minimiert. (vgl. ebd.:121) Zusätzlich können Fragebogen, welche online ausgefüllt werden, Interviewfehler ausschließen (vgl. ebd.:118).
Nachteile einer Online-Befragung sind jedoch, dass sich technische Probleme sowie Unklarheiten des Ausfüllens vom Fragebogen ergeben können. Ebenfalls wird eine Internetkompetenz vorausgesetzt, beziehungsweise überhaupt der Besitz von einem Internetzugang. (vgl. ebd.: 122) Somit kann keine reine Zufallsauswahl aus der Gesamtbevölkerung garantiert werden, da die Stichprobe sich nur aus der Grundgesamtheit der Internetnutzer und -nutzerinnen erschließt (vgl. ebd.:119). Da sich das Forschungsinteresse nur auf Probanden und Probandinnen bezieht, die einen Internetnutzung besitzen und soziale Medien verwenden, sind jene ohne Zugang für die Erhebung dieser Studie irrelevant.
Erstellt wurde der Fragebogen mit Hilfe der Plattform Google Forms. Die Auswertung der Ergebnisse und Überprüfung der Richtigkeit erfolgt mit der Software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

8.3 Fragebogen

In der empirischen Forschung existieren vielzählige Herangehensweisen der Datenerhebung. Infolgedessen ist es wichtig die Methode zu wählen, welche eine adäquate Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen ermöglicht (vgl. Raithel 2008:65). Für das vorliegende Forschungsinteresse eignet sich somit eine wissenschaftliche Online-Befragung mit einem schriftlichen Fragebogen.
Dieser muss sorgfältig erstellt werden, damit Fehlerquellen ausgeschlossen werden können. Ebenfalls ist darauf zu achten, dass ein Fragebogen selbsterklärend und übersichtlich gestaltet ist. (vgl. ebd.:67)

8.3.1 Aufbau

Der Fragebogen besteht aus einer Einleitung, einem Hauptteil und einem Schluss. Insgesamt umfasst der Online-Fragebogen 27 Fragen mit einer Bearbeitungsdauer von maximal zehn Minuten.
In der Einleitung konnten die Probanden und Probandinnen einen Einführungstext lesen, indem das Thema grob vorgestellt und der Zweck der Befragung erklärt wurde. Zusätzlich wurde die Wertschätzung und die Anonymität den Teilnehmer und Teilnehmerinnen zugesichert. Den Probanden und Probandinnen wurde gezielt nur grob das Thema (Nutzungsverhalten von Social Media) präsentiert, um mit Frage vier (Wozu benutzen Sie soziale Medien, wie zum Beispiel Facebook, YouTube, Blogs, etc.) zu erschließen, wer tatsächlich Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien bezieht.
Der Hauptteil gliedert sich in thematische Blöcke. Fragen mit denselben thematischen Aspekten wurden nacheinander gefragt, um Verwirrung zu vermeiden. In den Eröffnungsfragen (Frage eins bis vier) wurden soziodemografische Daten, sowie das Nutzungsverhalten von sozialen Medien erhoben. Diese lauten wie folgt: Sind Sie männlich oder weiblich? Wie alt sind Sie? Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?
Frage fünf bis acht erfragen allgemein, von wo die Befragten Gesundheitsinformationen beziehen. Dies wurde mit folgenden Fragen ermittelt: Denken Sie an einen konkreten Anlassfall (zum Beispiel Krankheit, Verletzung). Woher beziehen Sie dafür hauptsächlich Gesundheitsinformationen? Konnte Ihnen oder einem, beziehungsweise einer Bekannten schon jemals geholfen werden, durch medizinische und gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet? Haben Sie

schon einmal, als Sie krank waren (zum Beispiel Erkältung) nach Informationen in sozialen Medien gesucht? Haben Sie schon einmal, als Sie krank waren (zum Beispiel Erkältung) um Rat bei Freunden und Freundinnen, beziehungsweise bei der Familie gesucht?

Mit den Fragen neun bis dreizehn erschließt sich das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Das Gesundheitsverhalten wurde somit mit folgenden Fragen abgedeckt: Wie viele Stunden Sport betreiben Sie in der Woche? Was trifft in Bezug auf Rauchen auf Sie zu? Was trifft in Bezug auf Alkoholkonsum auf Sie zu? Wie viele Stunden schlafen Sie pro Tag? Was trifft in Bezug auf Ernährung auf Sie zu?

Die darauffolgenden Fragen (vierzehn bis einundzwanzig) thematisieren das Verhältnis von Gesundheit und sozialen Medien. Diese lauten wie folgt: Wie würden Sie Ihren Lebensstil (zum Beispiel Ernährung, sportliche Aktivität, etc.) in Bezug auf Ihre Gesundheit einschätzen? Nehmen Sie Ratschläge zu einem besseren und gesunden Lebensstil aus sozialen Medien (zum Beispiel Facebook, YouTube, Blogs, etc.) an? Hat sich der Umgang mit Ernährung, Sport, Gesundheitsvorsorge, etc. durch das Nutzen von sozialen Medien für Sie positiv verändert? Haben Sie schon einmal selbst Gesundheitsratschläge in sozialen Medien veröffentlicht? Beziehen Sie Gesundheitsinformationen regelmäßig aus sozialen Medien, die Ihnen einen positiven Wissenszuwachs bringen? Wie empfinden Sie Gesundheitsratschläge aus sozialen Medien? Haben Sie schon einmal negative Gesundheitsratschläge von Onlinequellen (Facebook, YouTube, Blogs, etc.) bekommen? Haben Sie schon einmal online gesundheitsbezogene Informationen gesehen, beziehungsweise gelesen und sich danach unsicher, in Bezug auf Ihre Gesundheit, gefühlt?

Der letzte Teil (Frage zweiundzwanzig bis siebenundzwanzig) erfragt das Nutzungsverhalten von gesundheitsbezogenen Apps: Welche der folgenden Apps haben, beziehungsweise hatten Sie? Haben Sie soziale Medien dazu gebracht diese App zu installieren? Wie hat diese App Ihr Gesundheitsverhalten verändert? Verfolgen Sie regelmäßig Trackingergebnisse (zum Beispiel Runtastic Aktivitäten) von Bekannten und Bekanntinnen, beziehungsweise von Freunden und Freundinnen in sozialen Medien? Wie empfinden Sie diese Informationen?

Die Umfrage endet mit einem kurzen Schlussteil, indem sich für die Teilnahme bedankt wurde.

8.3.2 Strukturtypen der Fragen

Der Fragebogen beinhaltet sowohl offene, als auch geschlossene Fragen. Offene Fragen (Frage zwei, neun und zwölf) vorderen dazu auf, dass Antworten selbst formuliert werden. Geschlossene Fragen hingegen, bieten eine vorgegebene Antwortmöglichkeit. Die Frage dreiundzwanzig ist eine halboffene Frage, da die Antwortkategorien zwar geschlossen sind, aber Probanden und Probandinnen mit der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ weitere Apps selbst hinzufügen können. (vgl. Raithel 2008:68)

Ebenfalls gibt es zwei Filterfragen. Dies sind Fragen, welche nur für eine bestimmte Teilnehmerschaft relevant sind (vgl. Brosius/Haas/Koschel 2016:102). Erste Filterfrage ist Frage zweiundzwanzig. Haben oder hatten Befragte keine Tracking-App (engl. *tracking*= Verfolgen), so werden die folgenden Fragen von den Probanden und Probandinnen übersprungen und sie werden automatisch zu Frage sechsundzwanzig weitergeleitet. Das gleiche gilt für Frage sechsundzwanzig. Verfolgen Teilnehmer und Teilnehmerinnen Trackingergebnisse nicht, so endet für diese der Fragebogen an dieser Stelle. Alle anderen Befragten mussten die Frageblöcke in kontinuierlicher Reihenfolge beantworten.

8.4 Durchführung der Studie

8.4.1 Feldzeit

In den folgenden Kapiteln wird die Durchführung der Studie präsentiert. Es folgt die Darstellung des Zeitraumes, indem die Befragung stattfand, der Pretest (Vortest), sowie die Erläuterung, wie Probanden und Probandinnen die Umfrage beziehen konnten.

Die zeitliche Dimension der Befragung erstreckte sich über eine Erhebungsphase (27. Mai bis 5. Juni 2018). Somit handelt es sich um ein Querschnittdesign, welches in einer kurzen Zeitspanne stattfand (vgl. Abel/Möller/Treumann 1998:34).

Bevor die Hauptbefragung online ging, wurde am 26.5.2018 ein Pretest gemacht, um das entwickelte Erhebungsinstrument zu prüfen. Der Zeitraum indem die Umfrage für sämtliche Teilnehmer und Teilnehmerinnen online zugänglich war, erstreckte sich von 27. Mai bis 5. Juni 2018. Am 2. Juni 2018 erfolgte die Aussendung eins Erinnerungsschreiben um weitere potenzielle Probanden und Probandinnen mit einzubeziehen.

8.4.2 Rekrutierung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Die Rekrutierung der Personen für das Ausfüllen des Pretest erfolgte im privaten Umfeld. Es wurden ausschließlich Freunde, beziehungsweise Freundinnen und Familienmitglieder für den Vortest rekrutiert. Insgesamt füllten elf Personen den Pretest aus.

Damit möglichst viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen erreicht werden konnten, wurde ein Link erstellt, welcher die Befragten direkt zum Fragenbogen leitete. Der Link wurde mittels sozialen Medien (Facebook, WhatsApp), sowie Mundpropaganda verbreitet. Dabei wurde darauf geachtet, dass Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts, sowie Bildungsgrad erreicht wurden. Zusätzlich wurde der Link von Probanden und Probandinnen, die bereits an der Befragung teilgenommen haben, weiterempfohlen, beziehungsweise auf Facebook verbreitet.

8.4.3 Pretest

Wie bereits erwähnt wurde vor der Hauptbefragung ein Pretest durchgeführt. Ziel ist es mit diesem Vortest die Fragen und Antwortmöglichkeiten auf ihre Vollständigkeit, Klarheit, Anwendbarkeit und Qualität zu überprüfen, um Fehlerquellen zu vermeiden (vgl. Raithel 2008:63).

Die Pretester und Pretesterinnen wurden dazu aufgefordert ein Feedback zur Gestaltung, Verständlichkeit und Qualität abzugeben. Zusätzlich diente der Pretest zur Überprüfung, ob der Online-Fragebogen technisch reibungslos funktioniert. Mit Hilfe der Kommentare und Anregungen wurde der Fragebogen überarbeitet, sowie einzelne Antworten und Fragestellungen korrigiert.

8.5 Forschungsfragen

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll im Zuge der Arbeitsfrage erläutert werden, ob soziale Medien die Gesundheit von Nutzer und Nutzinnen fördern kann. Neben dieser Arbeitsfrage gestalten sich folgende Forschungsfragen, die vor allem für die Studie von Relevanz sind:

- Wer bezieht Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien?
- Von wo beziehen Personen Gesundheitsinformationen?

- Beeinflussen soziale Medien das Gesundheitsverhalten von Menschen?
- Wie äußert sich das Gesundheitsverhalten durch die Nutzung von gesundheitsbezogenen Apps?

8.6 Hypothesen

Eine wissenschaftliche Hypothese ist eine Annahme über einen bestimmten Sachverhalt, die es im Zuge des Forschungsprozesses zu überprüfen gilt (vgl. Raithel 2008:13f.). Aus den oben genannten Forschungsfragen wurden folgende Hypothesen abgeleitet, welche statistisch überprüft wurden:

- Frauen beziehen eher Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien als Männer.
- Personen mit einem höheren Bildungsgrad beziehen eher Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien, als jene die einen niedrigeren Bildungsgrad haben.
- In einem konkreten Anlassfall beziehen Menschen Gesundheitsinformationen eher Online, als von anderen Quellen.
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Nutzen von sozialen Medien und einem gesunden Lebensstil.
- Gesundheitsbezogene Online Ratschläge fördern eher die Gesundheit, als sie zu schädigen.
- Das Gesundheitsverhalten hat sich durch das Nutzen von gesundheitsbezogenen Apps positiv verändert.

9. Auswertung

9.1 Stichprobe

Für die Untersuchung einer Problemstellung und Überprüfung von Hypothesen wird in der wissenschaftlichen Forschung in den meisten Fällen nur ein Teil der Grundgesamtheit – eine Stichprobe (Teilerhebung) – für die Forschung herangezogen. Hingegen werden bei einer Vollerhebung alle Personen einer

Grundgesamtheit in einer Untersuchung analysiert. Eine Vollerhebung erweist sich jedoch als langwierig und kostenintensiv. (vgl. Raithel 2008:54) *„Ziel der Stichprobe ist es Generalisierungen (Verallgemeinerungen) auf die Grundgesamtheit vorzunehmen [...].“* (Raithel 2008:54) Wie man aus dem Zitat entnehmen kann, gelten daher die Ergebnisse einer Studie nur bezogen auf die Grundgesamtheit der Stichprobe und können somit nicht auf sämtliche Individuen übertragen werden.
Für die vorliegende Studie wurde eine willkürliche Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe) gewählt, indem Probanden und Probandinnen unkontrolliert, ohne einen Auswahlplan, in die Stichprobe aufgenommen wurden (vgl. Raithel 2008:56). An der vorliegenden Studie, welche sich vom 27. Mai bis 5. Juni 2018 erstreckte, nahmen 113 Teilnehmer und Teilnehmerinnen teil.

Geschlecht

Die Geschlechterverteilung ergab einen Prozentanteil an 68,14% weiblichen Probandinnen und an 31,86% männliche Probanden. Frauen stellen somit einen großen Teil der Stichprobe dar.

Tabelle 3: Geschlechtliche Gliederung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bezogen auf die Stichprobengröße

	Häufigkeit	**Prozent**
Weiblich	77	68,14%
Männlich	36	31,86%

Alter

Das Alter der Befragten wurde in drei Gruppen unterteilt: 17-29 Jährige, 30-49 Jährige und sämtliche Personen die älter als 50 Jahre alt waren. Das durchschnittliche Alter der Befragten beträgt 28,63 Jahre bei einer Standardabweichung von 9,896.

Tabelle 4: Alter der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen

	Häufigkeit	**Prozent**
17-29 Jährige	84	74,34%
30-49 Jährige	19	16,81%
50+ Jährige	10	8,85%

Bildungsgrad

Im Rahmen dieser Studie wurde ebenfalls der schulische, beziehungsweise universitäre Bildungsgrad erfragt. Im Zuge dessen haben 54,87% an Teilnehmer und Teilnehmerinnen einen Maturaabschluss, 27,43% einen Universitäts oder Fachhochschul Abschluss und 17,70% keinen Maturaabschluss.

Tabelle 5: Bildungsgrad der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen

	Häufigkeit	**Prozent**
Matura	62	54,87%
Universität/Fachhochschule	31	27,43%
Keine Matura	20	17,70%

Gesundheitsverhalten

Neben soziodemographischen Daten wurde ebenfalls das allgemeine Gesundheitsverhalten der Probanden und Probandinnen erhoben.

So gaben die Befragten an, dass sich 73,45% 0-5 Stunden, 22,12% 6-10 und 3,54% mehr als 10 Stunden in der Woche sportlich aktiv betätigen.

Unter den Befragten waren 66,37% (N=75) Nichtraucher und Nichtraucherinnen, 17,70% (N=20) Raucher und Raucherinnen, sowie 15,93% (N=18) ehemalige Raucher und Raucherinnen.

83,19% gaben an keinen bis wenig Alkohol zu trinken und lediglich 16,81% sagten aus, dass sie mäßig bis viel Alkohol konsumieren.

In Bezug auf das Schlafverhalten gaben Teilnehmer und Teilnehmerinnen an, dass 84,96% mehr als sechs Stunden pro Tag und 6,19% weniger als sechs Stunden pro Tag schlafen.

Zu Letzt wurde das Ernährungsverhalten unter Selbsteinschätzung erhoben: 17,70% ernähren sich gesund, 55,75% ernähren sich eher gesund, 24,78% ernähren sich eher nicht gesund und 1,77% ernähren sich nicht gesund.

Tabelle 6: Gesundheitsverhalten der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen

		Häufigkeit	Prozent
Sportliche Aktivität	0-5 Stunden	83	73,45%
	6-10 Stunden	25	22,12%
	mehr als 10 Stunden	4	3,54%
Rauchverhalten	Nicht Raucher	75	66,37%
	Raucher	20	17,70%
	Ex-Raucher	18	15,93%
Alkoholkonsum	Keinen-wenig Alkohol	94	83,19%
	Mäßig-viel Alkohol	19	16,81%
Schlafverhalten	<6 Stunden Schlaf	7	84,96%
	>6 Stunden Schlaf	96	6,19%
Ernährungsverhalten	Gesunde Ernährung	20	17,70%
	Eher gesunde Ernährung	63	55,75%
	Eher keine gesunde Ernährung	28	24,78%
	Keine gesunde Ernährung	2	1,77

9.2 Ergebnisse

9.2.1 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel folgen die Darstellung des Untersuchungsmaterials und die Interpretation der Ergebnisse zu den Forschungsfragen und Hypothesen. Zusätzlich werden diese mit jenen Ergebnissen aus den USA verglichen. Die Antworten der Befragung wurden im Statistikprogramm SPSS eingetragen und ausgewertet. Um die Ergebnisse und Interpretationen nachvollziehen zu können werden diese in Tabellen und Grafiken dargestellt. Sämtliche SPSS-Auswertungstabellen werden im Anhang hinterlegt.

9.2.2 Forschungsfrage 1

Wer bezieht Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien?

Hypothese 1: Frauen beziehen eher Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien als Männer.

Um zu überprüfen, ob Frauen eher Gesundheitsinformationen aus Social Media beziehen, als Männer, wurde ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson durchgeführt. Die folgende Tabelle (siehe Tabelle 7) gibt Aufschluss über die geschlechtsspezifische Suche von Gesundheitsinformationen in sozialen Medien. Der Tabelle zufolge bezogen 13,27% Frauen und 3,54% Männer aller Befragten (N=113) Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien.

Tabelle 7: Ergebnisse der geschlechtsspezifischen Suche nach Gesundheitsinformationen aller Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen

		Gesundheitsinformationen		
		Nein	Ja	Gesamt
Geschlecht	Männlich	32	4	36
	Weiblich	62	15	77
Gesamt		94	19	113

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson (siehe Tabelle 8) wurde statistisch berechnet, dass die Signifikanz nicht gegeben ist, um diese Hypothese zu bestätigen. Infolgedessen ist es nicht klar ersichtlich, ob Frauen eher Gesundheitsinformationen beziehen als Männer. Die Signifikanz beträgt p=0,268 und ist somit größer als die minimale erwartete Häufigkeit (p<0,05).

Tabelle 8: Chi-Quadrat-Test zur Hypothese 1

	Wert	**df**	**Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)**
Chi-Quadrat nach Pearson	1,229[a]	1	,268
Anzahl der gültigen Fälle	113		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,05.

Hypothese 2: Personen mit einem höheren Bildungsgrad beziehen eher Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien, als jene die einen niedrigeren Bildungsgrad haben.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde ebenfalls ein Chi-Quadrat-Test nach Pearson durchgeführt. Die unten angeführte Kreuztabelle (siehe Tabelle 9) zeigt, dass 19,35% der Befragten mit einem höheren Bildungsgrad (Matura und höherer Abschluss) Gesundheitsinformationen online bezogen, jedoch nur 5% der Personen ohne Maturaabschluss.

Tabelle 9: Ergebnisse der Suche von Gesundheitsinformationen unterteilt nach dem Bildungsgrad der befragten Teilnehmer und Teilnehmerinnen

		Gesundheitsinformationen		
		Nein	Ja	Gesamt
Abgeschlossene Ausbildung	Keine Matura	19	1	20
	Matura	50	12	62
	Universität/ Fachhochschule	25	6	31
Gesamt		94	19	113

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson (siehe Tabelle 10), wo die Faktoren Bildungsstatus und Onlinebezug von Gesundheitsinformationen gekreuzt wurden, besagt ebenfalls, dass keine Signifikanz besteht. Die Signifikanz beträgt p=0,297 und ist somit größer als die minimale erwartete Häufigkeit (p<0,05). Die Hypothese, dass Individuen mit einem höheren Bildungsgrad eher gesundheitsbezogene Informationen aus sozialen Medien beziehen, kann infolgedessen nicht bestätigt werden.

Tabelle 10: Chi-Quadrat-Test zur Hypothese 2

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,425[a]	2	,297
Anzahl der gültigen Fälle	113		

a. 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,36.

Fazit

Wer bezieht nun Gesundheitsinformationen aus Social Media? Laut der 2010 durchgeführten Umfrage in den USA bezogen 15% der Befragten, Information zu Gesundheitsthemen aus sozialen Medien (vgl. Fox 2011:2). Hingegen sind es laut dieser Studie lediglich 16,8%. Diese leicht steigende Tendenz hat keine Aussagekraft über einen Anstieg, da die unterschiedlichen Umfragetypen eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen.

Vor allem Frauen, junge Erwachsene und Personen mit einem höheren Bildungsgrad neigten tendenziell eher dazu Informationen zu ihrer Gesundheit online zu beziehen (vgl. ebd.:13). In dieser Studie konnte dies nicht bestätigt werden, da die Signifikanz nicht ausreichend war um einen Zusammenhang des Geschlechts, sowie Bildungsgrad mit der Suche nach Gesundheitsinformationen herzustellen.

In den USA suchten 65% der Frauen und 53% der Männer online nach gesundheitsbezogenen Informationen. Demzufolge waren es mehr Frauen als Männer, die dies ausübten. (vgl. ebd.:14) Diese vorliegende Studie zeigt, dass 19,48% der Frauen und 11,11% der Männer online Informationen bezogen. Infolgedessen kann man daraus schließen, dass in den USA rund dreimal so viele Frauen und fünfmal so viele Männer das Internet nutzten, um Informationen zu suchen.

Bei der Studie von 2010 bezogen 34,5% der Personen mit niedrigem Bildungsgrad (maximal High School Abschluss) Gesundheitsinformationen online und 75,5% der Personen mit höherem Bildungsgrad (maximal Collage Abschluss) (vgl. ebd.:14). Laut den vorliegenden Berechnungen waren es 19,35% an Personen mit Matura und einem höheren Abschluss, welche Informationen bezogen. Hingegen waren es nur 5% an Teilnehmer und Teilnehmerinnen ohne Matura. Dies bedeutet, dass Individuen mit einem höheren Bildungsgrad in den USA tendenziell eher das Internet (soziale Medien mit eingeschlossen) nutzten, als jene mit niedrigem Bildungsgrad, um gesundheitsbezogenen Informationen zu suchen. Der Bericht von Fox (2011) wies einen höheren Prozentanteil auf, als bei den Probanden und Probandinnen dieser Studie. Durch die in Österreich durchgeführte Befragung konnte dies nicht bestätigt werden.

9.2.2 Forschungsfrage 2

Von wo beziehen Personen Gesundheitsinformationen?

Hypothese 3: In einem konkreten Anlassfall beziehen Menschen Gesundheitsinformationen eher Online als von anderen Quellen.

Um die vorliegende Hypothese zu überprüfen, wurde mit Hilfe des statistischen Programms SPSS eine Häufigkeitsrechnung aufgestellt, sodass die Differenz von Online-Quellen und anderen Quellen ersichtlich war.
43,40% aller Befragten gaben an, dass sie im Falle eines Krankheitsfalles (zum Beispiel Erkältung) nach Informationen in sozialen Medien suchten und 31% es nicht taten. 16,80% suchten eher nach Informationen und 8,80% eher nicht. Es zeigte sich, dass eine Tendenz dahingehend bestand, dass Menschen Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien bezogen (siehe Abbildung 1).

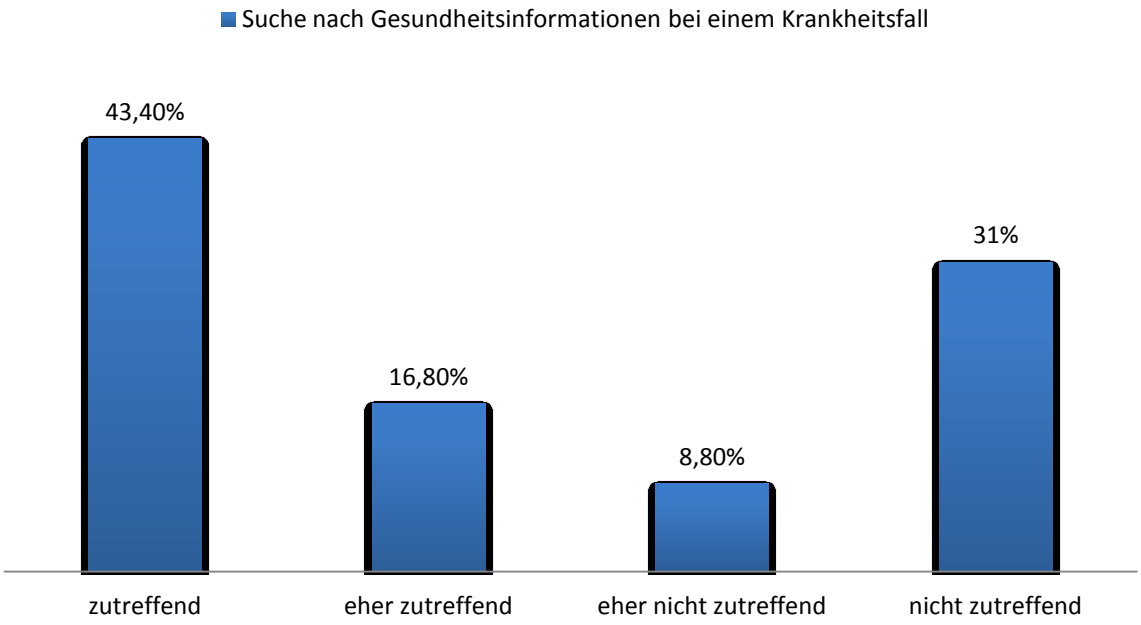

Abbildung 1: Suche nach Gesundheitsinformationen bei einem Krankheitsfall

In einem konkreten Anlassfall zeigte sich jedoch ein anderes Verhalten. Für Teilnehmer und Teilnehmerinnen ist im konkreten Anlassfall die erste Anlaufstelle der Arzt oder die Ärztin. Mit 65% ist eine klare Mehrheit ersichtlich. Im Vergleich dazu waren es nur 19% die Online nach Informationen suchten und 16% an Befragten und Befragtinnen, welche Personen aus dem Freundeskreis und Familie fragten.

Fazit

Die Studie von 2010 ergab, dass 66% der Befragten in einem konkreten Anlassfall eher einen Arzt oder eine Ärztin, beziehungsweise einen Experten oder eine Expertin um Information und Hilfe fragten. Hingegen gaben 42% an, dass sie Informationen von Personen aus dem Freundeskreis oder Familienmitgliedern bekamen. Online-Bezug gaben 23% an (vgl. Fox 2011:5), welches in etwa den Wert dieser vorliegenden Studie entspricht. Jedoch erschließt sich ein gewisser Unterschied bei den Befragten die ihren Bezug von Freunde, sowie Freundinnen und Familienmitgliedern erlangten. Bei der jetzigen Studie wurde in diesem Kontext eine Differenz von 26% der Befragten ermittelt (Personen aus dem Freundeskreis und Familienmitglieder).

9.2.3 Forschungsfrage 3

Beeinflussen soziale Medien das Gesundheitsverhalten von Menschen?

Hypothese 4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Nutzen von sozialen Medien und einem gesunden Lebensstil.

Mittels Korrelationsberechnung (siehe Tabelle 11) wurde festgestellt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem gesunden Lebensstil und dem Beziehen von Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien, welche zu einem positiven Wissenszuwachs beitragen, gibt. Mit einem Signifikanz-Wert von p=0,009 (r=0,244**) ist die Hypothese somit bestätigt. Auch bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen die sich gesund ernähren, ergab sich eine Tendenz zur Signifikanz (p=0,081; r=0,165) im Bezug auf den Wissenszuwachs durch Social Media. Hingegen konnte gezeigt werden, dass bei Personen die mehr Sport ausübten, kein Zusammenhang zwischen Gesundheitsinformationen aus den sozialen Medien und ihrer Betätigung besteht. Die Signifikanz betrug hier p=0,843 (r=0,019).

Tabelle 11: Ergebnisse des Wissenszuwachses durch Social Media aller Studienteilnehmer und Teilnehmerinnen

		Positiver Wissenszuwachs durch Social Media
Sportliche Aktivität	Korrelation nach Pearson	0,019
	Signifikanz (2-seitig)	0,843
Gesunde Ernährung	Korrelation nach Pearson	0,165
	Signifikanz (2-seitig)	0,081
Gesunder Lebensstil	Korrelation nach Pearson	0,244**
	Signifikanz (2-seitig)	0,009

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Hypothese 5: Gesundheitsbezogene Online-Ratschläge fördern eher die Gesundheit als sie zu schädigen.

Mit Hilfe von drei Häufigkeitsrechnungen wurde ermittelt, ob Online-Ratschläge die Gesundheit fördern, oder sogar negativ beeinflussen können.
Wie man aus dem angeführten Diagramm (siehe Abbildung 2) entnehmen kann, ist die Verteilung der Empfindung von Online-Ratschlägen nahezu ident gesundheitsfördernd, als auch -schädigend. Auffallend ist, dass die Befragten Ratschläge aus sozialen Medien weder vollkommend als gesundheitsfördernd, (lediglich 2,70%) noch als schädigend (lediglich 8,80%) empfanden.

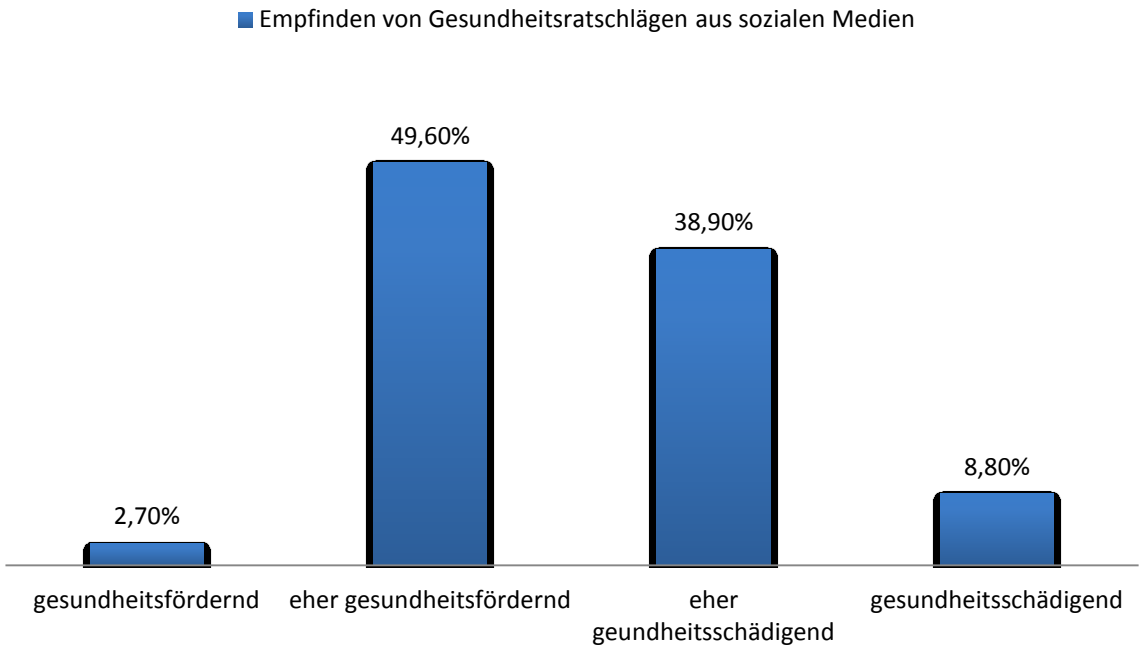

Abbildung 2: Empfinden von Gesundheitsratschlägen aus sozialen Medien

Dies spiegelte sich ebenfalls in der nächsten Häufigkeitsrechnung wieder. Hier (siehe Abbildung 3) lässt sich ablesen, dass in etwa die Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen schon negative Gesundheitsinformationen aus Social Media erlangt haben.

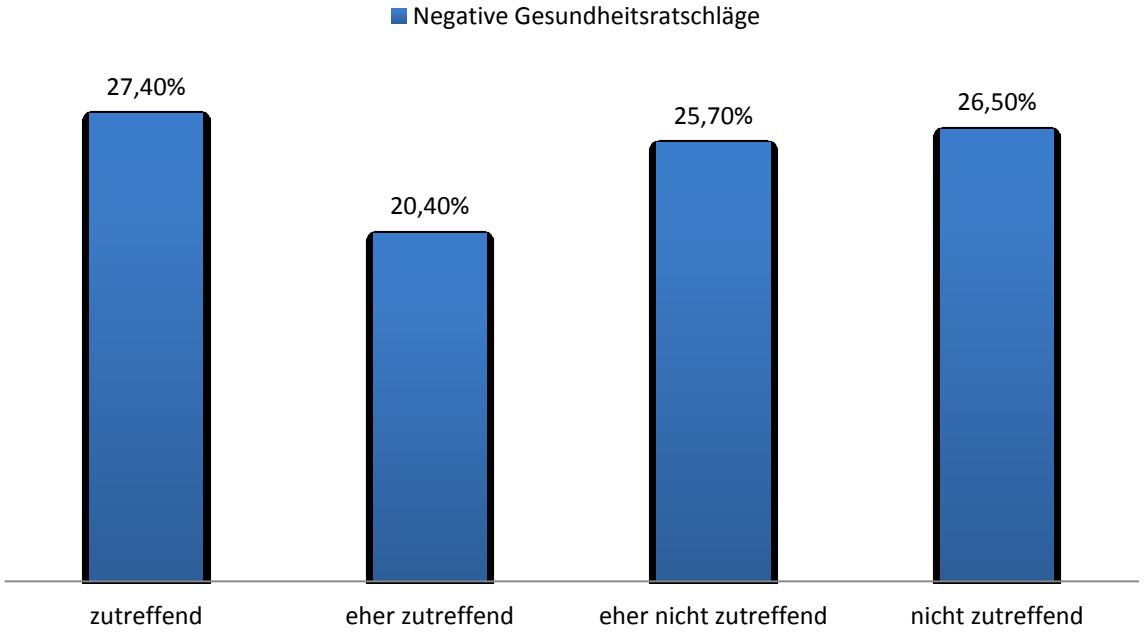

Abbildung 3: Negative Gesundheitsratschläge erlangen

Ob solche Informationen auch tatsächlich helfen, wurde ebenfalls mit Hilfe einer Häufigkeitsrechnung berechnet. 18,6% der Befragten gaben an, dass ihnen das Internet (soziale Medien mit eingeschlossen) bei Gesundheitsfragen hilft, beziehungsweise es 35,4% eher hilft. Für 27,4% ist das Internet eher keine Hilfe und für 18,6% ist es gar keine Hilfe (siehe Abbildung 4).

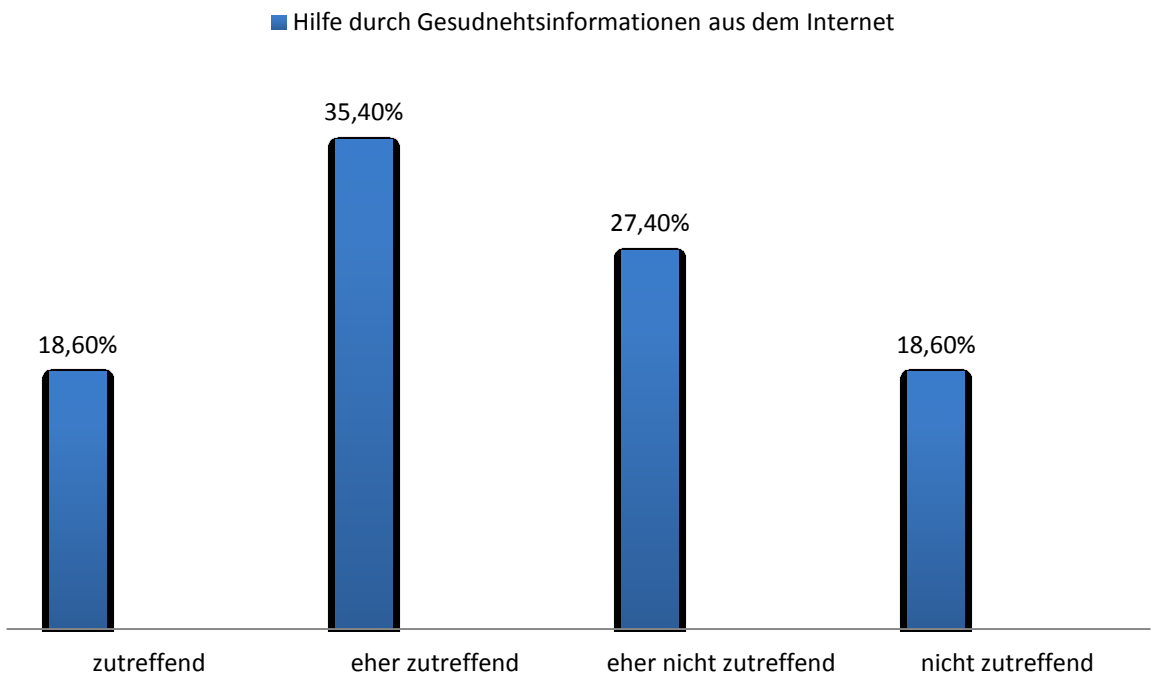

Abbildung 4: Hilfe durch Gesundheitsinformationen aus dem Internet

Fazit:

Durch die Umfrage konnte keine eindeutige Tendenz ermittelt werden, ob gesundheitsbezogene Online-Ratschläge die Gesundheit eher fördern als schädigen. Trotz alledem konnte festgestellt werden, dass Gesundheitsinformationen nicht nur gesundheitsfördernd sein können, sondern auch negativen Einfluss auf die Personen zur Folge haben können.

In der Studie aus den Vereinigten Staaten ging hervor, dass 30% der Befragten bereits einmal durch Online-Ratschläge geholfen werden konnte (vgl. Fox 2011:12). In der vorliegenden Studie konnte sogar 54% (ergab sich aus zutreffend und eher zutreffend) der Personen geholfen werden. Auch bei den Personen, wo es zu einer gesundheitsschädigenden Wirkung kam, zeigte sich in Österreich ein höherer Prozentanteil, nämlich 8,8% im Gegensatz zu 3% in den USA (vgl. ebd.:12).

Prozentual kann man erkennen, dass bei beiden Studien die Hilfe durch die Informationen überwiegt, jedoch auch ein geringer Teil als schädigende Ratschläge aufgenommen werden.

9.2.4 Forschungsfrage 4

Wie äußert sich das Gesundheitsverhalten durch die Nutzung von gesundheitsbezogenen Apps?

Hypothese 6: Das Gesundheitsverhalten hat sich durch das Nutzen von gesundheitsbezogenen Apps positiv verändert.

Die Studie ergab, dass 71,7% der Befragten Apps, wie Runtastic, YAZIO, Lifesum, MyFitnessPal, etc. nutzen, beziehungsweise einmal genutzt haben. Konkret wurde vor allem die App Runtastic verwenden, mit einem Prozentanteil von 76,5% (N=81) der App-Nutzer und Nutzerinnen. An zweiter und dritter Stelle folgen MyFitnessPal (23,5%) und Lifesum (8,6%).
Bei der Häufigkeitsrechnung zur Installation von Apps aufgrund von Social Media-Empfehlungen ergab die Berechnung, dass 61,7% diese Applikationen aus anderen Gründen, als aus Social Media-Empfehlungen, installiert haben. Lediglich 14,8% sind durch soziale Medien auf diese Apps gestoßen (siehe Abbildung 5).

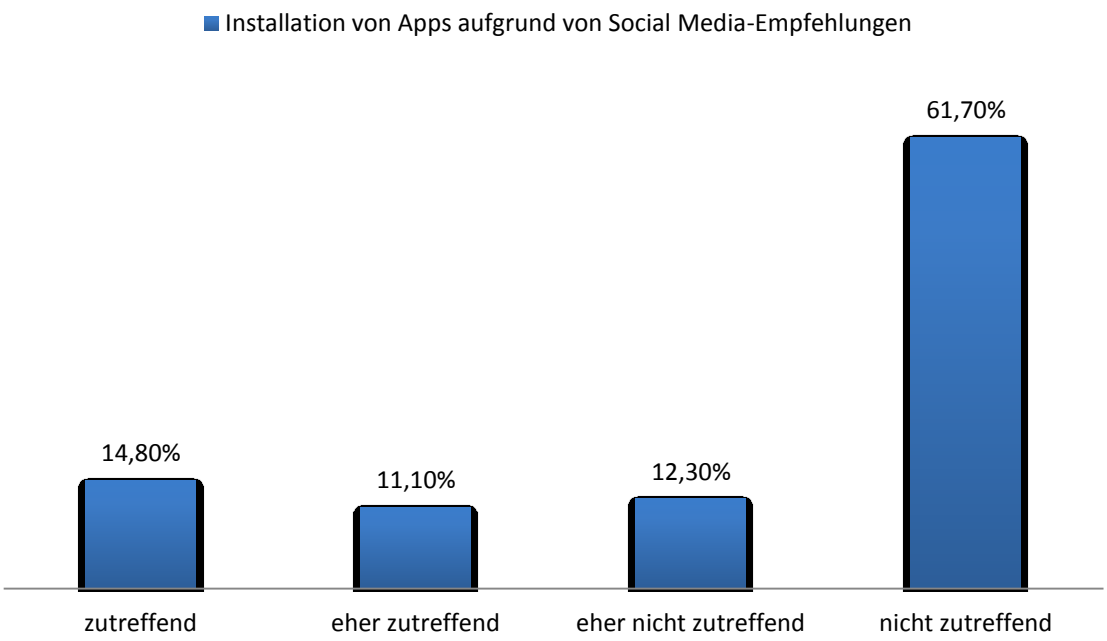

Abbildung 5: Installation von Apps aufgrund von Social Media-Empfehlungen

Durch die Häufigkeitsauswertung konnte festgestellt werden, dass 82,7% (N=81) der Probanden und Probandinnen angaben, dass sich ihr Gesundheitsverhalten durch die Nutzung von Apps positiv verändert hat.

Fazit:

Wie äußert sich nun das Gesundheitsverhalten durch das Nutzen von gesundheitsbezogenen Apps? Der Auswertung zufolge besitzt ein Großteil der Befragten (71,7%; N=113) Apps, welche zum positiven Gesundheitsverhalten beitragen. Beliebt sind vor allem Runtastic, MyFitnessPal und Lifesum. Diese Applikationen wurden größten Teils nicht, wie angenommen aufgrund Social Media-Empfehlungen, installiert. Das Gesundheitsverhalten veränderte sich infolgedessen zu 82,7% (N=81) positiv. Die Studie aus den USA ergab, dass 27% der Internetnutzer - ergab weniger als die Hälfte der Befragten dieser Studie - ihre sportlichen Aktivitäten, Gewicht, Ernährung, etc. mit Hilfe von Apps tracken (vgl. Fox 2011:3).

10. Zusammenfassung und Ausblick

Wie bereits mehrmals erwähnt zeigt sich ein Anstieg im Nutzen von Social Media-Anwendungen (vgl. Mindshare 2016; Pew Research Center 2018; We Are Social 2018). Ebenfalls zeigte sich mittels der Literaturrecherche, dass das Gesundheitswesen stets im Wandel ist. Immer mehr Menschen zeigen Interesse an einem gesunden und bewussten Lebensstil sowie das Bedürfnis sich mit Leidensgenossen und -genossinnen auszutauschen. (vgl. Li/Wang/Lin/Hajli 2018:28; Dutta-Bergmann 2004; Rossmann/Karnowski 2014:275) Menschen möchten gezielt die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und sehen sich vermehrt als aktive Rolle in diesem Prozess der Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu einem gesunden Leben (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:70f.; Norman 2012:3).
Soziale Medien ermöglichen eine einfache Vernetzung der Menschheit, sind einfach in der Handhabung, unabhängig von Ort und Zeit, und gewähren einen gewissen Grad an Anonymität. Ebenfalls ermöglicht die Vielfalt der Medien (Video, Text, Audioaufnahme, Bilder), dass unterschiedliche Menschen angesprochen werden. (vgl. Norman 2010:4f.; Fromm/Baumann/Lampert 2011:43f.; Li/Wang/Lin/Hajli 2018:28; Rossmann/Karnowski 2014:275)

Können soziale Medien, wie Facebook, YouTube, Instagram und Co. die Gesundheit von Individuen fördern? Können Krankheiten durch Social Media-Anwendungen gemindert beziehungsweise verhindert werden? Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen zufolge besteht ein großes Potenzial durch den aktiven Einsatz von sozialen Medien die Gesundheit zu fördern und Krankheiten präventiv vorzubeugen. Nichtsdestotrotz bedarf es an Vorinteresse sich gezielt mit Gesundheitsthemen auseinander zu setzen. Zusätzlich benötigen Rezipienten und Rezipientinnen einen gewissen Grad an Medienkompetenz, um gesundheitsfördernde Informationen von gesundheitsschädigenden unterscheiden zu können. (vgl. Rossmann/Karnowski 2014:271,277; Fromm/Baumann/Lampert 2011:43)

Mit Hilfe der Studie dieser vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit werden diese Aspekte näher betrachtet. Die Auswertung erschließt, dass es sehr ausgeglichene Ergebnisse gab, dahingehend, ob Personen Ratschläge aus Social Media annahmen. Ebenfalls zeigte sich keine Tendenz, ob soziale Medien den Umgang mit Ernährung, Sport, Gesundheitsvorsorge etc. nun verändern oder nicht. 42,5% aller Befragten waren der Ansicht, dass Social Media-Anwendungen das Gesundheitsverhalten verändern, beziehungsweise eher verändern können und 57,5% meinten, dass dies nicht, beziehungsweise eher nicht, eintritt.

Jedoch zeigte sich, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen im Krankheitsfall tendenziell dazu neigen Gesundheitsinformationen in sozialen Medien zu suchen und diese zu beziehen. Ebenfalls ergab die Auswertung, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Beziehen von gesundheitsbezogene Informationen aus Social Media-Anwendungen und einem gesunden Lebensstil besteht, der zu einem positiven Wissenszuwachs führt.

In einem konkreten Anlassfall ist dennoch die erste Wahl, um gesundheitsbezogene Informationen zu beziehen, der Arzt oder die Ärztin. Der Bezug von Online-Informationen folgt an zweiter Stelle, gefolgt von Personen aus dem Freundeskreis und Familienmitgliedern.

54% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, dass ihnen bereits einmal geholfen, beziehungsweise eher durch den Einsatz von sozialen Medien geholfen werden konnte. Dennoch ergab die Studie, dass keine klare Tendenz besteht, ob gesundheitsbezogene Ratschläge aus Social Media nun die Gesundheit fördern oder

nicht. Demzufolge lässt sich daraus schließen, dass solche Anwendungen die Gesundheit fördern, aber auch gleichermaßen schädigen können.

Im Rahmen dieser vorliegenden wissenschaftlichen Studie zeigte sich vor allem eine positive Auswirkung von Apps auf das Gesundheitsverhalten der Probanden und Probandinnen. 71,7% der Befragten besitzen Apps, um ihre Gesundheitsdaten (Ernährung sportliche Aktivität, Schlafrhythmus, etc.) zu tracken. Vor allem Applikationen wie Runtastic, MyFitnessPal und Lifesum sind sehr beliebt bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Bei 82,7% der Probanden und Probandinnen, welche angaben gesundheitsbezogene Apps zu besitzen, beziehungsweise einmal besessen zu haben, zeigte sich eine positive Veränderung im Zuge ihres Gesundheitsverhaltens.

Kann das Gesundheitsverhalten nun durch die Anwendung von Social Media-Anwendungen, laut dieser vorliegenden Studie, positiv gefördert werden? Den Ergebnissen zufolge besteht kein klares Ergebnis, welches dafür spricht, dass soziale Medien die Gesundheit rein nur fördern können. Sie können das Verhalten sowohl fördern, als auch schädigen. Jedoch etabliert sich, dass vor allem gesundheitsbezogene Apps, die dabei behilflich sind persönliche Gesundheitsdaten zu verfolgen, eine positive Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten haben. Demzufolge zeigte die Studie aber, dass soziale Medien sehr wohl ein Potenzial haben, um Gesundheitsthemen mit Hilfe von Facebook, YouTube, Instagram und Co. zu verbreiten, beziehungsweise, dass Befragte prinzipiell nicht abgeneigt sind Gesundheitsinformationen aus Social Media zu beziehen.

Was bedeuten die Ergebnisse nun für die Praxis? Wie bereits erwähnt zeigte sich, dass ein Interesse an Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien besteht. Hier gilt es anzuknüpfen und Themen wie zum Beispiel Gesundheitsvorsorge, gesunde Ernährung oder die Bedeutung von sportlicher Aktivität viel präsenter in Social Media darzustellen, sodass auch Personen erreicht werden können, die diesen Themen anfangs keine Aufmerksamkeit geschenkt hätten. So kann beispielsweise das Unternehmen Runtastic vermehrt Werbung für die positiven Aspekte, die ihre App für die menschliche Gesundheit mitbringt, machen. Zusätzlich könnte man die Applikation anwendungsfreundlicher gestalten, sodass sie eine breite Masse – Menschen mit jeglichen individuellen Eigenschaften – anspricht und sich infolgedessen auch beim letzten Prozentanteil an Teilnehmern und Teilnehmerinnen ein positiver Wissenszuwachs bezüglich eines gesunden Lebensstils etabliert.

Ebenfalls zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, im Zuge von sozialen Medien, kann der vermehrte Einsatz von Gesundheitsexperten und Expertinnen beitragen. Folglich sollten diese dazu bewegt werden, sich aktiv in sozialen Medien zu bewegen, sodass eine Vielzahl an Personen – alt, jung, Menschen mit Migrationshintergrund, Personen mit Sprachbarrieren, psychisch und physisch beeinträchtigte Menschen, etc. – an Expertenwissen gelangen. Zusätzlich könnten diese die Verbreitung von falschen Informationen mindern.

Nichtsdestotrotz bedarf es einer Stärkung der Medienkompetenz, damit Individuen einschätzen können, inwiefern Gesundheitsinformationen aus sozialen Medien tatsächlich stimmen, und ob diese für sie selbst von Relevanz sind. Es sollte besonders früh angefangen werden diese Kompetenz zu trainieren, doch ebenfalls sollte auch die ältere Bevölkerungsgruppe dahingehend geschult werden.

Da dieses Forschungsgebiet noch relativ jung ist und noch sehr viel Potential aufweist, wird es in Zukunft noch weitere Studien zu diesem Themenbereich geben. Die Verbreitung und weltweite Vernetzung von Informationen wird voranschreiten und immer mehr wird über Themen, wie zum Beispiel Gesundheitsratschläge und medizinische Hilfsmittel, online zu finden sein.

Diese Studie befasste sich nur grob mit dem Nutzungsverhalten und den Auswirkungen von Social Media um zu zeigen ob Potential zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention besteht. Detailliertere Aussagen können nur mittels weitgreifender Befragungen getroffen werden, wobei sowohl das Gebiet, die Forschungsmethode, als auch die Fragenstellungen ausgeweitet werden müssten. Dies zeigte sich bereits bei der vorliegenden Studie im Vergleich zu der 2010 in den USA durchgeführten, wo ein weitfassendes Gebiet mittels Telefonbefragung genauere Aussagekraft gegeben hat, als diese lokale Online-Umfrage mit begrenzter Reichweite. Ob diese Ergebnisse nur als Einzelfall gesehen werden, oder sich die Studie dieser Diplomarbeit verallgemeinern lassen kann, müsste mittels weiterer Untersuchungen überprüfen werden.

Abschließend kann man sagen, dass das Potenzial zur Weiterforschung völlig gegeben ist und diese Thematik erst am Beginn der Forschung steht. Mit den Jahren wird man mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit im Gesundheitssektor immer mehr auf Onlinenutzung setzten, wodurch dieses spannende Gebiet noch mehr an Bedeutung gewinnen wird.

11. Literatur- und Quellenverzeichnis

Monographien und Beiträge in Sammelwerken:

Abel, Jürgen / **Möller**, Renate / **Treumann**, Klaus P. (1998): *Einführung in die Empirische Pädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.

Abel, Thomas (2014): Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Egger, Matthias / Razum, Oliver (Hrsg.): *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. 2., aktualisierte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 149-150.

Abel, Thomas/ **Kolip**, Petra (2012): Grundlagen der Prävention. In: Egger, Matthias / Razum, Oliver (Hrsg.): *Public health : Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 123-124.

Altmann, Myrian-Nathalie (2011): *User Generated Content im Social Web. Warum werden Rezipienten zu Partizipienten?* Berlin: Lit.

Baumann, Eva / **Hurrelmann**, Klaus (2014): Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 8-17.

Blättner, Beate / **Waller**, Heiko (2011): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung.* 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Bonfadelli, Heinz / **Friemel**, Thomas N. (2011): *Medienwirkungsforschung.* 4., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Brosius, Hans-Bernd / **Haas**, Alexander / **Koschel**, Friederike (2016): *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: Eine Einführung.* 7., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bruns, Wiebke (2013): *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Burkart, Roland (2002): *Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft.* 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Döring, Nicola (2014): Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 286-305.

Ebersbach, Anja / **Glaser**, Markus / **Heigl**, Richard (2011): *Social Web*. 2., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz Verlag.

Faltermaier, Toni (2017): *Gesundheitspsychologie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Fromm, Bettina / **Baumann**, Eva / **Lampert**, Claudia (2011): *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Fuchs, Christian (2017): *Social Media. A Critical Introduction*. 2., Auflage. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.

Fuchs, Reinhard (2012): Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Egger, Matthias / Razum, Oliver (Hrsg.): *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 132-136.

Göpfert, Winfried (2001): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 131-141.

Hardil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme,* Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-54.

Hoffmann, Stefan / **Faselt**, Franziska (2012): Gesundheitspsychologie: Sozialkognitive Ansätze zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens von Konsumenten. In: Hoffmann, Stefan / Schwarz, Uta / Mai, Robert (Hrsg.): *Angewandtes Gesundheitsmarketing*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 31-44.

Hurrelmann, Klaus / **Leppin**, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation-eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 9-21.

Klimmt, Christoph (2011): *Das Elaboration-Likelihood-Modell*. Baden-Baden: Nomos.

Knoll, Nina / **Scholz**, Urte / **Rieckmann**, Nina (2017): *Einführung Gesundheitspsychologie*. 4., aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Kolip, Petra / **Abel**, Thomas (2012): Gesundheitsförderung. In: Egger, Matthias / Razum, Oliver (Hrsg.): *Public health : Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 128-131.

Kopp, Axel (2011): Ein Streifzug durch das Internet und dieses Buch. In: Janner, Karin / Holst, Christian / Kopp, Axel (Hrsg.): *Social Media im Kulturmanagement: Grundlagen, Fallbeispiele, Geschäftsmodelle, Studien.* Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: mitp, S.15-21.

Kreps, Gary L. / **Query**, James L. / **Bonaguro**, Ellen W. (2014): Die interdisziplinäre Erforschung der Gesundheitskommunikation und ihre Beziehung zur Kommunikationswissenschat. In: Schorr, Angela (Hrsg.):

Gesundheitskommunikation: Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven. Baden-Baden: Nomos, S. 29-54.

Kreuter, Matthew / **Farrell**, David / **Olevitch**, Laura / **Brennan**, Laura (1999): *Tailoring Health Messages: Customizing Communication with Computer Technology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Leffelsend, Stefanie / **Mauch**, Mauch / **Hannover**, Bettina (2004): Mediennutzung und Medienwirkung. In: Mangold, Roland / Vorderer, Peter / Bente, Gary (Hrsg.): *Lehrbuch der Medienpsychologie.* Göttingen: Hogrefe, S. 51-72.

Lippke, Sonia / **Renneberg**, Babette (2006): Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, S. 35-60.

Maurer, Marcus (2010): *Agenda-Setting*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Raithel, Jürgen (2008): *Quantitative Forschung: Ein Praxiskurs*. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reifegerste, Doreen (2014): Gesundheitskommunikation für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 170-181.

Reimann, Swantje / **Hammelstein**, Philipp (2006): Ressourcenorientierte Ansätze. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, S. 13-28.

Richter, Matthias / **Rosenbrock**, Rolf (2012): Verhaltensprävention. In: Egger, Matthias / Razum, Oliver (Hrsg.): *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 124-126.

Rossmann, Constanze (2010): Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. In: Schweiger, Wolfgang / Beck, Klaus

(Hrsg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 338-363.

Rossmann, Constanze / **Hastall**, Matthias R. / **Baumann**, Eva (2014): Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 81-94.

Rossmann, Constanze / **Karnowski**, Veronika (2014): eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 271-285.

Rossmann, Constanze / **Ziegler**, Lena (2013): Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Schweiger, Wolfgang / Fahr, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Medienwirkungsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 385-400.

Ruhrmann, Georg / **Guenther**, Lars (2014): Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 184-194.

Scherr, Sebastian (2014): Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Baumann, Eva (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation.* Bern: Huber, S. 239-252.

Schmidt, Jan-Hinrik (2018): *Social Media*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Schorr, Angela (2014): Gesundheitskommunikation: Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven. In: Schorr, Angela (Hrsg.): *Gesundheitskommunikation. Psychologische du interdisziplinäre Perspektiven.* Baden-Baden: Nomos, S. 13-26.

Schüz, Benjamin / **Möller**, Arnulf (2006): Prävention. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, S. 143-155.

Signitzer, Benno (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 22-35.

Six, Ulrike (2007): Die Rolle von Einstellungen im Kontext des Kommunikations- und Medienhandelns. In: Six, Ulrike / Gleich, Uli / Gimmler, Roland (Hrsg.): *Kommunikationspsychologie-Medienpsychologie.* Weinheim, Basel: Beltz PVU, S. 90-117.

Stetina, Birgit U. / **Kryspin-Exner**, Ilse (2009): Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien. Einleitung. In: Stetina, Birigt / Kryspin-Exner, Ilse (Hrsg.): *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*. Wien:Springer, S. 1-4.

Vogel, Ines / **Suckfüll**, Monika / **Gleich**, Uli (2007): Medienhandeln. In: Six, Ulrike / Gleich, Uli / Gimmler, Roland (Hrsg.): *Kommunikationspsychologie-Medienpsychologie.* Weinheim, Basel: Beltz PVU, S. 335-355.

Waller, Heiko (2002): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health.* 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Wirth, Werner / **Kühne**, Rinaldo (2013): Grundlagen der Persuasionsforschung. Konzepte, Theorien und zentrale Einflussfaktoren. In: Schweiger, Wolfgang / Fahr, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Medienwirkungsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 313-332.

Ziegelmann, Jochen P. (2002). Gesundheits- und Risikoverhalten. In: Schwarzer, Ralf / Jerusalem, Matthias / Weber, Hannelore (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe, S. 152-155.

Zeitschriften:

Burla, Laila / **Bucher**, Sabine / **Abel**, Thomas (2004): Was ist ein gesunder Lebensstil? *Managed Care*, 5, S. 5-7.

Hafen, Martin (2007): Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden? *Sozial Extra,* 31(5), S. 32-36.

Korda, Holly / **Itani**, Zena (2013): Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14, S. 15-23.

Kreps, Gary L. / **Maibach**, Edward W. (2008): Transdisciplinary Science: The Nexus Between Communication and Public Health. *Journal of Communication*, 58, S. 732-748.

Li, Yibai / **Wang**, Xuequn / **Lin**, Xiaolin / **Hajli**, Mohammed (2018): Seeking and sharing health information on social media: A net valence model and cross-cultural comparison. *Technological Forecasting and Social Change,* 126, S. 28-40.

McCombs, Maxwell E. / **Shaw**, Donald (1972): The agenda setting function of the mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36, S.176-187.

Neuhauser, Linda / **Kreps**, Gery (2003): The Advent of E-Health. How Interactive Media Are Transforming Health Communication. *Medien & Kommunikationswissenschaft,* 51, S. 541-556.

Norman, Cameron D. (2012): Social media and health promotion. *Global Health Promotion,* 19, S. 3-6.

Papacharrissi, Zizi / **Rubin**, Alan M. (2000): Predictors of Internet Use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media,* 44, S. 175-196.

Schmidt-Kaehler, Sebastian (2005): Patienteninformation und -beratung im Internet. Transfer medientheoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld. *Medien & Kommunikationswissenschaft,* 53, S.471-485.

Trepte, Sabine / **Baumann**, Eva / **Hautzinger**, Nina / **Siegert**, Gabriele (2005): Qualität gesundheitsbezogener Online-Angebote aus Sicht von Usern und Experten. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 53, S. 486-506.

Online-Quellen:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.J.): *Gesundheit und Gesundheitsförderung. Gesundheitsdefinition der WHO 1948.* Verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (25.03.2018).

Cain, Mary M. / **Sarasohn-Kahn**, Jane / **Wayne** Jennifer C. (2000): *Health e-People: The Online Consumer Experience. Five-Year Forecast.* Verfügbar unter https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-HealthEPeople.pdf (16.05.2018).

Döring, Nicola (2016): *Die Bedeutung von Videoplattformen für die Gesundheitskommunikation.* Verfügbar unter https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-658-10948-6_14-1 (18.05.2018).

Dutta-Bergman, Mohan J. (2004): *Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors among Internet Health Information Seekers: Population-Based Survey.* Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550593/?report=classic (16.05.2018).

Fuchs, Klara (o.J.): *Welcome to my Fitnessblog!* Verfügbar unter https://www.klarafuchs.com/klara/ (06.05.2018).

Kluska, Denise / **Merkel**, Sebastian / **Romanowski**, Sascha (2011): *Health goes Facebook: Social Media in der Gesundheitswirtschaft.* Verfügbar unter https://econpapers.repec.org/paper/zbwiatfor/102011.htm (19.05.2018).

Mindshare (2016): Zu welchen Themen haben Sie schon einmal im Internet Blogs besucht oder Videos geschaut, um sich zu informieren? Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/624981/umfrage/beliebteste-themen-fuer-empfehlungen-durch-social-media-influencer-in-oesterreich/ (16.05.2018).

Pew Research Center (2018): Social Media Use in 2018. Verfügbar unter http://www.pewinternet.org/2018/03/01/social-media-use-in-2018/ (19.05.2018).

Statista (2018): *Statistiken zur Internetnutzung in Österreich.* Verfügbar unter https://de.statista.com/themen/2876/internetnutzung-in-oesterreich/ (16.05.2018).

Statistik Austria (2017a): *Private Internetnutzung in Österreich nach Zweck und Geschlecht im Jahr 2017.* Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/298263/umfrage/internetnutzung-in-oesterreich-nach-zweck-und-geschlecht/ (16.05.2018).

Statistik Austria (2017b): Verbreitung der Nutzung von sozialen Netzwerken in Österreich nach Altersgruppen im Jahr 2017. Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/298406/umfrage/nutzung-von-sozialen-netzwerken-in-oesterreich-nach-altersgruppen/ (25.05.2018).

We Are Social (2018)**:** Anzahl der Internetnutzer und der Social Media-Nutzer in Österreich von 2016 bis 2018 (in Millionen). Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/530394/umfrage/internetnutzer-sowie-social-media-nutzer-in-oesterreich/ (19.05.2018).

12. Anhang

12.1. Fragebogen

Liebe Teilnehmer/Teilnehmerinnen,

ich bin sehr erfreut über Ihr Interesse an dieser Umfrage im Rahmen meines Lehramtsstudiums an der Universität Wien.
Die Umfrage beschäftigt sich mit dem Nutzungsverhalten von sozialen Medien und wird maximal 10 Minuten dauern.
Bitte kreuzen Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß an. Sämtliche Antworten werden anonym behandelt und rein für wissenschaftliche Zwecke verwendet.
Sie tragen einen wichtigen Beitrag zur Wissenschaft bei und unterstützen mich bei dem Abschluss meines Magisterstudiums. Vielen Dank!

Liebe Grüße Mihaela Budjelan

1) Sie sind:

- □ Weiblich
- □ Männlich

2) Wie alt sind Sie?

_____

3) Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- □ Matura
- □ Universität oder Fachhochschule
- □ Keine Matura

4) Wozu benutzen Sie soziale Medien, wie z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.?
Mehrfachauswahl möglich

- □ Kontakte pflegen
- □ Bekanntschaften machen
- □ Erlebnisse teilen
- □ Fortbildung
- □ Spielen
- □ Gesundheitsinformationen suchen
- □ Nachrichten verfolgen
- □ Idolen/Berühmtheiten folgen
- □ Organisieren (z.B. Veranstaltungen)

5) Denken Sie an einen konkreten Anlassfall (z.B. Krankheit, Verletzung). Woher beziehen Sie dafür hauptsächlich Gesundheitsinformationen?

- □ Ärzte/Ärztinnen
- □ Online (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.)
- □ Freunde und Familie

6) Konnte Ihnen oder einem/einer Bekannten schon jemals geholfen werden, durch medizinische und gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet?

zutreffend □ □ □ □ nicht zutreffend

7) Haben Sie schon einmal, als Sie krank waren (z.B. Erkältung) nach Informationen in sozialen Medien gesucht?

zutreffend □ □ □ □ nicht zutreffend

8) Haben Sie schon einmal, als Sie krank waren (z.B. Erkältung) um Rat bei Freunden/Familie gesucht?

zutreffend □ □ □ □ nicht zutreffend

9) Wie viele Stunden Sport betreiben Sie in der Woche?
Angabe in vollen Stunden.

_____

10) Was trifft in Bezug auf Rauchen auf Sie zu?

- □ Ich bin Raucher
- □ Ich bin Nichtraucher
- □ Ich habe aufgehört zu rauchen

11) Was trifft in Bezug auf Alkoholkonsum auf Sie zu?

- □ Ich trinke keinen bis wenig Alkohol
- □ Ich trinke mäßig bis viel Alkohol

12) Wie viele Stunden schlafen Sie pro Tag?
Angabe in vollen Stunden.

_____

13) Was trifft in Bezug auf Ernährung auf Sie zu?

Ich ernähre mich gesund	□	□	□	□	Ich ernähre mich ungesund

14) Wie würden Sie Ihren Lebensstil (z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, etc.) in Bezug auf Ihre Gesundheit einschätzen?

gesundheitsfördernd	□	□	□	□	gesundheitsschädigend

15) Nehmen Sie Ratschläge zu einem besseren und gesunden Lebensstil aus sozialen Medien (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.) an?

zutreffend	□	□	□	□	nicht zutreffend

16) Hat sich der Umgang mit Ernährung, Sport, Gesundheitsvorsorge, etc. durch das Nutzen von sozialen Medien für Sie positiv verändert?

zutreffend	□	□	□	□	nicht zutreffend

17) Haben Sie schon einmal selbst Gesundheitsratschläge in sozialen Medien veröffentlicht?

zutreffend	□	□	□	□	nicht zutreffend

18) Beziehen Sie Gesundheitsinformationen regelmäßig aus sozialen Medien, die Ihnen einen positiven Wissenszuwachs bringen?

zutreffend	□	□	□	□	nicht zutreffend

19) Wie empfinden Sie Gesundheitsratschläge aus sozialen Medien?

gesundheitsfördernd	□	□	□	□	gesundheitsschädigend

20) Haben Sie schon einmal negative Gesundheitsratschläge von Onlinequellen (Facebook, YouTube, Blogs, etc.) bekommen?

zutreffend	□	□	□	□	nicht zutreffend

21) Haben Sie schon einmal online gesundheitsbezogene Informationen gesehen/gelesen und sich danach unsicher, in Bezug auf Ihre Gesundheit, gefühlt?

zutreffend □ □ □ □ nicht zutreffend

22) Haben/Hatten Sie eine App (Runtastic, YAZIO, Lifesum, MyFitnessPal, etc.), um z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, Schlafrhythmus, etc. zu tracken?

□ Ja
□ Nein

23) Welche der folgenden Apps haben/hatten Sie?

□ Runtastic
□ YAZIO
□ Lifesum
□ MyFitnessPal
□ Fitatu
□ Sonstiges:_____

24) Haben Sie soziale Medien dazu gebracht diese App zu installieren?

zutreffend □ □ □ □ nicht zutreffend

25) Wie hat diese App Ihr Gesundheitsverhalten verändert?

positiv □ □ □ □ negativ

26) Verfolgen Sie regelmäßig Trackingergebnisse (z.B. Runtastic Aktivitäten) von Bekannten/Freunden in sozialen Medien?

□ Ja
□ Nein

27) Wie empfinden Sie diese Informationen?

anspornend □ □ □ □ Druck ausübend

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

12.2. SPSS Auswertungen

Allgemeine Auswertungen

Sie sind:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	36	31,9	31,9	31,9
	Weiblich	77	68,1	68,1	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie alt sind Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	17	1	0,9	0,9	0,9
	19	2	1,8	1,8	2,7
	20	4	3,5	3,5	6,2
	21	6	5,3	5,3	11,5
	22	16	14,2	14,2	25,7
	23	21	18,6	18,6	44,2
	24	11	9,7	9,7	54,0
	25	4	3,5	3,5	57,5
	26	4	3,5	3,5	61,1
	27	4	3,5	3,5	64,6
	28	7	6,2	6,2	70,8
	29	4	3,5	3,5	74,3
	30	3	2,7	2,7	77,0
	31	2	1,8	1,8	78,8
	32	2	1,8	1,8	80,5
	33	1	0,9	0,9	81,4
	34	1	0,9	0,9	82,3
	39	2	1,8	1,8	84,1
	43	1	0,9	0,9	85,0
	45	2	1,8	1,8	86,7
	46	1	0,9	0,9	87,6
	47	2	1,8	1,8	89,4
	49	2	1,8	1,8	91,2
	50	4	3,5	3,5	94,7
	51	1	0,9	0,9	95,6
	52	1	0,9	0,9	96,5
	53	1	0,9	0,9	97,3
	54	2	1,8	1,8	99,1
	55	1	0,9	0,9	100,0

Konnte Ihnen oder einem/einer Bekannten schon jemals geholfen werden, durch medizinische und gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	21	18,6	18,6	18,6
	2	40	35,4	35,4	54,0
	3	31	27,4	27,4	81,4
	4	21	18,6	18,6	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie alt sind Sie?

N	Gültig	113
	Fehlend	0
Mittelwert		28,63
Median		24,00
Std.-Abweichung		9,896

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Matura	20	17,7	17,7	17,7
	Matura	62	54,9	54,9	72,6
	Universität oder Fachhochschule	31	27,4	27,4	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Denken Sie an einen konkreten Anlassfall (z.B. Krankheit, Verletzung). Woher beziehen Sie dafür hauptsächlich Gesundheitsinformationen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ärzte/Ärztinnen	74	65,5	65,5	65,5
	Freunde und Familie	18	15,9	15,9	81,4
	Online (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.)	21	18,6	18,6	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie schon einmal, als Sie krank waren (z.B. Erkältung) nach Informationen in sozialen Medien gesucht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	49	43,4	43,4	43,4
	2	19	16,8	16,8	60,2
	3	10	8,8	8,8	69,0
	4	35	31,0	31,0	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie schon einmal, als Sie krank waren (z.B. Erkältung) um Rat bei Freunden/Familie gesucht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	87	77,0	77,0	77,0
	2	20	17,7	17,7	94,7
	3	5	4,4	4,4	99,1
	4	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie viele Stunden Sport betreiben Sie in der Woche?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,0	12	10,6	10,7	10,7
	1,0	9	8,0	8,0	18,8
	1,5	2	1,8	1,8	20,5
	2,0	17	15,0	15,2	35,7
	3,0	14	12,4	12,5	48,2
	3,5	1	0,9	0,9	49,1
	4,0	14	12,4	12,5	61,6
	4,5	1	0,9	0,9	62,5
	5,0	11	9,7	9,8	72,3
	6,0	4	3,5	3,6	75,9
	7,0	4	3,5	3,6	79,5
	8,0	8	7,1	7,1	86,6
	9,0	3	2,7	2,7	89,3
	10,0	6	5,3	5,4	94,6
	11,0	2	1,8	1,8	96,4
	12,5	1	0,9	0,9	97,3
	15,0	2	1,8	1,8	99,1
	20,0	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	112	99,1	100,0	
Fehlend	System	1	0,9		
Gesamt		113	100,0		

Was trifft in Bezug auf Rauchen auf Sie zu?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich bin Nichtraucher	75	66,4	66,4	66,4
	Ich bin Raucher	20	17,7	17,7	84,1
	Ich habe aufgehört zu rauchen	18	15,9	15,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Was trifft in Bezug auf Alkoholkonsum auf Sie zu?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich trinke keinen bis wenig Alkohol	94	83,2	83,2	83,2
	Ich trinke mäßig bis viel Alkohol	19	16,8	16,8	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie viele Stunden schlafen sie pro Tag?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	10	3	2,7	2,7	2,7
	2	1	0,9	0,9	3,5
	3	1	0,9	0,9	4,4
	5	3	2,7	2,7	7,1
	5 Stunden	1	0,9	0,9	8,0
	5-6	1	0,9	0,9	8,8
	50	1	0,9	0,9	9,7
	6	23	20,4	20,4	30,1
	7	24	21,2	21,2	51,3
	7-8	4	3,5	3,5	54,9
	7,5 Stunden	1	0,9	0,9	55,8
	8	42	37,2	37,2	92,9
	9	7	6,2	6,2	99,1
	Sieben	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Was trifft in Bezug auf Ernährung auf Sie zu?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	20	17,7	17,7	17,7
	2	63	55,8	55,8	73,5
	3	28	24,8	24,8	98,2
	4	2	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie würden Sie Ihren Lebensstil (z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, etc.) in Bezug auf Ihre Gesundheit einschätzen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	20	17,7	17,7	17,7
	2	63	55,8	55,8	73,5
	3	29	25,7	25,7	99,1
	4	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Nehmen Sie Ratschläge zu einem besseren und gesunden Lebensstil aus sozialen Medien (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.) an?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	20	17,7	17,7	17,7
	2	37	32,7	32,7	50,4
	3	35	31,0	31,0	81,4
	4	21	18,6	18,6	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Hat sich der Umgang mit Ernährung, Sport, Gesundheitsvorsorge, etc. durch das Nutzen von sozialen Medien für Sie positiv verändert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	20	17,7	17,7	17,7
	2	28	24,8	24,8	42,5
	3	33	29,2	29,2	71,7
	4	32	28,3	28,3	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie schon einmal selbst Gesundheitsratschläge in sozialen Medien veröffentlicht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	2	1,8	1,8	1,8
	2	3	2,7	2,7	4,4
	3	8	7,1	7,1	11,5
	4	100	88,5	88,5	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Beziehen Sie Gesundheitsinformationen regelmäßig aus sozialen Medien, die Ihnen einen positiven Wissenszuwachs bringen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	15	13,3	13,3	13,3
	2	21	18,6	18,6	31,9
	3	38	33,6	33,6	65,5
	4	39	34,5	34,5	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie empfinden Sie Gesundheitsratschläge aus sozialen Medien?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	3	2,7	2,7	2,7
	2	56	49,6	49,6	52,2
	3	44	38,9	38,9	91,2
	4	10	8,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie schon einmal negative Gesundheitsratschläge von Onlinequellen (Facebook, YouTube, Blogs, etc.) bekommen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	31	27,4	27,4	27,4
	2	23	20,4	20,4	47,8
	3	29	25,7	25,7	73,5
	4	30	26,5	26,5	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie schon einmal online gesundheitsbezogenene Informationen gesehen/gelesen und sich danach unsicher, in Bezug auf Ihre Gesundheit, gefühlt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	29	25,7	25,7	25,7
	2	29	25,7	25,7	51,3
	3	26	23,0	23,0	74,3
	4	29	25,7	25,7	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben/Hatten Sie eine App (Runtastic, YAZIO, Lifesum, MyFitnessPal, etc.), um z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, Schlafrhythmus, etc. zu tracken?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	81	71,7	71,7	71,7
	Nein	32	28,3	28,3	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Welche der folgenden Apps haben/hatten Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		32	28,3	28,3	28,3
	Fitbit	2	1,8	1,8	30,1
	Fitbit App	1	0,9	0,9	31,0
	FitBit App	1	0,9	0,9	31,9
	Freeletics	1	0,9	0,9	32,7
	Garmin, TrainingPeaks, Strava	1	0,9	0,9	33,6
	Lifesum	3	2,7	2,7	36,3
	Lifesum, MyFitnessPal	1	0,9	0,9	37,2
	Lifesum, MyFitnessPal, Polar App	1	0,9	0,9	38,1
	MyFitnessPal	1	0,9	0,9	38,9
	Nokia Health	1	0,9	0,9	39,8
	Polarapp	1	0,9	0,9	40,7
	Runtastic	40	35,4	35,4	76,1
	Runtastic, 5 Minuten	1	0,9	0,9	77,0
	Runtastic, Fitatu	1	0,9	0,9	77,9
	Runtastic, Lifesum, MyFitnessPal	2	1,8	1,8	79,6
	Runtastic, MyFitnessPal	11	9,7	9,7	89,4
	Runtastic, MyFitnessPal, FDDB	1	0,9	0,9	90,3
	Runtastic, MyFitnessPal, Polar Flow	1	0,9	0,9	91,2
	Runtastic, Nike Sport irgendwas	1	0,9	0,9	92,0
	Runtastic, SportsTracker	1	0,9	0,9	92,9
	Runtastic, YAZIO	3	2,7	2,7	95,6
	Samsung Health	2	1,8	1,8	97,3
	Sport Tracker	1	0,9	0,9	98,2
	YAZIO	1	0,9	0,9	99,1
	YAZIO, MyFitnessPal	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Haben Sie soziale Medien dazu gebracht, diese App zu installieren?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	12	10,6	14,8	14,8
	2	9	8,0	11,1	25,9
	3	10	8,8	12,3	38,3
	4	50	44,2	61,7	100,0
	Gesamt	81	71,7	100,0	
Fehlend	System	32	28,3		
Gesamt		113	100,0		

Wie hat diese App Ihr Gesundheitsverhalten verändert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	22	19,5	27,2	27,2
	2	45	39,8	55,6	82,7
	3	12	10,6	14,8	97,5
	4	2	1,8	2,5	100,0
	Gesamt	81	71,7	100,0	
Fehlend	System	32	28,3		
Gesamt		113	100,0		

Verfolgen Sie regelmäßig Trackingergebnisse (z.B. Runtastic Aktivitäten) von Bekannten/Freunden in sozialen Medien?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	6	5,3	5,3	5,3
	Nein	107	94,7	94,7	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Wie empfinden Sie diese Informationen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	1	0,9	16,7	16,7
	2	4	3,5	66,7	83,3
	3	1	0,9	16,7	100,0
	Gesamt	6	5,3	100,0	
Fehlend	System	107	94,7		
Gesamt		113	100,0		

Hypothese 1

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sie sind: * GesInfosSuchen	113	100,0%	0	0,0%	113	100,0%

Sie sind * Gesundheitsinformationen suchen Kreuztabelle

		Gesundheitsinformationen suchen		
		0	1	Gesamt
Sie sind:	Männlich	32	4	36
	Weiblich	62	15	77
Gesamt		94	19	113

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,229[a]	1	0,268		
Kontinuitätskorrektur[b]	0,703	1	0,402		
Likelihood-Quotient	1,306	1	0,253		
Exakter Test nach Fisher				0,418	0,203
Anzahl der gültigen Fälle	113				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,05.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Sie sind: * konkreter Anlassfall: Online	113	100,0%	0	0,0%	113	100,0%

Sie sind *konkreter Anlassfall: Online Kreuztabelle

		AnlassOnline		
		0	1	Gesamt
Sie sind:	Männlich	29	7	36
	Weiblich	63	14	77
Gesamt		92	21	113

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	0,026[a]	1	0,872		
Kontinuitätskorrektur[b]	0,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	0,026	1	0,873		
Exakter Test nach Fisher				1,000	0,531
Anzahl der gültigen Fälle	113				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,69.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Hypothese 2

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? * GesInfosSuchen	113	100,0%	0	0,0%	113	100,0%

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? * Gesundheitsinformationen suchen Kreuztabelle

		Gesundheitsinformationen suchen		
		0	1	Gesamt
Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?	Keine Matura	19	1	20
	Matura	50	12	62
	Universität oder Fachhochschule	25	6	31
Gesamt		94	19	113

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,425[a]	2	0,297
Likelihood-Quotient	3,034	2	0,219
Anzahl der gültigen Fälle	113		

a. 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,36.

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? * konkreter Anlassfall: Online	113	100,0%	0	0,0%	113	100,0%

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? * konkreter Anlassfall: Online

		konkreter Anlassfall: Online			
		Ärzte/Ärztinnen	Freunde und Familie	Online (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.)	Gesamt
Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?	Keine Matura	17	0	3	20
	Matura	39	14	9	62
	Universität oder Fachhochschule	18	4	9	31
Gesamt		74	18	21	113

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,084[a]	4	0,059
Likelihood-Quotient	11,780	4	0,019
Anzahl der gültigen Fälle	113		

a. 3 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,19.

Hypothese 3

Statistiken

Denken Sie an einen konkreten Anlassfall (z.B. Krankheit, Verletzung). Woher beziehen Sie dafür hauptsächlich Gesundheitsinformationen?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Denken Sie an einen konkreten Anlassfall (z.B. Krankheit, Verletzung). Woher beziehen Sie dafür hauptsächlich Gesundheitsinformationen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ärzte/Ärztinnen	74	65,5	65,5	65,5
	Freunde und Familie	18	15,9	15,9	81,4
	Online (z.B. Facebook, YouTube, Blogs, etc.)	21	18,6	18,6	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Hypothese 4

Korrelationen

		Wie viele Stunden Sport betreiben Sie in der Woche?	Was trifft in Bezug auf Ernährung auf Sie zu?	Wie würden Sie Ihren Lebensstil (z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, etc.) in Bezug auf Ihre Gesundheit einschätzen?	Beziehen Sie Gesundheitsinformationen regelmäßig aus sozialen Medien, die Ihnen einen positiven Wissenszuwachs bringen?
Wie viele Stunden Sport betreiben Sie in der Woche?	Korrelation nach Pearson	1	0,023	-0,276**	0,019
	Signifikanz (2-seitig)		0,813	0,003	0,843
	N	112	112	112	112
Was trifft in Bezug auf Ernährung auf Sie zu?	Korrelation nach Pearson	0,023	1	0,578**	0,165
	Signifikanz (2-seitig)	0,813		0,000	0,081
	N	112	113	113	113
Wie würden Sie Ihren Lebensstil (z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, etc.) in Bezug auf Ihre Gesundheit einschätzen?	Korrelation nach Pearson	-0,276**	0,578**	1	0,244**
	Signifikanz (2-seitig)	0,003	0,000		0,009
	N	112	113	113	113
Beziehen Sie Gesundheitsinformationen regelmäßig aus sozialen Medien, die Ihnen einen positiven Wissenszuwachs bringen?	Korrelation nach Pearson	0,019	0,165	0,244**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,843	0,081	0,009	
	N	112	113	113	113

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Hypothese 5

Statistiken

Wie empfinden Sie Gesundheitsratschläge aus sozialen Medien?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Wie empfinden Sie Gesundheitsratschläge aus sozialen Medien?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	3	2,7	2,7	2,7
	2	56	49,6	49,6	52,2
	3	44	38,9	38,9	91,2
	4	10	8,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Statistiken

Haben Sie schon einmal negative Gesundheitsratschläge von Onlinequellen (Facebook, YouTube, Blogs, etc.) bekommen?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Haben Sie schon einmal negative Gesundheitsratschläge von Onlinequellen (Facebook, YouTube, Blogs, etc.) bekommen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	31	27,4	27,4	27,4
	2	23	20,4	20,4	47,8
	3	29	25,7	25,7	73,5
	4	30	26,5	26,5	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Statistiken

Konnte Ihnen oder einem/einer Bekannten schon jemals geholfen werden, durch medizinische und gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Konnte Ihnen oder einem/einer Bekannten schon jemals geholfen werden, durch medizinische und gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	21	18,6	18,6	18,6
	2	40	35,4	35,4	54,0
	3	31	27,4	27,4	81,4
	4	21	18,6	18,6	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Hypothese 6

Statistiken

Haben/Hatten Sie eine App (Runtastic, YAZIO, Lifesum, MyFitnessPal, etc.), um z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, Schlafrhythmus, etc. zu tracken?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Haben/Hatten Sie eine App (Runtastic, YAZIO, Lifesum, MyFitnessPal, etc.), um z.B. Ernährung, sportliche Aktivität, Schlafrhythmus, etc. zu tracken?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	81	71,7	71,7	71,7
	Nein	32	28,3	28,3	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Statistiken

Welche der folgenden Apps haben/hatten Sie?

N	Gültig	113
	Fehlend	0

Welche der folgenden Apps haben/hatten Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		32	28,3	28,3	28,3
	Fitbit	2	1,8	1,8	30,1
	Fitbit App	1	0,9	0,9	31,0
	FitBit App	1	0,9	0,9	31,9
	Freeletics	1	0,9	0,9	32,7
	Garmin, TrainingPeaks, Strava	1	0,9	0,9	33,6
	Lifesum	3	2,7	2,7	36,3
	Lifesum, MyFitnessPal	1	0,9	0,9	37,2
	Lifesum, MyFitnessPal, Polar App	1	0,9	0,9	38,1
	MyFitnessPal	1	0,9	0,9	38,9
	Nokia Health	1	0,9	0,9	39,8
	Polarapp	1	0,9	0,9	40,7
	Runtastic	40	35,4	35,4	76,1
	Runtastic, 5 Minuten	1	0,9	,9	77,0
	Runtastic, Fitatu	1	0,9	0,9	77,9
	Runtastic, Lifesum, MyFitnessPal	2	1,8	1,8	79,6
	Runtastic, MyFitnessPal	11	9,7	9,7	89,4

	Runtastic, MyFitnessPal, FDDB	1	0,9	0,9	90,3
	Runtastic, MyFitnessPal, Polar Flow	1	0,9	0,9	91,2
	Runtastic, Nike Sport irgendwas	1	0,9	0,9	92,0
	Runtastic, SportsTracker	1	0,9	0,9	92,9
	Runtastic, YAZIO	3	2,7	2,7	95,6
	Samsung Health	2	1,8	1,8	97,3
	Sport Tracker	1	0,9	0,9	98,2
	YAZIO	1	0,9	0,9	99,1
	YAZIO, MyFitnessPal	1	0,9	0,9	100,0
	Gesamt	113	100,0	100,0	

Statistiken

Haben Sie soziale Medien dazu gebracht, diese App zu installieren?

N	Gültig	81
	Fehlend	32

Haben Sie soziale Medien dazu gebracht, diese App zu installieren?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	12	10,6	14,8	14,8
	2	9	8,0	11,1	25,9
	3	10	8,8	12,3	38,3
	4	50	44,2	61,7	100,0
	Gesamt	81	71,7	100,0	
Fehlend	System	32	28,3		
Gesamt		113	100,0		

Statistiken

Wie hat diese App Ihr Gesundheitsverhalten verändert?

N	Gültig	81
	Fehlend	32

Wie hat diese App Ihr Gesundheitsverhalten verändert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	22	19,5	27,2	27,2
	2	45	39,8	55,6	82,7
	3	12	10,6	14,8	97,5
	4	2	1,8	2,5	100,0
	Gesamt	81	71,7	100,0	
Fehlend	System	32	28,3		
Gesamt		113	100,0		

12.3. Abstract

Deutsch

Das Interesse an Gesundheitsthemen sowie die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit ist zunehmend gestiegen. Zudem nehmen Online-Angebote, wie soziale Medien, im Gesundheitswesen vermehrt zu.

Die vorliegende Diplomarbeit thematisiert die Auswirkung von sozialen Medien auf das Gesundheitsverhalten von Menschen. Konkret soll diese Abschlussarbeit zeigen, ob Social Media die Gesundheit – hinsichtlich eines gesunden Lebensstils und Gesundheitsbewusstseins – fördern kann, und ob infolgedessen Krankheiten präventiv vorgebeugt werden können. Dies wird mit Hilfe eines theoretischen sowie eines empirischen Teils dargestellt.

Im theoretischen Teil der Arbeit erfolgt die Darstellung von essenziellen Begriffen, wie Gesundheit, gesundheitsbewusster Lebensstil, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, (mediale) Gesundheitskommunikation und Social Media. Des Weiteren werden wichtige Konzepte, wie die Modelle des Gesundheitsverhaltens sowie die Wirkung und Nutzung von Medien auf die Gesundheit, thematisiert. Zusätzlich folgt die Erläuterung des aktuellen Forschungsstands.

Im empirischen Teil wird das Forschungsinteresse anhand einer quantitativen Online-Befragung erarbeitet. Diese gründet zum Teil auf einer in den USA (2010) durchgeführten Telefonbefragung und wurde zusätzlich durch themenspezifische Fragen zur Nutzung von Social Media, bezogen auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, ergänzt. Forscher und Forscherinnen der Vereinigten Staaten von Amerika untersuchten infolgedessen mit dieser Studie das Online-Nutzungsverhalten der US-Bürger und -Bürgerinnen, und wie sich dies auf das Gesundheitsverhalten auswirkt.

An dieser Studie, welche von 27. Mai bis 5. Juni 2018 durchgeführt wurde, nahmen 113 Probanden und Probandinnen teil. Davon waren 77 Frauen und 36 Männer. Ergebnissen zufolge gaben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen an, dass soziale Medien das Gesundheitsverhalten sowohl fördern, als auch schädigen können. Die Auswertungen ergeben, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Beziehen von gesundheitsbezogene Informationen aus sozialen Medien und einem gesunden Lebensstil besteht, der zu einem positiven Wissenszuwachs führt. Im konkreten Anlassfall ist dennoch der Arzt oder die Ärztin die erste Anlaufstelle.

Ebenfalls zeigt sich eine positive Wirkung von Apps auf das Gesundheitsverhalten der Befragten. Ein klares Ergebnis, dass Social Media die Gesundheit fördert, ist nicht gegeben. Durchaus zeigt sich jedoch, dass ein Potenzial besteht, um mittels Facebook, YouTube, Instagram und Co. die Gesundheit zu fördern, um infolgedessen Krankheiten vorzubeugen.

English

Nowadays society shows an increasing interest in health issues. The increasing awareness and active involvement to promote personal health is reflected in the steadily growing presence of online offers - regarding health and healthy living - on social media platforms.

This thesis addresses the effect of social media on people's behaviour towards their own personal health. Specifically, whether social media platforms can promote health - regarding health conscience and a healthy lifestyle – and if therefore they can prevent illness. This will be demonstrated with a theoretical and an empirical part.

The theoretical part of the thesis presents essential terms such as health, health-conscious lifestyle, health promotion, disease prevention, (media) health communication and social media. Furthermore important concepts, such as the models of health behaviour as well as the effect and use of media on health, are explained. In addition follows the explanation of the current state of research.

The purpose of the empirical parrt is to collect the research interest with the use of a quantitative online survey. This is partly based on a telephone survey carried out in the USA (2010) and was amended by topic-specific questions on the use of social media in relation to a healthy lifestyle. As a result, researchers in the United States of America used this study to investigate online usage behaviour and how it affects people's health behaviour.

In this study, which was carried out between 27 May and 5 June 2018, 113 subjects participated. Of these, 77 were women and 36 men. The results showed that the study participants state that social media can indeed promote health behaviour, but that it can also have a harmful effect. The evaluation also showed that there is a significant connection between a healthy lifestyle and the gathering of health-related information from social media platforms which therefore leads to a positive growth of

knowledge. Nevertheless, in case of sudden illness a doctor remains the first choice to seek advice from. Interviewers observed positive effects on their health behaviour by using health-related apps as well. Despite the lack of a definite conclusion on whether social media can promote people's health, it can be seen, that Facebook, YouTube, Instagram and similar social media platforms do have the potential to promote people's health and even prevent illness.