

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

PRÄVENTION DURCH ANGST?

STAND DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG

BAND 4

Herausgeberin: Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums mit Sitz in Köln. Sie hat zur Aufgabe, geeignete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu erarbeiten und umzusetzen.

Sie entwickelt Konzepte und Strategien für Kampagnen, erstellt Übersichten über Medien und Methoden, kooperiert mit unterschiedlichen Akteuren der gesundheitlichen Aufklärung und führt Aufklärungsmaßnahmen für die gesamte Bevölkerung sowie für spezielle Zielgruppen in ausgewählten Themenfeldern durch.

Bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Effektivität und Effizienz ihrer Arbeit stützt sich die BZgA auf Forschungsergebnisse.

Dazu werden in ihrem Auftrag repräsentative Wiederholungsbefragungen, Forschungsprojekte zu ausgewählten Einzelthemen und Evaluationsstudien durchgeführt. Zur Förderung des Informations- und Erfahrungsaustauschs zwischen Wissenschaft und Praxis veranstaltet sie nationale und internationale Konferenzen.

In ihrer Fachheftreihe zur Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung diese Studien, Expertisen und Ergebnisse von Fachtagungen. Sie versteht sich als Forum zur wissenschaftlichen Diskussion. Ziel dieser Reihe, wie der bereits vorliegenden Fachheftreihe zur Sexualaufklärung und Familienplanung, ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis weiter auszubauen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 4**

PRÄVENTION DURCH ANGST?

STAND DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG

Dipl.-Psych. Jürgen Barth
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Psychologisches Institut
der Universität Freiburg
Abteilung für Rehabilitationspsychologie

im Auftrag der BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Köln 1998

CIP-Einheitsaufnahme der Deutschen Bibliothek

Barth, Jürgen/Bengel, Jürgen :

Prävention durch Angst?

Stand der Furchtappellforschung, J. Barth; J. Bengel

[Hrsg. : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)] – Köln : BZgA 1998

(Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung; Bd. 4)

ISBN 3-9805282-8-6

NE: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <Köln>; GT

Die Beiträge geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muß. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Osterheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 02 21/89 92-0

Fax 02 21/89 92-300

e-mail: ettischer@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Heike Ettischer

Satz und Gestaltung: Böhm Mediendienst GmbH, Köln

Druck: Asmuth, Köln

Auflage: 1.5.4.98

Gedruckt auf Recyclingpapier.

Band 4 der Fachheftreihe ist kostenlos erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und im Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de> hinterlegt.

Bestellnummer: 6060 4000

Die in Kürze erscheinende englische Zusammenfassung ist unter Bestellnummer 6080 4070 erhältlich.

VORWORT

Die Frage nach der Gestaltung von gesundheitsbezogenen Informationen ist in den bundesweiten Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von zentraler Bedeutung. Zur Weiterentwicklung und Absicherung des kommunikativen Konzepts ihrer Medien, Maßnahmen und Kampagnen gibt die BZgA Expertisen zur Klärung grundlegender Fragestellungen in Auftrag, die aber auch für andere präventiv tätige Institutionen von Interesse sein dürften.

Die vorliegende Expertise gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Furchtappellforschung im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Wirkungen Furchtappelle auf das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten haben.

Jürgen Barth und Jürgen Bengel zeigen zunächst den theoretischen Bezugsrahmen auf, indem sie bestehende Konstrukte zur Erklärung präventiven Verhaltens und theoretische Modelle zur Wirksamkeit von Furchtappellen erläutern. Anschließend stellen sie anhand von Beispielen aus den Bereichen Suchtprävention, Aidsprävention, Zahnhygiene und Eßverhalten Wirkungen von Furchtappellen dar. Auf der Grundlage ihrer Analyse formulieren die Autoren Empfehlungen zur Gestaltung von präventiven Botschaften und Informationen.

Mit diesem Band legt die BZgA nach Band 1 „Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen“ und Band 2 „Geschlechtsbezogene Suchtprävention“ einen weiteren Beitrag zur Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung vor. Ziel ist es, den fachlichen Austausch und die Konsensfindung über geeignete Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern und deren Qualität kontinuierlich zu steigern.

Köln, April 1998

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

STECKBRIEF DER UNTERSUCHUNG

Projekttitel:	PRÄVENTION DURCH ANGST Beiträge der Gesundheitspsychologie und der Furchtappellforschung zur theoretischen Fundierung von Präventionsstrategien und Gestaltung von Aufklärungskampagnen unter besonderer Berücksichtigung der Suchtprävention
Ziele:	Sichtung und Systematisierung der Theorien zur Wirkungsweise von Furchtappellen. Integration neuer empirischer Befunde und Entwicklung von Schlußfolgerungen für die massenmediale Prävention.
Material:	Forschungsmonographien Fachzeitschriften Projektberichte
Auswertung:	Literaturrecherchen in den Datenbanken PSYCLIT, PSYINDEX, MEDLINE, DISSERTATION ABSTRACTS und CURRENT CONTENTS (Stand Ende 1995). Persönliches Anschreiben an ausgewählte Experten auf diesem Gebiet mit der Bitte um Nennung von eigenen neuen Arbeiten.
Durchführungszeitraum:	Oktober 1994 bis Oktober 1997
Projektdurchführung:	Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Abteilung für Rehabilitationspsychologie Belfortstraße 16 D-79085 Freiburg Tel.: 07 61/2 03 30 46 Fax: 07 61/2 03 30 40
Projektleitung:	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Autoren des Berichts:	Dipl.-Psych. Jürgen Barth Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Straße 220 D-51109 Köln Tel.: 02 21/89 92-3 42 Fax: 02 21/89 92-3 00
Projektleitung:	Dipl.-Soz. Jürgen Töppich

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINFÜHRUNG	11
1.1.	Definitionen und begriffliche Einführung	12
1.2.	Massenmediale Prävention im Rahmen des Social Marketing	15
1.3.	Strategien der Suchtprävention	21
2.	THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG UND BESCHREIBUNG DES GESUNDHEITSVERHALTENS	25
2.1.	Einflußfaktoren auf das Gesundheitsverhalten	26
	2.1.1. Risikowahrnehmung	27
	2.1.2. Wahrgenommene gesundheitliche Kontrolle	34
	2.1.3. Gesundheitliche Kompetenzerwartung	36
	2.1.4. Soziodemographische Variablen	40
2.2.	Ein integratives psychologisches Modell des Gesundheitsverhaltens	42
3.	DIE WIRKUNG VON FURCHTAPPELLEN	47
3.1.	Einführung	48
3.2.	Modelle zur Erklärung der Wirkungsweise von Furchtappellen	52
	3.2.1. Das Triebreduktionsmodell	52
	3.2.2. Das kurvilineare Modell	54
	3.2.3. Das Modell der parallelen Reaktionen	65
	3.2.4. Die Theorie der Schutzmotivation	69

3.2.5.	Das Elaboration Likelihood Model und das Modell der systematischen bzw. heuristischen Verarbeitung	78
3.3.	Zusammenfassung und Integration der Modelle	85
4.	BEFUNDE DER FURCHTAPPELL-FORSCHUNG VON 1980 BIS 1995	91
4.1.	Experimentelle Arbeiten	92
	4.1.1. Sendervariablen	93
	4.1.2. Empfängervariablen	105
4.2.	Feldstudien	106
5.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	111
6.	LITERATURVERZEICHNIS	125
7.	AUTORENVERZEICHNIS	139

EINLEITUNG

Die Abteilung für Rehabilitationspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg wurde im November 1994 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Erstellung einer Expertise zum Stand der Furchtappellforschung beauftragt. Das Ziel der vorliegenden Expertise ist es, den aktuellen Forschungsstand zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Bedrohungsappellen, zum Gesundheits- und Vorsorgeverhalten sowie zur psychologischen Gestaltung von gesundheitsbezogenen Informationen umfassend zu sichten, aufzubereiten und kritisch zu analysieren. Dadurch möchten wir uns einer Antwort auf die Frage nähern, welche Wirkungen Furchtappelle auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen haben¹. Diese Fragestellung wird vor allem in der Tradition der sogenannten Furchtappellforschung untersucht. Jedoch erschweren unterschiedliche theoretische Konzepte und widersprüchliche empirische Resultate die Formulierung einer Leitlinie für die Planung und Fundierung von präventiven Maßnahmen.

Thematischer Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Suchtprävention. Daher baut diese Studie auf der – ebenfalls im Auftrag der BZgA erstellten – Expertise von KÜNZEL-BÖHMER, BÜHRINGER und JANIK-KONECNY (1993) auf, die einen praxisorientierten Überblick zur Wirksamkeit verschiedener suchtpreventiver Maßnahmen gibt. In der hier vorliegenden Arbeit werden auch Forschungsergebnisse aus den Bereichen Aids, Zahnhygiene, Verkehr, Eßverhalten etc. herangezogen, um einen umfassenden Überblick über die Anwendungsgebiete von Furchtappellen zu geben.

Die Expertise gliedert sich in fünf Abschnitte. Nach dieser Einführung wird im *Kapitel 1* eine begriffliche Einordnung von präventiven Maßnahmen anhand unterschiedlicher Dimensionen vorgenommen. Ziel dieses Kapitels ist es, Begriffe zur Klassifikation und Beschreibung von präventiven Maßnahmen vorzustellen, welche nachfolgend in dem hier definierten Sinne gebraucht werden. Das *zweite Kapitel* bietet einen Überblick über einzelne Konstrukte, welche zur Erklärung präventiven Verhaltens herangezogen werden. Theoretische Modelle zur Wirksamkeit von Furchtappellen bilden das *Kapitel 3*. Anhand der chronologischen Entwicklung dieses Forschungsgebiets sollen die Theorien zur Überredung von JANIS, MCGUIRE, LEVENTHAL, ROGERS, PETTY und EAGLY vorgestellt werden. Nach dieser Darstellung der theoretischen Positionen erfolgt anschließend im *vierten Kapitel* eine Meta-Analyse von empirischen Arbeiten der Jahre 1980 bis 1995. Im *fünften Kapitel* werden die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefaßt und Empfehlungen zur Gestaltung von präventiven Botschaften und Informationen formuliert.

Wir möchten uns an dieser Stelle für die konstruktive Zusammenarbeit mit der Auftraggeberin bedanken. Namentlich seien hier Herr Töppich und Herr Christiansen genannt, die uns wertvolle Hinweise geben konnten. Für die wissenschaftliche Unterstützung bei der Literatursuche möchten wir uns bei Prof. Becker (Universität Trier), Prof. Hornung

¹ Die Begriffe Furcht und Angst werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

(Universität Zürich, Schweiz), Privatdozent Jonas (Universität Tübingen), Herrn Neuhaus (Bundesvereinigung für Gesundheit in Bonn), Prof. Rogers (University of Alabama, USA) und Prof. Sutton (University of London, England) bedanken.

EINFÜHRUNG

1

1.

EINFÜHRUNG

Ziel dieses Kapitels ist die begriffliche Einführung in die Thematik und die Verortung dieser Studie in den sozialwissenschaftlichen Teildisziplinen, welche sich bisher mit dem Thema Furcht als motivationales Agens in der Prävention beschäftigt haben. Dazu werden Definitionen vorgestellt und begriffliche Klärungen vorgenommen (Abschnitt 1.1). Der zweite Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit dem Social Marketing, einem Konzept, das in neuerer Zeit zur Planung und Evaluation von präventiven Angeboten verstärkt herangezogen wird (Abschnitt 1.2). Abschließend werden Probleme bei der Gestaltung und Evaluation von massenmedialen Aufklärungskampagnen im Bereich der Suchtprävention dargestellt und Bezugspunkte zu den nachfolgenden Kapiteln geschaffen (Abschnitt 1.3).

1.1.

DEFINITIONEN UND BEGRIFFLICHE EINFÜHRUNG

Präventive Maßnahmen und Prävention sind häufig gebrauchte Begriffe, wobei eine allgemeingültige Definition von Prävention fehlt. Je nach Betrachtungsweise werden in den verschiedenen vorgeschlagenen Definitionen unterschiedliche Aspekte betont. Es gibt jedoch Gemeinsamkeiten, die nachfolgend als Kriterien zur Bestimmung des Begriffs der Prävention formuliert sind:

- Prävention versucht den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen oder Personen zu erhalten oder zu verbessern.
- Prävention ist nicht nur eine Aufgabe der Medizin, sondern arbeitet interdisziplinär, d.h. auch die Psychologie, Soziologie und Pädagogik leisten hierzu ihren Beitrag.
- In der Umsetzung versucht die Prävention verschiedene Ebenen anzusprechen (z.B. Wissen, Einstellungen).
- Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf langfristige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens.

Neben diesen gemeinsamen Bestimmungsstücken präventiver Maßnahmen gibt es zahlreiche Unterschiede in der Ausgestaltung. Nachfolgend sollen einige zentrale Dimensionen dargestellt werden, welche eine differenziertere Betrachtung präventiver Maßnahmen erlauben.

Als wichtige Unterteilung und somit auch Beschreibung präventiver Maßnahmen führte CAPLAN (1964) erstmals die Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention ein. Ziel der primärpräventiven Strategien ist nach CAPLAN die Senkung der Inzidenzrate bei psychischen und körperlichen Erkrankungen. Durch die Vermeidung bzw. Reduktion von vorliegenden Risikofaktoren (wie z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel,

Rauchen, Bluthochdruck; vgl. hierzu BENGEL, 1988) soll dies erreicht werden. Eine Vielzahl von Studien zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, bösartigen Neubildungen, Atemwegserkrankungen und Zahnschädigungen (um nur einige Bereiche zu nennen) beschäftigt sich mit diesem Anliegen (vgl. BENGEL, 1988; SCHWARTZ & ROBRA, 1991), wobei im Mittelpunkt meist die sog. Risikofaktoren für die jeweiligen Erkrankungen standen (vgl. nachfolgenden Abschnitt zur ‚Spezifität präventiver Maßnahmen‘). Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen sind ‚Gesunde‘, d.h. Personen ohne subjektive bzw. objektive Krankheitssymptome (BENGEL, 1993).

Die sekundäre Prävention bezeichnet die Früherfassung, Frühdiagnostik und Frühtherapie von Krankheiten, wobei im letzteren Fall die rasche Beseitigung einer bereits bestehenden Erkrankung das Ziel ist, um einem progredienten chronifizierenden Verlauf vorzubeugen. Daneben werden medizinische Untersuchungen (Screeninguntersuchungen) eingesetzt, um gesundheitliche Probleme einer Person möglichst rasch zu diagnostizieren, mit dem Ziel, diese einer frühzeitigen Behandlung zuzuführen. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, welche sich in den letzten Jahren etabliert haben, können als Beispiel für sekundärpräventive Maßnahmen genannt werden. Der Begriff tertiäre Prävention deckt sich begrifflich weitgehend mit dem Konzept der ‚Rehabilitation‘. Die Hauptaufgabe ist hierbei die Verhinderung bzw. Beseitigung von Folgeschäden einer Erkrankung und die berufliche Wiedereingliederung.

Diese Unterteilung präventiver Maßnahmen durch CAPLAN wird für die Kategorisierung von Maßnahmen der Prävention immer noch verwendet. Sie ermöglicht es, für unterschiedliche Zielgruppen spezifische Maßnahmen und Ziele zu definieren. Dennoch können viele präventive Maßnahmen mit dieser Dreiteilung nur schwer kategorisiert werden. Als Beispiel hierfür seien Maßnahmen zur Gewichtsreduktion von adipösen Patienten genannt. Diese können zum einen als primärpräventive Maßnahmen zur Verringerung des Herzinfarkttrisikos, aber auch als sekundärpräventive Maßnahmen zur Behandlung der Adipositas (also einer Störung mit eigenem Krankheitswert) angesehen werden. Eine bestimmte präventive Maßnahme kann demnach unter verschiedenen Blickwinkeln sowohl primär- als auch sekundärpräventiven Charakter haben.

Eine weitere Klassifikation präventiver Maßnahmen stammt von NASSERI (1979), der unter Einbezug der erwarteten Effekte der Maßnahme und der Zielgruppe fünf Stufen der Prävention unterscheidet. Er differenziert zwischen gesunden Personen, gesunden Exponierten, frühzeitig Erkrankten, fortgeschritten Erkrankten und chronisch Behinderten bzw. vom Tod bedrohten Personen. Als Prävention definierte NASSERI dabei jedes Verhindern des Absinkens auf eine tiefere Stufe, was für ihn bedeutet, daß Prävention für unterschiedliche Zielgruppen zu jeder Phase einer Erkrankung sinnvoll und möglich ist.

Als Gemeinsamkeit der Annahmen von CAPLAN und von NASSERI kann die Einteilung präventiven Handelns anhand der Schwere der Erkrankung bzw. der Beschwerden angese-

hen werden. Ziel der Prävention ist das Verhindern einer Erkrankung bzw. das Vorbeugen einer Chronifizierung. Diese Einteilung präventiver Maßnahmen anhand des Erkrankungsgrades ist jedoch nicht die einzig denkbare. Nachfolgend sollen weitere Dimensionen vorgestellt werden, nach denen präventive Maßnahmen differenziert werden können. Hierzu nennt PERREZ (1992) drei zentrale Dimensionen präventiven Handelns. Als Dimensionen unterscheidet er die Spezifität präventiver Maßnahmen, die Zielgruppe sowie die Interventionsebene (vgl. Tab. 1.1).

Dimension	Differenzierung der Begriffe auf der jeweiligen Dimension
Spezifität	Spezifische versus unspezifische Prävention
Zielgruppe	Populationsprävention versus Risikogruppenprävention
Interventionsebene	Personenorientierte versus systemorientierte Prävention

Tab. 1.1: Dimensionen der Prävention (in Anlehnung an PERREZ, 1992).

Spezifische Maßnahmen der Prävention zielen auf die Senkung der Inzidenz und Prävalenz für eine bestimmte Erkrankung. Das sogenannte Risikofaktorenmodell bildet dabei die Grundlage für die Intervention. Hingegen haben unspezifische Präventionsmaßnahmen keine eindeutige krankheitsbezogene Indikation, vielmehr zielen gesundheitsfördernde Interventionen auf eine allgemeine unspezifische Verbesserung des Gesundheitszustands. Auf der Dimension der Zielgruppe lässt sich Prävention unterteilen in populationsbezogene Maßnahmen und Maßnahmen, welche auf Personen mit einem bestimmten Risikoverhalten abzielen. Maßnahmen unter Verwendung von Furchtappellen verwenden in der Regel massenkommunikative Strategien und haben aufgrund der geringen Steuerbarkeit, welche Personen die jeweilige massenkommunikative Botschaft empfangen, einen populationsbezogenen Charakter. Die dritte Dimension zur Beschreibung von Prävention unterscheidet zwischen personenorientierten und systemorientierten Maßnahmen. Systemorientierte Maßnahmen versuchen, durch strukturelle Veränderungen (Verhältnisprävention) eine Beeinflussung der sozialen, ökologischen oder kulturellen Umwelt von Personen zu erreichen, um die Gefahr einer Erkrankung zu vermindern. Bei personenorientierten Maßnahmen (Verhaltensprävention) steht das Individuum im Mittelpunkt des Interesses, und Maßnahmen wie Gesundheitsberatungen oder Gesundheitsschulungen sind dabei wichtige Interventionsformen.

1.2.

MASSENMEDIALE PRÄVENTION IM RAHMEN DES SOCIAL MARKETING



Das Konzept des ‚Social Marketing‘ wurde in den letzten Jahren verstärkt als Planungshilfe für Kampagnen diskutiert (vgl. KÜNZEL-BÖHMER, BÜHRINGER & JANIK-KONECNY, 1993). Das Social Marketing bietet eine Ergänzung der sozialwissenschaftlichen Forschungstradition durch wirtschaftswissenschaftliche Theorien und Strategien. Nachfolgend wird dieser Ansatz begrifflich spezifiziert und inhaltlich charakterisiert. Danach werden Vorgehensweisen des Social Marketing erläutert, wobei allerdings bisher nur wenige Studien auf der Basis des Social Marketing vorliegen.

BEGRIFFSKLÄRUNG ‚SOCIAL MARKETING‘

SOLOMON (1989) datiert die Geburtsstunde des Begriffs des Social Marketing auf den Satz von WIEBE (1952): „Warum kann man Brüderlichkeit nicht ebenso verkaufen, wie man Seife verkauft?“¹ (Übersetzung der Autoren). Social Marketing beschäftigt sich demnach mit der Verbreitung von sozialen Werten an eine große Zahl von Personen. Eine spezifischere Definition des Begriffs gibt KOTLER (1975):

„[Social marketing ist] die Gestaltung und die Kontrolle von Programmen, die danach streben, die Akzeptanz einer sozialen Idee oder Maßnahme in einer bestimmten Zielgruppe zu erhöhen. Es wendet dabei Konzepte an, wie z.B. Marktsegmentierung, Verbraucherstudien, Ideengestaltung, Kommunikation, Moderation, Anreize und Austauschtheorie, um möglichst große Effekte in der Zielgruppe zu erreichen.“

(Übersetzung der Verfasser)

In Deutschland gibt es bislang nur eine kurze Tradition des Social Marketing. In den wenigen Studien werden sehr heterogene Konzepte vertreten, was unter Social Marketing zu verstehen sei. So beschreibt MEIER (1992) unter dem Titel ‚Social Marketing‘ die Anwendung von Marketing-Konzepten (vom Gebrauch von Logos bis hin zur Stärkung der ‚Corporate Identity‘) im Rahmen eines Allgemeinkrankenhauses, das privatwirtschaftlich organisiert ist. Diese Form des Social Marketing bedient sich vor allem organisationspsychologischer Grundlagen und hat mit der von KOTLER (1975) per definitionem geforderten Verbreitung sozialer Ideen nichts gemein. Auch kann ein Allgemeinkrankenhaus mit privatwirtschaftlicher Ausrichtung keinesfalls als nichtkommerzielle Organisation betrachtet werden, was ein weiteres Kriterium des Social Marketing ist. Es wird deutlich, daß bezüglich des Schlagworts Social Marketing in Deutschland bisher kaum klar umrissene Vorstellungen vorhanden sind.

¹ Why can't you sell brotherhood like you sell soap?

Spezifischer wurde der Begriff des Social Marketing von BRUHN und TILMES (1994) gebraucht und inhaltlich gefüllt. Diese Arbeit steht in der Tradition der ursprünglichen Definition von KOTLER (1975) und sieht als Bestimmungsstücke des Social Marketing folgende vier Merkmale:

1. Social Marketing ist als ein systematischer Planungs- und Entscheidungsprozeß anzusehen. Auf der Basis einer Situationsanalyse und Zielformulierung werden die Marketingaktivitäten geplant, organisiert, durchgeführt und kontrolliert.
2. Social Marketing ist auf die Lösung sozialer Aufgaben gerichtet. Dies betrifft sowohl gesellschaftlich akzeptierte und formulierte soziale Ziele (z.B. Gesundheitswesen, Umweltschutz und Entwicklungshilfe) als auch gesellschaftliche Tatbestände, die als veränderungswürdig erkannt werden und in die gesellschaftliche Diskussion eingebracht worden sind bzw. eingebracht werden sollen.
3. Social Marketing bezieht sich auf vielfältige Erscheinungsformen nichtkommerzieller Organisationen. So werden etwa verschiedene Organisationen aus dem politischen, religiösen und kulturellen Bereich miteinbezogen.
4. Social Marketing orientiert sich ebenfalls an der systematischen Entwicklung einer Marketingkonzeption, d.h. durch den Einsatz verschiedener Marktinstrumente wird ein integriertes Marketing angestrebt.

(aus BRUHN & TILMES, 1994, S. 23)

SOLOMON (1989) unterscheidet den Begriff des Social Marketing von der Strategie des Social Advertising. Während das Social Advertising sich vor allem mit Werbemaßnahmen zur Förderung einer Idee beschäftigt, ist der Inhalt des Social Marketing durch die sogenannten vier Ps gekennzeichnet: product, price, place, and promotion (Produkt, Preis, Ort und Verkaufsförderung). Nachfolgend sollen diese vier bestimmenden Faktoren des Marketing (auch als ‚marketing-mix‘ bezeichnet) dargestellt werden:

Produkt

Als Produkte sind nach BRUHN und TILMES (1994) sämtliche materiellen und immateriellen Leistungen zu verstehen, die zur Erfüllung sozialer Bedürfnisse geeignet sind. Dabei kann es sich um Sachgüter (z.B. Bücher, Schriften), um Dienstleistungen (z.B. Krankenversorgung, Ausbildung) und um Ideen bzw. geistige und ideelle Werte (z.B. Religion, politische Richtungen) handeln. Betrachtet man den hier interessierenden Bereich von massenkommunikativen Kampagnen auf dem Gebiet der gesundheitlichen Prävention, so können als Produkte beispielsweise Informationsbroschüren oder die massenmediale Vermittlung von Wissen über bestimmte Erkrankungen gelten. Die Produkte (vor allem materielle Leistungen) müssen an die Bedürfnisse der Nutzer bzw. der Verbraucher angepaßt sein. Daneben existieren aber auch viele immaterielle Leistungen durch strukturelle Präventionsmaßnahmen, welche einen derartigen Mangelzustand befriedigen (z.B. gesetzliche Regelungen für sozial benachteiligte Personen).

Preis

Der Preis eines Produkts bestimmt die Nachfrage bzw. Inanspruchnahme. Im Gegensatz zum privatwirtschaftlichen Marketing entstehen die monetären Kosten beim Social Marketing nicht nur durch die real auftretenden Kosten für eine Dienstleistung (z.B. Arztbesuch), sondern auch durch immaterielle Kosten. Dies sind zeitliche Kosten, welche durch die Inanspruchnahme eines Produkts entstehen, und Kosten durch den Ausfall anderer Tätigkeiten (z.B. Beruf). Dies stellt ein nicht unwesentliches Problem von präventiven Maßnahmen dar, da Zeitmangel, lange Anfahrtswege etc. häufig Hindernisse (bzw. Barrieren) für die Teilnahme an präventiven Maßnahmen darstellen.

Ort

Als Orte werden die Verbreitungskanäle bezeichnet, welche dazu benutzt werden, das Produkt dem Empfänger zugänglich zu machen. Ähnlich wie kommerzielle Anbieter von Produkten darauf achten, daß ihre Produkte im nahe gelegenen Supermarkt erhältlich sind, ist darauf zu achten, möglichst kundenfreundliche Angebote zu machen. Übertragen auf die gesundheitlichen Präventionskampagnen sieht SOLOMON (1989) es als unbedingt notwendig an, z.B. Telefonnummern zu nennen, um den Kontakt zum Produkt (z.B. Informationsbroschüren oder Anmeldung zu einem Kurs) zu erleichtern. Die Distanz zwischen dem Anbieter eines Produkts und dem Kunden sollte möglichst gering gehalten werden.

Verkaufsförderung

Der Bereich der Verkaufsförderung (Promotion) geht über das hinaus, was als Werbung bezeichnet wird. Promotionaktionen möchten einen Empfänger auf das Vorhandensein eines (neuen) Produkts aufmerksam machen, um diese Aufmerksamkeit in positiven Einstellungen, Wissen, Intentionen und letztlich im Verhalten wirksam werden zu lassen. Im Social Marketing handelt es sich dabei sowohl um personalkommunikative als auch um massenkommunikative Botschaften, welche zu Beginn einer Kampagne massiert eingesetzt werden.

INSTRUMENTE DES SOCIAL MARKETING

BRUHN und TILMES (1994) nennen vier Instrumente bzw. Vorgehensweisen, welche im Social Marketing vorrangig eingesetzt werden. Die einzelnen Strategien beziehen sich inhaltlich zum Teil auf sich überschneidende Themen:

- Produkt- und Programmpolitik
- Kommunikationspolitik
- Distributionspolitik
- Preispolitik

Die *Produkt- und Programmpolitik* zeichnet sich durch das Bestreben des Anbieters aus, möglichst ein optimales Produkt zu entwickeln (Produktinnovation) bzw. ein Produkt nach seiner Markteinführung zu verändern (Produktvariation). Nur selten kommt es im Rahmen des Social Marketing zur Entfernung eines Produktes (der sog. Produktelimination). Die *Kommunikationspolitik* zielt neben der Bekanntmachung und Information des Empfängers auch auf Einstellungsänderungen oder Verhaltensänderungen ab. Daneben ist es auch Ziel von massenmedialen Kampagnen, das Image der initierenden Institution zu verändern und hierüber Akzeptanz zu schaffen. Bedeutsam für die zu erzielende Veränderung erscheint die Wahl des Massenkommunikationsmediums. Abhängig von der Wahl des Mediums werden beispielsweise unterschiedliche Bevölkerungsschichten erreicht oder tageszeitliche Faktoren nutzbar. Einen Ausschnitt der Wirkungsweisen von Fernsehen, Hörfunk, Zeitschriften und Tageszeitungen gibt Tabelle 1.2.

Vergleichsgröße	Fernsehen	Hörfunk	Zeitschriften	Tageszeitung
Erreichte Gesamtbevölkerung	sehr stark	gut	befriedigend	gut
Selektivität auf junge Erwachsene	befriedigend	sehr stark	sehr stark	befriedigend
Lokale Marktselektivität	gut	gut	schwach	sehr stark
Möglichkeit, Tageszeitfaktoren zu nutzen	befriedigend	sehr stark	schwach	schwach
Anzeigenaufdringlichkeit	sehr stark	gut	befriedigend	schwach
Publikumsunruhe wegen Anzeigenüberflutung	sehr hoch	hoch	fast keine	fast keine
Kenntnisnahme des Markennamens	sehr stark	gut	befriedigend	befriedigend
Emotionale Stimulation	sehr stark	befriedigend	befriedigend	schwach
Sensorische Stimulation	befriedigend bis gut	befriedigend	sehr stark	befriedigend
Prestige des Mediums	befriedigend	befriedigend	sehr stark	stark
Möglichkeit zum Einsatz von Humor	sehr stark	gut	schwach	schwach
Möglichkeit zum Einsatz aufmerksamkeiterhaltender Mittel	sehr stark	schwach	sehr stark	gut

Tab. 1.2: Vergleich von Fernsehen, Hörfunk, Zeitschriften und Tageszeitungen auf unterschiedlichen Wirkdimensionen (Auszug aus KOTLER & ROBERTO, 1991, aus BRUHN & TILMES, 1994, S. 149).

Besonders wichtig erscheint es, die Kommunikationspolitik auf ihre Effekte hin zu überprüfen. Die Kontrolle der Werbewirkung sollte auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. REUTER (1980, aus BRUHN & TILMES, 1994) nennt hierfür drei Ebenen, wobei die erste Ebene Voraussetzung für eine Veränderung auf den anderen Ebenen (zwei und drei) ist. Inhaltlich erinnert dieses Phasenmodell an die Konzeption von McGUIRE zur Abfolge der Verarbeitung von Informationen (vgl. Abschnitt 3.2.2):

- Auseinandersetzung mit Medium und Inhalt (Ebene 1),
- Auswirkungen auf Bewußtsein, Wissen und Einstellungen (Ebene 2),
- Auswirkungen auf das Verhalten (Ebene 3).

Als Beispiel kann die Studie von SUSSMAN et al. (1994) genannt werden. Ziel dieser Studie war es, Prädiktoren für die Teilnahme an einem manualgestützten Nichtraucherprogramm zu bestimmen. Dazu wurden über zwölftausend Telefoninterviews im Staat California durchgeführt und soziodemographische Variablen, Rauchgewohnheiten sowie das Interesse an Medien wie Zeitung und Fernsehen erfaßt. Die Personen wurden weiterhin befragt, ob sie von der Kampagne gelesen oder einen Werbespot im Fernsehen gesehen hatten. Von den soziodemographischen Variablen zeigte lediglich das Alter einen signifikanten Einfluß auf das Lesen der Inhalte der Kampagne; ältere Personen hatten häufiger darüber gelesen. Personen mit niedrigerem Einkommen hatten häufiger von der Kampagne über das Fernsehen erfahren, während Personen mit höherem Einkommen signifikant häufiger durch schriftliche Medien informiert wurden. Als weitere Prädiktoren erwiesen sich die Intention, mit dem Rauchen aufzuhören sowie die Überzeugung, daß Selbsthilfemanuale hilfreich sein können, um mit dem Rauchen aufzuhören. Erwartungsgemäß hatten Zeitungsleser häufiger durch schriftliche Informationen von der Kampagne erfahren. Keinen signifikanten Einfluß hatten die Merkmale Geschlecht, Bildungsniveau, die Erwartung bezüglich der Anstrengung, mit dem Rauchen aufzuhören, der soziale Druck, mit dem Rauchen aufzuhören sowie das morgendliche Rauchen nach dem Aufwachen. Hauptkritikpunkt an dieser Studie ist die Vermengung von Rauchern und Nichtrauchern, welche bei den Analysen nicht getrennt betrachtet wurden.

Die *distributionspolitischen* Entscheidungen dienen dazu, den Austauschprozeß zwischen der nichtkommerziellen Organisation und den Kunden herbeizuführen bzw. zu unterstützen. Es geht letztlich vor allem darum, die einzelnen Produkte und Dienstleistungen in der richtigen Form, am richtigen Ort, in der richtigen Menge und zur richtigen Zeit bereitzustellen.

Betrachtet man die Rolle der Kosten auf seiten des Anbieters und setzt diese in Relation zu den für den Empfänger entstehenden Kosten, so kann nach BRUHN und TILMES (1994) die *Preispolitik* auch als Gegenleistungspolitik bezeichnet werden. Als Gegenleistungen des Kunden (bzw. in diesem Fall der Empfänger von massenkommunikativen Botschaften) kommen unterschiedliche Leistungen in Betracht. Diese Leistungen haben aber nur in den seltensten Fällen monetären Charakter, vielmehr steht die Reduktion von Folgekosten (z.B. wegen Krankenhausaufenthalten) oder analoge Gegenleistungen im Vordergrund. Für den

Bereich von massenkommunikativen Botschaften in Präventionskampagnen erfolgt eine indirekte immaterielle Gegenleistung, welche sich nach BRUHN und TILMES wie folgt ergibt (1994, S. 209): „Für immaterielle Güter als Gegenleistung können sich preispolitische Zielsetzungen auf die Gegenleistungen beziehen, wie z.B. bei den Anonymen Alkoholikern, die die Reduktion des Alkoholkonsums oder auch den völligen Alkoholverzicht als mögliche Zielsetzungen formulieren.“ Monetäre Gegenleistungen spielen im Social Marketing nur eine untergeordnete Rolle. Somit hat auch die Gewinnmaximierung keine Bedeutung, da öffentliche Einrichtungen nicht von den Einnahmen und deren Steigerung abhängig sind. Die Kostenbeteiligung hat ebenfalls untergeordneten Charakter, da die meisten Leistungen wie z.B. Arztbesuche nicht durch den Verbraucher selbst bezahlt werden müssen. Allenfalls die Nachfragebelebung kann als Ziel angesehen werden, wobei ökonomische Gründe (wie z.B. Senkung der Produktionskosten bei höherer Stückzahl) meist irrelevant sind. Die Subventionierung bzw. kostenfreie Abgabe von Verbrauchsmitteln (z.B. im Rahmen der Aids-Prävention der BZgA durch die Abgabe von Kondomen) stellen solche Maßnahmen zur Nachfragebelebung dar, ohne daß hierdurch eine Gewinnerzielung angestrebt wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Konzept des Social Marketing wichtige Anregungen für die Planung, Konzeption und Evaluation von Präventionskampagnen gibt. Durch das Konzept des Social Marketing gelingt eine Bündelung unterschiedlicher marktpolitischer Strategien. In der Umsetzung erweist sich diese Bündelung mit dem dadurch entstehenden Maßnahmenkomplex jedoch als derart umfassend, daß es kaum gelingen kann, alle Aspekte zu integrieren. Aus dem umfassenden Konzept wird dann häufig ein einzelner Aspekt herausgegriffen und dieser unter dem Deckmantel des Social Marketing ‚verkauft‘. So beschreibt LEVANT (1987) die Anwendung des Social Marketing im Rahmen eines Programms, bei dem sich Eltern (vor allem Väter) durch Seminare und Workshops über Erziehungsfragen etc. austauschen können. Empirisch handelte es sich um eine Fragebogenuntersuchung an 300 Eltern zu deren Familienkonzepten, Rollenverteilungen und deren potentielles Interesse zur Teilnahme an einem Seminar. Über den Status einer Bedarfsanalyse geht diese Arbeit nicht hinaus, wieweil der Autor das Konzept des Social Marketing für sich beansprucht (vgl. auch TROMMSDORFF, 1984). Das Konzept des Social Marketing kann demnach nicht zur Lösung der Problematik beitragen, welche Präventionskampagnen a priori als erfolgreich anzusehen sind. Klare Kriterien, welche Schritte für die Planung von Kampagnen notwendig sind, liegen nicht vor. Dadurch ist für die Planung von Präventionskampagnen der Rückgriff auf Modelle des Gesundheitsverhaltens (vgl. Kapitel 3) eine wichtige Möglichkeit, wissenschaftlich fundiert Wirkvariablen für Kampagnen zu extrahieren und zu beschreiben.

1.3.

STRATEGIEN DER SUCHTPRÄVENTION



Die Suchtprävention arbeitet auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Maßnahmen. Zusammenfassend ist diese Vielfalt der Ansätze in Tabelle 1.3 dargestellt.

		Primärprävention		Sekundärprävention	
		drogen-spezifisch	drogen-unspezifisch	drogen-spezifisch	drogen-unspezifisch
Kommunikative Maßnahmen	Massen-kommunikation	Aufklärungsplakate	Allgemeine Gesundheitstips im Kino	Film über einen drogengefährdeten Jugendlichen	Tips in Fernsehen, Rundfunk, Publikumszeitschriften bei Gesundheitsproblemen
	Personale Kommunikation	Rollenspiel im Unterricht (Drogenangebote ablehnen können)	Stärkung der Selbstsicherheit Förderung der Kommunikationsfähigkeit Identitätsfindung	Therapeutische Gruppen für Gefährdete	Stärkung der Selbstsicherheit Förderung der Kommunikationsfähigkeit
Strukturelle Maßnahmen	Sozialer Nahraum	Einführung von Drogenerziehung als Unterrichtsprinzip	Verbesserung der Wohn-/Einkommenssituation von unterprivilegierten Familien	Drogenberatungslehrer	Gründung von Initiativgruppen zur allgemeinen Selbsthilfe
	Kulturelle, ökologische Rahmenbedingungen	Generelles Werbeverbot für Tabak und Alkoholika Betäubungsmittelgesetz	Reduzierung der Jugendarbeitslosigkeit	Erhöhung der Strafen für Händler illegaler Drogen	Allgemeine Anlaufstellen für Gefährdete

Tab. 1.3: Schematische Darstellung für Strategien und Maßnahmen der angewandten Drogenprävention (aus GRIGOLEIT, WENIG & HÜLLINGHORST, 1994).

Im Mittelpunkt dieser Expertise stehen Furchtappelle, die bei kommunikativen Maßnahmen eingesetzt werden. Das Verhältnis von massenkommunikativen Strategien und personalkommunikativen Strategien wird als ergänzend, nicht als konkurrierend betrachtet. Massenkommunikative Strategien allein scheinen ohne personale und strukturelle Strategien wenig effektiv. Zu dieser Einschätzung gelangt auch die BZgA (1993a) auf der Basis der Arbeit von KÜNZEL-BÖHMER, BÜHRINGER und JANIK-KONECNY (1993). Ziel massenkommunikativer Aktionen sollte in erster Linie die Aufmerksamkeitsfokussierung sein. Verhaltensänderungen sind durch massenmediale Verbreitung von präventiven Ideen allein nicht zu erwarten. Vielmehr sollte ein gestuftes Vorgehen gewählt werden, bei dem nach der Sensibilisierung der Zielgruppen für ein bestimmtes Thema personalkommunikativ

präventive Maßnahmen konkrete Veränderungen von Einstellungen und Verhalten fördern. Als Zielgruppe für massenmediale Suchtprävention sehen KÜNZEL-BÖHMER, BÜHRINGER und JANIK-KONECNY (1993) die breite Öffentlichkeit sowie Kinder bzw. Jugendliche, wobei die Werbespots auf diese Zielgruppen abgestimmt sein sollten. Bei der Evaluation von präventiven Maßnahmen sind personalkommunikative Angebote der Drogenprävention (z.B. Rollenspiele zum Ablehnen von Drogen, therapeutische Gruppen für Gefährdete) durch eine kurze Effektlatenz und klare Effektivitätskriterien besser zu evaluieren als massenkommunikative Angebote. Suchtbezogene Aufklärungsplakate oder Effekte von Antidrogenwerbespots haben sicherlich ebenfalls kurzfristige Effekte bei den Empfängern. Diese sind aber wesentlich heterogener und schwerer zu erfassen und somit kaum auf die jeweilige Maßnahme zubeziehen. Die möglichen Effekte auf einen Werbeslogan wurden von BAKER, PETTY und GLEICHER (1991) illustriert (vgl. auch PETTY, BAKER & GLEICHER, 1991). Ausgangspunkt ihrer Überlegungen ist, daß das Ausmaß und die Richtung der Einstellungsänderung und vor allem der Verhaltensänderung von der Art der Verarbeitung einer präventiven Botschaft abhängen. Um die möglichen Arten der Verarbeitung zu verdeutlichen, werden sechs Empfänger und deren Verhaltensänderungen dargestellt (vgl. Tab. 1.4). Person A versteht die Nachricht nicht und daraus ergibt sich auch keine weitere Informationsverarbeitung. Die Personen B, C, D und E verstehen das Wesentliche der Nachricht, jedoch unterscheiden sich die anschließenden Gedanken. Die Person B denkt in diesem Beispiel: ‚Die dargestellten Personen sind atypisch‘. Hingegen denkt die Person C: ‚Das dargestellte Beispiel ist sicherlich richtig, aber ich bin doch nicht davon gefährdet‘. Die Personen D und E sind die einzigen, die zunächst in der Art reagieren, wie die Initiatoren der Kampagne dies wünschten, da beide den Gedanken ‚Drogen sind gefährlich‘ haben. Jedoch ist gerade diese Einschätzung für Person D ein Grund mehr, um in Zukunft möglicherweise Drogen zu konsumieren, da sie das Selbstkonzept hat, risikofreudig zu sein. Bei Person E führt der Wunsch, dieser Gefahr zu entgehen, letztlich zur Motivation und zum Verhalten, keine Drogen zu nehmen. Die Person F kann aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten die Nachricht nicht verstehen und ändert ihre Einstellung aufgrund eines irrelevanten Botschaftsmerkmals: der Sympathie für den Sprecher. Diese Einstellungsänderung hat für das Verhalten jedoch keine Konsequenz (vgl. auch Abschnitt 3.2.5). Als wichtigstes Resultat dieser modellhaften Demonstration unterschiedlicher Verarbeitung einer Nachricht halten die Autoren fest, daß es neben der erwünschten einen Form der Verarbeitung noch fünf andere Arten der Interpretation einer Nachricht gibt, welche nicht zur erwünschten Verhaltensänderung führen.

Wissen	nichts	Einige Personen, die Marihuana rauchen, werden später harte Drogen nehmen und sind in Gefahr, ihr Leben zu zerstören			Eine berühmte Person sagt, man solle ‚nein‘ zu Drogen sagen	
Kognitive Reaktion auf die Botschaft	irrelevant	Aber einige Menschen möchten dies	Marihuana ist gefährlich für andere Menschen	Marihuana kann für mich gefährlich sein		Die berühmte Person rät vom Drogenkonsum ab
		Die Nachricht ist für mich nicht von Relevanz		Ich mag keine Gefahr	Ich mag keine Gefahr	Ich mag die Person
Einstellung				Ich könnte Drogen mögen	Ich mag keine Drogen	Ich mag keine Drogen
Verhalten				Mögliche Einnahme von Drogen	Abstinenz von Drogen	
	Person A	Person B	Person C	Person D	Person E	Person F

Tab. 1.4: Mögliche Antworten auf den Werbespot ‚Just say no‘ (aus PETTY, BAKER & GLEICHER, 1991) (Übersetzung der Verfasser).

Daneben nennen die Autoren drei Fallstricke für den Erfolg einer Antidrogenkampagne (vgl. auch JONAS, EAGLY & STROEBE, 1994):

1. Das Wissen um die Gefahren von Drogenkonsum kann als irrelevant angesehen werden und führt zu keinem Einfluß auf die Einstellung oder das Verhalten (Personen A, B und C).
2. Selbst wenn Veränderungen der Einstellung im Sinne der Botschaft erreicht werden, können diese Veränderungen durch einfache Schlüsselreize (z.B. Sympathie für den Sprecher) bedingt sein und nicht durch eine Verarbeitung der Nachricht (Person F).
3. Auch bei Verarbeitung der Nachricht und einer Einstellungsänderung kann es den jeweiligen Personen an Fertigkeiten und Selbstvertrauen mangeln, um die neuen Einstellungen in Handlungen umzusetzen (Person D).

Es wird deutlich, daß die Effekte von massenmedialen Kampagnen auf den unterschiedlichen Ebenen der Verarbeitung einer Botschaft evaluiert werden sollten. Verhaltensmerkmale als Effektivitätskriterien sind deshalb ungenügende Kriterien für die Evaluation von Massenkommunikation. Vielmehr sollte eine Erweiterung um kognitive Parameter und einstellungsbezogene Maße stattfinden. Gleichzeitig entsteht das Dilemma einer breiten Streuung von Effekten, so daß nur selten für alle Personen gültige Veränderungen auf der Basis von massenkommunikativen Botschaften benannt werden können. Die Gesundheitspsychologie hat in den letzten Jahren psychologische Konstrukte formuliert, von denen angenommen werden kann, daß sie das Gesundheitsverhalten beeinflussen. Diese werden in Kapitel 2 dargestellt, bevor im anschließenden Abschnitt (Kapitel 3) Wirkmodelle von Furchtappellen behandelt werden.

THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG

UND BESCHREIBUNG

DES GESUNDHEITSVERHALTENS



2.

THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG UND BESCHREIBUNG DES GESUNDHEITSVERHALTENS

Der Begriff ‚Gesundheitsverhalten‘ geht auf KOOS (1954) zurück und umfaßt alle Reaktionen und Verhaltensweisen, die in einem Zusammenhang mit Gesundheit bzw. Krankheit stehen. Gesundheitsverhalten steht danach als übergeordneter Begriff für alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes. Auf der Basis der Arbeiten von PARSONS (1951), KASL und COBB (1966) und MECHANIC (1979) wird zwischen *Gesundheitsverhalten* (health behavior), *Krankheitsverhalten* (illness behavior) und *Krankenrollenverhalten* (sick role behavior) differenziert (vgl. auch STONE et al., 1980). Der Begriff *Gesundheitsverhalten* wird dabei auf sämtliche zielgerichteten Verhaltensweisen angewandt, die sich auf die Prophylaxe bzw. Früherkennung von Krankheiten richten, wobei die betreffenden Personen die gezeigten Reaktionen selbst als gesundheitlich relevantes Verhalten klassifizieren (gesundheitliches Vorsorgeverhalten). *Krankheitsverhalten* dagegen bezieht sich auf Verhaltensweisen von Personen, die sich selbst als gesundheitlich beeinträchtigt fühlen, mit dem Ziel, den Krankheitszustand zu erkennen und ggf. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit zu ergreifen. Unter dem Begriff *Krankenrollenverhalten* ist das Verhalten eines Erkrankten unter dem Einfluß der Selbst- und Fremderwartungen in seiner Rolle als Kranker zu verstehen. In dieser Arbeit werden die Teilnahme an präventiven Maßnahmen und die Umsetzung von präventiven Empfehlungen als eine Form des Gesundheitsverhaltens betrachtet.

Nachfolgend werden Einflußfaktoren vorgestellt, die mit Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen (Abschnitt 2.1). Im zweiten Abschnitt wird dann ein integratives sozialwissenschaftliches Modell zur Beschreibung von Gesundheitsverhalten vorgestellt (Abschnitt 2.2).

2.1.

EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS GESUNDHEITSVERHALTEN

Die psychologische Theoriebildung zum Gesundheitsverhalten hat eine Reihe von Konstrukten als Einflußfaktoren oder Mediatoren des Gesundheitsverhaltens vorgeschlagen und umfangreiche Forschungsaktivitäten zum heuristischen Wert der Konzepte ausgelöst (für einen neueren deutschsprachigen Überblick vgl. WEBER, 1994; SCHWARZER, 1996). So werden persönlichkeitspsychologische Variablen wie Widerstandsfähigkeit (hardiness), Optimismus und Kohärenzsinn (sense of coherence) zur Erklärung von Gesundheitsverhalten herangezogen (vgl. ANTONOVSKY, 1979; 1987; 1993; KOBASA, 1979; SCHEIER & CARVER, 1985). Aus dem Bereich der sozialkognitiven Variablen werden vor allem Gesundheitskontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen als wesentliche Einflußfaktoren des Gesundheitsverhaltens diskutiert (vgl. BANDURA, 1977a; WALLSTON &

WALLSTON, 1978). Zudem gelten Laintheorien bzw. subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit als wesentliche Einflußgrößen auf das Gesundheitsverhalten (vgl. STRITTMATTER, 1995). Als übergreifender Variablenkomplex wurde der soziale Rückhalt (social support) ebenfalls als Einflußfaktor auf das Gesundheitsverhalten bzw. bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen untersucht (vgl. SCHWARZER & LEPPIN, 1989). Nachfolgend werden vier Konzepte bzw. Konstrukte (Risikowahrnehmung, wahrgenommene Kontrolle, Selbstwirksamkeitserwartung und soziodemographische Variablen) in ihrem spezifischen Beitrag für die Erklärung von Gesundheitsverhalten ausführlich diskutiert (Übersichtsarbeiten finden sich bei BENGEL, 1993; SCHWARZER, 1996). Diese Variablen stellen eine Auswahl der bisher empirisch sehr gut untersuchten Einflußfaktoren dar.

2.1.1. RISIKOWAHRNEHMUNG

Im Bereich der *Technik* und *Wissenschaft* wird mit dem Begriff „Risiko“ die Möglichkeit eines Schadens oder Verlustes als Folge eines Ereignisses (z.B. Erdbeben) oder einer Handlung (z.B. Autofahren) verstanden. Zwei Komponenten erweisen sich dabei für die Einschätzung eines Risikos von entscheidender Bedeutung: zum einen die Unsicherheit bezüglich eines zukünftigen Ereignisses (d.h. die Wahrscheinlichkeit) und zum anderen die negative Konsequenz des Ereignisses (vgl. JUNGERMANN & SLOVIC, 1993). In der *Medizin* wird der Begriff des Risikos vor allem im Zusammenhang mit dem sogenannten Risikofaktorenmodell diskutiert. Die Forschung ist dabei auf der Suche nach Risikofaktoren, welche hinsichtlich der Pathogenese von Erkrankungen Relevanz besitzen und somit auch für die Prävention von Bedeutung sind (vgl. BENGEL, 1988; EPSTEIN, 1978). Im Vordergrund des medizinischen Risikokonzepts steht der Versuch einer quantitativen Erfassung eines personenbezogen prognostizierten Erkrankungsrisikos (vgl. Abschnitt 1.1).

Die *psychologische Forschung zur Risikowahrnehmung* basiert hingegen auf folgendem Forschungsparadigma: Versuchspersonen bewerten unterschiedliche Objekte, Aktivitäten oder Situationen (welche im allgemeinen als riskant bzw. die Person bedrohend angesehen werden können) auf unterschiedlichen Risikodimensionen. Die Beurteilung von Ereignissen auf diesen Dimensionen ergab nach einer Analyse von SLOVIC, FISCHHOFF und LICHTENSTEIN (1985, zitiert nach JUNGERMANN & SLOVIC, 1993) drei übergreifende Risikodimensionen, welche für die Einschätzung riskanter Aktivitäten als beschreibende Merkmale angenommen werden. Die Autoren unterscheiden zwischen „dread risks“, „unknown risks“ und „exposure“: in Abbildung 2.1 sind die beiden ersten Faktoren dargestellt, welche einen Großteil der Varianz auf sich vereinen.

Der Faktor „dread risk“ (1) repräsentiert nach Ansicht der Autoren die ‚*Schrecklichkeit der Gefahr*‘. Gefahrenquellen, die als unkontrollierbar, furchtbar und unmittelbar tödlich wahrgenommen werden und denen ein hohes Katastrophenpotential zugeschrieben wird,

laden hoch auf diesem Faktor. Ein Flugzeugabsturz kann demnach aufgrund des höheren Schreckenspotentials zu einer bedrohlichen Bewertung des Fliegens beitragen, während das Wissen um die gleiche Zahl an Lungenkrebs sterbender Menschen zu keiner äquivalent riskanten Einschätzung des Rauchens führt.

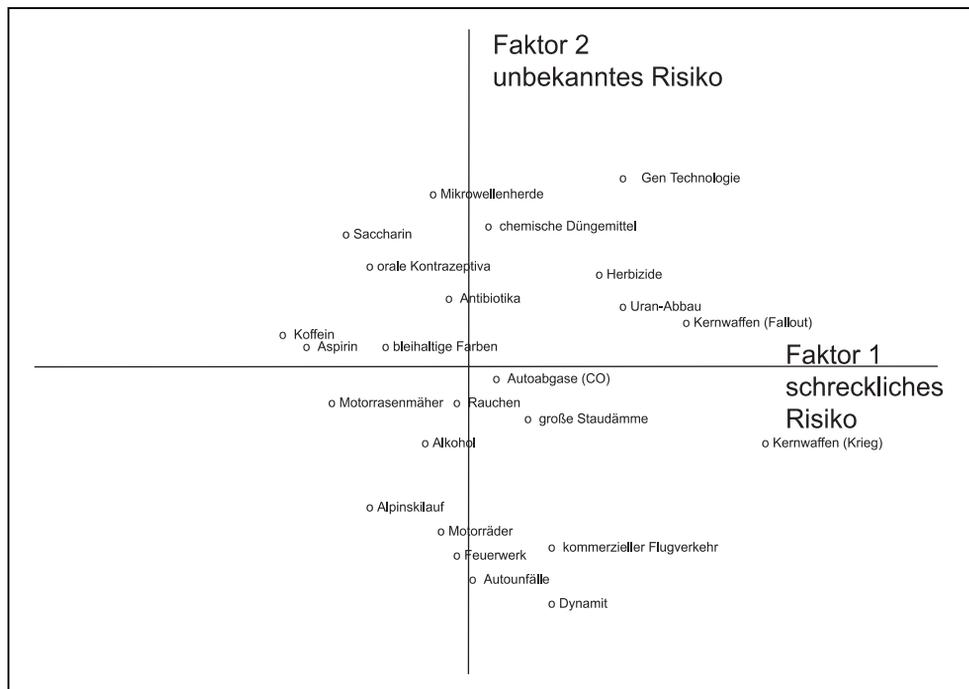


Abb. 2.1: Positionen von ausgewählten Gefahrenquellen auf den Dimensionen „unknown risk“ und „dread risk“ (nach JUNGERMANN & SLOVIC, 1993, S. 174).

„Unknown risks“ (2) sind unbekannte, neue, schwer faßbare Risiken wie zum Beispiel die Gentechnologie, für welche der Betrachter keine vergleichbaren Ereignisse zur Einschätzung des Risikos heranziehen kann. Während Autounfälle zwar als bedrohlich empfunden werden, weisen diese erwartungsgemäß auf der „unknown risk“-Dimension sehr geringe Werte auf, da viele Menschen bereits Erfahrung mit diesem Ereignis haben und es alltäglich präsent ist. Ein Beispiel für ein relativ bekanntes, aber dennoch als unkontrollierbar und somit bedrohlich empfundenen Risiko stellt die von Nuklearwaffen ausgehende Gefahr dar. Aufgrund des mangelnden Kontrollerlebens kommt es zu einer hohen Risikowahrnehmung, d.h. der Faktor der *Kontrollierbarkeit* eines Ereignisses ist mit der Dimension „unknown risk“ eng verknüpft.

Der Faktor „exposure“ (3) beinhaltet die Anzahl der einer Gefahrenquelle ausgesetzten Personen. Die Kernenergie wird zwar als relativ gefährlich für eine große *Anzahl von Menschen* eingeschätzt, jedoch fühlt sich der einzelne meist nicht direkt bedroht. Diesem Faktor kommt jedoch nach Ansicht der Autoren eine geringere Bedeutung bei der Beschreibung von Risiken zu.

Für Verhaltensänderungen ist nach Ansicht von SLOVIC vor allem die Bewertung der Schrecklichkeit („dread risk“-Faktor) relevant. Je höher die Einschätzung der Schrecklichkeit eines potentiellen Risikos ist, desto stärker ist der Bedrohungswert und der Wunsch, das Risiko zu vermeiden. Die wahrgenommene Schwere einer Bedrohung, die sich vor allem durch die Folgen (wie z.B. Tod oder Erkrankung) des Ereignisses charakterisieren läßt (vgl. auch den Begriff „severity“ bei der Darstellung der Theorie der Schutzmotivation von ROGERS in Abschnitt 3.2.4), hat dagegen einen Einfluß sowohl für die Bewertung der Schrecklichkeit („dread risk“) als für die Einschätzung der erlebten Kontrolle („unkown risk“) (SLOVIC, FISCHHOFF & LICHTENSTEIN, 1987). Betrachtet man Abbildung 2.1, so finden sich für gesundheitsschädliches Verhalten wie Rauchen, Alkohol etc. folgende Befunde: Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen haben auf der Dimension der erlebten Schrecklichkeit („dread risk“) lediglich eine mittlere Stellung im Vergleich zu Umweltgiften (z.B. Herbiziden) oder Technologien wie der Kernenergie. Unter der Prämisse, daß die erlebte Schrecklichkeit als motivierend für eine Verhaltensänderung anzusehen ist, kann auf der Basis dieser Befunde von einer relativ geringen Änderungsintention für gesundheitliches Risikoverhalten (im Gegensatz zum Bestreben der Verhinderung von gentechnologischen Fortschritten oder der Sorge um Kernkraftwerksunfälle) ausgegangen werden (zum Vergleich von unterschiedlichen Risiken für die Gesundheit vgl. JUNGERMANN, SCHÜTZ, THEISSEN & DOEFKE, 1991).

In den Theorien zum Gesundheits- und Vorsorgeverhalten spielt das Konzept der Risikowahrnehmung bzw. Risikoeinschätzung eine wichtige Rolle (vgl. Abschnitt 2.2). Dabei wird zwischen *allgemeiner Gefährlichkeit* oder Schwere (severity) und *persönlicher Bedrohung* oder Vulnerabilität (susceptibility) unterschieden (vgl. ROGERS, 1983, und Abschnitt 3.2.4). Es wird davon ausgegangen, daß ein persönliches Erkrankungsrisiko eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Bedingung ist, um überhaupt eine Handlungsbereitschaft in Richtung gesundheitsprotektiver oder präventiver Maßnahmen zu mobilisieren. Persönliche (wahrgenommene) Gefährdung, Bedrohung, Vulnerabilität oder Risikowahrscheinlichkeit sind in diesem Zusammenhang identisch gebrauchte Begriffe. Es zeigt sich bezüglich der Risikoeinschätzung, daß Personen dazu neigen, gesundheitliche Risiken aufgrund von Naturkatastrophen oder technischer Anlagen zu überschätzen. Nach ROHRMANN und BORCHERDING (1984, zitiert nach JUNGERMANN & SLOVIC, 1993) gehen in das Risikourteil (dort bezüglich technischer Anlagen untersucht) neben der Sterbewahrscheinlichkeit auch die Variablen Gesundheitsgefahr und Katastrophenpotential sowie als affektive Komponente die assoziierte Furcht mit ein, welche letztlich zu einer Überschätzung des Risikos von technischen Anlagen führen. In Untersuchungen, die sich vor allem mit individuellen gesundheitlichen Gefährdungen beschäftigen, zeigte sich hingegen wiederholt, daß Individuen ihr persönliches Risiko unterschätzen (SLOVIC, FISCHHOFF & LICHTENSTEIN, 1976; für deutschsprachige Einführungen vgl. LEPPIN, 1994; VERSTEEGEN, 1992). WEINSTEIN (1980; 1984) spricht in diesem Zusammenhang von „unrealistischem Optimismus“ in bezug auf die persönliche Gefährdung. Er fand in seinen Studien die größte Unterschätzung des persönlichen Risikos für Drogenabhängigkeit, Suizid, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie und Alkoholismus. Diese Erkrankungen

sind durch ein hohes Ausmaß an gesellschaftlicher Mißachtung gekennzeichnet, was möglicherweise einen Einfluß auf die Risikoeinschätzung hat.

Für die Interpretation der Arbeiten von WEINSTEIN ist das experimentelle Vorgehen von entscheidender Bedeutung. WEINSTEIN ließ seinen (vor allem studentischen) Versuchspersonen die folgende Frage auf einer siebenstufigen Likertskala mit den Polen ‚eher unterdurchschnittlich‘ vs. ‚eher überdurchschnittlich‘ beantworten: „Verglichen mit anderen Studenten dieser Universität gleichen Geschlechts, Alters etc. ist die Wahrscheinlichkeit ... zu bekommen ...“ (vgl. auch LEK & BISHOP, 1995). Dieses Vorgehen muß sicherlich als problematisch eingeschätzt werden, da die Angstabwehr bei Versuchspersonen, die sich bisher als gesund erlebt haben, durch eine optimistische Einschätzung eine wichtige Rolle spielt. Eine pessimistische Einschätzung bezüglich der eigenen gesundheitlichen Bedrohung würde dieses Konzept in Frage stellen. In anderen Untersuchungen wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt, bei dem zum einen die Wahrscheinlichkeit für eine Referenzperson und zum anderen die eigene Erkrankungswahrscheinlichkeit eingestuft werden sollte. In dem zweiten Vorgehen, welches von der Arbeitsgruppe um VAN DER PLIGT präferiert wird, zeigen sich äquivalente Ergebnisse bezüglich der optimistischen Risikoeinschätzung, jedoch Unterschiede im Zusammenhang zwischen einer optimistischen Risikoeinschätzung und den Handlungskonsequenzen (vgl. VAN DER VELDE, HOOYKAAS & VAN DER PLIGT, 1992). Während WEINSTEIN (1984) in der optimistischen Risikoeinschätzung einen wichtigen Grund für das Scheitern von Kampagnen zur Gesundheitsförderung sieht (er geht davon aus, daß der Optimismus die Motivation zu handeln reduziert), gehen VAN DER VELDE, HOOYKAAS und VAN DER PLIGT (1992) davon aus, daß dieser Optimismus handlungsleitend sein kann und ein vermehrtes Präventivverhalten zur Folge haben kann (zusammenfassend bei VAN DER PLIGT, 1994). Personen mit einem größeren Optimismus waren in den Untersuchungen dieser Arbeitsgruppe eher bereit, Empfehlungen zur Aids-Prävention in Verhalten umzusetzen. CARVER und SCHEIER (1994) vertreten sogar die Position, daß es keine empirische Bestätigung des negativen Zusammenhangs zwischen einer optimistischen Fehleinschätzung und dem Gesundheitsverhalten gibt (dort für Eßverhalten und HIV-Schutzverhalten; vgl. auch SCHEIER & CARVER, 1992). Um diese gegensätzlichen Positionen zu relativieren, unterscheidet SCHWARZER (1993; 1994) zwischen einem defensiven Optimismus und einem funktionalen Optimismus (vgl. auch SCHWARZER & RENNER, 1997). Der defensive Optimismus deckt sich begrifflich mit dem oben vorgestellten Konstrukt des unrealistischen Optimismus von WEINSTEIN und wird als negativ korreliert mit Gesundheitsverhalten angesehen. SCHWARZER (1993) geht davon aus, daß defensive Optimisten die Augen vor einem potentiellen Risiko verschließen, während funktionale Optimisten ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten angesichts der Gefahren leicht überschätzen. Der funktionale Optimismus hat nach Ansicht von SCHWARZER positive Korrelationen zu Kompetenz- und Handlungserwartungen, welche zu einer aktiven Problembewältigung beitragen (vgl. Abschnitt 2.1.3).

Die Veränderung der Risikowahrnehmung und deren Einfluß auf das Gesundheitsverhalten wurde in einer Überblicksarbeit von SCHOENBACH, WAGNER und BEERY (1987) dar-

gestellt. Dabei wurde untersucht, inwieweit die Motivierung von Personen zu einer Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens durch die Vermittlung eines realistischen persönlichen Risikos gelingt (für eine Übersicht unterschiedlicher Methoden der Rückmeldung des persönlichen Risikos vgl. WEINSTEIN & KLEIN, 1995). Die Konfrontation mit dem individuellen Risiko (personalkommunikativ) führte jedoch entgegen der theoretischen Annahmen nicht notwendigerweise zu erhöhter Änderungsmotivation oder zu direkten Auswirkungen auf Gesundheitsüberzeugungen bzw. -verhalten. In einer Studie von KREUTER und STRECHER (1995) zeigte sich hingegen ein positiver Effekt eines Rückmeldebogens (der das persönliche Risiko für einen Schlaganfall beschreibt) auf das Rauchverhalten einzelner Personengruppen. Raucher mit einer realistischen Einschätzung bezüglich ihres Schlaganfallrisikos (im Vortest) hatten in der Nachuntersuchung überdurchschnittlich häufig das Rauchen beendet. Die Gruppe von Personen mit einer optimistischen Einschätzung zeigte hingegen keine Veränderung im Verhalten. Aufgrund dieser Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, daß die Information über ein spezifisches Erkrankungsrisiko mit Hilfe von statistischen Überlebenskurven bei einer Teilgruppe von Personen mit einer realistischen Risikoeinschätzung zu einer Verhaltensänderung führen kann.

Als *Erklärungsversuche für den unrealistischen (defensiven) Optimismus* können mehrere Konzepte herangezogen werden (vgl. hierzu BENGEL, 1993; LEPPIN, 1994). So wurde im unrealistischen Optimismus eine Abwehrfunktion von bedrohlichen Inhalten, eine gesunderhaltende Funktion sowie eine Verzerrung aufgrund einer selektiven Informationsverarbeitung gesehen. Diese Konzepte sollen nachfolgend vorgestellt werden.

Betrachtet man den unrealistischen Optimismus als den Abwehrmechanismus der Verleugnung, so kommt es bei einer Konfrontation mit bedrohlichen Informationen aufgrund der Abwehr zu einer Angstreduktion (vgl. CROYLE & DITTO, 1990; CROYLE, 1992). In der Risikowahrnehmung haben danach besonders bedrohliche Gefahren auch eine besonders starke optimistische Verzerrung der Risikowahrnehmung zur Folge. Diese Hypothese einer positiven Korrelation zwischen dem Ausmaß der persönlichen Bedrohung und der Stärke des unrealistischen Optimismus fand jedoch keine empirische Bestätigung (WEINSTEIN, 1980; 1982; 1987).

Dem unrealistischen Optimismus wird auch eine gesunderhaltende Funktion des Menschen zugeschrieben, da sich bei Personen mit einer Depression deutlich realistischere Einschätzungen zeigten (vgl. ALLOY & AHRENS, 1987; TAYLOR, 1989). Der unrealistische Optimismus zeigte sich für gesunde Personen nicht nur für den Bereich der Risikoeinschätzung, sondern auch hinsichtlich einer unrealistischen Einschätzung der persönlichen Leistungsfähigkeit sowie der Kontrollierbarkeit von Ereignissen (vgl. TAYLOR & BROWN, 1988; 1994). In Einklang mit diesem Ergebnis steht die Untersuchung von ABELE und HERMER (1993), die einen Zusammenhang zwischen einer negativen Stimmung und der Anzahl an subjektiven Beschwerden sowie mit einem geringeren Optimismus fanden.

Eine weitere Erklärungsalternative für die unrealistische Einschätzung bieten kognitive Fehler im Informationsverarbeitungsprozeß bei der Einschätzung des eigenen Risikos.

Laien urteilen meist auf der Grundlage persönlicher Erfahrungswerte oder mit Hilfe spezifischer Heuristiken. Dazu zählen u.a. die sogenannten ‚availability‘- und ‚representativeness‘-Heuristiken (TVERSKY & KAHNEMANN, 1974). Danach ist die Beurteilung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ereignisses primär davon abhängig, ob die mit dem Ereignis assoziierten Vorstellungen leicht zugänglich sind bzw. erinnert werden können und ob eine Ähnlichkeit mit Bekanntem besteht. Eine Risikobeurteilung auf dieser Grundlage kann adäquat sein, da häufig auftretende Ereignisse besser kognitiv repräsentiert und zugänglich sind. Allerdings besteht stets die Gefahr einer Wahrnehmungsverzerrung durch Faktoren, die nichts mit der eigentlichen Häufigkeit eines Ereignisses zu tun haben, wie z.B. Stereotypen und Einzelerfahrungen. Nach einer Einschätzung von WEINSTEIN (1989) kann bei massenmedialen Kampagnen durch die Darstellung der Stereotypen von betroffenen bzw. gefährdeten Personen beim Empfänger der Eindruck entstehen, selbst nicht zu dieser speziellen Gruppe von Personen mit einem hohen Gesundheitsrisiko zu gehören. Bei umgekehrter Betrachtung fanden BAUMANN und SIEGEL (1987) die geringste Fehleinschätzung bezüglich des HIV-Infektionsrisikos bei Personen mit hochriskantem Verhalten (z.B. wechselnden Partnern). Dies bedeutet, daß Personen mit riskantem Verhalten eine relativ gute Einschätzung ihres Erkrankungsrisikos haben, während Personen außerhalb dieser Gruppe aufgrund der empfundenen mangelnden Ähnlichkeit zu den in Massenmedien als gefährdet dargestellten Personen zu einer optimistischen Fehleinschätzung neigen. Die Darstellung von Hochrisikogruppen kann dadurch zu einer Unterschätzung des eigenen Risikos führen (vgl. auch VAN DER VELDE, 1994). Zudem haben eigene Erfahrungen einen wichtigen Einfluß auf die Risikowahrnehmung: Wenn ein negatives Ereignis in der Vergangenheit nicht eingetreten ist, wird eine Person eher davon ausgehen, daß es auch zukünftig nicht eintreten wird (WEINSTEIN, 1987). Umgekehrt können Einzelbeobachtungen ähnlich erlebter Personen zu einer Überschätzung der Gefährdung führen.

Die massenmediale Verbreitung von Informationen hat große Bedeutung für den Bekanntheitsgrad einer Erkrankung, der wiederum die Wahrnehmung der Gefährlichkeit eines Risikos determiniert (LICHTENSTEIN, SLOVIC, FISCHHOFF, LAYMAN & COMBS, 1978). Informationen, die zur Risikobeurteilung herangezogen werden, stammen oft aus Massenmedien, von Bekannten und Freunden, seltener auch aus eigenen Erfahrungswerten. Neben staatlichen Institutionen, die gesundheitliche Informationen anbieten (wie z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), gibt es zahlreiche privatwirtschaftliche Anbieter, welche über Fernsehen, Tageszeitungen oder Zeitschriften das Thema Gesundheit behandeln. MEYER (1990) beschreibt den Stellenwert von gesundheitsbezogenen Themen in Nachrichten und der Tagespresse, wobei die Auswahl und Darstellung vor allem durch drei Faktoren beeinflusst ist. Diese Faktoren sind seiner Ansicht nach für eine verzerrte Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken mitverantwortlich:

Die geringe Offensivität: Nachrichten sind für die ganze Bevölkerung gedacht und können nur schwer exakte Informationen über moralisch sensible Themen geben. So tauchte erstmals der Begriff ‚Analverkehr bei Schwulen‘ im Jahr 1983 im Zuge der Aids-Problematik in der Tagespresse auf, was MEYER als Hinweis für eine eher defensive und

konservative Berichterstattung sieht. Auch andere Themen (z.B. Geschlechtskrankheiten, psychische Erkrankungen) werden ausgespart, so daß hierüber in der Gesamtbevölkerung kaum Informationen vorliegen.

Die Glaubwürdigkeit: MEYER geht davon aus, daß Neuigkeiten, die ‚zu neu‘ sind, nicht berichtet werden, da die Verfasser davon ausgehen, die Leser würden die Nachrichten als nicht glaubwürdig einschätzen. Als Beispiel nennt er das Schnüffeln von Klebstoffen, das bereits seit den 50er Jahren bekannt ist, damals aber so neu war, daß in den Nachrichten nicht darüber berichtet wurde. Auch hierdurch kommt es analog zum oben beschriebenen Faktor der geringen Offensivität zu einer verzerrten Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme.

Der Wunsch nach Sensationen: Nachrichten sind darauf ausgerichtet, möglichst Sensationen zu berichten. Eine Pressekonferenz zum Thema ‚Die Schädlichkeit des Rauchens‘ bietet auf den ersten Blick wenig neue Informationen, da die Gefahren des Rauchens allgemein bekannt sind, so daß die Medien an einem solchen Thema gewöhnlich wenig Interesse zeigen. Das heißt auch, daß solche Themen keine zusätzliche ‚publicity‘ haben, im Gegensatz zu gesundheitlich weitaus weniger relevanten, aber in ihrer Bedeutung evtl. überschätzten Themen (wie z.B. Elektrosmog).

Diese Faktoren haben wesentlichen Anteil an der verzerrten Wahrnehmung des gesundheitlichen Risikos für bestimmte Erkrankungen (bezüglich einer HIV-Infektion vgl. BENGEL & SCHEIRICH, 1992). Brustkrebs und Lungenkrebs werden in den Medien häufiger thematisiert, als dies aufgrund der Inzidenz der Fall sein müßte. Umgekehrt sind beispielsweise Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane nur selten Gegenstand von Berichten, die real jedoch eine große Bedeutung haben (vgl. auch MUTHNY & BECHTEL, 1988).

Parallelen zur optimistischen Einschätzung finden sich zur wahrgenommenen Kontrolle des Ereignisses: auch hier zeigt sich eine Tendenz zur Überschätzung der eigenen Kontrollmöglichkeiten. LANGER (1975) spricht in diesem Zusammenhang von „illusion of control“, die zu einer Überschätzung eigener Möglichkeiten der Gefahrenkontrolle und damit zu einer Unterschätzung der persönlichen Gefährdung führt.

ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG

Die Risikowahrnehmung stellt eine zentrale Komponente vieler Gesundheitsverhaltens-theorien dar. Es liegen zahlreiche empirische Untersuchungen zur Beurteilung von riskantem Verhalten vor. Es ist allerdings kritisch zu bewerten, daß die Mehrheit der empirischen Befunde an Stichproben von jungen, gesunden Studenten und Studentinnen erhoben wurde. Der Prozeß der Risikoeinschätzung nach Krankheitserfahrungen oder die Einschätzung älterer Personen ist weitgehend unerforscht. Dennoch muß diesem Konzept auch künftig wesentliche Bedeutung für die Theoriebildung beigemessen werden, da zwischen der Wahrnehmung der persönlichen Gefährdung und dem gesundheitsbezogenen Handeln ein positiver Zusammenhang besteht. Personen scheinen nur begrenzt in der Lage zu sein, ihr eigenes Risiko hinsichtlich spezifischer Gesundheitsgefährdungen adäquat einzu-

schätzen. Die Studien belegen, daß Teilgruppen unter bestimmten Bedingungen das eigene Risiko (im Verhältnis zum Risiko anderer Personen) unterschätzen, was den Begriff des unrealistischen oder defensiven Optimismus prägte. Bei der Risikowahrnehmung besteht die Tendenz, das Auftreten seltener Ereignisse zu überschätzen und die Wahrscheinlichkeit häufiger Ereignisse zu unterschätzen. Dabei haben qualitative Charakteristika der Ereignisse (wie z.B. die Schrecklichkeit) einen Einfluß auf die Bewertung. Die Merkmale Kontrollierbarkeit und Bekanntheit eines Ereignisses erweisen sich als hoch miteinander korreliert, d.h. ein freiwillig übernommenes Risiko gilt auch als kontrollierbares Risiko (z.B. Autofahren).

2.1.2.

WAHRGENOMMENE GESUNDHEITLICHE KONTROLLE

Wahrgenommene oder kognizierte Kontrolle stellt ein zentrales Konstrukt innerhalb der sozialpsychologischen Forschung dar. Die zentrale Annahme ist, daß Personen bestrebt sind, die gedankliche Kontrolle über Ereignisse in ihrer Umwelt zu erlangen. Als die wohl bekannteste Konzeption im Rahmen des kontrolltheoretischen Ansatzes gilt ROTTERS Konzept der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen (ROTTER, 1966; 1975). Kontrollüberzeugungen (Locus of Control) bezeichnen die generalisierte Erwartung darüber, ob Ereignisse im individuellen Lebensraum beeinflußt werden können oder nicht. Eine internale Kontrollüberzeugung sieht die Verursachung im eigenen Verhalten begründet, während bei einer externalen Kontrollüberzeugung das Ergebnis als von außen beeinflußt bzw. verursacht erlebt wird. Der Terminus „Kontrolle“ ist insofern irreführend, als die tatsächliche Ausübung von Kontrolle, im Sinne der Beherrschung einer Situation, nicht gemeint ist. Vielmehr geht es um die erwarteten Zusammenhänge zwischen eigenem Handeln und dem Ergebnis. Es geht also im weitesten Sinne um Einflußmöglichkeiten, d.h. inwiefern sich eine Person eine kausale Rolle hinsichtlich der Entwicklung von Ereignissen zuschreibt (LEFCOURT, 1976). Somit steht die subjektive Wahrnehmung von Einflußmöglichkeiten im Vordergrund, unabhängig von objektiven, tatsächlich vorhandenen Zusammenhängen.

Eng verbunden mit dem kontrolltheoretischen Ansatz ist die Attributionstheorie von HEIDER (Übersicht bei HECKHAUSEN, 1980). Im Mittelpunkt dieser Theorie stehen die sogenannten Kausalattributionen, die als subjektive Ursachenzuschreibungen für Ereignisse gelten. Es wird davon ausgegangen, daß Ereignisse dahin gehend interpretiert werden, ob hierfür eine persönliche Beeinflussbarkeit vorlag, oder ob diese auf externe Einflußfaktoren zurückzuführen sind. Das wichtigste Abgrenzungskriterium gegenüber Kontrollüberzeugungen ist die zeitliche Ausrichtung. Während Kontrollüberzeugungen auf die Zukunft ausgerichtete, generalisierte Erwartungen sind, werden Kausalattributionen durch in die Vergangenheit gerichtete kausale Interpretationen gebildet. Nachfolgend sollen prospektiv ausgerichtete Kontrollüberzeugungen im Vordergrund stehen, da präventive Maßnahmen eine ähnliche Gerichtetheit in die Zukunft aufweisen.

Zur *Messung* der wahrgenommenen gesundheitlichen Kontrolle wurden anfänglich die Locus of Control-Skalen von ROTTER (1966) verwendet, die keinerlei gesundheitspezifische Items enthalten, später die Health Locus of Control-Skala (HLC), die von WALLSTON, WALLSTON, KAPLAN und MAIDES (1976) entwickelt wurde. Die Items erfassen generalisierte Erwartungen darüber, ob die eigene Gesundheit durch das eigene Verhalten beeinflussbar ist oder nicht (beide Skalen waren als eindimensionale Maße der Kontrollüberzeugung konstruiert). Auf LEVENSON (1972; 1974) geht die dreidimensionale Konzeption der Kontrollüberzeugungen zurück. Sie differenziert zwischen den Dimensionen: 1. *internal*, d.h. die Person erlebt persönliche Kontrolle über die Ereignisse; 2. *sozial-external*, d.h. Ereignisse werden als ‚durch andere Personen kontrolliert‘ erlebt, und 3. *fatalistisch-external*, hier werden ‚Zufall‘ bzw. ‚Glück‘ als verantwortlich für das Eintreten bestimmter Ereignisse angesehen. Darauf aufbauend entstand die multidimensionale Health Locus of Control-Skala (MHLC) von WALLSTON, WALLSTON und DEVELLIS (1978) mit den oben genannten drei, mehr oder weniger, orthogonalen Subskalen (für eine deutschsprachige Übersicht vgl. LOHAUS, 1992).

Internal orientierte Personen gelten als kompetenter und effektiver in ihren Handlungen, sind eher bereit und fähig, die Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen und aversive Situationen aktiv zu verändern, während external orientierte stärker positiv auf soziale Reize reagieren. Studien zum Raucherverhalten, zur Empfängnisverhütung, Gewichtsreduktion und zu anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensbereichen deuten darauf hin, daß auch hier eine interne Kontrollorientierung die günstigere ist: Internal orientierte Personen übernehmen mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und zeigen mehr gesundheitsrelevantes Verhalten als external orientierte (vgl. BARTH & HÄRTER, 1996).

In bezug auf gesundheitsbezogenes Wissen und Informationssuche ergaben sich widersprüchliche Befunde. Untersuchungen, die einen engen Zusammenhang zwischen einer internalen Orientierung und einem verstärkten Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen nahelegen (WALLSTON, MAIDES & WALLSTON, 1976), konnten nur teilweise repliziert werden (KRANTZ, BAUM & WIDEMAN, 1980; TONER & MANUCK, 1979; WALLSTON & WALLSTON, 1981). Statt dessen ist davon auszugehen, daß auch hohe Werte auf der sozial-externalen Skala zu vermehrtem Interesse an Informationen führen können (WALLSTON & WALLSTON, 1982).

SEEMAN und SEEMAN (1983) konnten zeigen, daß eine niedrige internale Kontrollüberzeugung signifikant mit weniger selbst-initiiertem präventiven Verhalten und einem geringen Optimismus hinsichtlich der Effektivität der Behandlung einherging. Außerdem zeigten sich Zusammenhänge zwischen einer geringen internalen Kontrollüberzeugung und einem subjektiv schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand, häufigeren Krankheitsepisoden und einer stärkeren Abhängigkeit von Ärzten. Jedoch fand eine Vielzahl von Studien in unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen keinen Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und präventivem Verhalten (KRISTIANSEN & EISER, 1986; SALTZER, 1981; zusammenfassend bei WALLSTON & WALLSTON, 1982). Auch

McCUSKER und MORROW (1979) finden in ihrer Untersuchung zu krebspräventivem Verhalten keine Beziehungen zwischen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und präventiven Verhaltensweisen. Die Häufigkeit gynäkologischer Selbstuntersuchungen, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und die Reduktion des Nikotinkonsums bei der dreimonatigen Nacherhebung können nicht durch gesundheitspezifische Kontrollüberzeugungen vorhergesagt werden, unabhängig davon, ob sie mit dem generellen Wert der Gesundheit kombiniert werden oder nicht. Auch die Einbeziehung des subjektiven Gesundheitswerts erbringt insgesamt inkonsistente Befunde. Jedoch scheint für Verhaltensweisen ohne direkte Gesundheitsbedrohung der Gesundheitswert wichtiger zu sein, als die entsprechenden Kontrollüberzeugungen. WALLSTON (1992) kommt auf der Grundlage verschiedener Literaturübersichten zu dem Schluß, daß eine internale Kontrollüberzeugung einschließlich ihrer Interaktion mit der Wertkomponente bestenfalls 10% der Varianz des Gesundheitsverhaltens aufklärt.

ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG

Kontrollüberzeugungen werden als subjektive Einschätzungen des Kontrollerlebens von Ereignissen definiert und auch für den Bereich Gesundheit und Krankheit in zahlreichen Studien untersucht. Es werden dabei drei Dimensionen von Kontrollüberzeugungen unterschieden, die als internale, sozial-externale und fatalistisch-externale Dimensionen bezeichnet werden. Die methodische Kritik bezieht sich primär auf den korrelativen Charakter der empirischen Forschung. So stellen sich Kontrollüberzeugungen einerseits als die Folge vor allem früherer Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit und andererseits als Determinanten für Gesundheitsverhalten und damit auch des Gesundheitszustandes dar. Die anfänglich bipolare Konstruktformulierung führte dazu, daß die Kontrollorientierung häufig in nicht adäquater Weise als typologisches Konzept gehandhabt wurde. Eine internale Kontrollorientierung muß nicht immer funktional bzw. adaptiv sein (z.B. bei chronisch Kranken) und kann mögliche Hilfsangebote von außen erschweren. Für die Interaktion mit dem medizinischen Versorgungssystem werden sowohl internale als auch externale Kontrollüberzeugungen benötigt. Gesundheitliche Kompetenzerwartungen stellen eine Weiterentwicklung und Spezifizierung der gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen dar. Das Konzept und die hierzu vorliegenden Befunde werden nachfolgend vorgestellt.

2.1.3. GESUNDHEITLICHE KOMPETENZERWARTUNG

Im Rahmen der Sozialen Lerntheorie wurde das Konzept der Kompetenzerwartung bzw. die Selbstwirksamkeitstheorie als theoretisches Modell zur Erklärung psychologischer Lern- und Veränderungsprozesse vorgestellt (BANDURA, 1977b). Die Erwartung bzw. Wahrnehmung persönlicher Wirksamkeit oder Kompetenz (synonym hierzu self-efficacy, Selbstwirksamkeitserwartung, Effektivitätserwartung, Selbsteffektivität) wird unter der Voraus-

setzung vorhandener Fähigkeiten und entsprechender Stimuli als entscheidende kognitive verhaltensdeterminierende Variable betrachtet (BANDURA, 1977a; 1982; 1986a; 1986b). Verhalten wird aufgefaßt als eine direkte Funktion der spezifischen Kompetenzerwartungen, die die Initiierung neuen Verhaltens, dessen Aufrechterhaltung oder seine Veränderung beeinflussen können (für eine deutschsprachige Übersicht vgl. SCHWARZER, 1996). BANDURA unterscheidet zwischen *Kompetenz- bzw. Effektivitätserwartungen* (efficacy expectations) und *Konsequenz- bzw. Ergebniserwartungen* (outcome expectations). Kompetenzerwartungen betreffen die Beziehung zwischen Person und Handlung, d.h. die Erwartungen der eigenen Kompetenz hinsichtlich der Ausführung eines Verhaltens bzw. inwiefern sich eine Person in der Lage glaubt, in einer bestimmten Situation ein erforderliches Verhalten adäquat realisieren zu können. Konsequenzerwartungen beziehen sich dagegen auf den Zusammenhang zwischen Handlung und darauffolgenden Resultaten. Es handelt sich dabei also um die Erwartung bestimmter Kontingenzen. Zur Handlungsinitiierung ist das Erfassen des Kontingenzverhältnisses zwischen zwei Ereignissen (Konsequenzerwartung) notwendige Voraussetzung für die Überlegung, wie diejenige Person ihre eigenen Fähigkeiten zur Erreichung des Zielzustands einschätzt (Kompetenzerwartungen). In der Theorie sind diese beiden Aspekte der Bewertung gut zu trennen. Bei der Erfassung der jeweiligen Erwartungen ergeben sich jedoch Probleme, da die befragten Personen immer einen Zielzustand vor Augen haben, und die Beschreibung des Kontingenzverhältnisses (Konsequenzerwartung) immer auch eine Bewertung der eigenen Fähigkeiten zur Realisierung des Verhaltens einschließt (vgl. Abb. 2.2).

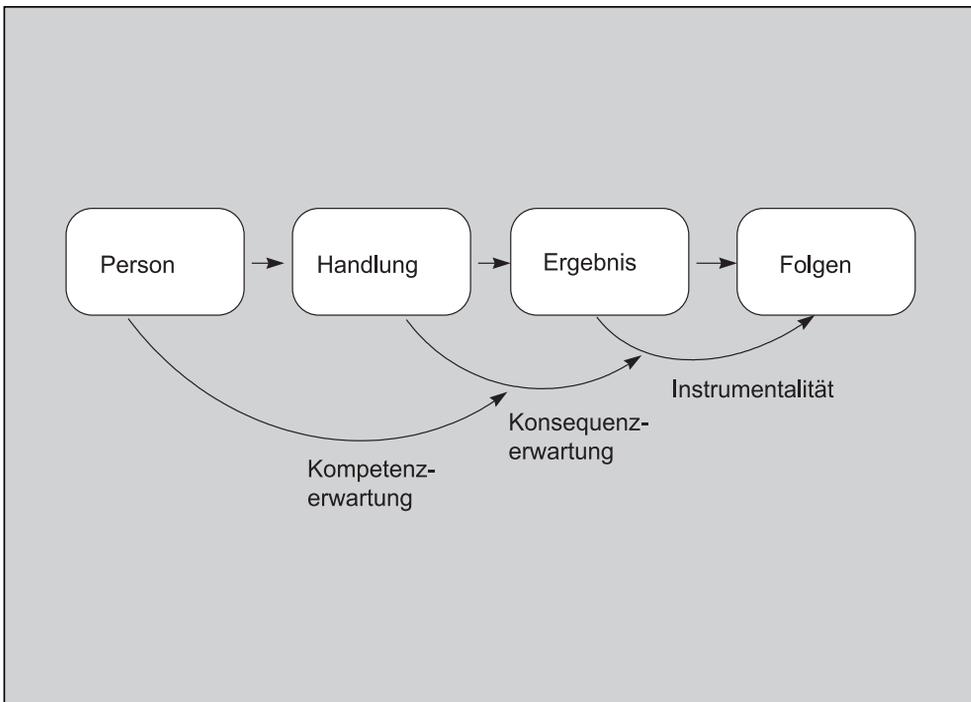


Abb. 2.2: Hierarchie von Erwartungen (aus SCHWARZER, 1996, S. 13).

Die wahrgenommene Kompetenz wird im Modell nicht als statisches, überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal, sondern als eine variable, situationsabhängige Kognition betrachtet. Sie beinhaltet eine allgemeine Kapazität, kognitive, soziale und verhaltensbezogene Fertigkeiten je nach den Erfordernissen der Situation entsprechend zu organisieren und in integrierter Form einzusetzen. Eine adäquate Einschätzung der Kompetenz ist von funktionalem Wert, da sie ein den realen Möglichkeiten entsprechendes Verhalten unterstützt. Kompetenzerwartungen beeinflussen die Wahl von Aktivitäten sowie die Wahl der Umgebungsbedingungen. Bei Aufgaben, die eine Vorbereitung oder konkrete Übung erfordern, können hohe Werte hinderlich sein, da in einer Vorbereitung kein Nutzen gesehen wird.

Zur Ausbildung von Kompetenzerwartungen tragen die Informationsquellen persönliche Erfahrungen, stellvertretende Erfahrungen, Selbstinstruktionen und physiologische Prozesse bei. Persönliche Erfahrungen stellen die einflußreichste Informationsquelle dar. Mastery-Erfahrungen, d.h. Erfahrungen einer erfolgreichen Bewältigung einer bestimmten Situation, sind wirkungsvoller als rein symbolische Erfahrungen (z.B. durch Unterricht). Auf persönlicher Erfahrung beruhende Überzeugungen sind besonders schwer zu modifizieren und werden leicht generalisiert. Bei den stellvertretenden Erfahrungen sind unterschiedliche Modellqualitäten (z.B. Status der als Modell dienenden Person) und Ergebnisvalenzen (Erfolg vs. Mißerfolg des Verhaltens eines Modells) ausschlaggebend für ihre Wirkung. Einen wichtigen Einfluß auf die Kompetenzerwartungen haben vor allem Versagensängste, die zu einer Unterschätzung der Kompetenz beitragen.

Das Selbstwirksamkeitskonzept hat eine Vielzahl von empirischen Studien und Anwendungen in unterschiedlichsten Feldern ausgelöst (s. bei WÖFLICK, 1991; SCHWARZER, 1996). Einen Überblick über die wichtigsten (auch prospektiven) Untersuchungen und Befunde für gesundheitsbezogenes Verhalten (Rauchverhalten, Gewichtskontrolle, Empfängnisverhütung, Alkoholabusus und sportliche Aktivität) geben O'LEARY (1985; 1992), BANDURA (1986a) sowie STRECHER, McEVOY, DeVELLIS, BECKER und ROSENSTOCK (1986). Der Faktor Kompetenzerwartung erweist sich insgesamt als konsistenter Prädiktor sowohl für Kurz- als auch für Langzeiterfolge. In Untersuchungen mit experimentellem Design findet sich die Kompetenzerwartung als wichtigster Faktor für die Initiierung und Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen. Studien, die in Zusammenhang mit verhaltenstherapeutischen Standardprogrammen durchgeführt wurden, zeigen eine Steigerung der Kompetenzwerte während der Dauer der Programme und eine enge Beziehung zwischen wahrgenommener Kompetenz und Kurz- bzw. Langzeiterfolgen der Programme. Korrelationsstudien erbringen Hinweise auf enge Zusammenhänge zwischen Kompetenzwerten und Fortschritten bezüglich einer Verhaltensänderung und -aufrechterhaltung. Interessanterweise werden in den wenigsten Untersuchungen Kompetenz- und Konsequenzerwartungen gleichzeitig erfaßt und untersucht. Die vorliegenden Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, daß gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die zwar leicht zu modifizieren wären, deren erwartete Konsequenzen (Nutzen) aber nicht klar abzusehen sind, stärker durch Konsequenzerwartungen beeinflußt werden. Wenn andererseits der Nutzen einer Maßnahme klar ersichtlich, die Veränderung des Verhaltens aber sehr schwierig ist, dann

scheinen Kompetenzerwartungen ausschlaggebend zu sein. Insgesamt belegen die Befunde die enge Beziehung zwischen Kompetenz und Änderungen sowie Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhaltensweisen.

In den Studien von MARLATT und GORDON (1985) zur spezifischen Rückfall-Vulnerabilität bzw. Rückfallprophylaxe postulieren die Autoren einen allgemeinen Prozeß der Rückfallgenese für Suchtverhalten auf der Grundlage kognitiver Verursachungsfaktoren. Bei den untersuchten Rückfällen finden sich intrapersonale emotionale Spannungszustände, interpersonelle Konflikte und sozialer Druck als häufigste Verursachungssituationen. Durch persönliche Attribution eines sogenannten „Ausrutschers“ wird ein prozeßhaftes Geschehen in Gang gesetzt. Nicht die körperliche Abhängigkeit, sondern die Attribuierung persönlicher Schwäche führt dazu, daß Personen kleine Ausrutscher überbewerten und einen totalen Kontrollverlust erleben. Das Rückfallgeschehen hängt somit stark von Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Widerstandskraft gegenüber Versuchungssituationen ab. Hohe wahrgenommene Kompetenz mobilisiert in risikoreichen Gefährdungssituationen ein adäquates Bewältigungsverhalten. Die Variable Kompetenzerwartung erlaubt reliable Vorhersagen bezüglich der Abstinenzdauer und Rückfälligkeit (COLETTI, SUPNICK & PAYNE, 1985; DiCLEMENTE, 1981; McINTYRE, LICHTENSTEIN & MERMELSTEIN, 1983). Dieser Befund läßt sich auf verschiedene Populationen und unterschiedliche Interventionsprogramme generalisieren. Kompetenzerwartungen hinsichtlich der Fähigkeit, in Versuchungssituationen zu widerstehen, erweisen sich als besserer Prädiktor für den Rückfall, als die Stärke physiologischer Abhängigkeit (McINTYRE et al., 1983) und die Anamnese zum Rauchverhalten (BARRIOS & NIEHAUS, 1985). DiCLEMENTE, PROCHASKA und GIBERTINI (1985) konnten in einer Langzeitstudie den Einfluß von Kompetenzerwartungen auf unterschiedliche Stufen im Prozeß einer selbstinitiierten Verhaltensänderung in bezug auf das Rauchverhalten nachweisen. Die Kompetenzvariable erlaubt eine Differenzierung zwischen denjenigen Personen, die im Stadium der Intention verbleiben und solchen, die zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Rauchen aufhörten.

Nach Auffassung von EASTMAN und MARZILLIER (1984) enthalten Kompetenzerwartungen auch Anteile von Konsequenzerwartungen. Die Kompetenzerwartung bezieht sich sowohl auf die erfolgreiche Ausführung eines Verhaltens als auch auf effektives Coping. Geht man von Kompetenzerwartungen als Bewältigungsmechanismen aus, d.h. von der Erwartung, eine potentiell negative Situation bewältigen zu können, so ist fraglich, ob diese überhaupt unabhängig vom antizipierten Ergebnis betrachtet werden kann. Die empirische Befundlage hierzu ist widersprüchlich. Während MADDUX, SHERER und ROGERS (1982), MANNING und WRIGHT (1983) sowie MADDUX und ROGERS (1983) hohe Korrelationen zwischen Kompetenzerwartungen und Konsequenzerwartungen finden, können MADDUX, NORTON und STOLTENBERG (1986) sowie MADDUX und STANLEY (1986) jeweils unabhängige Beiträge der Variablen nachweisen. BECK und LUND (1981) können keinen signifikanten Beitrag der Konsequenzerwartung zur Intentions- und Verhaltensvorhersage nachweisen. Bei STANLEY und MADDUX (1986) zeigt sich die Konsequenzerwartung als der bessere Prädiktor für gesundheitsförderndes Verhalten (s. auch MADDUX et al., 1986).

Im Rahmen der Theorie zu gesundheitlichen Kompetenzerwartungen wurden auch Studien zur massenmedialen Wirkung von präventiven Botschaften durchgeführt. Bei Aufklärungskampagnen baut der Entscheidungsprozeß für oder gegen die Aneignung bzw. Übernahme präventiver Verhaltensweisen häufig auf verbalen Kommunikationsformen in Form von Gesundheitsbotschaften auf. Die Kompetenztheorie leistet einen Beitrag zur Erklärung gesundheitsprotektiver Verhaltensweisen, die aufgrund von Bedrohungsappellen initiiert und aufrechterhalten werden (BECK & FRANKEL, 1981; BECK & LUND, 1981; MADDUX & ROGERS, 1983). Das motivierende Agens einer Bedrohung kann nur in enger Beziehung zu persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der persönlichen Kontrollierbarkeit der Bedrohung wirksam werden. Die Wirkung eines Bedrohungsappells ist also abhängig vom Grad der wahrgenommenen Kompetenz in bezug auf die erforderliche Maßnahme (s. auch Kapitel 3 und 4). Die Nützlichkeit des Selbstwirksamkeitskonzeptes im Rahmen anderer Modelle wird von vielen Autoren angenommen (u.a. AJZEN & MADDEN, 1986; MADDUX & ROGERS, 1983; SCHIFTER & AJZEN, 1985; SEYDEL, TAAL & WIEGMANN, 1990; STANLEY & MADDUX, 1986). Insgesamt sprechen die Befunde für eine starke Beteiligung selbstbezogener Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Wirksamkeit in unterschiedlichsten Phasen eines gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungsprozesses.

ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG

Kompetenzerwartungen als subjektive Erwartungen über die Durchführbarkeit einer Handlung sowie Konsequenzerwartungen als subjektive Annahmen über das Kontingenzverhältnis von Handlungen und Effekten werden als wesentliche Prädiktoren für die Vorhersage von Gesundheitsverhalten angesehen. Im Vergleich zu den zuvor vorgestellten Konstrukten der Risikowahrnehmung sowie der gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen hat das Konstrukt der Kompetenzerwartung die höchste Vorhersagekraft in bezug auf das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten. Trotz noch bestehender Probleme der konzeptionellen Genauigkeit und methodischen Erfassung (z.B. KIRSCH 1982; 1985) sollte dieses Konstrukt bei der Planung und Evaluation von präventiven Maßnahmen sowie der individuellen Veränderungsmessung Berücksichtigung finden.

2.1.4. SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN

Zum Zusammenhang von soziodemographischen Variablen und Gesundheitsverhalten bzw. Vorsorgeverhalten liegen zahlreiche empirische Befunde vor (für einen Überblick s. KIRSCHT, 1983; MULLEN et al., 1987). Dabei stellt der *sozioökonomische Status* den bei weitem wichtigsten Einflußfaktor dar, der wiederum in engem Zusammenhang zu anderen Faktoren steht. So korrelieren Bildungsstand und finanzielles Einkommen positiv mit der Bereitschaft zur Teilnahme an verschiedenen Schutzimpfungen (z.B. CUMMINGS, JETTE, BROCK & HAEFNER, 1979). Weitere Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten beein-

flussen, sind u.a. schichtspezifisch bedingte Unterschiede in den Zugangsmöglichkeiten zum medizinischen Versorgungssystem, Familiengröße und Alter. Personen aus unteren sozialen Schichten haben häufig einen schlechteren Zugang zum medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem. Hinzu kommt, daß auch das jeweilige Gesundheits- und Krankheitsverhalten schichtspezifisch variiert. Angehörige der Mittel- und Oberschicht neigen eher dazu, im Krisenfall entsprechende professionelle Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Die soziokulturell bedingten Unterschiede im Bereich des präventiven Verhaltens spiegeln größtenteils die Bedeutung spezifischer Normen bezüglich der Symptomwahrnehmung und des Krankheitsverhaltens wider (FABREGA, 1977). Das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten wird auf unterschiedliche Sozialisierungserfahrungen in den Primärfamilien zurückgeführt. Präventives Verhalten variiert demzufolge aufgrund differierender Normen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die gleichzeitig hinsichtlich Einkommen und Bildung variieren (COBURN & POPE, 1974; GREEN, 1970; LANGLIE, 1977).

Hinsichtlich des *Alters* ist auffällig, daß Personen in den mittleren Lebensjahren am häufigsten präventive Verhaltensweisen zeigen. Des Weiteren gibt es altersspezifische Effekte sowohl im Hinblick auf den subjektiven Stellenwert der Gesundheit als auch in der Entwicklung von Gesundheitsdefinitionen. Bezüglich der Gesundheitsdefinitionen fällt auf, daß Kinder Gesundheit als Selbstverständlichkeit auffassen, während bei Jugendlichen Gesundheit über körperliche Fitneß und Wohlbefinden definiert wird (vgl. BENGEL et al., 1995). LAU et al. (1986) stellen fest, daß der Stellenwert der Gesundheit mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, in der Adoleszenz stagniert und im Erwachsenenalter seinen höchsten Wert erreicht. LAU, QUADREL und HARTMAN (1990) gehen davon aus, daß es sogenannte kritische Phasen im Leben von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt, in denen es zu einer kurzfristigen Veränderung des Gesundheitsverhaltens kommt. Gleichzeitig fanden die Autoren einen engen Zusammenhang zwischen dem Risikoverhalten der Eltern und dem Gesundheitsverhalten der Kinder (bezogen auf Trinkgewohnheiten, Eßverhalten und Bewegungsverhalten).

Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt *geschlechtsspezifische Unterschiede* hinsichtlich gesundheitsrelevanter Kognitionen und Verhaltensweisen. Insgesamt haben Frauen mittleren Alters höhere Punktwerte bezüglich des Stellenwerts der Gesundheit als gleichaltrige Männer. Frauen scheinen im Vergleich zu Männern eine differenziertere, gleichzeitig umfassendere Sichtweise und eine intensivere Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen aufzuweisen. Sie gelten ferner präventiven Maßnahmen gegenüber positiver eingestellt und nehmen Angebote des medizinischen Gesundheitssystems, auch im Vorsorgebereich, mehr in Anspruch (LAIRSON & SWINT, 1978). Weiterhin deutet sich ein geschlechtsspezifischer Populationseffekt dahin gehend an, daß soziale Unterstützung bei Frauen eine stärkere Wirkung hat als bei Männern (SCHWARZER & LEPPIN, 1989). Die Interpretationen gehen in Richtung eines größeren und unterstützungsrelevanteren Freundeskreises bei Frauen, im Gegensatz zu eher oberflächlichen Sozialbeziehungen bei Männern. Frauen scheinen weiterhin das soziale Netz besser mobilisieren zu können und

gleichzeitig empfänglicher für Hilfsangebote zu sein, was die Autoren auf eine größere Offenheit und auf spezifische Rollenerwartungen bzw. -festlegungen zurückführen. Für die höhere Effektivität der sozialen Stützsysteme bei Frauen spricht auch die Tatsache, daß sowohl Männer als auch Frauen von Sozialbeziehungen mit Frauen stärker profitieren (HOUSE, UMBERSON & LANDIS, 1988). Männer und Frauen unterscheiden sich weiterhin in der subjektiven Bewertung und Betroffenheit kritischer Lebensereignisse. Frauen tendieren im Vergleich zu Männern dazu, mehr negative Konsequenzen und unangenehme Belastungen zu antizipieren (JORGENSEN & JOHNSON, 1990). Inwieweit daraus eine realistischere und weniger in Richtung Optimismus verzerrte Risikowahrnehmung abgeleitet werden kann, ist fraglich. Die Befunde kontrastieren allerdings zum Konzept des „Optimismus“ als einem persönlichkeitspezifischen Protektivfaktor (SCHEIER & CARVER, 1987). Wahrscheinliche Interaktionseffekte zwischen Geschlechtszugehörigkeit, Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, Inanspruchnahme des sozialen Netzes und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf Gesundheitsverhaltensweisen bedürfen weiterer Untersuchungen (BELLE, 1987; SANDLER & LAKEY, 1982).

2.2.

EIN INTEGRATIVES PSYCHOLOGISCHES MODELL DES GESUNDHEITSVERHALTENS

In der gesundheitspsychologischen Theoriebildung lassen sich drei Modellansätze zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitsverhalten unterscheiden (vgl. DLUGOSCH, 1994): Zum ersten handelt es sich um Modelle der Analyse und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens (z.B. das Health Belief-Modell; vgl. BECKER et al. 1982), zum zweiten sind Modelle der Veränderung von Gesundheits- und Risikoverhalten (z.B. die Theorie des geplanten Handelns; vgl. AJZEN & TIMKO, 1986, oder die Theorie der Schutzmotivation; vgl. ROGERS, 1975; vgl. Abschnitt 3.2.4) zu nennen, und zum dritten gibt es Modelle der Planung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (z.B. PRECEDE; vgl. GREEN, KREUTER, DEEDS & PARTRIDGE, 1980; BRUNGS, 1992). Diese Modelle unterscheiden sich in der Betrachtungsweise der Frage ‚Warum verhält sich eine bestimmte Person bzw. Personengruppe bezüglich gesundheitlicher Verhaltensweisen auf diese Art und Weise?‘.

Modelle der Analyse und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens beantworten diese Frage durch eine Analyse von Umgebungsbedingungen und personenspezifischen Merkmalen, welche als relevant für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten angesehen werden können. Im Health Belief-Modell sind Variablen wie die wahrgenommene Schwere einer Bedrohung durch eine Krankheit, die wahrgenommenen Vorteile der Durchführung einer Empfehlung versus die hierdurch entstehenden Kosten und zu überwindenden Barrieren, aber auch soziologische und psychologische Variablen (wie Schicht, Alter, Persönlichkeit) enthalten. Daneben haben in diesem Modell aktivierende Momente wie massenmediale Kampagnen, das persönliche Erleben von Krankheiten im sozialen Umfeld oder Moden und Trends einen wesentlichen Einfluß auf das Gesundheitsverhalten. Das Modell versucht eine Ana-

lyse im Querschnitt, d.h. in den Studien finden längsschnittliche Veränderungen des Gesundheitsverhaltens bisher keine Berücksichtigung. Auch Effekte von Interventionen spielen eine untergeordnete Rolle (BENGEL & WÖLFLICK, 1991).

Bei Modellen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens ist der Aspekt der Effektivitätsabschätzung von präventiven Interventionen vorrangig. So gehen in das Modell der Schutzmotivation zwar ähnliche Komponenten wie z.B. die Einschätzung der Schwere der Bedrohung oder die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Abwendung einer gesundheitlichen Gefährdung ein. Ziel dieser Modelle ist letztlich jedoch die Beschreibung des Veränderungsprozesses von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen. Dabei ist zwischen einer Motivationsphase (in der die Handlungsintentionen gebildet werden) und einer Volitionsphase (in der es zu einer Vorsatzbildung kommt, die die Intention zur Handlung verstärkt) zu unterscheiden. In den Studien zu Modellen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens wird deshalb häufig ein Design gewählt, welches es ermöglicht, die Effekte von bestimmten Interventionen durch eine Analyse der Veränderungsprozesse bei Einzelpersonen und Gruppen abzubilden.

Modelle der Gesundheitserziehung betrachten den Prozeß der Veränderung des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitszustands großer Bevölkerungsgruppen unter Einbeziehung der soziologischen Perspektive. Beispielhaft kann das PRECEDE-Modell (GREEN, LEVINE & DEEDS, 1975; GREEN et al., 1980) genannt werden. Dabei steht zunächst eine genaue Analyse der prädisponierenden, ermöglichenden und verstärkenden Faktoren des Problemverhaltens im Vordergrund. Diese Analyse ist notwendig, um anschließend Ziele zu formulieren, welche durch eine Veränderung der prädisponierenden, ermöglichenden und verstärkenden Faktoren erreicht werden sollen. Am Ende dieser Arbeitsschritte steht die Prozeß-, Effekt- und Ergebnisevaluation. Das PRECEDE-Modell gibt einen heuristischen Rahmen zur Entwicklung, Planung, Durchführung und Bewertung von Interventionen. Eine exakte Analyse des individuellen Gesundheitsverhaltens steht nicht im Vordergrund (vgl. BRUNGS, 1992). Nachfolgend soll ein übergreifendes Modell des Gesundheitsverhaltens vorgestellt werden (vgl. Abb. 2.3), in das Überlegungen der genannten Modelle eingehen. Dieses Modell stellt eine Sammlung der Dimensionen dar, die für die Beschreibung und Erklärung des Gesundheitsverhaltens als relevant erachtet werden.

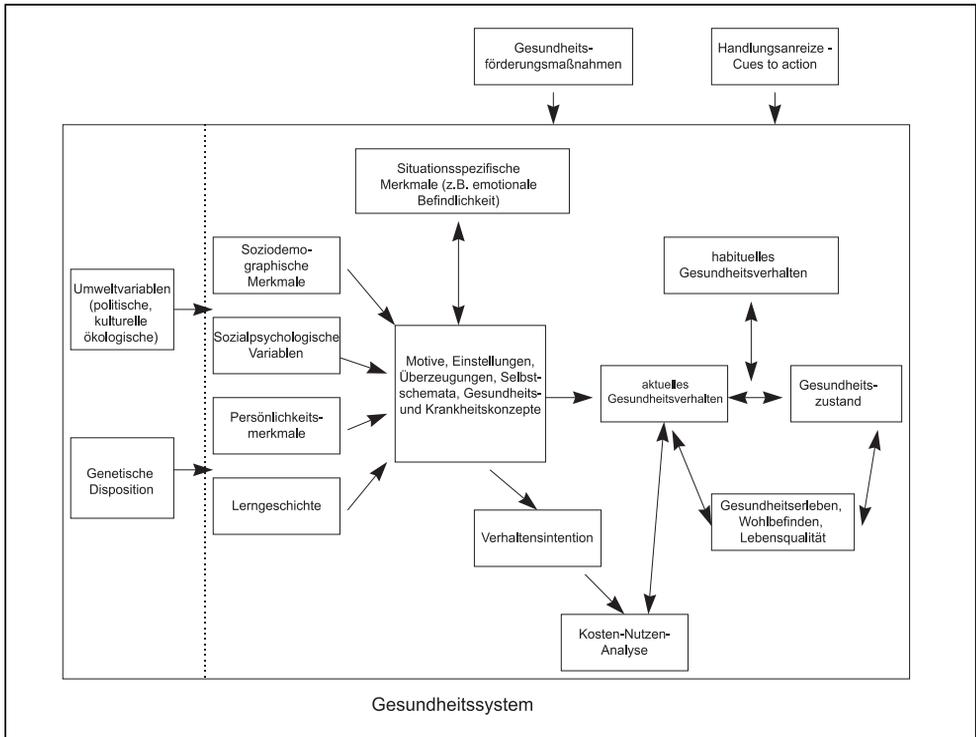


Abb. 2.3: Übergreifendes Modell der Analyse und Veränderung des Gesundheitsverhaltens (aus DLUGOSCH, 1994, S. 115).

Das Gesundheitssystem gibt über die Sozialgesetzgebung, das Versorgungsangebot und die Leistungserbringer Rahmenbedingungen vor. Gesundheitsverhalten kann durch das professionelle Angebot von Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder durch sogenannte Handlungsanreize aus der Umwelt der Person oder der Person selbst initiiert werden. Sowohl Umweltvariablen (kulturelle Trends wie der Wunsch nach gesundheitsförderndem Verhalten, exogene Noxen oder auch politische Entscheidungen) als auch genetischen Dispositionen wird ein grundlegender Einfluß auf das Gesundheitsverhalten und somit auch auf den Gesundheitszustand zugeschrieben. Das Wissen über die Wirkmechanismen, die Interaktion dieser Bedingungen und das Ausmaß der Beeinflussung ist allerdings gering. In dieses übergreifende Modell gehen auch die im Abschnitt 2.1 dargestellten psychologischen Konstrukte der Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung (als sogenannte sozialpsychologische Variablen) neben soziodemographischen Variablen ein. Diese stehen neben Persönlichkeitsmerkmalen und der individuellen Lerngeschichte und prägen gesundheitsbezogene Einstellungen und vor allem Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Der Einfluß der Lerngeschichte auf aktuelle Gesundheitskonzepte ist evident, jedoch wurde dieser Bereich bisher nur wenig empirisch untersucht. Im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale wurden Konzepte wie Feindseligkeit und Typ-A-Verhalten mit koronaren Herzerkrankungen in Zusammenhang gebracht. Die Bedeutung über die Relevanz dieser persönlichkeitspsychologischen Faktoren hat sich in der Zwischenzeit durch weitere empi-

rische Befunde relativiert. Größere Bedeutung haben die Konzepte Hardiness und Kompetenzerwartungen. Als zentrale Variable in diesem Modell des Gesundheitsverhaltens können gesundheitsbezogene Einstellungen und Motive sowie Gesundheits- und Krankheitskonzepte angesehen werden. Diese bestimmen zum einen direkt das aktuelle Gesundheitsverhalten und haben wesentlichen Einfluß auf die Bildung von gesundheitsbezogenen Verhaltensintentionen. Verhaltensintentionen werden nach einer Abwägung von Kosten für ein bestimmtes Verhalten und dem erhofften Nutzen durch diese Handlung in Gesundheitsverhalten umgesetzt. Gleichzeitig bestimmt das aktuelle Gesundheitsverhalten die Kosten-Nutzen-Analyse. Der Prozeß von gesundheitsbezogenen Einstellungen über die Intentionbildung hin zur Umsetzung des Gesundheitsverhaltens gilt als gut untersucht. Die Variablen habituelles Gesundheitsverhalten, Gesundheitserleben, Wohlbefinden und Lebensqualität werden in Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitsverhalten und dem aktuellen Gesundheitszustand gesehen. Welche Verknüpfungen hier vorliegen und welche Mediatorvariablen angenommen werden müssen, ist allerdings noch weitgehend ungeklärt.

Dieses Modell soll einen heuristischen Rahmen bei der Planung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Präventionsmaßnahmen sowie bei der Analyse von Gesundheits- und Vorsorgeverhalten bieten. In der Planungsphase einer präventiven Maßnahme kann es Hinweise auf die zu berücksichtigenden Faktoren bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten geben. Im Rahmen von Evaluationsmaßnahmen wird durch das Modell deutlich, welche Fragestellungen bearbeitet werden müssen und welche Kriterien für die Erfolgsbewertung einer präventiven Maßnahme relevant sind. Auf individueller Ebene stellt dieses Modell eine Sammlung von relevanten Dimensionen der Veränderung von Gesundheitsverhalten dar, welche bei der Analyse des Veränderungsprozesses berücksichtigt werden sollten. Das Modell belegt, daß konkrete Interventionen (wie z.B. durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen) nur vermittelt über die aufgelisteten Variablen eine Umsetzung in Gesundheitsverhalten und ihre Manifestation im Gesundheitszustand erfahren. Gleichzeitig können Ergebnisse von empirischen Arbeiten besser eingeordnet und interpretiert werden, da die Zusammenhänge einzelner Dimensionen mit dem Gesundheitsverhalten in einer übergeordneten Perspektive eine Relativierung erfahren. Keinesfalls erhebt dieses Modell den Anspruch auf Vollständigkeit und kausale Erklärungen, vielmehr sollen die aktuell diskutierten und untersuchten Konstrukte in ihrer Bedeutung zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten eingeordnet werden. Auch wenn nicht alle genannten Aspekte bei der Planung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen erfaßt werden können, sollten sie zumindest in die entsprechenden Überlegungen einfließen.

DIE WIRKUNG VON FURCHTAPPELLEN



3.

DIE WIRKUNG VON FURCHTAPPELLEN

In diesem Kapitel soll ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Wirkungsweise von Furchtappellen gegeben werden. Dazu werden nach einer definitorischen Einführung der Begriffe Kommunikation, Einstellung, Persuasion und Furchtappell (Abschnitt 3.1) wichtige Modelle der Wirkungsweise von Furchtappellen referiert und mit empirischen Ergebnissen unterlegt (Abschnitt 3.2). Für jedes Modell erfolgt eine Bewertung, welche die empirische Absicherung der Hypothesen, methodische Probleme sowie die Anwendbarkeit der Theorie in der Praxis berücksichtigt. Im Abschnitt 3.3 werden die zuvor vorgestellten Ansätze vergleichend diskutiert und die zentralen Aussagen zusammengefaßt.

3.1.

EINFÜHRUNG

Präventive Maßnahmen wurden in Kapitel 1 in strukturelle, massenkommunikative und personalkommunikative Strategien unterteilt. Im folgenden stehen massenkommunikative Strategien im Vordergrund, da sich die vorgestellten Theorien hauptsächlich mit massenmedialen Botschaften beschäftigen. Massenkommunikativen Strategien liegt theoretisch die Vorstellung eines Senders mit zahlreichen Empfängern zugrunde. Die Kommunikation selbst besteht aus unterschiedlichen Bestandteilen, wobei die Formulierung von LASWELL (1948, S. 38) „Wer sagt was, auf welchem Kanal, zu wem und mit welchem Effekt“ die wichtigsten Bestandteile von Kommunikation beschreibt. Äquivalent zu dieser Formulierung kann das formale Modell der Kommunikation von SHANNON und WHEAVER (1949) angesehen werden (vgl. Abb. 3.1).

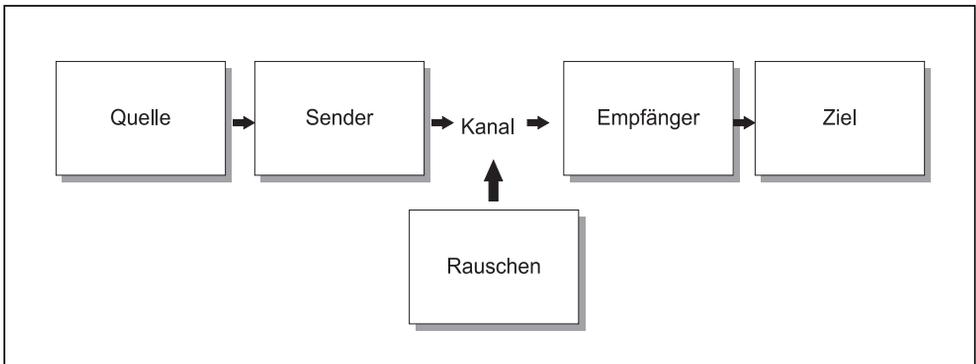


Abb. 3.1: Modell der Kommunikation nach SHANNON und WHEAVER (1949).

Dieses Modell der Kommunikation enthält als wesentliche Bestandteile die Quelle der Kommunikation (Kommunikator), eine Nachricht bzw. Botschaft, einen Kanal, auf dem die

Nachricht vermittelt wird, sowie ein Ziel (Empfänger, Rezipient). Die empfangene Nachricht kann sich dabei wesentlich von der gesandten Botschaft unterscheiden, z.B. aufgrund externer Faktoren wie Lärm oder personinterner Bedingungen wie Konzentrationslosigkeit, Gedächtnisprobleme etc. Diese Unschärfe haben SHANNON und WHEAVER als Rauschen bezeichnet. Durch die Formulierung von LASWELL wird auch deutlich, daß Kommunikation in der Regel ein Ziel verfolgt. Für Botschaften im Bereich der Prävention sind die intendierten Effekte Einstellungs- oder Verhaltensänderungen oder der Wissenszuwachs beim Empfänger. Im folgenden Abschnitt 3.2 stehen Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Vordergrund des Interesses, da Furchtappelle als motivationales Agens für Verhalten angesehen werden und ihnen kein direkter Einfluß auf den Wissenserwerb zugeschrieben wird. Im besonderen geht es dabei um die Veränderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und im Gesundheitsverhalten selbst.

Während Begriffe wie Verhalten oder Wissen in den allgemeinen Sprachgebrauch übergegangen sind und nicht definiert werden müssen, muß der Begriff der ‚Einstellung‘ näher erklärt werden. Einstellungen haben nach TRIANDIS (1971) kognitive, affektive und handlungsorientierte Komponenten und werden als handlungsleitend interpretiert. ROSENBERG und HOVLAND (1960; nach STAHLBERG & FREY, 1990) haben Einstellungen durch meßbare Effekte auf diesen drei Ebenen (Verhalten, Affekt und Kognition) definiert. In Abbildung 3.2 wird diese Erfassung von Einstellungen dargestellt: Ausgehend von unabhängigen Variablen (wie Personen, Objekte etc.) werden Einstellungen eine zentral vermittelnde Position zugeschrieben. Als meßbare Effekte ergeben sich affektive Reaktionen, zu denen auch verbale Gefühlsäußerungen gerechnet werden. Daneben zeigen sich Einstellungen in Kognitionen (was verallgemeinernd mit ‚Gedanken‘ bezeichnet werden kann), durch verbale Meinungsäußerungen oder in Form von Bewertungen.

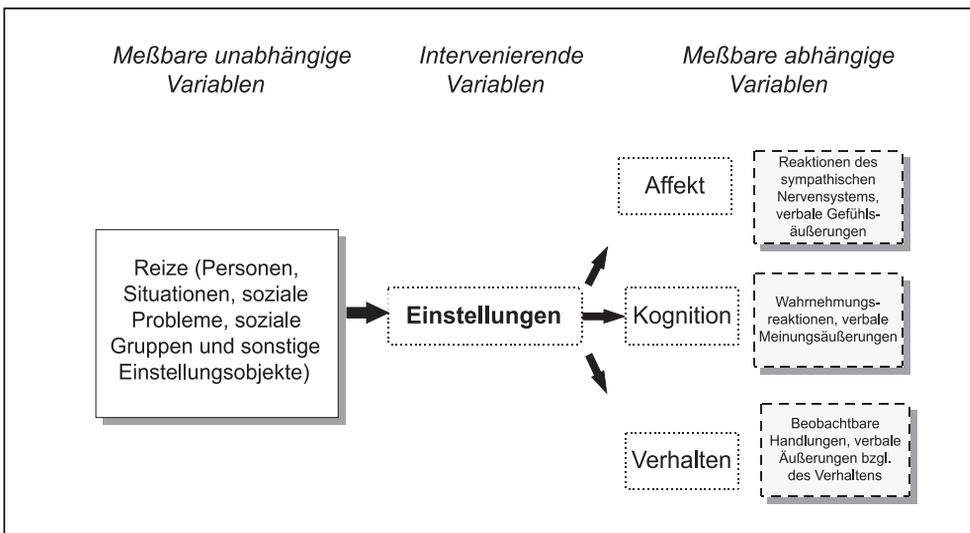


Abb. 3.2: Dreikomponentenmodell der Einstellung (nach ROSENBERG & HOVLAND, zitiert aus STAHLBERG & FREY, 1990, S. 145).

Die Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen kann somit nur indirekt über Verhalten, Kognitionen oder affektive Reaktionen erfaßt werden, wobei wichtigster intendierter Effekt von präventiven Botschaften eine Verhaltensänderung ist. Empirische Untersuchungen erfassen entweder Verhaltensmerkmale zur Beurteilung einer möglichen Einstellungsänderung, oder sie erfassen kognitive oder affektive Reaktionen hinsichtlich eines Einstellungsobjekts. Beim Vergleich einzelner empirischer Untersuchungen ist es wichtig, die Operationalisierung einer Einstellungsänderung zu berücksichtigen, da uneinheitliche Ergebnisse auch durch unterschiedlich erfaßte Merkmale zustande kommen können. Daher werden bei der Ergebnisdarstellung in den Kapiteln 3 und 4 die jeweiligen Erfassungsmethoden der einzelnen Untersuchung in die Darstellung integriert.

Einstellungsänderungen können durch unterschiedliche Umgebungsbedingungen ausgelöst werden, wie z.B. Informationen, Personen etc., und spiegeln sich beim Empfänger im Affekt, in Kognitionen oder im Verhalten wider. Das Ausmaß der Einstellungsänderung kann dabei von empfängerbezogenen oder senderbezogenen Merkmalen abhängen. Auf seiten der empfängerbezogenen Merkmale liegen beispielsweise besonders günstige Voraussetzungen für Einstellungsänderungen vor, wenn Informationen über ein Themengebiet angeboten werden, an dem der Empfänger selbst ein großes Interesse hat. Auf der Senderseite wird als begünstigend für eine Einstellungsänderung angesehen, wenn z.B. relevante Bezugspersonen (wie z.B. Eltern, Mitschüler, Freunde, Ehepartner) Informationen geben. Es bleibt festzuhalten, daß das Ausmaß der Einstellungsänderung sowohl von empfänger-spezifischen Merkmalen als auch von Sendervariablen abhängt. Deshalb werden sowohl senderbezogene Merkmale (wie z.B. Medium, Quelle, Glaubwürdigkeit) als auch empfängerbezogene Merkmale (wie z.B. Selbstvertrauen, soziodemographische Merkmale, bisheriges Verhalten) hinsichtlich der Bedeutsamkeit für die Einstellungsänderung diskutiert.

Eine Form der Veränderung von Einstellungen bildet die *Überredung*¹. Diese Art von Kommunikation liegt bei massenkommunikativen Präventionsstrategien vor, welche versuchen, den Empfänger durch die Vermittlung von Informationen zu Verhaltens- oder Einstellungsänderungen zu veranlassen. In englischsprachigen Veröffentlichungen wird der Begriff der Überredung als ‚Persuasion‘ bezeichnet; derartige Botschaften werden ‚persuasive messages‘ genannt. TRENHOLM (1989) gibt folgende Definition des Begriffs der Überredung und beschreibt unterschiedliche Zielebenen:

- Überredung ist eine Art der Beeinflussung, die Personen für Botschaften empfänglich macht, ohne diese ihnen aufzudrängen. Sie verändert Bewertungen und nicht nur das Verhalten. Sie betrifft die Empfindungen, was falsch/richtig oder wahrscheinlich/unwahrscheinlich ist; die Bewertung von Personen, Ereignissen, Ideen, Vorschlägen, die Verpflichtung diese oder jene Dinge zu tun; möglicherweise auch die Grundwerte oder Ideologien. (Aus TRENHOLM, 1989, p. 5; Übersetzung der Verfasser.)

¹ Im folgenden verwenden wir den Begriff der Überredung. Der Vorteil des Begriffs der Überredung liegt in der Betonung der kommunikativen Komponente. Hingegen ergeben sich Nachteile durch den manipulativen Charakter des Begriffs. Der weniger manipulative Charakter des Begriffs der Überzeugung bietet dahin gehend Vorteile, jedoch kommt es begrifflich zu einer Betonung der Abhängigkeit der Einstellungsänderung von inhaltlichen Argumenten, während affektive Komponenten einer Botschaft weniger berücksichtigt werden. Wichtigster Nachteil dieses Begriffs ist jedoch die inhaltliche Überschneidung mit einer Einstellung, da eine Überzeugung auch eine dauerhafte Einstellung im Sinne einer Grundüberzeugung darstellt.

Nach dieser Definition zeichnen sich persuasive Botschaften dadurch aus, daß sie Bewertungen der Person verändern (Einstellungen etc.), aber auch Veränderungen des Verhaltens bewirken können. Zudem ist die Freiwilligkeit dieser Veränderungen ein wichtiges Merkmal von Überredung. Dies zeigt sich auch in der Unterscheidung des Begriffs der ‚Überredung‘ von den Begriffen ‚Einstellungswandel‘, ‚Konformität‘ und ‚Propaganda‘ (vgl. JONAS, 1987). Den Unterschied zwischen Einstellungswandel und Überredung sieht JONAS darin, daß ein Einstellungswandel auch ohne vorhergehende Kommunikation und somit ohne das Zutun einer anderen Person stattfinden kann. Ziel der Überredung ist außerdem nicht nur eine Einstellungsänderung, sondern letztlich auch eine Veränderung des konkreten Verhaltens. Im Gegensatz zur Überredung zeichnet sich Konformität dadurch aus, daß konformes Verhalten durch eine Übernahme von Überzeugungen (evtl. durch sozialen Druck) ohne Berücksichtigung von Argumenten erfolgt, während bei der Überredung die Qualität der Argumente beim Empfänger Berücksichtigung findet. Den Unterschied zwischen Propaganda und Überredung erläutert JONAS anhand des Inhalts einer Botschaft, die zur Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung eingesetzt wird. Abhängig von der Bewertung des Inhalts als richtig oder falsch kann ein und dieselbe Botschaft jedoch für den einen Betrachter als Propaganda gelten, während ein anderer Betrachter eine Überredung darin erkennt. Dies zeigt die Problematik bei der Unterscheidung zwischen Propaganda und persuasiver Kommunikation (vgl. auch WITTE, 1994).

Eine mögliche Form der Überredung bilden *Furchtappelle*. Unter Furchtappellen werden persuasive Botschaften verstanden, welche dem Empfänger mitteilen, daß für ihn relevante Werte (wie Leben, Gesundheit, Eigentum etc.) bedroht sind. Furchtappelle bestehen aus verbalem oder nonverbalem Material, welche beim Empfänger Furcht auslösen und hierdurch Einstellungs- oder Verhaltensänderungen bewirken sollen. In der englischsprachigen Literatur werden Furchtappelle als ‚fear appeals‘, ‚threat appeals‘ oder als ‚fear arousing communication‘ bezeichnet, wobei wir nachfolgend den deutschsprachigen Begriff ‚Furchtappell‘ verwenden werden.

Zur Überredung wurden zahlreiche empirische Untersuchungen durchgeführt, auf deren Basis theoretische Modelle der Wirkungsweise entwickelt wurden. Gleiches gilt auch für den Teilbereich der Furchtappellforschung, bei der in experimentellen Untersuchungen zu unterschiedlichen inhaltlichen Gebieten (wie z.B. Gesundheit, Verkehr und Politik) empirische Arbeiten durchgeführt wurden. Eine häufig untersuchte Frage in diesen Untersuchungen ist die Art des Zusammenhangs zwischen induzierter Furcht und dem Ausmaß der Einstellungsänderung. Bei grober Betrachtung lassen sich Forschungstraditionen unterscheiden, die einen kurvilinearen Zusammenhang zwischen der Furchtstärke und der Einstellungsänderung annehmen. Daneben existieren Modelle, die einen linearen Zusammenhang zwischen Furchtstärke und Überredung unterstellen. Nachfolgend sollen die dazu entwickelten theoretischen Modelle der Furchtappellforschung vorgestellt werden und Vorteile sowie Nachteile der jeweiligen Konzeption herausgearbeitet werden. Dabei bestehen unterschiedliche theoretische Annahmen über die Funktion von Furcht und der Auswirkung von stark furchtauslösenden Botschaften auf die Verarbeitung von persuasiver Kommuni-

kation. Zunächst wird das *Triebreduktionsmodell* (Hauptvertreter: DOLLARD und MILLER) vorgestellt (Abschnitt 3.2.1), das auf das psychoanalytische Triebmodell zurückgeht, bei dem Furcht als Antrieb angesehen wird und somit als motivierend für das menschliche Verhalten gilt. Anschließend wird das *kurvilineare Modell* (Hauptvertreter: JANIS und McGUIRE) vorgestellt, das von der Annahme eines kurvilinearen Zusammenhangs zwischen der Furchtstärke und dem Ausmaß der Einstellungsänderung ausgeht (Abschnitt 3.2.2). Das *Modell der parallelen Reaktionen* (Hauptvertreter: LEVENTHAL; Abschnitt 3.2.3) nimmt hingegen einen linearen Zusammenhang an und unterscheidet zwei parallel ablaufende Prozesse bei der Verarbeitung von Furchtappellen. Aufbauend auf gesundheitspsychologischen Arbeiten wird dann die *Theorie der Schutzmotivation* (Hauptvertreter: ROGERS; Abschnitt 3.2.4) vorgestellt, welche das subjektive Erleben von Furcht als Voraussetzung für eine Verhaltensänderung ansieht. Abschließend werden Informationsverarbeitungsmodelle vorgestellt, welche den Bereich der Furchtappelle bisher nur peripher untersucht haben, allerdings wichtige Ergänzungen zum Modell von McGUIRE darstellen. Es werden das *Elaboration-Likelihood-Modell* sowie das *Modell der systematischen Verarbeitung* (Hauptvertreter: PETTY und CACIOPPO sowie EAGLY und CHAIKEN; Abschnitt 3.2.5) dargestellt. Neben den theoretischen Modellen werden jeweils empirische Untersuchungen zur Überprüfung der jeweiligen theoretischen Position genannt. Abschließend erfolgt eine Bewertung der empirischen Belegbarkeit der theoretischen Annahmen sowie der Brauchbarkeit der Theorien für die Planung und Umsetzung präventiver Maßnahmen.

3.2. MODELLE ZUR ERKLÄRUNG DER WIRKUNGSWEISE VON FURCHTAPPELLEN

3.2.1. DAS TRIEBREDUKTIONSMODELL

Das Triebreduktionsmodell menschlichen Handelns geht auf psychoanalytische und lerntheoretische Konzeptionen der menschlichen Motivation zurück. Die psychoanalytische Triebkonzeption von FREUD (1915) bildet den Ausgangspunkt der lerntheoretischen Konzeption menschlichen Handelns von HULL (1943; 1951). Ähnlich wie FREUD geht HULL davon aus, daß ein Bedürfniszustand (z.B. Hunger) bis zu seiner Befriedigung von einem Triebreiz begleitet ist. Während der Triebreiz wirksam ist, werden vom Individuum Reaktionen ausgeführt, die zumindest partiell zu einer Bedürfnisbefriedigung und somit auch zu einer Verstärkung (Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit) führen. Somit verändern sich im Laufe des Lebens die Reaktionsmuster auf bestimmte Triebreize, welche bei der Geburt (so die Annahme von HULL) ontogenetisch festgelegt sind. Dieser Lernvorgang basiert auf dem von THORNDIKE (1898) formulierten Gesetz der Wirkung („law of effect“), das die Verknüpfung von Reizen mit Reaktionen durch den anschließenden befriedigenden Zustand der Person (bzw. des Tiers) beschreibt. Reaktionen, welche durch einen befriedi-

genden Zustand eine ‚Belohnung‘ erfahren, werden nach der Annahme von THORNDIKE in Zukunft häufiger auftreten.

Analog zu den vorgestellten Ansätzen hat nach der Triebtheorie von DOLLARD und MILLER (1950) Furcht als unangenehme Emotion die Eigenschaft eines (An-)Trieb (vgl. auch MOWRER, 1939; 1956). Die durch den Sender einer Nachricht induzierte Furcht motiviert den Empfänger der Nachricht zu Verhaltensweisen, mit denen eine Reduktion der Furcht erreicht wird. Das Verhalten ist nach Ansicht der Autoren nicht zielgerichtet, sondern basiert auf dem Versuchs-Irrtum-Prinzip („trial and error“). Jede Reaktion, die zu einer Furchtreduktion führt, wird verstärkt, so daß die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Reaktion für die Zukunft steigt. Dabei geht das Ausmaß der Verstärkung mit dem Ausmaß der reduzierten Furcht einher. Das gezeigte Verhalten kann sich dabei an den Empfehlungen orientieren, die der Furchtinduktion folgen.

HOVLAND, JANIS und KELLEY (1953) nennen zwei Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Furchtappellen, d.h. für eine Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung im Sinne der empfohlenen Maßnahme. Im ersten Schritt handelt es sich um die Notwendigkeit, *durch die Nachricht beim Empfänger Furcht auszulösen* (welche als Trieb wirksam werden kann). Die zweite Bedingung ist, daß durch die Empfehlungen des Senders und deren antizipierte Umsetzung eine *unmittelbare Furchtreduktion* erreicht wird. Diese Koppelung von Furchtinduktion und unmittelbar sich anschließender Furchtreduktion sehen die Autoren als notwendige Voraussetzung für die Wirksamkeit von Furchtappellen an. Dadurch ist nach Ansicht von HOVLAND und JANIS die theoretische Rechtfertigung für den Einsatz von Furchtappellen zur Veränderung von Einstellung und Verhalten gegeben.

Nach Ansicht von HOVLAND, JANIS und KELLEY (1953) wird nicht nur offenes Verhalten verstärkt, sondern auch verdeckte Prozesse werden verstärkt, wie z.B. Verhaltensabsichten, welche durch einen ‚inneren Monolog‘ ebenfalls zu einer Furchtreduktion führen (z.B.: „Ich muß unbedingt mit dem Rauchen aufhören, um körperlich fit zu bleiben!“). HOVLAND, JANIS und KELLEY (1953) weisen darauf hin, daß durch die Furchtinduktion auch nicht intendierte und unerwünschte Effekte ausgelöst werden können. Beispielsweise ist aufgrund zu hoher Angst mit einer Aufmerksamkeitseinschränkung oder mit aggressiven Impulsen gegenüber dem Sender sowie mit der Vermeidung einer weiteren Konfrontation in diesem Bereich zu rechnen (vgl. hierzu den anschließenden Abschnitt 3.2.2).

EMPIRISCHE BELEGE ZUM TRIEBREDUKTIONSMODELL

Die empirische Absicherung des Triebreduktionsmodells hinsichtlich der Wirkung von Überredung muß als mangelhaft bezeichnet werden. Die experimentellen Studien erfaßten die Furchthöhe meist nur zu einem Zeitpunkt (kurz nach der Furchtinduktion), d.h. der prognostizierte Rückgang der Furcht durch angstreduzierendes Verhalten wurde experimentell nicht überprüft. Das Ausmaß der Furchtreduktion wurde daher auch nicht in direktem Zusammenhang zum gezeigten Verhalten und dessen Verstärkung gesetzt. Somit

bleibt die zentrale Aussage der Triebreduktionstheorie empirisch unbestätigt. Bisher gab es nur einige wenige Versuche, die Hypothesen des Modells durch eine begleitende Messung physiologischer Parameter (welche die subjektiv erlebte Furcht abbilden sollen) zu untersuchen. So wurde in der Studie von SCHÜTZENHÖFER und KNOCH (1991) der Herzschlag als physiologischer Parameter beim Betrachten von Diapositiven zur Verkehrssicherheit (mittels Unfallbildern) gemessen. Es zeigte sich bei hoher Furchtinduktion ein signifikant schnellerer Herzschlag als bei geringer Furchtinduktion. Der Rückgang der physiologischen Erregung nach einer furchtreduzierenden Botschaft wurde allerdings nicht erhoben, wodurch diese Untersuchung keine Bestätigung der Theorie darstellt. Auch die Arbeit von WATSON, PETTINGALE und GOLDSTEIN (1983) untersuchte die Auswirkung des Betrachtens eines Antiraucherfilms auf die Herzschlagfrequenz. Sie konnten zeigen, daß Raucherinnen signifikant stärker reagierten als Nichtraucherinnen. Zur Vorhersage der Umsetzung der Empfehlungen wurde aber auch in dieser Studie weder der Anstieg noch der Rückgang der physiologischen Erregung herangezogen. Auch die von HOVLAND, JANIS und KELLEY formulierten Abwehrprozesse konnten in der Studie von JANIS und FESHBACH (1953) nur teilweise bestätigt werden.

BEWERTUNG DES TRIEBREDUKTIONSMODELLS

Das Triebreduktionsmodell bietet interessante Ansatzpunkte und wertvolle theoretische Überlegungen zur Verwendung von Furchtappellen, um menschliches Handeln zu motivieren. So wurde bereits in dieser Theorie die alleinige Furchtinduktion als wenig geeignetes Mittel zur zielgerichteten Veränderung menschlichen Verhaltens angesehen, sondern den furchtreduzierenden Instruktionen große Bedeutung beigemessen. Diese Annahme wurde durch spätere Arbeiten von LEVENTHAL (vgl. Abschnitt 3.2.3) empirisch untersucht und bestätigt. Die zentrale Aussage eines Zusammenhangs zwischen dem Ausmaß an reduzierter Furcht und dem Ausmaß an erlerntem Verhalten konnte jedoch empirisch nicht bestätigt werden. Insgesamt ist die empirische Überprüfung des Modells mangelhaft.

3.2.2. DAS KURVILINEARE MODELL

Grundlegend für die Entwicklung des kurvilinearen Modells war die von JANIS und FESHBACH 1953 veröffentlichte Studie, in der Einstellungs- und Verhaltensänderungen bzgl. der Zahnhigiene untersucht wurden. Diese Studie war vom oben genannten Triebreduktionsmodell geprägt, da die Autoren zunächst davon ausgingen, daß Furchtinduktion ein geeignetes Mittel zur Motivierung einer Person sei. In den Ergebnissen fand sich jedoch ein zuvor in keiner Studie berichtetes Ergebnis: Es zeigte sich die größte Verhaltensänderung (selbstberichtetes Zahnpflegeverhalten) bei Personen mit geringer Furchtinduktion. Eine hohe Furchtinduktion bzw. eine mittlere Furchtinduktion führten zu einer selteneren Durchführung des als erwünscht und langfristig sinnvoll dargestellten Zahnpflegeverhaltens (vgl. Tab. 3.1).

	stark furchterregend	mittel furchterregend	schwach furchterregend	Kontrollgruppe
Verhaltensänderung im Sinne der Botschaft	28%	44%	50%	22%
Verhaltensänderung entgegen der Botschaft	20%	22%	14%	22%
keine Änderung	52%	34%	36%	56%
Netto-Wechsel	+ 8%	+ 22%	+ 36%	0%

Tab. 3.1: Veränderung des Zahnputzverhaltens nach einer Woche (aus JANIS & FESHBACH, 1953, p. 84; Übersetzung der Verfasser).

JANIS und FESHBACH (1953, p. 78) nennen aufgrund dieser Ergebnisse in ihrer Untersuchung folgende Erklärungen für die geringere Wirkung von starken Furchtappellen:

1. Werden intensive Gefühle von Angst erzeugt, kann der Empfänger der Nachricht nicht mehr genügend Aufmerksamkeit auf die Mitteilung lenken, um diese korrekt zu verarbeiten.
2. Infolge der Furchtinduktion durch den Sender kann der Empfänger aggressive Impulse gegenüber dem Sender entwickeln. Als Reaktion auf diesen Zustand wird der Empfänger die Argumente des Senders zurückweisen.
3. Wird die durch die Nachricht des Senders erzeugte Furcht nicht durch die Inhalte der Nachricht oder die Ressourcen der Person angemessen reduziert, wird die Person in Zukunft ähnliche Situationen vermeiden. Darüber hinaus kommt es zu Abwehrreaktionen, indem die Person das Interesse an diesem Thema verliert, oder die Gefahr verleugnet.

(Thesenhafte Übersetzung durch die Verfasser.)

JANIS und FESHBACH gehen von einem Rückgang der Aufmerksamkeit bei Empfängern einer stark furchterregenden Botschaft aus, so daß Inhalte der Botschaft nicht mehr wahrgenommen und verarbeitet werden. Aufgrund des angenommenen Aufmerksamkeitsdefizits und der Abwehrreaktionen nehmen die Autoren an, daß Furchtappelle ab einem bestimmten Punkt ihre Wirksamkeit verlieren. Diesen Abwehreffekt konnten sie durch die Ergebnisse ihrer Studie belegen, da sie in der Gruppe mit der höchsten Angstinduktion die geringste Verhaltensänderung fanden.

Die Autoren konnten die hinderlichen Faktoren für die Wirksamkeit von Furchtappellen (Aggression, Aufmerksamkeitsrückgang etc.) nur zum Teil belegen. Bestätigen konnten sie die Annahme, daß Personen in der Gruppe mit hoher Furchtinduktion nach dem Versuch noch in hoher emotionaler Spannung waren. Als Beleg für die Hypothese wurde auch die

Beurteilung des Sprechers bei Personen mit geringer Furchtinduktion als ‚weniger autoritär‘ angesehen und umgekehrt hieraus geschlossen, daß es bei hoher Furchtinduktion zu Abwehrreaktionen kommt. Die Hypothese, daß die Aufmerksamkeit durch die Furchtinduktion behindert wird, wurde aufgrund der empirischen Ergebnisse verworfen. Gleiches gilt für die Hypothese bzgl. der Aggression gegenüber dem Sender.

Zur Erklärung der Wirkungsweise von induzierter Furcht ging JANIS (1967) von zwei unterschiedlichen Konsequenzen für die Verarbeitung von Informationen aus. Er unterschied zwischen überredungsfördernden Funktionen („facilitating effect“) und überredungshemmenden Funktionen der Angst („interfering effects“). Die überredungsfördernde Funktion der Angst führt JANIS auf die erhöhte Aufmerksamkeit („vigilance“) und das gesteigerte Bedürfnis nach Beruhigung („need for reassurance“) zurück (vgl. Abb. 3.3, Kurve 1). Als überredungshemmende Funktionen der Angst nennt er unterschiedliche individuelle und interindividuelle Faktoren, wie z.B. die Abwertung des Senders, Einzelerfahrungen, welche das Gegenteil beweisen, das Bedürfnis, sich gegen die ‚Manipulation‘ zu wehren, u.a. (vgl. Abb 3.3, Kurve 2).

Als Erklärung für den kurvilinearen Verlauf geht JANIS davon aus, daß bei geringem Furchtniveau die überredungsfördernden Tendenzen mit der Erhöhung der Furcht stärker zunehmen als die überredungshemmenden. Dieses Verhältnis kehrt sich allerdings ab einem bestimmten Punkt um, d.h. die überredungshemmenden Tendenzen wachsen stärker als die überredungsfördernden. Die resultierende Wahrscheinlichkeit der Umsetzung der Empfehlung verläuft dadurch umgekehrt U-förmig zur Höhe des Furchtniveaus (vgl. Abb. 3.3, Kurve 3).

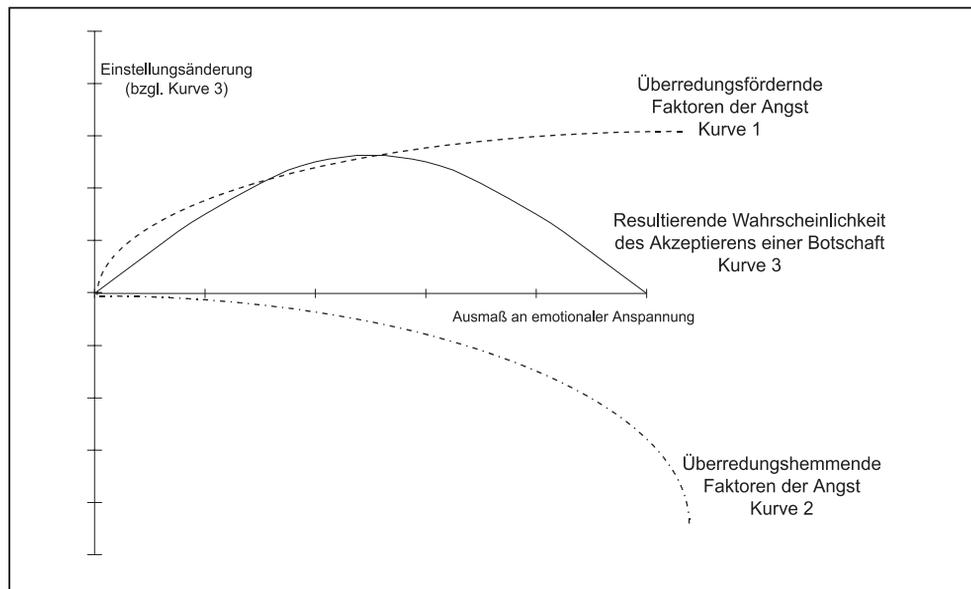


Abb. 3.3: Zusammenhang von Angststärke und Einstellungsänderung auf der Basis überredungsfördernder und überredungshemmender Faktoren nach JANIS (1967).

Die Verarbeitung der persuasiven Kommunikation ist nach Ansicht von JANIS (1967) jedoch nicht mit einer einzigen Kurve über alle Personen hinweg darstellbar. Die Maxima der optimalen Wirksamkeit der Furcht sind vielmehr auf unterschiedlichen Niveaus angesiedelt. Dies führt zu einer „Familie“ von Kurven, welche jedoch keine allgemeine Regelmäßigkeit bezüglich des maximal tolerablen Furchtniveaus erlaubt. JANIS (1967, S. 182) formuliert diesen Zusammenhang wie folgt: „Die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten bei hoher affektiver Erregung führt zur Annahme, daß es für jede Person ein optimales Ausmaß an Erregung gibt, wobei über diesem Punkt die Akzeptanz einer Botschaft negativ durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten beeinflusst ist.“² (Übersetzung der Verfasser) Bildlich veranschaulicht JANIS diesen Zusammenhang wie folgt (vgl. Abb. 3.4). Abhängig von der Thematik, der Voreinstellung der Person und weiteren Faktoren gibt es individuelle Maxima, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Einstellungsänderung am größten ist.

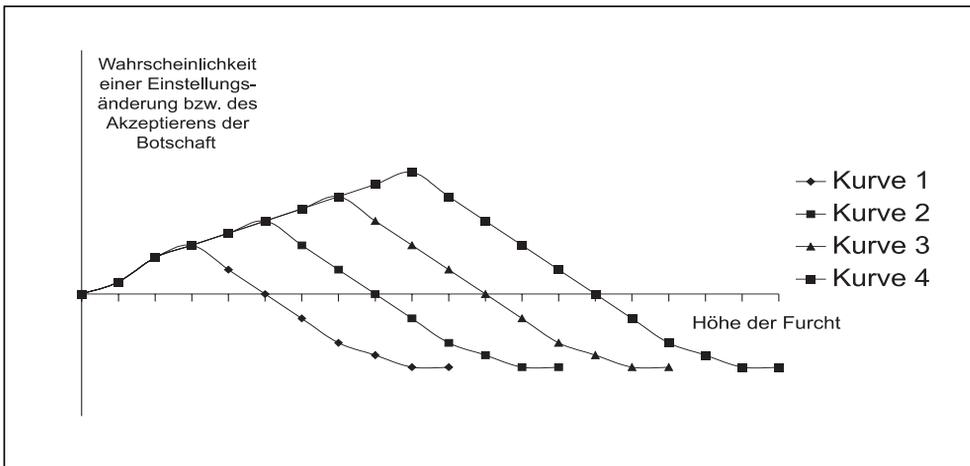


Abb. 3.4: Hypothetische „Familie“ von nichtmonotonen Kurven, welche den Zusammenhang zwischen der erzeugten Furcht und dem Ausmaß an Akzeptierung eines Vorschlags abbilden (aus JANIS, 1967, S. 182).

McGUIRE kam in seiner Theorie zu ähnlichen Vorhersagen des Einflusses der Furcht auf die Überredungswirkung wie JANIS. Zunächst soll aber das von McGUIRE (1968a) formulierte Prozeßmodell der Überredung dargestellt werden, das für die Untersuchung der Wirkungsweise persuasiver Botschaften grundlegend ist. Er unterscheidet dabei sechs Schritte, welche bei der Verarbeitung einer persuasiven Information durchlaufen werden müssen und die Wirksamkeit einer Botschaft auf das Verhalten bestimmen. Im ersten Schritt muß der Empfänger überhaupt von der Botschaft des Senders *erreicht werden*, d.h. es müssen situative Voraussetzungen gegeben sein, welche es dem Empfänger ermöglichen, eine Botschaft zu empfangen (z.B. muß ein Empfänger vor dem Lesen einer Annonce eine Zeitschrift gekauft haben). Der zweite Schritt wird als *Aufmerksamkeit* bezeichnet und meint,

² „In other words, the marked decrement at the high-arousal end of the cognitive efficiency curve leads us to expect that for each person there will always be a maximum optimal level of arousal beyond which acceptance will be adversely affected by the temporary loss of cognitive efficiency.“

daß ein gewisser Grad an Wachheit beim Empfänger für die Aufnahme und Verarbeitung der Botschaft vorhanden sein muß. Im dritten Schritt geht es um das *Verstehen* der Botschaft. Um eine Botschaft zu verstehen, muß der Empfänger die kognitiven Möglichkeiten zur Verarbeitung der Botschaft aufweisen. Im vierten Schritt folgt die *Akzeptanz* der Argumente und somit auch eine Veränderung der Einstellung. Das *Beibehalten der neuen Einstellung* im fünften Schritt bildet die Grundlage für eine *Verhaltensänderung* (entsprechend der veränderten Einstellung) im sechsten Schritt. Aus diesem Modell ergeben sich zwei wichtige Konsequenzen für die Wirksamkeit von persuasiven Botschaften. Zum einen muß jeder der beschriebenen Schritte durchlaufen werden, zum anderen ist der jeweils nachfolgende Schritt erst dann möglich, wenn der vorangegangene erfolgt ist. Dies verdeutlicht die Komplexität und Schwierigkeit einer von Dritten intendierten Verhaltensänderung. Nimmt man für jeden dieser Schritte an, daß zwei Drittel der angesprochenen Personen diesen durchlaufen, so ergibt sich aufgrund der multiplikativen Verknüpfung der einzelnen Prozesse eine Gesamtwahrscheinlichkeit von 5% (0,66) für eine Verhaltensänderung (vgl. PETTY, BAKER & GLEICHER, 1991). Häufig wird dieses komplexe Modell auf zwei zentrale Prozesse der Einstellungsänderung reduziert. Der erste Schritt wird dabei als Rezeption („reception“) bezeichnet und beinhaltet die aufmerksame Aufnahme von Informationen. Den zweiten Schritt bezeichnet McGUIRE als „yielding“ und versteht darunter das Akzeptieren der Argumente einer Botschaft (vgl. Abb. 3.5).

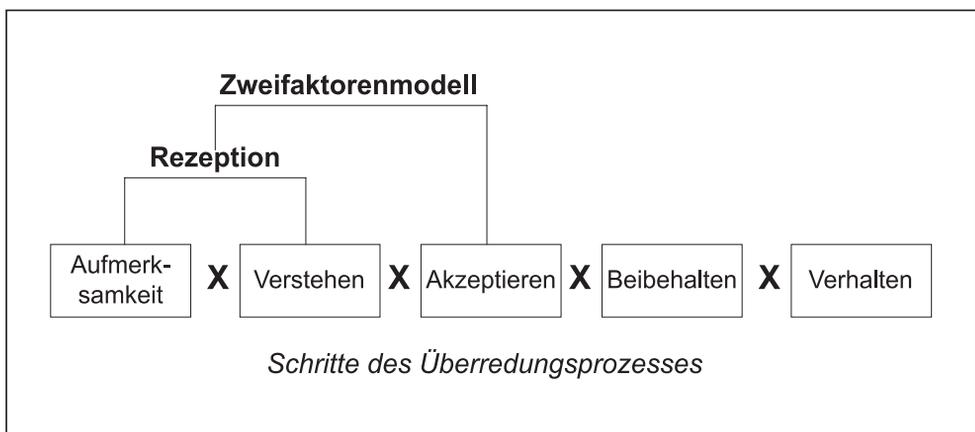


Abb. 3.5: Das Informationsverarbeitungsparadigma von McGUIRE (aus STROEBE & JONAS, 1990, S. 180).

Die auf zwei Prozesse des Modells vereinfachte Form bringt Vorteile für die Meßbarkeit der einzelnen Prozesse, da es schwierig ist, Aufmerksamkeit, Verstehen und Akzeptieren experimentell zu unterscheiden (vgl. STROEBE & JONAS, 1990). Die Beziehung der beiden Prozesse beschreibt McGUIRE (1968a) als multiplikative Verknüpfung, was sich mathematisch wie folgt darstellen läßt:

$$p(I) = p(R) \times p(Y) [\times p(K)]$$

(vgl. McGUIRE, 1968a, p. 1143)

$p(I)$ ist die Wahrscheinlichkeit, durch eine Botschaft beeinflusst zu werden („influence“), aufbauend auf den Wahrscheinlichkeiten der Einzelprozesse $p(R)$ („reception“ entspricht der Rezeption) und $p(Y)$ („yielding“ entspricht dem Akzeptieren). Die zusätzlich eingeführte Wahrscheinlichkeit $p(K)$ als Wahrscheinlichkeit der Beeinflussung durch andere Prozesse wurde von McGUIRE in den weiteren theoretischen Überlegungen nicht berücksichtigt (in eckigen Klammern), so daß sich die Gleichung auf die beiden erstgenannten Prozesse reduziert.

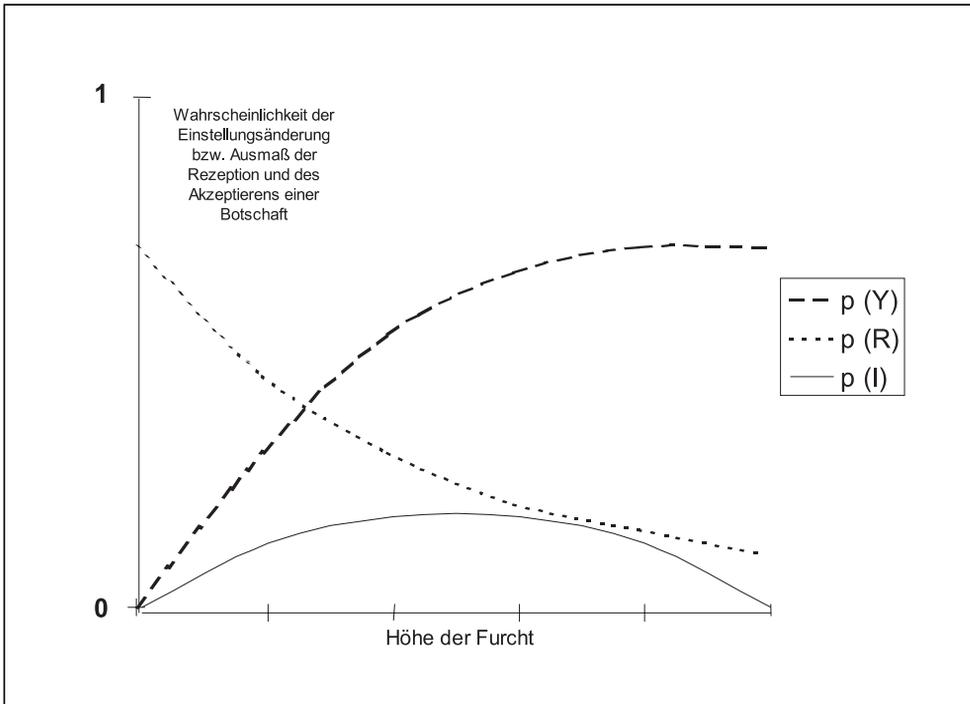


Abb. 3.6: Zusammenhang von Furchtstärke und den Prozessen des Akzeptierens ($p(Y)$) und der Rezeption ($p(R)$) sowie der resultierenden Wahrscheinlichkeit einer Einstellungsänderung ($p(I)$) (aus McGUIRE, 1978, p. 172).

Hinsichtlich der Bedeutung von Furchtappellen vertrat McGUIRE (1968a; 1968b; 1978) ähnlich wie JANIS die Hypothese eines umgekehrt U-förmigen Zusammenhangs zwischen der Stärke der Furcht und dem Ausmaß der Einstellungsänderung. In der theoretischen Begründung werden jedoch Unterschiede zwischen den Theorien der jeweiligen Autoren deutlich. Zurückgeführt auf die beiden Prozesse der *Rezeption* und des *Akzeptierens* geht McGUIRE davon aus, daß die Aufmerksamkeit und das Verstehen einer Nachricht (Rezeption) mit zunehmender Furchtstärke gehemmt werden. Hingegen ist der Einfluß der Furchthöhe auf das Akzeptieren einer Botschaft positiv, so daß mit steigender Furcht die Wahrscheinlichkeit des Akzeptierens zunimmt. Aufgrund der multiplikativen Verknüpfung dieser beiden Prozesse ist die Wahrscheinlichkeit einer Einstellungsänderung bei sehr geringer Furcht, aber auch bei sehr starker Furcht gering, während bei mittlerer Furchtstärke

eine hohe Einstellungsänderung zu erwarten ist (vgl. Abb. 3.6). Ähnliche Annahmen formulierte McGUIRE auch für die Variable Intelligenz. Hierbei nimmt die Wahrscheinlichkeit der Rezeption einer Nachricht mit steigender Intelligenz zu, während das Akzeptieren mit steigender Intelligenz abnimmt. Der maximale Einstellungswandel ist auch hier bei einer mittleren Ausprägung des Merkmals (hier Intelligenz) zu erwarten (vgl. Abb 3.7).

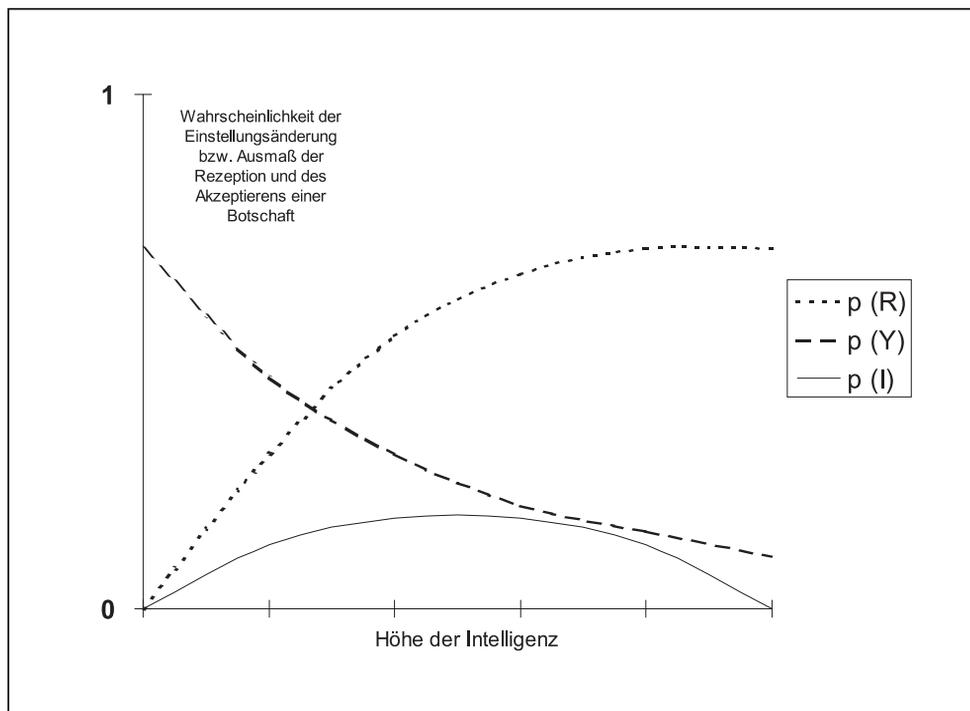


Abb. 3.7: Zusammenhang zwischen Intelligenz und der Wahrscheinlichkeit einer Einstellungsänderung (McGUIRE, 1972, aus EAGLY & CHAIKEN, 1993, p. 262).

EMPIRISCHE ARBEITEN ZUM KURVILINEAREN MODELL

Die Arbeit von JANIS und FESHBACH (1953) war grundlegend für die Entwicklung der kurvilinearen Hypothese. Dabei konnten die Autoren nachweisen, daß bei geringer Furchtstärke die größte Wirkung der persuasiven Botschaft zu erzielen war. Als Bestätigung der Theorie kann dieses Ergebnis jedoch nicht gewertet werden, da die Hypothese der Kurvilinearität die größte Verhaltensänderung bei mittlerer Furcht vorhersagt. In weiteren Untersuchungen wurde versucht, mit einem analogen Versuchsaufbau die kurvilineare Hypothese zu bestätigen. Voraussetzung für die empirische Überprüfung eines kurvilinearen Zusammenhangs zwischen Furchtstärke und Einstellungsänderung ist eine zumindest dreistufige Unterscheidung der induzierten Furchtstärke. In der Übersichtsarbeit von JONAS (1987) finden sich lediglich einige wenige Arbeiten, welche das Kriterium einer zumindest dreistufigen Unterscheidung der Furcht erfüllen (CHU, 1966; LEVENTHAL & NILES, 1965;

LEVENTHAL & WATTS, 1966; RAMIREZ & LASATER, 1976; SKILBECK, TULIPS & LEY, 1977; KOHN, GOODSTADT, COOK & CHAN, 1982; SCHÜTZENHÖFER & KNOCH, 1991). Dabei wurde in der Studie von LEVENTHAL und NILES (1965) lediglich die Länge der Darbietung von furchterregenden Filmen zur Verkehrssicherheit unterschieden, was eine problematische Form der Operationalisierung der Furchtstärke ist. Es wurden vier unterschiedlich lange Ausschnitte aus Filmen zu Autounfällen als furchtauslösende Botschaften benutzt, denen anschließend die Empfehlung folgte, einen Sicherheitsgurt zu benutzen. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Filmdarbietung wurden Einstellungen bezüglich des Autofahrens erhoben. LEVENTHAL und NILES konnten in ihrer Studie zeigen, daß mit zunehmender Dauer der Präsentation auch die Bereitschaft zunahm, sich im Verkehr sicherer zu verhalten, was der kurvilinearen Hypothese widerspricht.

Nachfolgend werden Studien vorgestellt, die eine explizite Überprüfung des kurvilinearen Zusammenhangs vorgenommen haben. LEVENTHAL und WATTS (1966) benutzten als abhängige Variablen in ihrer Studie mit unterschiedlich starken Rauchern die Teilnahme an einer Röntgenuntersuchung direkt im Anschluß an das Experiment und die Reduktion des Rauchkonsums nach fünf Monaten. Hinsichtlich der Intention, mit dem Rauchen aufzuhören, ließ sich ein kurvilinearere Trend bei Rauchern, die sich als wenig vulnerebel für eine Erkrankung einschätzten, nachweisen. Daneben zeigte sich bezüglich der Durchführung der Röntgenuntersuchung eine geringere Inanspruchnahme mit steigender Furcht. Hingegen war die reale Reduktion des Rauchens in der Gruppe der höchsten Furchtinduktion am größten. Somit bildet diese Untersuchung sowohl eine Bestätigung als auch eine Widerlegung der kurvilinearen Hypothese (zur Erklärung der Ergebnisse vgl. Abschnitt 3.2.3).

Die Studie von CHU (1966) untersuchte die Wirksamkeit von Furchtappellen bezüglich einer Erkrankung an Parasiten und überprüfte die anschließende präventive Medikamenteneinnahme. Die Furchtstärke wurde (vor allem) durch die Darstellung unterschiedlicher Erkrankungshäufigkeiten dreistufig variiert. CHU konnte Haupteffekte der induzierten Furcht sowie der dargestellten Effektivität einer Medikamenteneinnahme auf den Wunsch nach einer präventiven Medikamenteneinnahme nachweisen. Somit kann diese Studie als Beleg für einen linearen Zusammenhang von Furcht und Einstellungsänderung angesehen werden.

SKILBECK, TULIPS und LEY (1972) fanden zunächst keinen Haupteffekt der Furchtstärke auf den Gewichtsverlust innerhalb eines Programms zur Gewichtsreduktion. Erst die Neueinteilung der Versuchspersonen anhand eines subjektiven Angstratings erbrachte eine Bestätigung der kurvilinearen Hypothese. In der Gruppe mit mittlerer Angstinduktion war die Gewichtsreduktion signifikant stärker als in der Gruppe mit geringer bzw. hoher Angst (unklar bleibt in der Darstellung, zu welchem Zeitpunkt dies der Fall war).

RAMIREZ und LASATER (1976) untersuchten u.a. das Zahnputzverhalten bei Schülern nach Furchtinduktion (dreistufig). Es zeigte sich kein Haupteffekt der induzierten Furcht auf das Zahnputzverhalten nach einem Tag bzw. einer Woche. Allerdings konnte auch keine Bestätigung des kurvilinearen Trends gefunden werden.

Auch die Studie von KOHN, GOODSTADT, COOK, SHEPPARD und CHAN (1982) zur Verkehrssicherheit brachte keine Bestätigung des kurvilinearen Zusammenhangs. Die stärkste Einstellungsänderung berichteten Personen nach geringer bzw. hoher Furchtinduktion, während die Effekte bei mittlerer Furchtinduktion geringer waren. Insgesamt waren jedoch nach sechs Monaten alle Gruppen auf ihr Ausgangsniveau bezüglich Wissen und Einstellung zurückgekehrt. Lediglich auf der Verhaltensebene zeigten Personen nach geringer Furchtinduktion ein im Trend risikoärmeres Fahrverhalten (die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant).

SCHÜTZENHÖFER und KNOCH (1991) untersuchten die Wirkung aversiver Inhalte in der Verkehrssicherheitswerbung auf das Fahrverhalten sowie auf Einstellungen bezüglich des Anlegens eines Sicherheitsgurtes und anderen sicherheitsrelevanten Variablen (vgl. auch ROTH, DERLER & SCHÜTZENHÖFER, 1990). Die Furchthöhe wurde durch eine unterschiedlich dramatische Darstellung der Folgen eines Unfalls variiert, wobei bei hoher Furcht schwerverletzte Personen, bei mittlerer Furcht leichtverletzte Personen und bei geringer Furcht sogenannte ‚Dummies‘ dargestellt waren. Es zeigte sich kein einheitlicher Trend bezüglich der Auswirkung der Furchthöhe auf verkehrsbezogene Einstellungen. Die Autoren beschreiben die Ergebnisse als uneinheitlich und können allenfalls für bestimmte Subgruppen von Versuchspersonen unter sehr spezifizierten Bedingungen Aussagen machen. Als eine Bestätigung der kurvilinearen Hypothese kann diese Arbeit nicht gewertet werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Von den bisherigen empirischen Untersuchungen, die sich explizit mit dem kurvilinearen Modell beschäftigten, haben nur wenige Autoren die Furchtstärke zumindest dreistufig variiert. Von diesen Studien konnten nur zwei die Hypothese von JANIS und McGUIRE, daß die Zunahme der Furcht mit einem kurvilinearen Verlauf der Einstellungsänderung bzw. der Durchführung von präventivem Verhalten einhergeht, unterstützen. Die Mehrzahl der Studien fand diesen Zusammenhang nicht und unterstützt die Hypothese eines linearen Zusammenhangs zwischen induzierter Furcht und einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung.

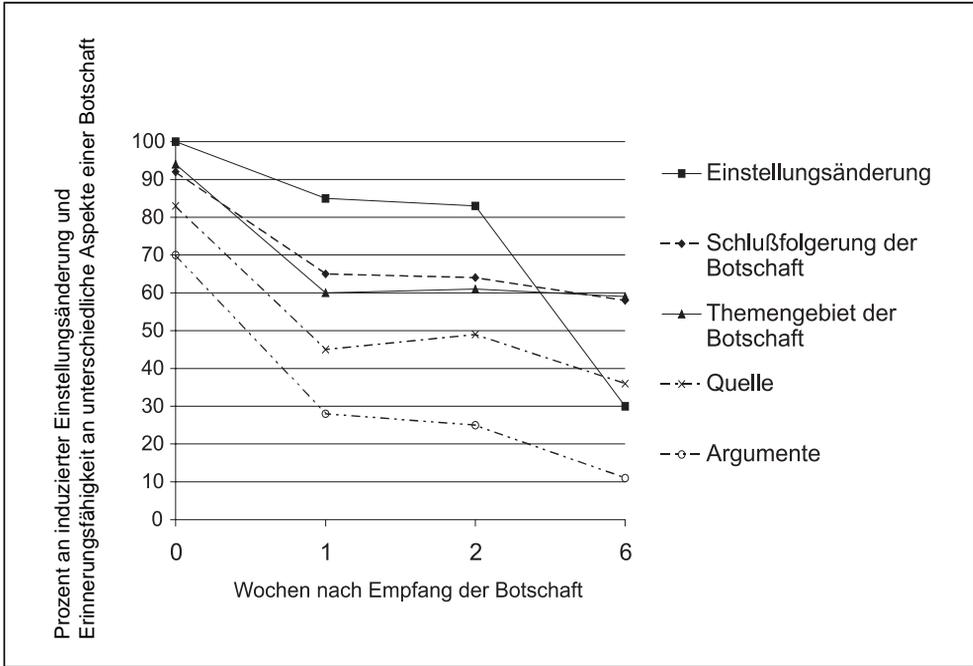


Abb. 3.8: Zeitliche Abhängigkeit der Einstellungsänderung und der Behaltensleistung (WATTS & McGUIRE, 1964, aus EAGLY & CHAIKEN, 1993, p. 268).

Die Theorie von McGUIRE zur Wirksamkeit von Furchtappellen wurde ebenfalls empirisch überprüft. Dabei finden sich zahlreiche Arbeiten der Arbeitsgruppe um McGUIRE zum Prozeß der Rezeption, während Arbeiten zur Akzeptierung der vorgebrachten Argumente eine eher untergeordnete Rolle spielen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Gedächtnisexperimente von EBBINGHAUS (1885), der fand, daß das Vergessen einer exponentiellen Kurve (‚Vergessenskurve‘) gleicht, wurden zahlreiche Untersuchungen zum Wahrnehmen und Behalten von Informationen aus persuasiven Botschaften durchgeführt. Beispielhaft sei die Studie von WATTS und McGUIRE (1964) genannt (vgl. Abb. 3.8), bei der neben der Einstellungsänderung auch die Behaltensleistung bezüglich der Schlußfolgerung, des Themas, der Quelle sowie der Argumente überprüft wurde. Während sich für diese Bereiche die Vergessenskurve von EBBINGHAUS wiederfinden ließ, folgte die induzierte Einstellungsänderung (oberste Linie) einem anderen Verlauf. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit von anderen Prozessen (bei McGUIRE dem Prozeß des Akzeptierens) zur Erklärung von Einstellungsänderungen.

Die mit Bezug zur Theorie von McGUIRE vorgenommenen empirischen Untersuchungen beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Prozeß der Rezeption von Informationen. Das Akzeptieren der Botschaften wurde hingegen weitaus weniger häufig untersucht, so daß dieser Teil des theoretischen Modells als wenig empirisch überprüft bezeichnet werden kann. Bezüglich der Hypothese des kurvilinearen Zusammenhangs sei auf die obigen Ausführungen verwiesen.

BEWERTUNG DES KURVILINEAREN MODELLS

Als Kritikpunkte an den Theorien von JANIS und McGUIRE nennt JONAS (1987) die mangelnde Möglichkeit einer Falsifizierung der Theorien (vgl. auch LEVENTHAL, 1970) sowie die fehlende Vorhersage, ab welchem Furchtniveau (bzw. Intelligenzniveau) Abwehrreaktionen auftreten bzw. die induzierte Furcht kontraproduktive Effekte hat. Für weitere Untersuchungen schlägt JONAS daher vor, das induzierte Furchtniveau in viele Abstufungen zu unterteilen, um ein ‚möglichst‘ intervallskaliertes Merkmal (im Gegensatz zu den meist ordinalen Merkmalen in den genannten Studien) zu untersuchen. Ein weiteres Problem in der Bewertung der Theorien besteht in der mangelnden Vergleichbarkeit unterschiedlicher Experimente, da das Furchtniveau unterschiedlich operationalisiert und gemessen wurde.

Aus heutiger Sicht kann die kurvilineare Hypothese von JANIS und McGUIRE (und anderen Autoren) als empirisch widerlegt angesehen werden. SUTTON (1982) sowie BOSTER und MONGEAU (1984) kommen in ihren Meta-Analysen zum Einfluß von Furcht auf das Ausmaß der Einstellungs- bzw. Verhaltensänderungen unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, daß von einem linearen Zusammenhang auszugehen ist. Trotz dieser, bereits seit längerer Zeit publizierten Ergebnisse hält sich der ‚Mythos der umgekehrten U-Funktion‘ ungebrochen (SUTTON, 1992). Dies bestätigt auch die Durchsicht zahlreicher Lehrbücher von ALLEN und PREISS (1990). Die Autoren fanden, daß in der Mehrzahl der Lehrbücher die Ergebnisse der Meta-Analysen von SUTTON bzw. BOSTER und MONGEAU ignoriert wurden und sich die kurvilineare Hypothese in über 50% der Lehrbücher aus den 80er Jahren unkommentiert wiederfinden läßt. Gleichzeitig muß auf die methodischen Einschränkungen der Übersichtsarbeiten von SUTTON (1982) und BOSTER und MONGEAU (1984) hingewiesen werden. In beiden Arbeiten werden vor allem Untersuchungen ohne Kontrollgruppendesigns sowie Studien mit einer nur zweistufigen Variation der Furcht zur Überprüfung des Einflusses der Furchtstärke auf die Einstellungsänderung herangezogen. Diese Studien erlauben jedoch nur bedingt eine Aussage zur kurvilinearen Hypothese, da keine dreistufige Variation des Furchtniveaus vorhanden ist. Die Interpretation der Ergebnisse sollte unter Berücksichtigung dieser wichtigen methodischen Einschränkung erfolgen. Zieht man Studien mit drei und mehr Furchtstufen zur Überprüfung des Einflusses von Furcht auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen heran, so bestätigen sich jedoch die Ergebnisse von SUTTON bzw. BOSTER und MONGEAU. Insgesamt bestätigen von sieben Studien mit experimenteller Variation von drei Furchtstufen nur zwei Untersuchungen die Aufrechterhaltung der kurvilinearen Hypothese.

3.2.3.

DAS MODELL DER PARALLELEN REAKTIONEN

Die Theorie von LEVENTHAL (1970) versucht eine Abgrenzung zu den oben vorgestellten Triebtheorien. Der monokausale Zusammenhang von Furchthöhe und dem Ausmaß der Einstellungsänderung ist nach LEVENTHAL unzureichend, da die Art der Verarbeitung von persuasiven Botschaften vernachlässigt wird. Aus diesem Grund differenziert LEVENTHAL zwischen den zwei Prozessen der Gefahrenkontrolle und der Furchtkontrolle als Reaktionen auf die Konfrontation mit Furchtappellen. Diese Unterscheidung ist nach Ansicht von LEVENTHAL (1970) notwendig, da Furchtappelle meist zwei unterschiedliche Informationen enthalten: Zum einen sind dies Informationen, welche die Gefahr beschreiben und hiermit Furcht auslösen, zum anderen enthalten Furchtappelle Informationen, wie die Gefahr vermieden werden kann.

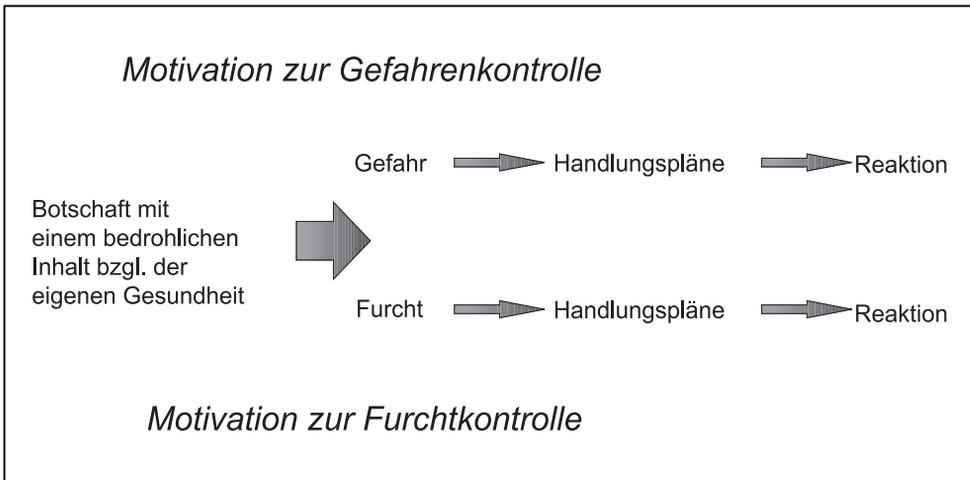


Abb. 3.9: Duales Prozessmodell der Verarbeitung von Furchtappellen (LEVENTHAL, SAFER & PANAGIS, 1983, p. 11).

Analog hierzu unterscheidet LEVENTHAL zwischen den zwei Prozessen der *Furchtkontrolle* und *Gefahrenkontrolle*, die er in seiner 1983 erschienenen Überarbeitung der Theorie (LEVENTHAL, SAFER & PANAGIS, 1983) als *subjektiv-emotionalen Prozeß* bzw. als *objektiv-kognitiven Prozeß* bezeichnete. Unter *Gefahrenkontrolle* (objektiv-kognitiver Prozeß) versteht LEVENTHAL das direkte Bemühen, durch angemessenes Verhalten (wie z.B. Alkoholabstinenz) einer potentiellen Gefahr (wie z.B. Leberschädigung) entgegenzuwirken. Der Prozeß der Gefahrenkontrolle ist nach Ansicht von LEVENTHAL ein Problemlöseprozeß, bei dem Informationen aus externen Quellen (z.B. Informationen durch die Nachricht selbst) oder eigene Erfahrungen mit einem bestimmten Verhalten das Handeln bestimmen. Die *Furchtkontrolle* (subjektiv-emotionaler Prozeß) dient hingegen der Reduktion unangenehmer Emotionen durch kognitive Abwehrreaktionen oder entspannende Handlungen wie Essen, Lesen u.ä., während Furchtappelle rezipiert werden. Während LEVENTHAL (1970)

diese beiden Prozesse zunächst als parallele Reaktionen angesehen hat und davon ausging, daß eine erfolgreiche Gefahrenkontrolle i.d.R. auch mit einer erfolgreichen Furchtkontrolle einhergeht, vertrat er später eine andere Position (vgl. LEVENTHAL, SAFER & PANAGIS, 1983). Seine Theorie bezeichnete er jetzt als duales Prozeßmodell („Dual Process Model“) und ging davon aus, daß die beiden Prozesse der Furcht- und Gefahrenkontrolle unabhängig voneinander ablaufen. Dies liegt unter anderem daran, daß die erzeugte Furcht nur von relativ kurzer Dauer ist, während die kognitive Repräsentation einer Gefahr länger andauert. Er kommt auf der Basis dieser Annahmen zu folgenden Schlußfolgerungen bezüglich der Interaktion von Furchtkontrolle und Gefahrenkontrolle (vgl. auch Abb. 3.9):

1. Die zwei Motive subjektive Furchtkontrolle und objektive Gefahrenkontrolle können unabhängig voneinander sein.
2. Die objektiv-kognitive Repräsentation einer Gefahr kann unabhängig vom Handlungsplan der Person sein.
3. Handlungspläne zur Bewältigung einer objektiv-kognitiven Repräsentation einer Gefahr können unabhängig sein und/oder interagieren mit Plänen zur Bewältigung der subjektiven Furcht, welche durch die Gefahr hervorgerufen wird.

(Aus LEVENTHAL, SAFER und PANAGIS, 1983, p. 11; Übersetzung durch die Verfasser.)

EMPIRISCHE ARBEITEN ZUM MODELL DER PARALLELEN REAKTIONEN

Nachfolgend werden Studien zur kurvilinearen Hypothese, zur Rolle des Selbstwertgefühls bei der Rezeption von persuasiven Botschaften und zur Funktion spezifischer Instruktionen für die Umsetzung des Verhaltens vorgestellt.

KURVILINEARE HYPOTHESE

LEVENTHAL konnte in seinen Arbeiten keine Bestätigung der kurvilinearen Beziehung zwischen der Furchtstärke und einer Verhaltensänderung finden. Gleichzeitig muß betont werden, daß er abhängig vom Kriterium (unter Einbezug der Prozesse der Gefahrenkontrolle und Furchtkontrolle) heterogene Ergebnisse fand. So zeigte sich in der Untersuchung von LEVENTHAL und WATTS (1966) mit steigender Furchtinduktion eine geringere Inanspruchnahme einer anschließenden Röntgenuntersuchung bei starken Rauchern. Für die Beteiligung unterschiedlicher Prozesse in der Verarbeitung der persuasiven Botschaft sprechen allerdings die Befunde, daß ein linearer Zusammenhang zwischen der Stärke der Furchtinduktion und der anschließenden Selbstbeschränkung des Rauchens gefunden wurde (zusammenfassend vgl. Abschnitt 3.2.2). Den Grund für diese scheinbar widersprüchlichen Ergebnisse sehen LEVENTHAL und WATTS im zunächst furchtinduzierenden Charakter einer Röntgenuntersuchung. Um diese Furcht zu kontrollieren (Furchtkontrolle), nehmen Personen mit hoher induzierter Furcht weniger häufig an den Untersuchungen teil, jedoch schließt sich hieran die Gefahrenkontrolle zur Reduktion lang-

fristiger Risiken an, was sich in einer Reduktion des Zigarettenkonsums zeigte (vgl. auch LEVENTHAL & TREMBLY, 1968).

Auf der Basis dieser Befunde kommt LEVENTHAL zum Schluß, daß die kurvilineare Hypothese in der ursprünglichen Form nicht aufrechterhalten werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, daß sich mit zunehmender Furcht eine größere Umsetzung von Empfehlungen zeigt (Gefahrenkontrolle). Gegenläufige Reaktionen sind auf den Prozeß der Furchtkontrolle zurückzuführen, welche jedoch langfristig keine große Bedeutung haben, da die Furcht sich im Laufe der Zeit schnell verliert.

SELBSTWERTGEFÜHL BEI DER REZEPTION PERSUASIVER BOTSCHAFTEN

Große Bedeutung im Modell von LEVENTHAL haben neben situativen Merkmalen auch Persönlichkeitsmerkmale des Empfängers einer Botschaft. In seinen Untersuchungen konzentrierte er sich auf die Dimension des Selbstwerts („self-esteem“). LEVENTHAL ging davon aus, daß Personen mit einem unterschiedlichen Selbstwertgefühl für unterschiedliche Formen der Persuasion empfänglich sind. In den Forschungsaktivitäten von LEVENTHAL wurde diese äußerst allgemeine Hypothese, welche ohne theoretische Begründung formuliert wurde, spezifiziert. Die Grundannahme war dabei, daß Personen mit einem höheren Selbstwertgefühl auf Bedrohungen mit einem aktiveren Bewältigungsverhalten reagieren, als Personen mit geringem Selbstwertgefühl (vgl. DABBS, 1964). Empirisch überprüft wurde diese Hypothese durch die Untersuchung von DABBS und LEVENTHAL (1966): Den Versuchspersonen wurden Informationen über den Nutzen einer Tetanusimpfung gegeben und gleichzeitig die unabhängige Variable Furcht variiert und das Selbstwertgefühl der Versuchspersonen erfaßt. Es zeigte sich bei Personen mit hohem Selbstwertgefühl mit zunehmender Furcht ein Anstieg der Intention, eine Schutzimpfung durchführen zu lassen, während Personen mit geringem Selbstwertgefühl unabhängig von der Furcht eine starke Intention zum Handeln angaben. In einer Studie mit Filmen über Autounfälle bei unterschiedlichen Geschwindigkeiten konnten LEVENTHAL und TREMBLY (1968) nachweisen, daß Personen mit hohem Selbstwertgefühl eine stärkere Intention hatten, in Zukunft vorsichtiger zu fahren. Zudem zeigte sich eine Wechselwirkung zwischen Selbstwertgefühl und der Stärke der Furcht. Bei Personen mit hohem Selbstwertgefühl wurde ein Zusammenhang von Furchtstärke und Intention gefunden. Umgekehrtes wurde für Personen mit geringem Selbstwertgefühl nachgewiesen, d.h. bei höherer Furcht wurde eine geringere Intention berichtet.

LEVENTHAL leitet jedoch aus diesen Ergebnissen keinerlei Schlußfolgerungen für die Gestaltung präventiver Informationen ab. Auch stellt sich die Frage der Generalisierbarkeit und Validität der Befunde, da die in den Untersuchungen eingesetzte Skala zur Erfassung des Selbstwertgefühls (20 bzw. 44 Items mit siebenstufigen Ratings) ein eher globales Maß darstellt und testtheoretisch nur unzureichend überprüft wurde. ROSEN, TERRY und LEVENTHAL (1982) führten mit den Items dieser Skala testtheoretische Analysen durch und

verwerfen die ursprüngliche Form der Skala. Inhaltlich sehen die Autoren eine Nähe des Konstrukts des Selbstwertgefühls von LEVENTHAL zu dem damals noch relativ neuen Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung von BANDURA (1977a). Im Gegensatz zum Konstrukt des Selbstwertgefühls bietet die Theorie von BANDURA eine wesentlich engere Definition der Selbstwirksamkeitserwartung und dadurch erhebliche methodische und empirische Vorteile (vgl. Abschnitt 2.1.3).

FUNKTION SPEZIFISCHER INSTRUKTIONEN

Viele Forschungsarbeiten von LEVENTHAL beschäftigten sich mit der Bedeutung spezifischer Instruktionen für die Wirksamkeit persuasiver Botschaften. Seine Hypothese war, daß spezifische Instruktionen eine größere Verhaltensänderung bewirken als die alleinige Furchtinduktion. LEVENTHAL, SINGER und JONES (1965) untersuchten Empfehlungen zur Teilnahme an einer Tetanusimpfung. Dabei wurden unterschiedliche Furchtstärken (durch die Darstellung der Konsequenzen) variiert und die Empfänger erhielten eine konkrete Instruktion (Einrichtung, Ort, Öffnungszeiten) zur Umsetzung der Empfehlungen bzw. wurde ihnen diese vorenthalten. Als Ergebnis fanden die Autoren die Notwendigkeit spezifischer Instruktionen für eine hohe Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen. Die Induktion von Furcht allein war weniger erfolgreich als die zusätzliche Instruktion zur Umsetzung der Empfehlungen nach einer stark furchterzeugenden Botschaft (vgl. auch LEVENTHAL, JONES & TREMBLY, 1966). In einer weiteren Studie zur Bedeutung von spezifischen Instruktionen fanden LEVENTHAL, WATTS und PAGANO (1967) bei Rauchern, die spezifische Instruktionen zur Reduktion ihres Rauchverhaltens in Form eines Ratgebers nach der Furchtinduktion erhalten hatten, eine stärkere Reduktion ihres Zigarettenkonsums als bei Personen, welche lediglich einen furchtinduzierenden Film betrachtet hatten (vgl. auch LEVENTHAL & SLADE, 1964; LEVENTHAL & SINGER, 1966).

BEWERTUNG DER THEORIE DER PARALLELEN REAKTIONEN

Abgeleitet aus den Ergebnissen seiner Arbeiten kommt LEVENTHAL zu folgenden Schlußfolgerungen (aus LEVENTHAL & HIRSCHMAN, 1982, p. 195):

1. Die Effekte von Furcht sind nur kurzfristig. Es treten Effekte auf Motivation, Einstellung und Verhalten mit einer maximalen Latenz von einer Woche auf.
2. Um eine Umsetzung von Ratschlägen in Handlungen zu ermöglichen, ist es neben der Furchtinduktion notwendig, Handlungsanweisungen (welche auch zu einer Furchtreduktion führen) zu geben. Ziel ist es, der jeweiligen Person Handlungskompetenzen dahin gehend zu vermitteln, in welchen konkreten Situationen des normalen Tagesablaufs sie ihr Verhalten ändern können.
3. Individuelle Unterschiede auf der Dimension Selbstwertgefühl (self-esteem) spielen eine wichtige Rolle bei der Wirkung von Furchtappellen bei jeder einzelnen Person.

(Übersetzung durch die Verfasser)

Die Arbeiten von LEVENTHAL bieten durch die Konzepte der Furchtkontrolle und Gefahrenkontrolle wichtige Erweiterungen zur Erklärung der teilweise widersprüchlichen empirischen Befunde zur kurvilinearen Hypothese. LEVENTHAL geht davon aus, daß die Furchtkontrolle kurzfristig wirksam ist und hier die von JANIS angenommenen Abwehrprozesse wirksam werden. Langfristig kommt es hingegen zu einer Gefahrenkontrolle, bei der es zu einer Umsetzung präventiver Empfehlungen im Sinne der Botschaft auch bei hoher Furchtinduktion kommt. Diese beiden Konstrukte ermöglichen eine differenziertere Betrachtung der kurvilinearen Hypothese, wobei die Arbeiten von LEVENTHAL die Annahme eines linearen Trends nahelegen.

Leider blieb die Überprüfung der theoretisch formulierten Prozesse insgesamt mangelhaft, da in den Experimenten die Prozesse Furchtkontrolle und Gefahrenkontrolle nicht explizit getrennt wurden. Auch die oben vorgestellten Thesen zum Zusammenhang der beiden Prozesse bieten wenig präzise Vorstellungen, in welchen Situationen der eine oder der andere Prozeß im Vordergrund steht. Wichtige Annahmen und Vorhersagen der Theorie sind nach wie vor ungeprüft, so daß die formulierten Thesen eher einen heuristischen Rahmen wiedergeben. Die Arbeiten zur Bedeutung des Selbstwertgefühls ergaben empirisch uneinheitliche Befunde, wobei in neuerer Zeit eine Spezifizierung durch das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung stattgefunden hat.

Große praktische Relevanz für die Gestaltung von präventiven Informationen haben die Befunde zur Bedeutung von spezifischen Instruktionen. Hieraus läßt sich ableiten, daß Furchtappelle nie ohne Instruktionen zur Furchtkontrolle erfolgen sollten, da nur so eine effektive Gefahrenkontrolle möglich wird. Dies bedeutet, daß für eine effektive Gestaltung von präventiven Botschaften die Schwelle zur Umsetzung der Empfehlungen möglichst gering gehalten werden muß, um den Empfängern einer furchtauslösenden persuasiven Botschaft die Möglichkeit zur Reduktion der Furcht durch angemesseneres Handeln zu geben.

3.2.4. DIE THEORIE DER SCHUTZMOTIVATION

Ziel der ursprünglichen Formulierung der Theorie der Schutzmotivation war eine Spezifizierung der Charakteristika von Furchtappellen (ROGERS, 1975). Als bestimmende Größen von Furchtappellen nahm ROGERS dabei die folgenden drei Dimensionen an:

- Stärke der ausgehenden Gefahr,
- Auftretenswahrscheinlichkeit des Ereignisses,
- Verfügbarkeit einer effektiven Schutzmaßnahme.

Die Hauptannahme war, daß diese drei Variablenbereiche einen wesentlichen Einfluß auf die Motivation, eine präventive Maßnahme durchzuführen, haben, wobei ROGERS von einer multiplikativen Verknüpfung der Komponenten ausging (vgl. ROGERS, 1975). In der

neueren Version dieser Theorie (ROGERS, 1983; MADDUX & ROGERS, 1983) wurde diese multiplikative Verknüpfung der einzelnen Komponenten zugunsten einer additiven Verknüpfung aufgegeben, da sich in vielen Studien die multiplikative Form der Verknüpfung nicht replizieren ließ (vgl. JONAS, 1993). ROGERS unterscheidet in der revidierten Form seiner Theorie die zwei Komponenten ‚Bewertung der Bedrohung‘ (threat appraisal) und ‚Bewertung des Bewältigungsverhaltens‘ (coping appraisal). Die Prozesse *Bewertung der Bedrohung* und *Bewertung des Bewältigungsverhaltens* verlaufen weitgehend parallel und bilden im Ergebnis die Schutzmotivation. Damit entwickelte sich die revidierte Form der Theorie von einer Akzentuierung von Furchtappellen für Gesundheitsverhalten hin zu einer allgemeinen Theorie des Gesundheitsverhaltens. Für die Entstehung der Schutzmotivation und damit des Vorsorgeverhaltens müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (vgl. Abb. 3.10):

1. Wahrnehmung der Schwere der Bedrohung,
2. Wahrnehmung persönlicher Gefährdung (Vulnerabilität),
3. Kompetenzerwartung hinsichtlich der Durchführung der notwendigen Maßnahme,
4. Annahme der Verhaltenseffektivität,
5. Belohnungen der nicht angemessenen Bewältigung werden durch die hemmenden Faktoren der ungünstigen Bewältigung aufgehoben,
6. fördernde Faktoren der adaptiven Bewältigung überwiegen deren Kosten.

Im Rahmen der Theorie der Schutzmotivation lassen sich zumindest zwei Situationen beschreiben, in denen sich eine Person trotz starker Bedrohung nicht in der Lage sieht, sich selbst zu schützen. Dies kann der Fall sein, wenn die einzig verfügbare Bewältigungsstrategie ineffektiv ist oder die Person glaubt, das erforderliche Verhalten nicht ausführen zu können. Aus Sicht der Theorie der Schutzmotivation hat die Verwendung von emotionalen Appellen einen hohen Stellenwert: Informationen über eine Gesundheitsbedrohung aus dem Umfeld und intrapersonale Faktoren (sources of information) lösen eine subjektive Analyse der Bedrohung aus. Die Schwere/Gefährlichkeit (severity) und die eigene Verletzlichkeit (vulnerability) sowie der Belohnungswert des Verhaltens werden eingeschätzt; sie erhöhen oder senken die Wahrscheinlichkeit für das Risikoverhalten.

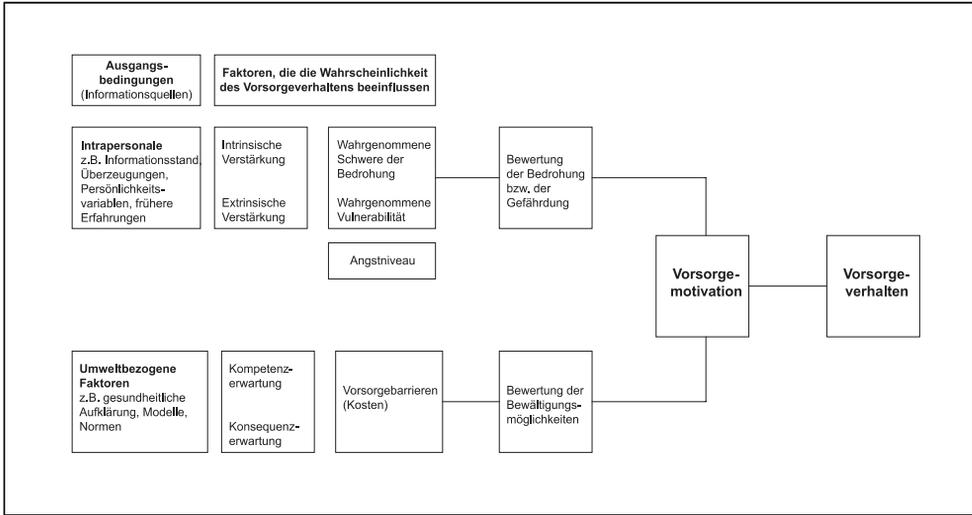


Abb. 3.10: Theorie der Schutzmotivation (nach ROGERS, 1983, aus BENGEL, 1993, S. 49).

EMPIRISCHE BEFUNDE ZUR THEORIE DER SCHUTZMOTIVATION

Im folgenden werden empirische Befunde zur Theorie der Schutzmotivation und ihrer einzelnen Komponenten dargestellt (für einen Überblick aus Sicht ihrer Vertreter s. ROGERS & PRENTICE-DUNN, in press; PRENTICE-DUNN & ROGERS, 1986; ROGERS, 1983). Die Bedeutung der Variable wahrgenommene Schwere konnte für die Zielverhaltensbereiche Rauchen (ROGERS & DECKNER, 1975; ROGERS, DECKNER & MEWBORN, 1978), Alkoholkonsum (STAINBACK & ROGERS, 1983), Entspannungstraining (BONFILIO, 1982) und Compliance bei zahnmedizinischer Behandlung (BECK & LUND, 1981) nachgewiesen werden. Der Stellenwert der wahrgenommenen Vulnerabilität konnte bei der Raucherentwöhnung (MADDUX & ROGERS, 1983), Teilnahme an sportlichen Trainingsprogrammen (WURTELE & MADDUX, 1987) und in der Osteoporoseprophylaxe bei Frauen (WURTELE, 1988) belegt werden. Empirische Bestätigung für die Variablen Konsequenzerwartung und Kompetenzerwartung bei Gesundheits- und Vorsorgeverhalten finden sich bei ROGERS und MEWBORN (1976), SHELTON und ROGERS (1981), BECK und LUND (1981), RIPPETOE und ROGERS (1987), WURTELE und MADDUX (1987). Im deutschsprachigen Raum gibt es zur Theorie der Schutzmotivation erst relativ wenige Arbeiten, welche die Modellannahmen überprüfen (vgl. BENGEL, 1993).

In den Tabellen 3.2.a und 3.2.b (S. 73/74) finden sich die in der Übersichtsarbeit von ROGERS und PRENTICE-DUNN (in press) angeführten Studien aus unterschiedlichsten inhaltlichen Bereichen. Die Tabellen erlauben eine Übersicht der in den Studien überprüften Variablen und deren signifikante Einflüsse auf das Verhalten bzw. die Intention (nicht-signifikante Ergebnisse wurden mit ^b gekennzeichnet). Die Autoren betonen, daß es sich um kein meta-analytisches Vorgehen handelt, bei dem die Berechnung von Effektstärken zur Abschätzung des Einflusses der einzelnen Variablenbereiche vorgenommen wird. Trotzdem

wird deutlich, daß zahlreiche Untersuchungen vorliegen, welche auf der Basis der Theorie der Schutzmotivation und der dazugehörigen Komponenten durchgeführt wurden und den Stellenwert der einzelnen Komponenten bestätigen konnten. Es lassen sich insgesamt nur wenige Arbeiten mit einem nichtsignifikanten Einfluß auf die Zielvariablen finden, was die theoretischen Annahmen weitgehend unterstützt. Allerdings wurde die Verknüpfung der Variablen bei dieser Betrachtung außer acht gelassen. Zudem wird durch die Übersicht auch ein wichtiges methodisches Problem der Studien sichtbar: Häufig erfolgte keine experimentelle Manipulation der untersuchten Variablen (durch ^a gekennzeichnet), so daß das zugrundeliegende Modell häufig lediglich durch quasi-experimentelle Untersuchungen belegt wurde. Eine Veränderung von unabhängigen Variablen würde eine bessere Übertragung der Ergebnisse auf die Gestaltung von präventiven Informationen gestatten. Quasiexperimentelle Untersuchungen erlauben hingegen lediglich die Schlußfolgerung, daß die Modellvariablen (Schwere der Bedrohung, Vulnerabilität, Kompetenzerwartung und Konsequenzerwartung) einen Einfluß auf das Verhalten haben, ohne daß hieraus ableitbar ist, wie und wodurch diese Modellvariablen zu verändern sind. Als Beispiel für dieses Vorgehen kann die Untersuchung von SUTTON und HALLETT (1988) genannt werden, in der die Versuchspersonen davon überzeugt werden sollten, weniger zu rauchen (vgl. Anhang A): Den Versuchspersonen wurde entweder ein Film über die negativen Konsequenzen des Rauchens oder ein Film über die Unfallkonsequenzen bei Nichtanlegen des Sicherheitsgurts gezeigt. Danach erfolgte die Einschätzung der Modellvariablen (Vulnerabilität, Schwere etc.) in Abhängigkeit vom gesehenen Film, die wiederum als Prädiktoren für die Intention, das Rauchen zu reduzieren, herangezogen wurden. Problematisch an dieser Versuchsanordnung ist, daß meist eine Überlegenheit des inhaltlich passenden Films gegenüber der Kontrollbedingung sichtbar wird, jedoch Gestaltungsmerkmale des inhaltlich passenden Films weitgehend keine Berücksichtigung finden. Somit kann die Identifikation von Wirkvariablen von Medien auf der Basis dieses Vorgehens nicht geleistet werden, da lediglich die intermittierenden Prozesse einer Einstellungsänderung betrachtet werden.

Studienautoren und Erscheinungsjahr	Untersuchter Bereich	Untersuchte Variablen
Rogers & Thislethwaite (1970)	Rauchen *	S, RE
Hass, Bagley & Rogers (1975)	Energieverbrauch	S, V ^b
Rogers & Deckner (1975)	Rauchen	S, RE
Griffeth & Rogers (1976)	Fahrverhalten *	S
Rogers & Mewborn (1976)	Rauchen *	S, RE
Rogers, Deckner & Mewborn (1978)	Rauchen *	S
Mewborn & Rogers (1979)	Geschlechtskrankheiten	S ^b , V
Shelton & Rogers (1981)	Hilfverhalten	S, RE
Maddux & Rogers (1983)	Rauchen	V, RE, SE
Stainback & Rogers (1983)	Alkoholabstinenz	SV
Sutton & Eiser (1984)	Rauchen	SE ^a
Calanton & Warshaw (1985)	Wahlentscheidung	SV
Rogers (1985)	Impfung	S, V, RE
Stanley & Maddux (1986)	Bewegungsverhalten	RE, SE
Wolf, Gregory & Stephan (1986)	Nuklearkrieg	S ^a , V ^a , RE ^a , SE ^a
Rippetoe & Rogers (1987)	Brustuntersuchung	SV, RE, SE
Sutton, Marsh & Matheson (1987)	Rauchen	SE ^a
Wurtele & Maddux (1987)	Bewegungsverhalten *	S, V, SE
Calnan & Rutter (1988)	Brustuntersuchung *	RE ^a
Robberson & Rogers (1988)	Bewegungsverhalten	S
Sutton & Hallett (1988)	Rauchen	RE ^a
Wurtele (1988)	Calciumeinnahme *	V, RE
Allard (1989)	AIDS-Schutzverhalten *	S ^a , V ^a
Campis, Prentice-Dunn & Lyman (1989)	Sexueller Mißbrauch	RE, SE, RESE
Sutton & Hallett (1989a)	Rauchen	RE ^a , SE ^a
Sutton & Hallett (1989b)	Sicherheitsgurt	RE ^a
Tanner, Day & Crask (1989)	Kondombenutzung	V, SE
Steffen (1990)	Hodenkrebsvorsorge	V ^a , RE ^a
Peterson, Farmer & Kashani (1990)	Elterntaining *	RE ^a
Rhodes & Wolitski (1990)	AIDS-Poster *	S, RE ^b
Seydel, Taal & Wiegman (1990)	Brustkrebsvorsorge	S ^a , RE ^{a,b} , SE ^{a,b}
Self & Rogers (1990)	Sexualverhalten	RESE
Sutton, Marsh & Matheson (1990)	Rauchen	S ^a , RE

Tab. 3.2a: Übersicht von englischsprachigen Arbeiten zur Theorie der Schutzmotivation
(aus ROGERS & PRENTICE-DUNN, in press).

Studienautoren und Erscheinungsjahr	Untersuchter Bereich	Untersuchte Variablen
Ahia (1991)	Sexualverhalten	S ^a , V ^a , RE ^a , SE ^a
Aspinwall et al. (1991)	Sexualverhalten	V ^a , RE ^a , SE ^a
Axelrod & Newton (1991)	Nuklearkrieg	S ^a , V, RE ^a , SE ^a
Fruin, Pratt & Owens (1991)	Bewegungsmangel	SE ^a
Hine & Gifford (1991)	Umweltschutz	S
Kelly, Zyzanski & Alemagno (1991)	verschiedenes	RE ^a , SE ^a
Knapp (1991)	Zahnbelag *	SV
Smith Klohn & Rogers (1991)	Osteoporose	S
Tedesco, Keffer & Fleck-Kandath (1991)	Zahnhygiene *	SE ^a
Weinstein, Sandman & Roberts (1991)	Radontest *	S, V
Gleicher & Petty (1992)	Kriminalität	SV
Ho (1992)	Rauchen	SE ^a
Liberman & Chaiken (1992)	Kaffeekonsum	V
Marcus & Owen (1992)	Bewegungsmangel *	RE ^a , SE ^a
McCauley (1992)	Bewegungsmangel	SE ^a
Mermelstein & Riesenberg (1992)	Schutz vor Hautkrebs *	Va
Winnert et al. (1992)	HIV-Prävention	SE
Allen (1993)	Nuklearkrieg	S
Lynch et al. (1993)	Cholesterinsenkung *	S ^a , RE
Taal et al. (1993)	Arthritisbehandlung	SEa
Vaughn (1993)	Pestizidgebrauch *	V ^a , RE, SE ^a
Wulfert & Wan (1993)	Kondomgebrauch	RE ^a , SE ^a
McElreath, Prentice-Dunn & Rogers (1994)	Fahrradhelmgebrauch	SV, RE ^b , SE ^b
Plotnikoff (1994)	KHK-Erkrankungen	RE ^a , SE ^a
Pointer & Rogers (1994)	Alkoholkonsum	SV
Sturges & Rogers (1994)	Rauchen	SV ^b , RESE
Sutton et al. (1994)	Mammographie *	V ^a , RE

S = severity; V = vulnerability; SV = gemischtes Konstrukt aus severity und vulnerability
 RE = response efficacy; SE = self-efficacy; RESE = gemischtes Konstrukt aus response efficacy und self-efficacy

* : Bei Inhaltsbereichen mit diesem Zeichen wurden Verhaltensmerkmale erfaßt.

^a : Es erfolgte keine Veränderung der unabhängigen Variable.

^b : Es konnte kein Haupt- oder Interaktionseffekt für die unabhängige Variable gefunden werden.

Tab. 3.2b: Übersicht von englischsprachigen Arbeiten zur Theorie der Schutzmotivation (aus ROGERS & PRENTICE-DUNN, in press).

Im folgenden wird exemplarisch eine Auswahl von Studien dargestellt, welche sich mit gesundheitsrelevanten Themen beschäftigt haben. Dadurch soll das methodische Vorgehen und die Relevanz dieses Ansatzes für die Konzeption von präventiven Maßnahmen verdeutlicht werden.

ROGERS und THISLETHWAITE (1970) untersuchten 40 Raucher und 40 Nichtraucher zur Einstellung zum Rauchen und zur Risikoeinschätzung des Rauchens nach einer audiovisuellen Präsentation. Der gezeigte Film unterschied sich in der Darstellung der Konsequenzen des Zigarettenkonsums dahin gehend, daß nur in einer Version des Films eine Lungenoperation gezeigt wurde (entspricht der Bedingung hohe Furcht). Daneben wurde die Ergebniserwartung durch ein anschließend zu lesendes Merkblatt experimentell manipuliert: Darin wurden die positiven Konsequenzen einer Reduktion des Zigarettenkonsums (weniger Risiko an Lungenkrebs zu erkranken) als unsicher bzw. als äußerst wahrscheinlich dargestellt (hohe vs. geringe Ergebniserwartung). Bezüglich der Überzeugung, daß Rauchen Lungenkrebs verursacht, ergab sich ein Haupteffekt dahin gehend, daß eine hohe Ergebniserwartung (d.h. die Darstellung einer hohen Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen Rauchen und Lungenkrebs) zu einer hohen Einschätzung des Nutzens bezüglich des Aufgebens des Rauchens führte. Hinsichtlich der Einstellung zum Rauchen zeigten sich sowohl für Raucher als auch für Nichtraucher signifikante Interaktionseffekte zwischen der Furchtinduktion und der Darstellung der Ergebniserwartung. Personen in der Bedingung der hohen Furchtinduktion, verbunden mit der Darstellung der hohen Effektivität eines Aufgebens des Rauchens, gaben die stärksten Intentionen an, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. mit dem Rauchen nicht zu beginnen.

Die Untersuchung von ROGERS und MEWBORN (1976) basiert auf dem ursprünglichen Konzept der Furchtappellforschung von ROGERS: Es wurden die drei Variablenbereiche hohe vs. geringe Stärke der ausgehenden Gefahr, hohe vs. geringe Wahrscheinlichkeit des Ereignisses und hohe vs. geringe Ergebniserwartung der Gegenmaßnahme variiert. Inhaltlich bezog sich diese Studie auf die drei Bereiche sicheres Autofahren, Krebserkrankungen und Rauchen, die in den abhängigen Variablen durch Intentionen überprüft wurden. Es zeigte sich ein Haupteffekt der Einschätzung der Effektivität einer Maßnahme auf die Intention. Zudem zeigte sich in der Raucherstudie ein signifikanter Interaktionseffekt der Einschätzung der Effektivität und der Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses: Bei hoher Eintretenswahrscheinlichkeit und einer ineffektiven Darstellung des Präventivverhaltens war die Intention am geringsten ausgeprägt. Insgesamt war die Effektivitätsbeurteilung und somit die Ergebniserwartung der stärkste Prädiktor für die Intention.

Eine Bestätigung der Theorie der Schutzmotivation in der revidierten Form in bezug auf die Variablenverknüpfung versuchten MADDUX und ROGERS (1983) ebenfalls in einer Studie zum Raucherverhalten. Sie zeigten, daß die Intention der Raucher, ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren, durch experimentelle Manipulation der Erwartungen bezüglich der negativen Konsequenzen des fortgesetzten Rauchens (Kosten), der positiven Konsequenzen einer Reduzierung (Nutzen) sowie der Wahrnehmung der Fähigkeiten (Kompetenz) be-

einflußt wird. Höhere Werte in diesen Variablen produzieren stärkere Intentionen, den Nikotinkonsum zu reduzieren. Die Kompetenzerwartung ist der stärkste Prädiktor für die Änderungsintentionen.

Eine empirische Bestätigung der theoretischen Modellannahmen konnte BENGEL (1993, BENGEL et al. 1996) für den Bereich des HIV-Schutzverhaltens nachweisen. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung, welche im Gegensatz zu zahlreichen amerikanischen Arbeiten nicht an Studenten durchgeführt wurde, wirken vier Variablen auf das HIV-bezogene Schutzverhalten. In der Rangfolge der Stärke der Beziehung sind dies die Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf sexuelle kommunikative Kompetenz, die allgemeine sexuelle Selbstwirksamkeitserwartung, die wahrgenommene Schwere der Bedrohung durch AIDS und die Ergebniserwartung hinsichtlich HIV-protektiver Maßnahmen.

Eine Übersicht zu Studien aus dem Bereich der HIV-Infektion findet sich in der Meta-Analyse von FARIN (1995), der den höchsten Zusammenhang zwischen HIV-Schutzverhalten und der Selbstwirksamkeitserwartung ($r=0.147$) bzw. der Ergebniserwartung ($r=0.133$) berichtet. Die mittlere Korrelation der Schwere der Bedrohung lag bei $r=0.112$, während die Vulnerabilität eine mittlere Korrelation von $r=-0.029$ aufwies. Diese Zahlen machen deutlich, daß durch die Modellannahmen und Modellvariablen der Theorie der Schutzmotivation signifikant dem Zufall überlegene Vorhersagen möglich sind, jedoch die gesamte erklärte Varianz sehr gering ist.

Eine für den Bereich der Prävention äußerst interessante Studie führten STURGES und ROGERS (1994) durch, in der die Bedeutung von Furchtappellen aus entwicklungspsychologischer Perspektive betrachtet wurde. Dazu wurden unterschiedliche Altersgruppen (Kinder im Alter von 10 bzw. 15 Jahren, sowie junge Erwachsene im Alter von 20 Jahren) bezüglich ihrer Einstellung zum Rauchen untersucht. Im Experiment wurden allen Personen 10minütige Spots gezeigt, die sich in der Darstellung der negativen Konsequenzen des Rauchens (Furchtappell) unterschieden. Daneben unterschieden sich die Spots in der Darstellung, wie schwierig es in Zukunft sei, nicht zu rauchen bzw. angebotenen Zigaretten zu widerstehen. Es zeigte sich kein Haupteffekt der induzierten Furcht. Allerdings fand sich ein Interaktionseffekt zwischen der induzierten Furcht und der dargestellten Schwierigkeit, dem Rauchen zu widerstehen. Für Jugendliche und junge Erwachsene erwies sich die Kombination von hoher Furchtinduktion bei geringer Schwierigkeit als effektivste Variante. Bei Kindern war hingegen die Darstellung einer geringen Schwierigkeit für die Intention entscheidend, d.h. durch den Furchtappell waren keine additiven Effekte zu erreichen. Insgesamt sprechen die Resultate für eine differentielle Wirksamkeit von Furchtappellen bei unterschiedlichen Altersgruppen.

BEWERTUNG DER THEORIE DER SCHUTZMOTIVATION

Die Theorie der Schutzmotivation kann bezüglich ihrer einzelnen Komponenten, weniger hinsichtlich der Vorstellungen zur Variablenverknüpfung als empirisch ausreichend

untersucht angesehen werden. Die Veränderung von der ursprünglichen Formulierung der Theorie hin zu einem komplexeren Modell bringt erheblich bessere Vorhersagen der Schutzmotivation. Damit kommt neben der Bedrohungsbeurteilung auch der Bewertung der Bewältigungsstrategie (vor allem durch das Konzept der ‚Selbstwirksamkeit‘) ein hoher Stellenwert zu. Inhaltlich entsteht dadurch eine Nähe zu den theoretischen Positionen von LEVENTHAL: Dieser betonte ebenfalls die Bedeutung von konkreten Handlungsanweisungen zur Bewältigung einer Bedrohung als Kontrapunkt zur Bedrohungswahrnehmung.

Die Theorie der Schutzmotivation wurde bisher sowohl in Untersuchungen zur Analyse von Gesundheits- und Risikoverhalten genutzt, als auch zur Vorhersage von präventivem Verhalten herangezogen. Bezüglich der Analyse von Gesundheits- und Risikoverhalten können die Einflußfaktoren des Modells der Schutzmotivation als ausreichend untersucht und bestätigt angesehen werden. Hinsichtlich der Vorhersage von präventivem Verhalten durch die Rezeption von gesundheitsbezogenen Botschaften ist die Theorie ebenfalls gut belegt. Jedoch fällt es schwer, aufgrund des quasi-experimentellen Charakters vieler Untersuchungen Schlußfolgerungen für die Gestaltung von präventiven Botschaften zu formulieren. Lediglich einzelne Variablen wurden in kontrollierten Studien experimentell manipuliert, so daß Hypothesen bezüglich kausaler Zusammenhänge möglich sind. Als problematisch erweist sich allerdings die Tatsache, daß die meisten empirischen Untersuchungen an Studentenpopulationen durchgeführt wurden und somit in ihrer Generalisierbarkeit begrenzt sind.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Theorie der Schutzmotivation ein wichtiges Modell für Entscheidungsprozesse in bezug auf gesundheitsrelevante bzw. bedrohliche Situationen darstellt. Sie erlaubt eine systematische Betrachtungsweise relevanter Variablen für gesundheitsbezogene Entscheidungen, ohne den Entscheidungsprozeß selbst abzubilden.

Bezogen auf die Ausgangsfragestellung der Wirksamkeit von Furchtappellen zur Veränderung von Gesundheitsverhalten kann auf der Basis der Theorie der Schutzmotivation davon ausgegangen werden, daß Furchtappelle einen positiven Einfluß auf eine intendierte Verhaltensänderung haben. Allerdings sollten beim Empfänger ausreichende Bewältigungsstrategien vorhanden sein (zweite Komponente des Modells der Schutzmotivation), welche ebenfalls relevant für die Ausübung von Gesundheitsverhalten sind. Damit kommt die Theorie der Schutzmotivation zu ähnlichen Vorhersagen für die effektive Gestaltung von präventiven Informationen wie die Theorie von LEVENTHAL.

3.2.5.

DAS ELABORATION LIKELIHOOD MODEL UND DAS MODELL DER SYSTEMATISCHEN BZW. HEURISTISCHEN VERARBEITUNG

In Abgrenzung zu den oben genannten Modellvorstellungen steht bei den nachfolgend vorgestellten Theorien der Prozeß der Informationsverarbeitung einer Botschaft durch den Empfänger im Mittelpunkt des Interesses. Im Modell der Informationsverarbeitung von McGUIRE wird zwischen der Rezeption und der Akzeptierung einer Botschaft unterschieden. Auf der Basis dieses oben vorgestellten Informationsverarbeitungsschemas von McGUIRE (vgl. Abschnitt 3.2.2) wurde in den nachfolgend dargestellten beiden Ansätzen vor allem der Prozeß der Akzeptierung untersucht. Durch die im Anschluß dargestellten Theorien fand auch eine qualitative Erweiterung des Begriffs der Einstellungsänderung statt. Während in den zuvor dargestellten Ansätzen das Ausmaß der Einstellungsänderung als wichtigstes Maß im Vordergrund stand, wird in den hier vorgestellten Ansätzen auch der Prozeß und die Qualität einer Einstellungsänderung mitbetrachtet.

Das „Elaboration Likelihood Model“ von PETTY und CACIOPPO (1986) (i.f. ELM) und das Modell der heuristischen vs. systematischen Verarbeitung („heuristic systematic Model“) von CHAIKEN, LIBERMAN und EAGLY (1989) (i.f. HSM) sind aktuell diskutierte Theorien zur Erklärung von Einstellungsänderungen durch Überredung. Die Modelle gehen von jeweils zwei unterschiedlichen Wegen der Einstellungsänderung durch persuasive Kommunikation aus. PETTY und CACIOPPO (1986) bezeichnen diese beiden Prozesse *als zentrale Weg* bzw. *als peripheren Weg*. Das Modell von CHAIKEN, LIBERMAN und EAGLY (1989) unterscheidet entsprechend zwischen einer systematischen Verarbeitung („systematic processing“) und einer heuristischen Verarbeitung („heuristic processing“). Nachfolgend werden beide Theorien gemeinsam behandelt, da sich die Forschungsmethodik sowie die Ergebnisse nicht grundsätzlich unterscheiden (eine neuere Übersicht zu den beiden Theorien findet sich bei EAGLY & CHAIKEN, 1993). Die im ELM und HSM angenommenen hypothetischen Verarbeitungsprozesse von persuasiven Botschaften werden wie folgt charakterisiert:

Der *zentrale Weg* der Einstellungsänderung (entspricht der systematischen Verarbeitung bei CHAIKEN et al., 1989) zeichnet sich dadurch aus, daß Argumente für eine Einstellungsänderung durch den Empfänger exakt analysiert und zum Wissen der Person in Beziehung gesetzt werden. Erst in einem zweiten Schritt erfolgt ein Urteil über den jeweiligen Sachverhalt, bei dem alte und neue Informationen integriert werden. Relevant für das Ausmaß der Einstellungsänderung ist die Qualität der Argumente. Notwendige Voraussetzung für eine Einstellungsänderung ist eine hohe Motivation zur Rezeption seitens des Empfängers, sowie seine Möglichkeit, die Argumente bzgl. ihrer Gültigkeit zu beurteilen. Die Einstellungsänderungen des zentralen Wegs sind zeitlich stabil und beeinflussen das Verhalten. Auch sind sie stabil hinsichtlich einer Gegenargumentation zur Einstellungsänderung. Der Sender einer Nachricht, der eine dauerhafte Veränderung der Einstellung bei

einer Person erreichen möchte, sollte deshalb eine zentrale Informationsverarbeitung des Empfängers anstreben (vgl. Tab. 3.3, linke Spalte).

Zentrale (systematische) Verarbeitung der Information	Periphere (heuristische) Verarbeitung der Information
<p>Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Motivation des Rezipienten • Fähigkeit zur Verarbeitung der Information <p>Einstellungsänderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte Einstellungsänderungen • Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Einstellungsänderung und der Qualität der Argumente • Einstellungsänderungen ziehen eine Verhaltensänderung nach sich • Einstellungsänderungen sind stabil hinsichtlich Gegenargumenten 	<p>Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation und intellektuelle Fähigkeiten nicht notwendig zur Verarbeitung <p>Einstellungsänderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Ausmaß der Einstellungsänderung hängt von peripheren Merkmalen (Quellencharakteristika, Aufforderungscharakter etc.) ab • Nur kurzfristige Einstellungsänderungen können erreicht werden • Einstellungsänderungen haben nur einen geringen Einfluß auf das Verhalten

Tab. 3.3: Zentrale und periphere Verarbeitung von Informationen.

Von einer *peripheren Informationsverarbeitung* wird dann gesprochen, wenn die kognitiven Fähigkeiten bzw. die Motivation des Empfängers nicht ausreichen, um eine Nachricht zu empfangen und zu verarbeiten. Darauf folgende Veränderungen von Einstellungen sind nur von kurzer zeitlicher Beständigkeit und werden durch periphere Merkmale der Botschaft erreicht. Periphere Merkmale einer Botschaft können dabei etwa die Attraktivität der Quelle oder die Glaubwürdigkeit des Senders sein. Die Qualität der Argumente spielt bei der peripheren Verarbeitung nur eine untergeordnete Rolle für den persuasiven Effekt einer Botschaft (vgl. Tab. 3.3, rechte Spalte).

Die hierzu durchgeführten Experimente unterscheiden jeweils zwischen einer ersten Gruppe, die schwache (oder wenige) Argumente erhielt, und einer zweiten Gruppe, bei der stärkere (bzw. viele) Argumente für eine Einstellungsänderung vorlagen. Zeigte sich keine Abhängigkeit der Einstellungsänderung von der Güte der Argumente, wurde auf eine periphere Informationsverarbeitung geschlossen, während umgekehrt bei einer Abhängigkeit der Einstellungsänderung von der Güte der Argumente eine zentrale Einstellungsänderung angenommen wurde. In graphischer Form haben PETTY und CACIOPPO (1986) ihr komplexes Modell wie folgt dargestellt (vgl. Abb. 3.11):



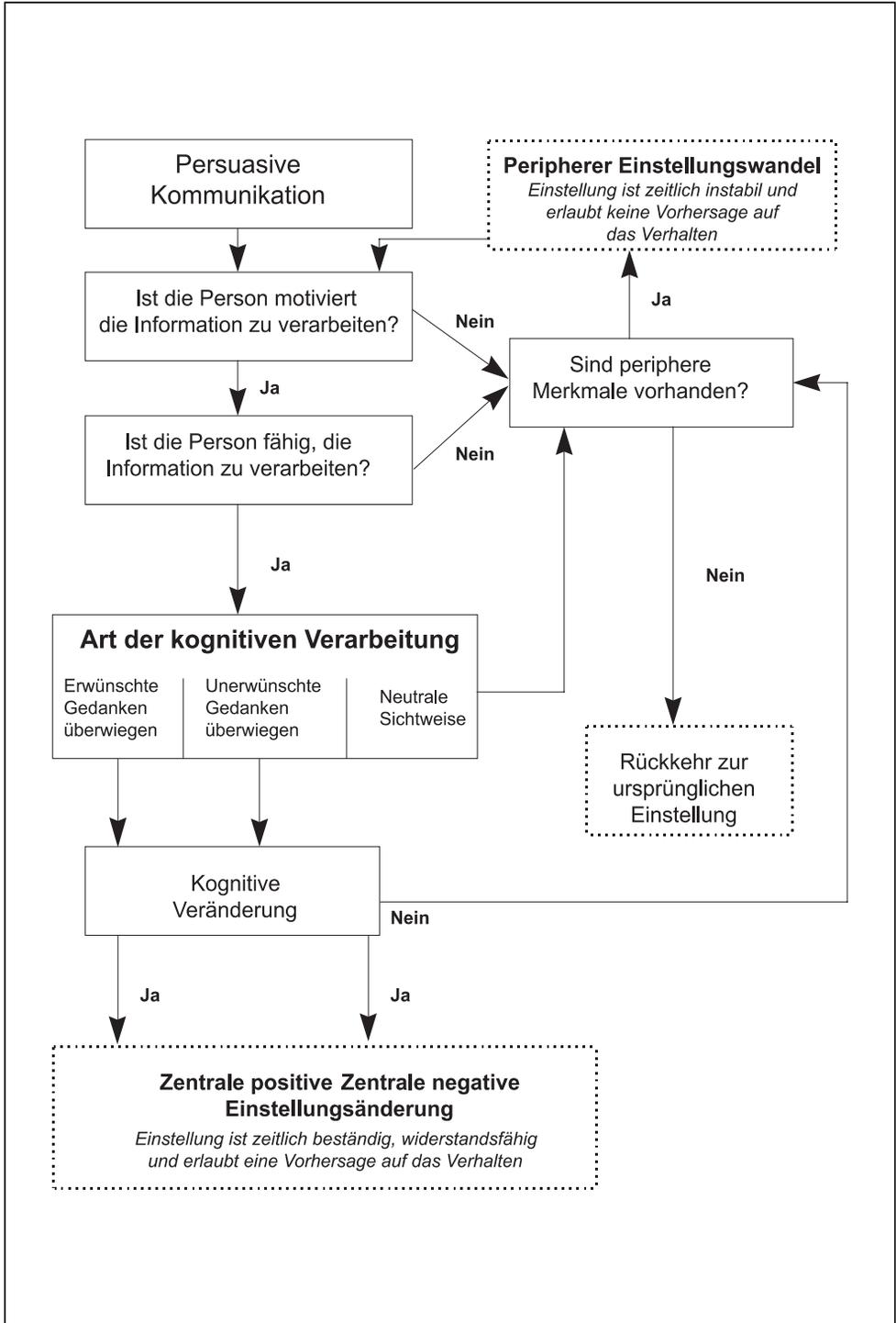


Abb. 3.11: Das Elaboration Likelihood Model nach PETTY und CACIOPPO (1986, p. 126)
 (Übersetzung durch die Verfasser).

Ausgehend von der persuasiven Botschaft sind zwei Voraussetzungen für eine zentrale Verarbeitung notwendig: Zum einen sollte der Empfänger eine hohe Motivation zur Wahrnehmung und Analyse der Argumente haben, zum anderen benötigt der Empfänger Fähigkeiten zur Verarbeitung der Informationen. Sollten beide Voraussetzungen erfüllt sein, so haben die qualitativen Merkmale der Botschaft Bedeutung. Werden die Argumente als stark empfunden, erfolgt anschließend eine Einstellungsänderung; bei schwacher Argumentation erfolgt eine Verfestigung der bisherigen Einstellung bzw. ein Bumerangeffekt. Die periphere Verarbeitung erfolgt dann, wenn eine der zwei notwendigen Bedingungen (Fähigkeit und Motivation) für eine zentrale Verarbeitung nicht gegeben ist. Es erfolgt lediglich eine vorübergehende Einstellungsverschiebung, die durch nicht relevante Merkmale der persuasiven Botschaft (wie z.B. Sympathie für den Sprecher) verursacht wird. Langfristig erfolgt jedoch keine Einstellungsänderung, vielmehr wird die vorhergehende Einstellung letztlich beibehalten.

Die hinter diesem Modell stehenden Annahmen wurden experimentell überprüft. So konnte die zeitliche Stabilität einer Einstellungsänderung bei zentraler Verarbeitung nachgewiesen werden (vgl. CHAIKEN, 1980; CHAIKEN & EAGLY, 1983). Auch der Zusammenhang von Einstellungen (nach zentraler Verarbeitung) auf verhaltensnahe Intentionen wurde gefunden (vgl. PETTY, CACIOPPO & SCHUMANN, 1983), und bezüglich des Wahlverhaltens gelang eine gute Verhaltensvorhersage für Personen mit zentraler Verarbeitung (vgl. CACIOPPO, PETTY, KAO & RODRIGUEZ, 1986). Die Annahme, daß eine Einstellungsänderung auf der Basis einer zentralen Informationsverarbeitung hinsichtlich Gegenargumenten resistenter ist, konnte beispielsweise in der Untersuchung von WU und SCHAFFER (1987) nachgewiesen werden.

Auf die Bedeutung von Furchtappellen und deren Einfluß auf die Art der Verarbeitung von Informationen gehen PETTY und CACIOPPO (1986) kaum ein. GLEICHER und PETTY (1992) formulieren die Annahme, daß, analog zur oben beschriebenen Theorie der Schutzmotivation, die Schutzmotivation von der erlebten Bedrohung abhängt, so daß eine hohe Bedrohung den Impuls auslöst, sich zu schützen. Die Autoren gehen weiterhin davon aus, daß Empfänger von Botschaften eine exakte Analyse der Botschaft vornehmen (zentrale Verarbeitung), wenn sie der Überzeugung sind, daß aufgrund der Informationen für sie ein besserer Schutz möglich ist. Sind die Personen jedoch bereits aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen beruhigt und erleben eine zu starke Beunruhigung durch die neuen Informationen, werden sie eine Informationsverarbeitung vermeiden. Diese Annahmen stehen in Einklang mit den oben formulierten Hypothesen von JANIS (1967), der in Abwehrprozessen Hinderungsgründe für die Überredungswirkung bei starker Furchtinduktion sah.

EMPIRISCHE BEFUNDE DES ELM UND HSM ZUM EINFLUSS VON FURCHT AUF EINSTELLUNGSÄNDERUNGEN

In der empirischen Untersuchung von GLEICHER und PETTY (1992) wurde die Wirksamkeit von Furchtappellen am Thema ‚Einführung von Präventionsprogrammen zur Verhin-

derung von kriminellen Straftaten auf dem Hochschulgelände' untersucht. Dabei variierten die Autoren analog zur Studie von ROGERS und MEWBORN (1976; vgl. Abschnitt 3.3.4) die Darstellung der Vulnerabilität für ein Ereignis sowie die Darstellung der zu erwartenden Wirksamkeit einer Gegenmaßnahme. Zunächst zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der induzierten Furcht und der Einstellung bezüglich der Maßnahme zur Verhinderung weiterer Straftaten. Gleichzeitig zeigten sich interessante Interaktionseffekte: In der Versuchsbedingung mit geringer Furchtinduktion wirkten sich unabhängig von der Wirksamkeitserwartung bezüglich der Gegenmaßnahme unterschiedlich starke Argumente auf die Einstellung aus. Bei starker Furchtinduktion hatte die Argumentenqualität in der Bedingung unklare Wirksamkeitserwartung einen signifikanten Effekt auf die Einstellung, während bei klarer Wirksamkeitserwartung starke Argumente und schwache Argumente zu einer sehr positiven Einschätzung der Maßnahme beitrugen. Die Autoren schließen aus diesen Ergebnissen, daß bei hoher Furchtinduktion eher eine periphere Verarbeitung eintritt (hier durch den fehlenden Effekt der Argumentenstärke belegt). Wird in einer Kampagne nach einer hohen Furchtinduktion die Wirksamkeit einer Gegenmaßnahme als unklar dargestellt, so haben die Argumente große Bedeutung (zentrale Verarbeitung), während bei klarer Wirksamkeitsbewertung eine periphere Verarbeitung eintritt.

Die Untersuchung von POINTER und ROGERS (1994) beschäftigte sich mit der Einstellung zu übermäßigem Alkoholkonsum. Es wurden persuasive Botschaften mit bzw. ohne Furchtappelle angeboten, die entweder von einem Experten (Mediziner) oder einem Laien (Historiker) vorgetragen wurden. In den Ergebnissen zeigte sich wiederum ein Haupteffekt der induzierten Furcht auf die Einstellung zu alkoholischen Getränken. Eine höhere Furcht ging einher mit einer höheren Intention, weniger zu trinken. Die hypothetisch erwarteten Interaktionseffekte konnten jedoch nicht nachgewiesen werden: POINTER und ROGERS waren davon ausgegangen, daß in der Versuchsbedingung mit niedriger Furcht kaum Unterschiede zwischen der Gruppe mit starken Argumenten und der Gruppe mit schwachen Argumenten nachzuweisen sind. Dieser Haupteffekt wurde bestätigt, jedoch zeigte sich nicht der erwartete Interaktionseffekt. Es zeigte sich vielmehr ein Anstieg der Überredungswirkung durch die Furchtinduktion sowohl in der Gruppe mit starken Argumenten als auch in der Gruppe mit schwachen Argumenten (bei der letzteren Gruppe war von einem Rückgang der Überredungswirkung ausgegangen worden). POINTER und ROGERS erklären ihre Ergebnisse durch die thematische Fragestellung der Arbeit: Im Gegensatz zu vielen anderen Arbeiten aus dem Bereich der Einstellungsänderungsforschung ging es in dieser Studie um Einstellungen zu gesundheitsbezogenen Themen, zu denen die Versuchspersonen eine bereits manifestierte Voreinstellung haben. Diese Voreinstellungen führen möglicherweise zu einer verzerrten Verarbeitung, welche beispielsweise in den Experimenten von GLEICHER und PETTY (1992) keine Rolle gespielt haben.

Eine Studie zum Thema ‚Fluoridierung des Grundwassers‘ führten BARON, LOGAN, LILLY, INMAN und BRENNAN (1994) durch. Die Autoren untersuchten dabei den Einfluß von Furcht auf die Einstellung zur Fluoridierung. Es zeigte sich kein Haupteffekt der induzierten Furcht auf die Einstellungsänderung, d.h. die Gruppe mit starker Furchtinduktion hatte keine positivere Einstellung. Jedoch sprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung dafür, daß

in der Bedingung hoher Furchtinduktion eine systematische Informationsverarbeitung stattgefunden hat, da sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe mit starken und der Gruppe mit schwachen Argumenten fand. Damit stehen diese Ergebnisse im Gegensatz zur Untersuchung von GLEICHER und PETTY (1992): Die Autoren erklären dies durch die eher geringe Furchtinduktion in dieser Arbeit und durch die fiktiven Folgen von Gewalt auf dem Schulgelände, welche im Gegensatz zu Zahnbehandlungen für einen Großteil der Versuchspersonen keine Relevanz (durch Vorerfahrungen) besitzen.

JEPSON und CHAIKEN (1990) untersuchten in zwei Studien den hemmenden Einfluß von chronischer Furcht auf eine systematische Verarbeitung von Informationen. In den beiden Studien zu Krebserkrankungen überprüften die Autoren u.a., ob sich Personen mit unterschiedlich starker Angst vor Krebs in der Anzahl der gefundenen logischen Fehler (in der Argumentation innerhalb der Botschaft) unterscheiden. Ausgangshypothese war, daß chronische Angst vor Krebs eine systematische Verarbeitung verhindert. Die Ergebnisse bestätigten diese Hypothese und zeigten auch, daß mit zunehmender Furcht die Fähigkeit zur systematischen Verarbeitung abnahm. Inwieweit die Erklärung für diesen Zusammenhang in motivationalen Gründen oder in Einschränkungen der Verarbeitungskapazität zu suchen ist, können die Autoren abschließend nicht beantworten. Jedoch sehen die Autoren in ihrer Arbeit eine wichtige Bestätigung und Weiterentwicklung der kurvilinearen Hypothese (vgl. JANIS & FESHACH, 1953; JANIS, 1967; HOVLAND, JANIS & KELLEY, 1953). Die geringere Motivation bzw. Kapazität zur Verarbeitung der relevanten Informationen werten die Autoren als einen Beleg für die Vermeidung der Wahrnehmung unangenehmer Emotionen.

Die Studie von LIBERMAN und CHAIKEN (1992) untersuchte explizit die defensiven Mechanismen bei der Verarbeitung von persuasiver Kommunikation bei Frauen. Durch die persuasive Botschaft in dieser Untersuchung sollte eine Einstellungsänderung bzgl. der Höhe des Kaffeekonsums angestrebt werden. Als Grund für die Senkung des Kaffeekonsums wurde der fiktive Zusammenhang zu einer Lungenerkrankung genannt. In der Bedingung mit hoher Bedrohung wurde ein Bericht einer Fachzeitschrift herangezogen, der früher berichtete Ergebnisse zu diesem Zusammenhang bestätigte, während in der gering bedrohenden Alternative der Zusammenhang durch aktuelle Befunde nicht unterstützt wurde. Zunächst fanden die Autorinnen, daß die persönliche Relevanz der Botschaft einen Haupteffekt auf die subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen einer Erkrankung und der Menge an konsumiertem Kaffee hatte. Anschließend wurde in der Ergebnisdarstellung die Stichprobe anhand des Kaffeekonsums unterteilt in Personen, für die eine hohe Relevanz der Botschaft gegeben ist (Kaffeetrinkerinnen) und Frauen ohne diese persönliche Relevanz der Botschaft (Frauen, die keinen Kaffee trinken). Während Frauen mit geringer Relevanz für das Thema stärker an einen Zusammenhang glaubten, berichteten Kaffeetrinkerinnen von einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen Kaffeekonsum und einer Erkrankung. Wichtiger ist jedoch das Ergebnis, daß Frauen mit hoher Relevanz beruhigende Teile der Botschaft weniger kritisch lasen als beunruhigende Teile. Daher gelangen die Autorinnen zu der Schlußfolgerung, daß die persönliche Relevanz einer furchterzeugenden Botschaft zu Abwehrprozessen führt.

BEWERTUNG DER MODELLE

Die Annahmen des ELM und des HSM bieten wichtige Ansatzpunkte zum Verständnis der Informationsverarbeitung und -integration durch Überredung. Jedoch sind die Annahmen hypothetisch und nur zum Teil experimentell belegt. Vor allem die Vorhersage des Verhaltens aufgrund von Einstellungsänderungen nach systematischer bzw. zentraler Verarbeitung einer persuasiven Botschaft müssen als spekulativ bezeichnet werden, da hierzu nur wenige empirische Belege mit verhaltensbezogenen Variablen vorliegen. Gleichzeitig muß betont werden, daß durch die experimentellen Arbeiten im Rahmen des ELM und des HSM die Bedeutung von zahlreichen sowohl sender- oder botschaftsbezogenen Merkmalen (z.B. Expertenstatus, Informationsdichte) als auch von empfängerbezogenen Merkmalen (z.B. die Motivation, sich gedanklich mit einer Thematik zu beschäftigen) untersucht wurde und konsistente Ergebnisse gefunden wurden. Somit steht der heuristische Wert der theoretischen Annahmen außer Frage.

Für die Gestaltung von persuasiven Botschaften bieten die experimentellen Befunde nur wenige konkrete Hinweise. Bisher konnten einige allgemeine Zusammenhänge beschrieben werden, welche Gestaltungsmerkmale konsistent zu einer zentralen bzw. peripheren Verarbeitung von persuasiven Botschaften führen. Diese Merkmale beziehen sich zumeist auf die Fähigkeit bzw. die Motivation zur Verarbeitung einer persuasiven Botschaft. Beispielsweise vermindern externe Störeinflüsse und eine schnelle Präsentation von Argumenten die Wahrscheinlichkeit einer genauen Analyse der Argumente (vgl. SMITH & SHAFFER, 1991), d.h. die Botschaft wird eher peripher verarbeitet. Die Bedeutung von Emotionen bei der Verarbeitung von persuasiven Botschaften ist hingegen noch weitgehend ungeklärt. Zum Einfluß der Stimmung auf die Informationsverarbeitung liegen bereits einige Arbeiten vor, wobei BLESS, BOHNER und SCHWARZ (1991) konkurrierende Hypothesen zur Erklärung zum Zusammenhang anbieten³. Die hierzu durchgeführten Experimente ergeben insgesamt ein uneinheitliches Bild (vgl. z.B. MACKIE & WORTH, 1991, 1989) und lassen für die Interpretation der Ergebnisse meist mehrere Erklärungsalternativen offen (vgl. SCHWARZ, BLESS & BOHNER, 1991; BLESS, MACKIE, & SCHWARZ, 1992).

Analoges gilt auch für den Bereich der Angst bzw. der induzierten Furcht bezüglich der Verarbeitung von persuasiven Botschaften. Bisher wurden jedoch nur wenige Arbeiten zur Verarbeitung von Furchtappellen durchgeführt. Es gibt sowohl Hinweise, daß es durch eine hohe Furchtinduktion zu Abwehrprozessen kommt, als auch Studien, welche gegenteilige Ergebnisse berichten. Die Frage, ob es sich bei einer peripheren Verarbeitung um motivationale oder kapazitätsbedingte Einschränkungen durch Furchtappelle handeln könnte, lassen die Autoren offen, jedoch bringen sie ihre Ergebnisse in Zusammenhang mit der kurvilinearen Hypothese von JANIS und McGUIRE.

³ Die erste Hypothese, bei der die Stimmung des Empfängers als peripheres Merkmal oder als unterstützendes Merkmal zur Erinnerung herangezogen wird, geht vor allem auf lerntheoretische Annahmen zurück. Untersuchungen zur motivationalen Auswirkung der Stimmung auf die Verarbeitung konnten nachweisen (Hypothese 2), daß Personen in negativer Stimmung zu einer aufwendigen, detaillierten Verarbeitung neigen. Umgekehrt zeigte sich bei gut gestimmten Personen eine eher heuristische Verarbeitung (vgl. z.B. BLESS, 1989; BATRA & STAYMAN, 1990; zum Überblick siehe SCHWARZ, 1988; 1990). Eine dritte Hypothese geht von einem Einfluß der Stimmung auf die Verarbeitungskapazität aus. Grundannahme ist hierbei, daß die stimmungsbezogenen Kognitionen in Interferenz zur Verarbeitung der persuasiven Information stehen können.

Abschließend ist zu sagen, daß die bisherigen Arbeiten auf der Basis des ELM und HSM meist experimentelle Designs mit künstlichen Überprüfungen realer Situationen aufweisen. Die experimentelle Überprüfung mit in Gebrauch befindlichen Medien sowie die Überprüfung in feldnahen Experimenten müssen dringend geleistet werden, um den Stellenwert der Theorien für die Gestaltung von persuasiver Information zu klären. Die Arbeiten von POINTER und ROGERS (1994) bzw. BARON et al. (1994) bieten hier erste Ansatzpunkte, die Modelle in alltagsnahen Fragestellungen zu untersuchen.

3.3. ZUSAMMENFASSUNG UND INTEGRATION DER MODELLE

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, daß es nicht die Theorie zur Effektivitätsabschätzung bzw. Wirkungsweise von Furchtappellen gibt. Verschiedene Ansätze mit unterschiedlichen methodischen Strategien kommen zu voneinander abweichenden Ergebnissen. Nachfolgend sollen die vorgestellten Ansätze vergleichend dargestellt werden, da die zunächst heterogenen Ergebnisse sowohl auf methodische Unterschiede als auch auf unterschiedliche Forschungsinteressen (im Sinne von Schwerpunktsetzungen der Betrachtung ein und desselben Vorgangs) zurückzuführen sind. Die dargestellten Theorien werden dazu in drei unterschiedliche Ansätze unterteilt, die sich in wesentlichen Aspekten der Forschungsmethodik und des Erkenntnisinteresses unterscheiden. In Abbildung 3.12 sind die vorgestellten Forschungsstrategien vergleichend dargestellt. Diese Übersicht der Methodik ist für ein Verständnis der Forschungsbefunde unter anderem deshalb notwendig, da der Begriff der Furcht in den einzelnen Forschungsansätzen für unterschiedliche Konstrukte steht. Dies muß in den Schlußfolgerungen der jeweiligen Untersuchungsansätze Berücksichtigung finden, um eine adäquate Bewertung der jeweiligen Theorie zu gewährleisten.

In Abbildung 3.12 wird zwischen unabhängigen Variablen (welche experimentell innerhalb der Studien verändert wurden; z.B. bei JANIS und FESHBACH [1953] die Höhe der induzierten Furcht), den abhängigen Variablen (die untersuchten Merkmale [z.B. Verhalten, Einstellung], deren Veränderung in den Studien untersucht wird) und beeinflussenden bzw. moderierenden Variablen (die vermittelnden Prozesse zwischen der unabhängigen und abhängigen Variable, welche experimentell nicht a priori gesetzt sind, jedoch innerhalb der Studie erfaßt werden) unterschieden.

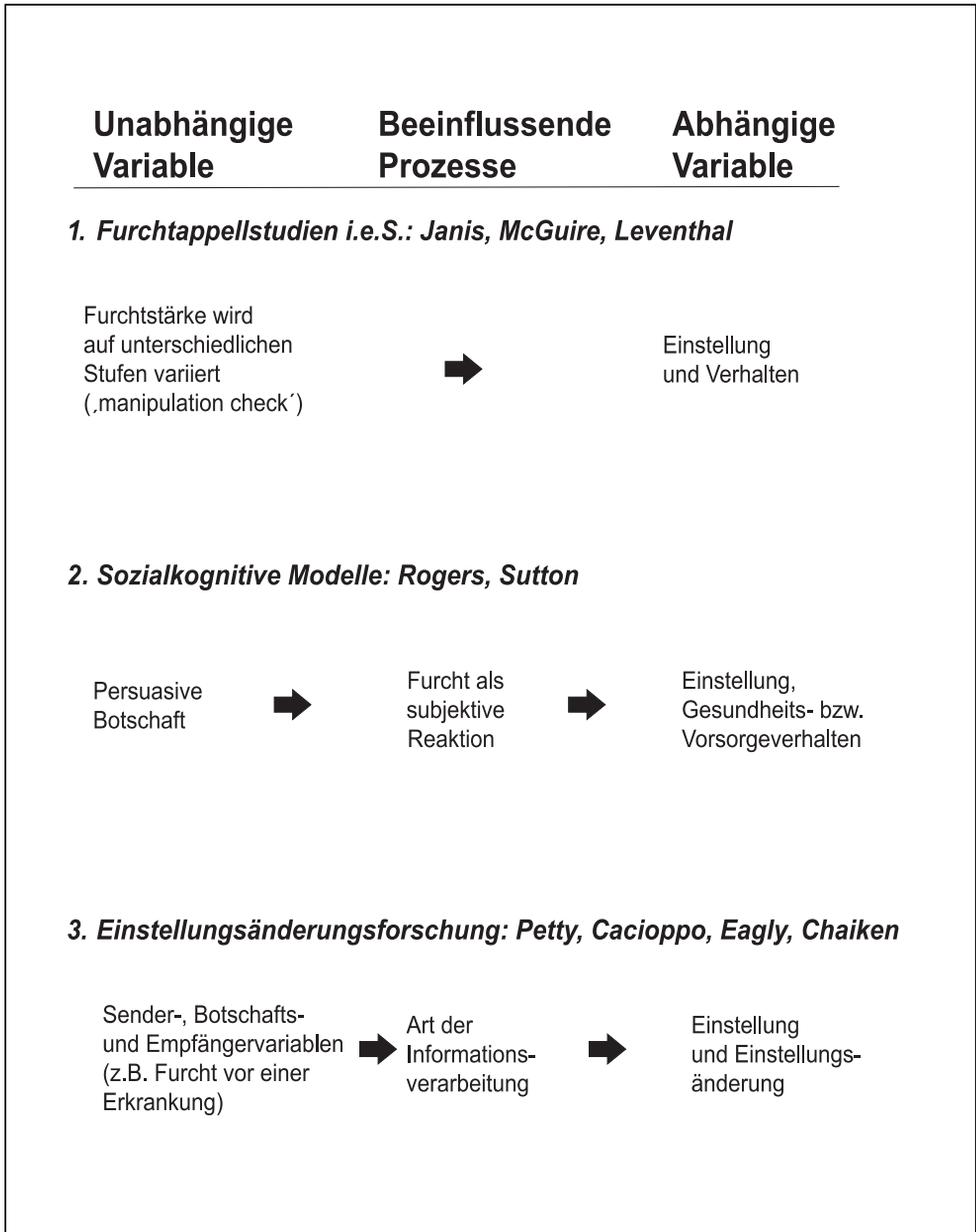


Abb. 3.12: Vergleichende Darstellung der methodischen Ansätze innerhalb der Furchtappellforschung.

Die Furchtappellstudien im engeren Sinne beschäftigten sich vor allem mit der Frage: „Welche Effekte haben unterschiedlich stark furchtinduzierende persuasive Botschaften auf die Einstellung bzw. das Verhalten?“. Da a priori festgelegt wurde, welche Botschaften als besonders furchtinduzierend gelten, wurde innerhalb des experimentellen Vorgehens lediglich die Wirksamkeit der Furchtappelle durch einen sogenannten ‚manipulation

check' erfaßt, d.h. eine Selbsteinschätzung zum emotionalen Befinden der Versuchspersonen. Als zentrale Theorien dieser Forschungstradition können die Theorien zum kurvilinearen Modell (JANIS und McGUIRE) sowie das duale Prozeßmodell von LEVENTHAL angesehen werden. JANIS und McGUIRE gingen davon aus, daß durch eine zu hohe Furchtinduktion Abwehrprozesse ausgelöst werden, welche zu einer geringen Wirksamkeit von zu hoher Furcht auf die Überredung führen. Somit ist bei mittlerer Furchtstärke die größte Wirkung auf die Überredung zu erwarten. Bisher konnten nur zwei Experimente diese kurvilineare Hypothese belegen. Daher sollte die kurvilineare Hypothese in ihrer ursprünglichen Formulierung, trotz ihrer Plausibilität äußerst kritisch betrachtet werden. Das Modell von LEVENTHAL bietet durch die Konzepte der Furchtkontrolle und Gefahrenkontrolle eine wichtige Ergänzung der oben genannten Modelle. Unter Furchtkontrolle wird das Bedürfnis der Person verstanden, die emotionale Anspannung durch die Furchtinduktion (z.B. durch Ablenkung) zu kontrollieren. Durch die Gefahrenkontrolle sollen hingegen die realen Gefahren (z.B. Krankheit) durch angemessenes Handeln vermindert werden. Furchtinduzierende präventive Maßnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) bergen auf der Basis dieses dualen Prozeßmodells zunächst die Gefahr der Vermeidung, da sie nicht mit einem Rückgang der Furcht einhergehen. Umgekehrt ist eine reale Veränderung des Gesundheitsverhaltens wahrscheinlich, da es dadurch zu einer Reduktion von induzierter (und anschließend kognitiv repräsentierter) Furcht kommt. Das wichtigste anwendungsbezogene Ergebnis des dualen Prozeßmodells: Konkrete Instruktionen nach der Präsentation furchterzeugender Inhalte haben eine wichtige Bedeutung für die Umsetzung der Empfehlungen. LEVENTHAL ging zudem davon aus, daß die Wirkung von Furchtappellen sich auf einen kurzen Zeitraum erstreckt. Dies führt in der Anwendung von Furchtappellen zur Frage der mehrfachen Rezeption von persuasiven Botschaften: Wenn die Wirksamkeit von Furchtappellen sich lediglich auf einen kurzen Zeitraum erstreckt, so stellt sich die Frage, was bei einer regelmäßigen Konfrontation geschieht. Es ist fraglich, ob ein additiver Effekt eintritt, oder ob die mehrfache Konfrontation mit einer angstausslösenden Situation eher mit einer Habituation und folglich einer geringer werdenden Änderungsmotivation einhergeht. Diese Frage bedarf einer dringenden empirischen Überprüfung, da bislang nur die Wirkung *einer* Botschaft untersucht wurde und Zeiteffekte durch eine mehrfache Präsentation dabei keine Rolle gespielt haben.

Die Studien auf der Basis der sozialkognitiven Modelle der Gesundheitspsychologie verfolgen in ihren Designs eine andere Strategie, so daß die Ergebnisse auch auf diesem Hintergrund diskutiert werden müssen. Wie bereits oben bei der Darstellung der Theorie der Schutzmotivation von ROGERS deutlich wurde, war eine exaktere Beschreibung von Wirkkomponenten von Furchtappellen primäres Ziel der Theorie. Dazu wurden in den Experimenten die Variablen Schwere eines potentiellen Schadens, Vulnerabilität für eine bestimmte Erkrankung sowie die Bewältigungsmöglichkeiten zur Verhinderung der Krankheit systematisch variiert. Im experimentellen Vorgehen muß bei den Studien zur Theorie der Schutzmotivation zwischen Studien *mit* einer experimentellen Veränderung einer der zuvor genannten Bereiche und Studien *ohne* eine experimentelle Manipulation (sog. quasi-experimentelle Studien) unterschieden werden. Erstgenannte Studien können zu einer

Klärung der Frage nach Wirkvariablen innerhalb von persuasiven Botschaften beitragen. Beispielsweise kann der Effekt einer unterschiedlichen Darstellung des Schweregrads einer Erkrankung in diesen Studien überprüft werden und somit für die Anwendung dieser Theorie in der Praxis nutzbar gemacht werden. Quasi-experimentelle Studien vergleichen eine Experimentalgruppe (die einen Film über gesundheitsbezogene Themen sieht) mit einer Kontrollgruppe (die einen Film zu einem Thema sieht, das im Experiment keine Relevanz hat). Sie lassen solche Schlußfolgerungen nicht zu: Auf der Basis solcher Untersuchungen kann lediglich auf den Grund der Veränderung der Schutzmotivation geschlossen werden, ohne botschaftsimmanente Faktoren als Erklärung für diesen Effekt heranziehen zu können. Ein solches Vorgehen kann als beschreibend gewertet werden, da die Überprüfung des Zusammenhangs von subjektivem Erleben und dem Handeln bzw. der Handlungsintention im Vordergrund steht. Werden lediglich erstgenannte Studien für die Einschätzung der Wirksamkeit von Furchtappellen einbezogen, so lassen sich auf der Basis der Theorie der Schutzmotivation folgende Aussagen treffen: Die Schwere der Erkrankung, d.h. das Ausmaß der potentiellen negativen Konsequenzen eines aktuellen Verhaltens sowie die Einschätzung der Vulnerabilität haben annähernd durchgehend in allen Studien Effekte auf die Verhaltensintention bzw. das Verhalten. Allerdings muß betont werden, daß die gemeinsame Varianz zwischen den Modellvariablen und der Einstellung bzw. dem Verhalten zwar vom Zufall verschieden ist, jedoch selten die 30%-Marke überschreitet. Nimmt man quasi-experimentelle Studien hinzu, so kann gesagt werden, daß das Erleben von Furcht ein relevanter Faktor für die Handlungsinitiierung und Umsetzung von präventivem Handeln ist. Unklar bleibt jedoch, durch welche Gestaltungsmerkmale der Botschaft diese Furchtinduktion erreicht wurde. Zusammenfassend sprechen die sozialkognitiven Modelle für einen positiven Zusammenhang von Furchtinduktion und dem Ausmaß der Einstellungsänderung, wenn gleichzeitig Möglichkeiten der Bewältigung der Gefahr angeboten werden.

Die Modelle der Einstellungsänderungsforschung haben für die Gestaltung von präventiven Informationen zwei wichtige Anwendungsgebiete. Zum einen liefern solche Studien wichtige Hinweise zur Gestaltung von persuasiven Botschaften, zum anderen beinhalten diese Modelle ein methodisches Vorgehen, welches auch bei der Evaluation bzw. bei der Erprobung von präventiven Botschaften eingesetzt werden kann. Hauptanliegen dieser Forschungsrichtung ist es, ein Abbild des Prozesses der Verarbeitung von persuasiven Botschaften zu geben. Furchtappelle bilden dabei nur eine Variable, die bisher nur in wenigen Studien untersucht wurde. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchungen zur Verarbeitung von persuasiven Botschaften ist die mehrfach gefundene motivationale oder kapazitätsbedingte Einschränkung bei der Informationsaufnahme bei starker Furcht. Dadurch haben Argumente bei stark furchtinduzierenden Botschaften nur eine untergeordnete Bedeutung, was die Hypothese unterstützt, daß es bei starker Furchtinduktion zu einer eher peripheren Verarbeitung von Informationen kommt. Durch diese Untersuchungen hat die kurvilineare Hypothese Unterstützung erfahren. Beim derzeitigen Stand der Forschung kann jedoch noch nicht von eindeutigen Ergebnisse gesprochen werden, zumal der Interpretationsspielraum für die empirischen Befunde sehr groß ist und konkurrierende Annahmen zur Erklärung der Befunde herangezogen werden. Zudem berichten andere Autoren in Experimenten zu gesundheitsbezogenen Themen auf der Basis des ELM oder des HSM von

gegenläufigen Ergebnissen, d.h. bei hoher Furcht wurde eine zentrale Verarbeitung von Informationen nachgewiesen. Da die Bedeutung von Emotionen für die Informationsverarbeitung insgesamt noch wenig geklärt ist, können auf der Basis der genannten Modelle keine eindeutigen Schlußfolgerungen für die Präsentation von Furchtappellen im Rahmen präventiver Botschaften formuliert werden.

BEFUNDE DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG

VON 1980 BIS 1995



4.

BEFUNDE DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG VON 1980 BIS 1995

In diesem Abschnitt werden Arbeiten vorgestellt, die sich mit dem Einfluß von Furchtappellen auf Einstellungen oder Verhalten beschäftigen. Die Studien stammen aus den Jahren 1980 bis 1995 und werden in experimentelle Arbeiten (Abschnitt 4.1) und Feldstudien unterteilt (Abschnitt 4.2). Ausgewählte Arbeiten sind kleingedruckt in den Text integriert und erlauben dem interessierten Leser eine Vertiefung des Designs, der Fragestellung und der Ergebnisse der jeweiligen Studie. Für einen raschen Überblick zu den einzelnen Forschungsgebieten der Furchtappellforschung genügen jedoch die in normaler Schrift gedruckten Ausführungen, so daß die detaillierte Darstellung auch überlesen werden kann.

Die Arbeiten wurden mit Hilfe der Literatur-Datenbanken Psyclit, Psyndex und Current Contents gefunden, wobei als Suchstichworte die Begriffe persuasive Kommunikation und Furchtappelle dienten (persuasiv communication, fear-appeal). Als weitere wichtige Quelle für Arbeiten aus dem Bereich der sogenannten ‚grauen Literatur‘ nutzten wir Kontakte zu Kollegen, welche sich mit ähnlichen Fragestellungen beschäftigen.

Die experimentellen Studien in Abschnitt 4.1 sind unterteilt in Arbeiten, in denen botschaftsbezogene bzw. senderbezogene Merkmale im Vordergrund standen wie z.B. die Höhe der induzierten Furcht, die Art der Darstellung, Warnhinweise als präventive Botschaften, oder der Vergleich von Furchtappellen mit anderen Appellen. Im zweiten Teil dieses Abschnitts werden empfängerbezogene Merkmale und deren Zusammenwirken mit Furchtappellen betrachtet. Zentral ist hier die erlebte Furcht nach der Furchtinduktion sowie Empfängervariablen wie soziodemographische Variablen oder die Art des bisherigen Verhaltens (z.B. Raucher vs. Nichtraucher). Die Feldstudien im Abschnitt 4.2 beziehen sich hauptsächlich auf Arbeiten zur Evaluation von Warnhinweisen.

4.1.

EXPERIMENTELLE ARBEITEN

Unter experimentellen Arbeiten werden Studien verstanden, in denen unter kontrollierten Bedingungen einzelne Variablen variiert wurden, um deren Auswirkungen auf die Verarbeitung von persuasiver Kommunikation zu überprüfen. In allen Arbeiten wurden Furchtappelle als unabhängige Variable betrachtet und in Kombination mit anderen Variablen hinsichtlich der Effekte auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen überprüft. Nachfolgend wird dabei zwischen senderbezogenen Merkmalen (v.a. Merkmalen der Botschaft) und Kennzeichen des Empfängers unterschieden, welche in den experimentellen Arbeiten als weitere unabhängige Variablen untersucht wurden. Als häufig untersuchte

senderbezogene Merkmale erwiesen sich die Höhe der Furcht, der Vergleich von Furchtappellen mit anderen Darstellungsformen (z.B. humoristische Darstellungen) sowie die Effektivität von Warnhinweisen. Als Empfängervariablen werden die erlebte Furcht, soziodemographische Merkmale der Empfänger einer Botschaft sowie das bisherige Risikoverhalten dargestellt.

4.1.1. SENDERVARIABLEN

Unter dem Begriff der ‚Sendervariablen‘ werden nachfolgend Untersuchungen dargestellt, in denen Merkmale der Botschaft variiert wurden, um deren Wirkung auf Einstellungsänderungen zu überprüfen. Vor allem handelt es sich dabei um Studien, in denen das Ausmaß der induzierten Furcht mit dem Ausmaß der Einstellungsänderung verglichen wurde. Daneben existieren einige wenige Arbeiten, die sich mit dem Vergleich von Furchtappellen mit anderen Appellen beschäftigt haben. Ein letzter Abschnitt beschäftigt sich mit experimentellen Untersuchungen zur Wirkungsweise von Warnhinweisen.

HÖHE DER INDUZIERTEN FURCHT

Die Intensität der Furcht wurde in zahlreichen Untersuchungen variiert und stand seit der Studie von JANIS und FESHBACH (1953) im Mittelpunkt zahlreicher experimenteller Arbeiten. Nachfolgend werden Studien vorgestellt, bei denen den Versuchspersonen a priori in der Furchtstärke unterscheidbare Materialien vorgegeben wurden. Die Effekte auf das Ausmaß der Einstellungs- oder Verhaltensänderung wurden in diesen Studien auf die unterschiedlichen experimentellen Bedingungen (geringe versus stark furchtinduzierende Botschaften) zurückgeführt.

Zunächst werden Studien angeführt, bei denen eine stärkere Einstellungsänderung bzw. eine positivere Einstellung mit höherer induzierter Furcht einherging:

GLEICHER und PETTY (1992) konnten bei Studenten eine positivere Einstellung gegenüber einem Programm zur Verhinderung von Straftaten feststellen, wenn bei den Personen ein mittleres Ausmaß an Angst (im Gegensatz zu einem geringen Ausmaß) induziert wurde.

GLEICHER und PETTY (1992) untersuchten bei College-Studenten das Ausmaß der Einstellungsänderung bezüglich eines sogenannten ‚Crimewatch-Programms‘ zur Verhinderung von Straftaten auf dem Campus. Diese Untersuchung basiert auf dem Elaboration Likelihood Model. Das Ausmaß der erzeugten Furcht variierte zwischen zwei Bedingungen: In der Bedingung mit geringer Angst wurde den Studenten mitgeteilt, daß nur einige Studenten Opfer von Verbrechen würden, und diese Straftaten keine ernstzunehmenden Folgen hätten. Bei der Bedingung ‚mittlere Angst‘ wurde den Studenten mitgeteilt, daß Verbrechen häufig seien und schwerwiegende Folgen hätten. Im Ergebnis bezüglich der Beurteilung der Einrichtung eines ‚Crimewatch-Programms‘ zeigten Personen mit mittlerer Furcht eine signifikant positivere Einstellung. Es ergaben sich Interaktionseffekte, die auf der Basis des ELM interpretiert wurden. In der Versuchsbedingung mit geringer Furchtinduktion wirkten sich unabhängig von der Wirksamkeitserwartung

bezüglich der Gegenmaßnahmen unterschiedlich starke Argumente auf die Einstellung aus. Bei starker Furchtinduktion hatte die Qualität der Argumente in der Bedingung unklarer Wirksamkeitserwartung einen signifikanten Effekt auf die Einstellung, während bei klarer Wirksamkeitserwartung starke Argumente und schwache Argumente zu einer sehr positiven Einschätzung der Maßnahme beitrugen. Die Autoren schlußfolgern aus diesen Ergebnissen, daß bei hoher Furchtinduktion und einer hohen Wirksamkeitserwartung eher eine periphere Verarbeitung eintritt, was in dieser Studie durch den nicht vorhandenen Effekt der Argumentenstärke belegt wird. Wird hingegen in einer Kampagne nach einer hohen Furchtinduktion die Wirksamkeit einer Gegenmaßnahme als unklar dargestellt, so haben die Argumente große Bedeutung (zentrale Verarbeitung).

In der Arbeit von ROGERS (1985) zeigten sich Haupteffekte auf die Intention, eine Schutzimpfung gegen einen unbekanntes Virus durchführen zu lassen, durch die Variablen Gefährlichkeit des Virus, Wahrscheinlichkeit der Infektion und Effektivität der Schutzimpfung gegen eine Erkrankung.

ROGERS (1985) untersuchte im Rahmen seiner Protection Motivation Theory den Einfluß der Variablen Gefährlichkeit einer Bedrohung, die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses sowie die Effektivität der Gegenmaßnahme. Durch diese Bereiche definiert Rogers auch den Begriff des Furchtappells. In dieser Studie ließ er 89 Studenten das Ausmaß ihrer Intention, sich gegen eine in den USA unbekanntes Erkrankung (asiatischer Virus) impfen zu lassen, auf einer 15stufigen Skala einschätzen (hohe Werte entsprechen einer starken Intention). Für alle drei unabhängigen Variablen zeigten sich signifikante Haupteffekte. Daneben zeigten sich Interaktionseffekte (zwischen Effektivität und Gefährlichkeit, sowie zwischen Effektivität und Wahrscheinlichkeit), die jedoch nur 5% der Varianz aufklären.

POINTER und ROGERS (1994) untersuchten den Effekt der Furchtinduktion auf die Einstellung zu übermäßigem Alkoholkonsum, bzw. die Einstellung bezüglich der Empfehlung weniger zu trinken. Es ergab sich ein Haupteffekt der induzierten Furcht (hohe Furcht wurde durch die Darstellung von drastischen Konsequenzen des Alkoholkonsums operationalisiert) und einer Einstellungsänderung. In einer analogen Studie konnten STAINBACK und ROGERS (1983) einen signifikanten Effekt der Furchtinduktion auf die Einstellung zu einem gemäßigeren Alkoholkonsum nachweisen. In einer weiteren Untersuchung zeigten MADDUX und ROGERS (1983), daß die Furchtinduktion (über die Angabe der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Lungenkrebs durch Rauchen operationalisiert) einen signifikanten Einfluß auf die Intention, das Rauchen zu beenden, hatte. Die Studie von LIBERMAN und CHAIKEN (1992) ergab einen Haupteffekt der induzierten Furcht vor einer fiktiven Erkrankung durch zu hohen Kaffeekonsum auf die Intention weniger Kaffee zu trinken. In der Arbeit von WURTELE und MADDUX (1987) wurde die Darstellung der Folgen sowie der Wahrscheinlichkeit für einen Herzinfarkt experimentell variiert. Die befragten Personen sollten die Intention angeben, sich in Zukunft häufiger sportlich zu betätigen, nachdem sie die jeweilige schriftliche Information gelesen hatten. Sowohl die Darstellung hoher Vulnerabilität als auch die extremere Darstellung der Konsequenzen eines Herzinfarkts gingen mit stärkeren Intentionen für sportliche Aktivitäten einher. SMITH KLOHN und ROGERS (1991) wollten durch ihre Arbeit den Zusammenhang zwischen Gestaltungsmerkmalen einer Botschaft und gesundheitsbezogenen Einstellungen überprüfen. Dazu untersuchten sie bei Frauen die Intention in Zukunft Calcium einzunehmen und regelmäßig Sport zu treiben, um einer Osteoporose vorzubeugen. Als wesentliche beeinflussende Variable auf diese Intention erwies sich eine dramatische Schilderung der sichtbaren Folgen einer Osteoporose, während die zeitliche Nähe oder Angaben über die

Häufigkeit der Erkrankung keinen Einfluß auf die Einstellung hatten. In einer ähnlichen Studie von WURTELE (1988) erwies sich die Darstellung einer hohen Vulnerabilität für Frauen an Osteoporose zu erkranken als signifikanter Prädiktor für die Einnahme von Calcium. Analog konnten RIPPETOE und ROGERS (1987) nachweisen, daß nach hoher Furchtinduktion bezüglich Brustkrebs Frauen signifikant mehr Bewältigungsstrategien angaben (im Sinne von präventiven Strategien, d.h. Früherkennungsuntersuchungen etc.), die sie in Zukunft durchführen möchten. TANNER, DAY und CRASK (1989) beschäftigten sich in ihrer Arbeit mit der Aids-Prävention und der Intention Kondome zu benutzen. Wurde in der untersuchten Broschüre eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Infektion angegeben, so war die Intention Kondome zu benutzen signifikant stärker ausgeprägt, als in der Gruppe mit einem geringeren induzierten Risiko.

Die nachfolgenden Studien konnten einen umgekehrten Zusammenhang zwischen der Höhe der Furchtinduktion und dem Ausmaß der Einstellungsänderung nachweisen, d.h. bei hoher Furchtinduktion waren die Einstellungsänderungen geringer bzw. die Einstellung eher negativ:

Die Studie von KOHN et al. (1982) konnte keinen signifikanten Einfluß der Furchtstärke auf das aktuelle Fahrverhalten von Autofahrern nachweisen. Durch drei unterschiedlich stark furchterzeugende Filme waren nur unmittelbar nach der Darbietung signifikante Unterschiede auf die Einstellung, alkoholisiert zu fahren, feststellbar. Nach sechs Monaten waren diese jedoch nicht mehr vorhanden. Gleichzeitig zeigte sich in dieser Studie ein linearer Zusammenhang zwischen der induzierten Furchtstärke und dem anschließenden alkoholisierten Fahrverhalten. Personen mit hoher Furchtinduktion fuhren sechs Monate nach der Darbietung am häufigsten alkoholisiert, Personen mit geringer Furchtinduktion am wenigsten. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

KOHN, GOODSTADT, COOK, SHEPPARD und CHAN (1982) untersuchten bei 441 High-School-Studenten den Einfluß unterschiedlich stark induzierter Furcht vor Unfällen aufgrund von Alkoholkonsum. Den Versuchspersonen wurden dazu drei unterschiedliche Filme gezeigt, (Grundlage war jeweils der Film mit dem Titel ‚Collision course‘), welche ein dreistufiges Merkmal an Furchtintensität abbilden. Im Film mit geringer Furcht ist eine Person dargestellt, welche nach Alkoholkonsum Auto fährt, und nur knapp einem Unfall entgeht, woraufhin sie zu sich selbst sagt, daß sie nie wieder betrunken Auto fahren werde. Der Film mit mittlerer Furchtinduktion zeigte einen Unfall nach Alkoholkonsum, bei dem der Fahrer am Schluß des Films stirbt. Der dritte Film mit starker induzierter Furcht entspricht weitgehend dem Film mittlerer Furchtstärke, jedoch werden zusätzlich der Ablauf des Unfalls gezeigt und durch Geräusche und visuelle Effekte dramatischer dargestellt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich ein signifikanter Wissenszuwachs (bezüglich alkoholisierten Fahrens) bei Personen, die einen der drei Filme gesehen hatten. Dieser Wissenszuwachs war unabhängig von der Höhe der induzierten Furcht und zeigte keine zeitliche Stabilität über sechs Monate, so daß die Versuchspersonen nach sechs Monaten sogar unter ihrem Ausgangsniveau lagen. Effekte auf die Einstellung waren ebenfalls nicht zeitlich stabil. So zeigten Personen, welche einen gering bzw. hoch furchterregenden Film gesehen hatten, signifikante Veränderungen unmittelbar nach dem Betrachten des Films (was den theoretischen Vorhersagen widersprach). Bei mittlerer Furchtstärke waren keine Effekte auf die Einstellung vorhanden. Bezüglich des Verhaltens in den letzten sechs Monaten waren Personen nach geringer Furchtinduktion weniger häufig alkoholisiert gefahren als Personen mit hoher Furchtinduktion. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Die Studie von HILL (1988) überprüfte den Einfluß von induzierter Furcht, Anzahl der Geschlechtspartner und der dispositionellen Angst vor Aids auf die Bewertung von Kondomen

auf den Dimensionen unterschiedlicher Ratingskalen. Er konnte die positivste Bewertung von Kondomen bei Furchtappellen mittlerer Intensität finden. Hauptschwierigkeit dieser Studie ist, daß weder Einstellungen noch Verhalten erfaßt wurden, sondern als abhängige Variable die Einschätzung auf emotionalen Dimensionen verlangt war. Eine emotionale Bewertung eines Produkts ist jedoch nur schwer von der unterschiedlichen emotionalen Gestaltung der Werbebotschaften (vor allem hinsichtlich der Furchtappelle) zu trennen. Gleichzeitig ist eine negative emotionale Bewertung kein sicherer Indikator für das Unterbleiben einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung.

HILL (1988) überprüfte die Wirksamkeit von Furchtappellen auf die Einstellung gegenüber Kondomen. Diese Arbeit entstammt der Tradition der Werbepsychologie und untersuchte den Einfluß von induzierter Furcht, Anzahl der Geschlechtspartner sowie der Angst vor Aids auf die Einstellung gegenüber Kondomen. Als abhängige Variablen wurden die Einstellung bezüglich der Werbebotschaft (Dimensionen: gut–schlecht, uninteressant–interessant, angenehm–unangenehm etc.) sowie die Einstellung bezüglich der Kondommarke (Dimensionen: gut–schlecht, positiv–negativ, wichtig–unwichtig) erhoben. Auf eine Überprüfung des Ausmaßes an induzierter Furcht verzichteten die Autoren, da sie einer größeren ökologischen Validität den Vorzug gaben. In den Ergebnissen zeigte sich, daß hoch-ängstliche Personen (bezogen auf Aids) eine signifikant positivere Einstellung bezüglich der Werbebotschaft haben. Ebenfalls signifikant waren die Unterschiede zwischen induzierten Furchtbedingungen: Ein mittleres Ausmaß an induzierter Angst ergab signifikant positivere Einstellungen als der Werbetext mit hoher bzw. überhaupt keiner induzierten Angst. Die Effekte auf die Einstellung bezüglich unterschiedlicher Kondommarken waren jedoch nicht signifikant. Der Autor kommt zur Schlußfolgerung, daß Appelle, welche das Vergnügen der jeweiligen Person ansprechen, für die Werbung ebenso ungeeignet sind wie Appelle, welche die Gefahren von Aids in dramatischer Weise darstellen.

Die nachfolgenden Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Furchtinduktion und dem Ausmaß der Einstellungsänderung nachweisen:

Die Studie von WILLIAMS, WARD und GRAY (1985) überprüfte die Effekte unterschiedlicher Furchtstärken sowie des vermittelten Bildes des Sprechers (Alkoholiker versus Nichtalkoholiker) auf die Einstellung bezüglich Alkohol. Es zeigten sich keine Haupteffekte der induzierten Furcht auf die Einstellung gegenüber Alkohol. Signifikante Effekte zeigten sich allerdings bezüglich der Erinnerungsfähigkeit: Botschaften eines Alkoholikers sowie Botschaften mit geringer induzierter Furcht konnten eine Woche nach der Präsentation besser erinnert werden.

WILLIAMS, WARD und GRAY (1985) führten im Jahr 1977 eine Studie mit Schülern (N=103) im Alter von durchschnittlich 13 Jahren durch. Ziel war es, die Effekte von Botschaften mit hoher vs. geringer induzierter Furcht, die entweder von einem Alkoholiker oder einem Nichtalkoholiker präsentiert wurden, zu überprüfen. Die Überprüfung der Effekte erfolgte unmittelbar nach der Präsentation und eine Woche danach. Es zeigte sich, daß sich die Versuchspersonen an die Botschaft des Alkoholikers besser erinnern konnten. Gleiches gilt für die Versuchsbedingung mit geringer induzierter Furcht. Effekte auf die Einstellung bezüglich Alkohol konnten nicht nachgewiesen werden.

BARON, LOGAN, LILLY, INMAN und BRENNAN (1994) untersuchten den Einfluß von Furcht auf die Einstellung zur Fluoridierung des Grundwassers als Maßnahme zur Kariesprophylaxe. Es zeigte sich kein Haupteffekt der induzierten Furcht auf die Einstellungsänderung, d.h. die Gruppe mit starker Furchtinduktion hatte keine positivere Einstellung. SCHÜTZENHÖFER und KNOCH (1991) untersuchten die Wirkung aversiver Inhalte in der Verkehrssicherheitswerbung auf das Fahrverhalten sowie auf Einstellungen bezüglich des Anlegens eines Sicherheitsgurtes und anderen sicherheitsrelevanten Variablen (vgl. auch

ROTH, DERLER & SCHÜTZENHÖFER, 1990). Die Furchthöhe wurde durch eine unterschiedlich dramatische Darstellung der Folgen eines Unfall variiert, wobei sich kein einheitlicher Trend bezüglich der Auswirkung der Furchthöhe auf verkehrsbezogene Einstellungen zeigte.

SCHÜTZENHÖFER und KNOCH (1991) untersuchten die Wirkung aversiver Inhalte in der Verkehrssicherheitswerbung. Die Autoren zeigten ihren Versuchspersonen (je 93 Männer und Frauen im Alter von 18 bis 24 Jahren) Dia-Serien zur Verhinderung von Autounfällen, die sich auf den Dimensionen Furchtappell (niedrig vs. mittel vs. hoch furchterregend) und Textinhalt (allgemein emotional vs. informativ vs. Familienappell) unterschieden. Neben zahlreichen weiteren Variablen wurde als physiologische Variable auch die Herzrate beim Betrachten der Bilder erfaßt. Die Autoren berichten keine Haupteffekte auf das Fahrverhalten oder die Einstellung zum Sicherheitsgurt. Die insgesamt mangelhafte Darstellung ermöglichte es nur, diese deskriptiven Ergebnisse zu verstehen.

In der Arbeit von STURGES und ROGERS (1994) konnte kein Haupteffekt der induzierten Furcht auf die Intention in Zukunft nicht zu rauchen festgestellt werden. Als Versuchspersonen dienten dabei Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die bisher noch nicht geraucht hatten. STRUCKMAN-JOHNSON et al. (1990) untersuchten die Wirksamkeit von Furchtappellen auf das potentielle Kaufverhalten von Kondomen. Die Autoren konnten keinen signifikanten Effekt auf die Kaufentscheidung durch stark furchtinduzierende Slogans feststellen.

STRUCKMAN-JOHNSON, GILLIAND, STRUCKMAN-JOHNSON und NORTH (1990) untersuchten die Wirksamkeit unterschiedlicher Slogans zur Aids-Prävention. In einer Studie mit 191 Studenten und Studentinnen untersuchten sie den Einfluß der Furchtstärke (hohe vs. geringe Furchtinduktion durch die Slogans), der Angst vor Aids (hohe vs. geringe Angst vor AIDS) und dem Geschlecht auf die potentielle Kaufbereitschaft für die angebotenen Kondome. Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt bezüglich der Furchtstärke auf das Kaufverhalten. Hingegen waren die Haupteffekte der Variablen ‚Angst vor Aids‘ und ‚Geschlecht‘ signifikant (Personen mit hoher Angst vor Aids sowie Männer gaben ein vermehrtes Kaufverhalten an). Bei der anschließend durchgeführten Regressionsanalyse (bezüglich der potentiellen Kaufentscheidung) zeigten sich geschlechtsspezifische Prädiktoren. Bei Männern waren die geringe ‚offensive‘ Darstellung (Rating der Versuchsperson) sowie das Ausmaß der sexuell erregenden Darstellung die besten Prädiktoren. Bei Frauen war bester Prädiktor die Einschätzung, daß es sich um ein angenehmes Produkt handele (Rating ‚it provides pleasure‘).

Nachfolgend werden beispielhaft Untersuchungen dargestellt, in denen die Wirkung auf die Intention bzw. das Verhalten nach einem furchterzeugenden Film im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (ohne diesen Film) untersucht wurde:

Exemplarisch können hierzu die Studien der Arbeitsgruppe um SUTTON genannt werden. SUTTON und HALLET (1989a) konnten keinen direkten signifikanten Effekt des Betrachtens eines Films über die Gefahren des Rauchens auf die Intention mit dem Rauchen aufzuhören nachweisen. Die Kontrollgruppe sah einen Film über die Gefahren des Autofahrens ohne Sicherheitsgurt. Es zeigte sich statistisch eine nicht unterscheidbare Veränderung in der Intention mit dem Rauchen aufzuhören in der Experimentalgruppe (vgl. auch SUTTON & HALLETT, 1988; SUTTON & EISER, 1984).

SUTTON und EISER (1984) untersuchten die Wirkung des Films ‚Dying for a fag‘ (der die Gefahren des Rauchens darstellt) an 138 Angestellten, denen entweder der Experimentalfilm oder ein Kontrollfilm über Alkoholismus gezeigt wurde. Die Versuchspersonen kamen freiwillig zur Untersuchung und müssen folglich als hoch motiviert eingestuft werden. In einer zweiten Studie wurde als Kontrollfilm ein Film über die Gefahren des nichtangegurteten Autofahrens gezeigt (‚Collision course‘). Ein Viertel der Teilnehmer wurde als Raucher klassifiziert. Für das Vorhersagemodell einer

Veränderung der Intention und des Rauchverhaltens (Versuch mit dem Rauchen aufzuhören als Kriterium) wurden die Maße Besorgtheit (utility), das Ausmaß der Reduktion der Wahrscheinlichkeit an Lungenkrebs zu erkranken (probability difference) sowie die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, in Zukunft mit dem Rauchen aufhören zu können (confidence), erhoben. Die beim Betrachten des Films erlebte Furcht wurde als unabhängige Modellvariable betrachtet. In den Ergebnissen zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen dem Betrachten des Films, der Besorgtheit, der erlebten Furcht, der Intention sowie dem Verhalten. Hingegen waren die Korrelationen zwischen dem Betrachten des Films und der Überzeugung, das Rauchen aufhören zu können sowie zur Einschätzung der Reduktion des Risikos an Lungenkrebs zu erkranken, nicht signifikant. Ebenfalls nicht signifikant waren die Korrelationen zwischen den Modellvariablen und der erlebten Furcht. Die erlebte Furcht selbst war jedoch die am zweithöchsten mit der Intention und dem Verhalten korrelierende Variable. Lediglich die nach dem Versuch angegebene Intention hatte noch einen stärkeren Einfluß auf das Verhalten.

SUTTON und HALLETT (1988) überprüften auf der Grundlage des Modells von SUTTON und EISER (1984) die Wirksamkeit von Furchtappellen auf das Rauchverhalten. Den Versuchspersonen wurde entweder der Film ‚Dying for a fag‘ oder ein Film über den Gebrauch von Sicherheitsgurten gezeigt. Anschließend wurden die Versuchspersonen nach der beim Betrachten des Films empfundenen Angst gefragt. Zudem wurde den Teilnehmern eine Broschüre über Möglichkeiten mit dem Rauchen aufzuhören ausgehändigt. Als abhängige Variablen wurden die Intention mit dem Rauchen aufzuhören (Rating unmittelbar nach Betrachten des Films) sowie der Versuch, im Zeitraum von 3 Monaten nach dem Experiment mit dem Rauchen aufzuhören (ja vs. nein) gemessen. Die Versuchspersonen waren Angestellte mit dem mittleren Alter von 40 Jahren und einem durchschnittlichen Zigarettenkonsum von 17 Zigaretten pro Tag. Es zeigte sich kein signifikanter direkter Zusammenhang zwischen dem Betrachten des Films und der Intention. Das Betrachten des Films hatte jedoch einen signifikanten Einfluß auf die Einschätzung der Reduktion der Wahrscheinlichkeit an Lungenkrebs zu erkranken, sowie die erlebte Bedrohung. Diese beiden Variablen hatten wiederum einen signifikanten Einfluß auf die Intention. Nach drei Monaten gaben 42% der Experimentalgruppe an, einen Versuch unternommen zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören, während dies in der Kontrollgruppe nur 22% waren. Die Verhaltensintention war der einzige Prädiktor, welcher auf die Umsetzung des Verhaltens einen signifikanten Einfluß hatte. Die erlebte Furcht hatte keinen signifikanten Einfluß auf die Verhaltensintention oder das Verhalten in den drei Monaten danach.

In der analogen Untersuchung von SUTTON und EISER (1990), in der das zuvor genannte Design vertauscht wurde, diente die Intention zum Anlegen eines Sicherheitsgurtes als Kriterium. Die Autoren konnten einen signifikanten Effekt des Betrachtens des Films auf die Intention, einen Sicherheitsgurt anzulegen, nachweisen (vgl. auch SUTTON & HALLETT, 1989b). Die Ergebnisse sind insgesamt uneinheitlich. Jedoch werden in der überwiegenden Mehrheit der Untersuchungen keine negativen Effekte eines furchterzeugenden Films auf die Intention, sich präventiv zu verhalten, berichtet, d.h. es besteht entweder kein oder ein positiver Effekt auf die Einstellung nach Betrachten eines solchen Films.

SUTTON und EISER (1990) gehen in dieser Studie einmal mehr von einem Erwartungs-Wert-Ansatz aus. Die Versuchsteilnehmer dieser Untersuchung sahen in der Experimentalgruppe einen Film über Verkehrssicherheit, während die Kontrollgruppe den aus anderen Untersuchungen bereits bekannten Film ‚Dying for a fag‘ sahen (vgl. SUTTON und HALLETT, 1988). Die Versuchspersonen sollten Ratings auf den Dimensionen Furcht bei Betrachten des Films, Unfallwahrscheinlichkeit, Wahrscheinlichkeitsunterschied bei Anlegen vs. Nichtanlegen des Sicherheitsgurtes sowie der erlebten Bedrohung abgeben. Als Stichprobe wurden 157 Angestellte eines Londoner Transportunternehmers befragt, wobei die Filme in Gruppen von 20 bis 30 Personen gezeigt wurden. Das Betrachten des Films hatte keine direkten signifikanten Effekte auf die Modellvariablen. Der Einfluß auf die Intention, einen Sicherheitsgurt anzulegen, war hingegen signifikant, jedoch war kein signifikanter Einfluß auf das Verhalten drei Monate danach feststellbar. Die beim Betrachten des Films empfundene Furcht zeigte einen signifikanten korrelativen Zusammenhang zur Einschätzung des Wahrscheinlichkeitsunterschieds. Die Furcht hatte ebenfalls einen signifikanten korrelativen Einfluß auf die Intention, nicht jedoch auf das Verhalten. Im Einjahreszeitraum zeigte lediglich das Verhalten 3 Monate nach Betrachten des Films einen signifikanten korrelativen Zusammenhang.

FURCHTAPPELLE IM VERGLEICH ZU ANDEREN APPELLEN

Einige Studien haben versucht, die Effektivität von Furchtappellen im Vergleich zu anderen ‚Appellen‘ zu überprüfen. Dazu wurden meist zwei bzw. drei andere Vergleichsgruppen herangezogen, denen beispielsweise humoreske, erotische etc. Botschaften mit der Aufforderung zu einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung verbunden wurden.

Die Studie von ROBBERSON und ROGERS (1988) konnte zeigen, daß neben Furchtappellen auch der Appell an die Selbstachtung und das Selbstbewußtsein der Person zu Einstellungsänderungen bezüglich sportlicher Aktivität führen kann. Jedoch erwiesen sich diese beiden Formen von Appellen als unterschiedlich effektiv, in Abhängigkeit davon, ob sie in positiver („Sport ist gut für Ihre Gesundheit bzw. Ihr Selbstbewußtsein“) oder in negativer Form („Wenn Sie keinen Sport treiben, ist dies schlecht für Ihre Gesundheit bzw. Ihr Selbstbewußtsein“) formuliert waren. Als effektivste Varianten erwiesen sich eine negative Gesundheitsbotschaft („Keinen Sport zu treiben ist schlecht für die Gesundheit“) und eine positive Selbstbewußtseinsbotschaft („Sport ist gut für Ihr Selbstbewußtsein“). Daraus schlußfolgern die Autoren, daß Appelle an beide Bereiche mit unterschiedlichen Valenzen ihre Berechtigung in Kampagnen haben.

ROBBERSON und ROGERS (1988) verglichen in ihrer Studie die Wirksamkeit von Furchtappellen mit der Effektivität von Botschaften, die an die positiven Konsequenzen des Verhaltens appellieren. Zudem variierten sie den Appell, indem sie zum einen an den Gesundheitszustand („Wenn Sie Sport machen, bleiben Sie gesund“) und zum anderen an die Selbstachtung („Wenn Sie Sport machen, fühlen Sie sich gut und sind zufriedener mit sich selbst“) appellierten. Als abhängige Variablen wurden die Glaubwürdigkeit der Botschaft, die Einschätzung von Modellvariablen der Theorie der Schutzmotivation (severity, vulnerability), die Effektivität der Maßnahme (Sport) auf den Gesundheitszustand („response efficacy-health“) und die Selbstachtung („response efficacy-self-esteem“) sowie eine Einschätzung der Selbstkompetenzerwartung („self-efficacy“) erhoben. Die wichtigste abhängige Variable war die Intention, mit sportlicher Betätigung zu beginnen. Als Stichprobe dienten Studentinnen, welche sich als sportlich inaktiv beschrieben haben (d.h. weniger als 4malige körperliche Betätigung pro Woche von 45minütiger Dauer). Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Glaubwürdigkeit zwischen den vier Bedingungen nicht signifikant unterschied. Auch die anderen Kontrollvariablen zeigten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den vier Gruppen. Es zeigten sich keine Haupteffekte der Versuchsbedingungen auf die Verhaltensintention. Jedoch wurden signifikante Interaktionseffekte gefunden: Die positive Selbstachtungsbotschaft erzeugte eine signifikant größere Verhaltensintention als die negative Selbstachtungsbotschaft. Hingegen zeigte sich bei der gesundheitsbezogenen Botschaft eine signifikant größere Verhaltensintention für eine negative Formulierung.

STRUCKMAN-JOHNSON, STRUCKMAN-JOHNSON, GILLILAND und AUSMAN (1994) untersuchten die Wirksamkeit von Furchtappellen im Vergleich zu erotischen, humoresken und sachlichen Darstellungen. Die Botschaften wurden in TV-Spots zur Aids-Prävention eingesetzt und hinsichtlich der Kriterien Einstellung und Verhalten überprüft. Es zeigte sich eine Überlegenheit der furchtbezogenen Appelle auf die Intention, sich in Zukunft mit einem unbekanntem Partner bzw. mit dem derzeitigen Partner durch Kondome vor Aids zu schützen. Bezüglich der Intention zeigte sich ein geschlechtsspezifischer Effekt: Frauen gaben eine stärkere Intention nach Betrachten der Spots an als Männer. Dieses Ergebnis widerspricht einer Arbeit derselben Arbeitsgruppe (vgl. STRUCKMAN-JOHNSON, GILLILAND, STRUCKMAN-JOHNSON und NORTH, 1990). Dort zeigten Männer eine positivere Bewertung von Slogans zur Aids-Prävention. Die Ergebnisse auf der Verhaltensebene (Mitnahme von

4

Kondomen, die kostenlos zur Verfügung standen) konnten aus methodischen Gründen nicht verwertet werden, da die Versuchspersonen die Tendenz hatten, jeweils vier Kondome der vier unterschiedlichen Farben zu wählen.

STRUCKMAN-JOHNSON, STRUCKMAN-JOHNSON, GILLILAND und AUSMAN (1994) untersuchten die Wirkung unterschiedlicher Arten von Appellen (in TV-Spots) auf die Einstellung und das Verhalten, sich gegen Aids zu schützen. Als Appelle verwandten sie folgende Botschaften: Furchtappelle ohne sexuelles Thema, Furchtappelle mit sexuellem Thema, einen Tatsachenbericht, eine humorbetonte Darstellung sowie eine erotische Darstellung. Dabei gingen sie von drei Hypothesen aus: 1. Furchtappelle sind effektiver als die anderen drei Formen von Botschaften; 2. Furchtappelle mit einem sexuellen Thema sind effektiver als ohne sexuelle Darstellung und 3. Männer lassen sich durch die Botschaften mehr beeinflussen als Frauen. Als Versuchspersonen für die Vorstudie (zur Auswahl der Slogans) dienten 53 Männer und 74 Frauen. In der Hauptstudie waren es 236 Personen beiderlei Geschlechts mit dem durchschnittlichen Alter von 20 Jahren. Als Effektmaße dienten die Skala ‚AIDS-worry‘ (welche die Besorgnis, Aids zu bekommen, erfaßt), die Einstellung bezüglich Kondomen und die Vorstellungen zu Sexualität und Partnerschaft. Zudem wurde die Intention, im Kontakt mit dem ständigen Partner bzw. mit einem neuen Partner Kondome zu benutzen, erfragt. Das Verhalten wurde dadurch gemessen, daß die Versuchsteilnehmer kostenlos Kondome mitnehmen konnten, deren Anzahl gemessen wurde. In den Ergebnissen zeigte sich, daß durch die unterschiedlichen Botschaften tatsächlich in den ersten beiden Versuchsbedingungen Furcht erzeugt werden konnte. Gleichzeitig wurde die erotische Darstellung als signifikant romantischer eingestuft. Die Effekte auf die Intention, Kondome zu benutzen, zeigte einen Haupteffekt dahin gehend, daß Furchtappelle sich als signifikant effektiver erweisen als die erotische, humorbetonte und sachliche Darstellung (dies gilt sowohl für die Intention bezüglich des derzeitigen Partners als auch bezüglich eines neuen Partners). Weiterhin zeigte sich ein geschlechtsbezogener Effekt: Frauen geben eine höhere Intention an als Männer, Kondome zu benutzen. Die Validität des Verhaltensmaßes ist dadurch eingeschränkt, da eine Vielzahl von Versuchspersonen vier Kondome (mit jeweils unterschiedlicher Farbe) entnommen hat. Lediglich das Ergebnis, daß Männer mehr Kondome entnommen hatten als Frauen, bleibt erwähnenswert.

Die Studie von BROOKER (1981) untersuchte ebenfalls die differentielle Wirksamkeit von Furchtappellen im Vergleich zu humorbetonten Werbeslogans zur Zahnhygiene. Diese Untersuchung aus dem Bereich der Werbewirksamkeitsforschung hatte das Kaufverhalten (hier Zahnpasta) sowie die Einstellung bezüglich des Produkts als Kriterien. Es zeigten sich Vorteile für humorbetonte Slogans hinsichtlich des Kaufverhaltens, d.h., daß humorbetonte Slogans zu einer besseren Bewertung der Marke und potentiell mehr Kaufverhalten führten. Diese Unterschiede zeigten sich vor allem bei Personen höherer Bildungsschicht.

KNAPP (1991) untersuchte bei zehnjährigen Kindern die Effekte von gesundheitsbezogenen Appellen (positive Folgen für die Gesundheit versus negative Folgen für die Gesundheit werden dargestellt) und sogenannten umweltbezogenen Appellen (positive soziale Konsequenzen versus negative soziale Konsequenzen werden dargestellt). Untersuchungsthema war das Zahnputzverhalten, das zu mehreren Meßzeitpunkten erfaßt wurde. Die Darstellung von negativen sozialen Konsequenzen der Zahnprophylaxe erwies sich als überlegen auf das Ausmaß der Plaque. Bezüglich des selbstberichteten Zahnputzverhaltens und der Verhaltensintention ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen.

ART DER DARSTELLUNG VON FURCHTAPPELLEN

SHERER und ROGERS (1984) versuchten den additiven Effekt der unterschiedlichen Darstellung von Furchtappellen auf die Verhaltensintention zu überprüfen. Sie entwickelten in

ihrer Studie Botschaften, die sich auf den Dimensionen emotionales Interesse (entspricht der Ähnlichkeit zwischen der Versuchsperson und der im Text beschriebenen Person), Konkretheit der Darstellung sowie Aktualität der Botschaft unterschieden. Bei einer hohen Ähnlichkeit zwischen dem Sender und dem Rezipienten zeigte sich eine stärkere Intention zu kontrolliertem Alkoholkonsum. Daneben zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen der Einschätzung der Schädlichkeit und der Konkretheit der Darstellung. Als weiterer Effekt wurde die Erinnerungsleistung für die Inhalte der Botschaft untersucht. Für eine konkrete Darstellung ergab sich eine bessere Wiedererinnerung; d.h. wenn exemplarisch einzelne Personen dargestellt wurden und auf die Präsentation von Statistiken verzichtet wurde, konnten die Inhalte der Botschaft besser erinnert werden.

SHERER und ROGERS (1984) untersuchten Moderatoreffekte hinsichtlich der ‚Lebhaftigkeit‘ von Informationen. Als Botschaften wurden schriftliche Informationsmaterialien (mit ca. 4000 Worten) zum Thema ‚Problemtrinker‘ verwandt, die 80 studentischen Versuchspersonen vorgelegt wurden. Dabei standen vier Bereiche im Vordergrund, welche Kriterien einer für den Empfänger relevanten Botschaft waren: hohes vs. geringes emotionales Interesse (Problemtrinker wurden als ähnlich vs. unähnlich dem Leser dargestellt); hohe vs. geringe Konkretheit (Darstellung von Einzelfällen vs. Darstellung von Statistiken); große zeitliche Nähe vs. geringe zeitliche Nähe (die Untersuchung wurde vor einem Monat abgeschlossen vs. die Untersuchung liegt ca. 10 Jahre zurück). Neben den Messungen der drei vorgestellten Dimensionen sollte die Intention, den Alkoholkonsum einzuschränken (unmittelbar danach und nach 48 Stunden), angegeben werden. Die Ergebnisse zeigten, daß die Veränderung auf den drei Dimensionen erfolgreich und durch Skalen abbildbar war. Als einziger Haupteffekt, auf die unmittelbare Intention Alkohol zu trinken, zeigte sich der Einfluß des emotionalen Interesses. Die Botschaft, in der die beschriebene Person als ähnlich dargestellt wurde, zeigte einen größeren Einfluß auf die Intention. Die Interaktionseffekte sind schwer interpretierbar und wurden der Verständlichkeit wegen weggelassen. Bezüglich der Konkretheit der Darstellung zeigte sich eine signifikante Korrelation zur Einschätzung der Gefährlichkeit. Wichtig erscheint auch ein weiteres Ergebnis: Die Wiedererinnerung war bei einer konkreten Darstellung signifikant besser als bei einer wenig konkreten Darstellung anhand von Statistiken.

In einer Arbeit zu Abwehrprozessen bei hoher Furchtstärke wurde postuliert, daß durch eine dogmatische Aufforderung zu Alkoholabstinenz Reaktanz erzeugt wird¹. SOUTHWICK-BENSLEY und WU (1991) konnten zeigen, daß (vor allem Männer) nach einer dogmatischen Aufforderung zur Einschränkung des Alkoholkonsums mit Reaktanz reagieren und stärkere Intentionen zu trinken sowie ein vermehrtes Trinken zeigen. Daneben zeigten sich auch geschlechtsspezifische Effekte bei leichten und mittleren Trinkern. Während Frauen bei einer Aufforderung zur Abstinenz mit einer geringeren Intention zu trinken reagierten, zeigten Männer eine größere Trinkintention nach der Aufforderung zur Abstinenz. Bei mittleren bis schweren Trinkern erwiesen sich Männer nach einer dogmatischen Aufforderung zur Einschränkung des Alkoholkonsums als die Gruppe mit der größten Reaktanz und dem meisten Alkoholkonsum.

SOUTHWICK-BENSLEY und WU (1991) untersuchten die Bedeutung von Reaktanz im Anschluß an eine Präventionsbotschaft, welche zu kontrolliertem Trinken von Alkohol bzw. zu Abstinenz aufforderte. Im folgenden werden zwei Studien dieser Arbeitsgruppe vorgestellt. In der *ersten Studie* wurden 535 Studenten und Studentinnen im Alter von 15 bis 50 Jahren hinsichtlich ihrer Trinkgewohnheiten in Abstinente (96 Personen), Gelegenheitstrinker (126 Personen), leichte bis mittlere Trinker (223 Personen) sowie häufige Trinker (90 Personen) eingeteilt. Die persuasiven Bot-

¹ Das Konzept der Reaktanz soll hier nicht näher dargestellt werden. Unter Reaktanz wird eine Gegenreaktion auf die Forderung einer anderen Person zu einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung verstanden. Reaktanz hängt mit der erlebten Freiheitseinschränkung durch die externen Forderungen zusammen.

schaften wurden hinsichtlich des vorgeschlagenen Ziels Abstinenz vs. kontrolliertes Trinken variiert, was als dogmatische vs. wenig dogmatische Zielsetzung bezeichnet wurde. Als abhängige Variablen wurde die Einschätzung des zukünftigen Trinkverhaltens (Verhaltensintention) für drei Zeitpunkte erfragt (in den nächsten Stunden bzw. Tagen und global für die Zukunft). Auf die Ergebnisse bezüglich der Einschätzungen der Botschaften auf den Dimensionen angenehm, persönliche Zustimmung etc. wird zugunsten einer übersichtlicheren Darstellung verzichtet. Nachfolgend wird nur von Effekten auf die Handlungsintention berichtet: Hier zeigte sich, daß die Trinkmenge vor dem Experiment einen Haupteffekt auf die Intention für die Zukunft hat. Die Überprüfung der Variable Dogmatismus ergab einen signifikanten Effekt in der erwarteten Richtung: Leser der dogmatischen Botschaft berichten stärkere Trinkintentionen, was die Hypothese der Reaktanz bestätigt.

Die *zweite Studie* versuchte die Übertragung der gefundenen Ergebnisse auf das konkrete Verhalten (hier: Bierkonsum). Auch hier wurde der dogmatische Anteil der Botschaft systematisch variiert. Es wurden für diese Studie nur mittlere bis schwere Trinker beiderlei Geschlechts herangezogen (N=74). Den Versuchspersonen wurde mitgeteilt, daß sie an einem Geschmackstest für Bier teilnehmen. Die Trinkmenge war dabei die zentrale abhängige Variable, welche nachfolgend bei der Ergebnisdarstellung vorrangig berücksichtigt wird. Bei Frauen zeigte sich ein geringerer Konsum nach der dogmatischen Aufforderung zur Restriktion des Bierkonsums, während Männer nach einer dogmatischen Aufforderung mehr tranken. Dieses Ergebnis kommt hauptsächlich dadurch zustande, daß männliche Vieltrinker nach einer dogmatischen Aufforderung signifikant mehr tranken als jede andere Gruppe.

KRISHNAMURTHY (1986) untersuchte den Einfluß von Botschaften über die Gefahren des Rauchens in Abhängigkeit von der Art der Präsentation (schriftlich vs. mündlich). Dazu wurden 200 männliche Studenten im Alter von 20 bis 26 Jahren in vier Gruppen unterschiedlicher Versuchsbedingungen eingeteilt: Gruppe 1 erhielt eine mündliche Form, Gruppe 2 erhielt eine schriftliche Form, Gruppe 3 erhielt den Text sowohl in schriftlicher als auch mündlicher Form, Gruppe 4 diente als Kontrollgruppe. Die ausgeprägteste Form an emotionalen Reaktionen (Rating) war bei Gruppe 3 zu beobachten. Dieses Ergebnis bestätigt sich auch bei Betrachten der Veränderung der Intention, da in Gruppe 3 die größten Veränderungen zu verzeichnen waren. Dies trifft sowohl für Raucher als auch für Nichtraucher zu. In der Darstellung ist diese Studie jedoch äußerst mangelhaft. Außerdem sind die Effekte aufgrund der geringen Zellenbesetzungen von zweifelhafter Güte.

WARNHINWEISE

Nachfolgend werden Studien beschrieben, in denen unter experimentellen Bedingungen die Effektivität von Warnhinweisen untersucht wurde. Ergebnisse aus Feldstudien zur Wirksamkeit von Warnhinweisen finden sich in Abschnitt 4.2 (vgl. auch BARTH & BENGEL, 1997).

In der Studie von HO (1992) wurden unter Anwendung der Theorie der Schutzmotivation von ROGERS (vgl. Abschnitt 3.2.4) vier Warnhinweise auf ihre Effektivität untersucht. Ziel war es, den Einfluß der Warnhinweise auf den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, zu überprüfen. Den größten Einfluß hatte die Warnung vor Lungenkrebs. Den geringsten Einfluß hatte die Warnung vor dem Verlust körperlicher Fitneß. Auf die Interaktionseffekte und das abschließende pfadanalytische Modell soll hier nicht eingegangen werden. HO betont in seinen Schlußfolgerungen die Wichtigkeit der Furchtinduktion für eine Verhaltensänderung, da er hierin das motivationale Agens sieht. Die Selbstwirksamkeitserwartung allein

kann seines Erachtens nicht zu einer Verhaltensänderung führen. MALOUFF, SCHUTTE, FROHARDT, DEMING und MANTELLI (1993) führten vier Studien mit Jugendlichen durch, in denen das Verständnis, die Merkfähigkeit sowie die Einstellung zu Warnungen über die Gefahren des Rauchens überprüft wurden. Als Ergebnis dieser Arbeit kann festgehalten werden, daß Warnungen mit dem Hinweis auf gesundheitliche Gefahren sowie auf Gefahren während der Schwangerschaft effektiver sind als der Hinweis, daß man nach dem Aufhören des Rauchens eine geringere Wahrscheinlichkeit für Lungenkrebs habe, oder der Hinweis auf Kohlenmonoxid im Zigarettenrauch. Die erstgenannten Botschaften konnten besser erinnert werden und wurden von Schülern als effektiver bewertet als die letztgenannten Inhalte. BELTRAMINI (1988) untersuchte in einer ähnlichen Studie die subjektive Glaubwürdigkeit von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen. Während der allgemeine Hinweis auf mögliche gesundheitliche Schäden durch Rauchen als sehr glaubwürdig eingestuft wurde, und auch Aussagen zu konkreten gesundheitlichen Schädigungen (wie z.B. Lungenkrebs, Herzinfarkt, pränatale Schädigungen des Kindes) als äußerst glaubwürdig bewertet wurden, zeigte sich eine signifikant geringere Glaubwürdigkeit der Aussagen ‚Das Beenden des Rauchens verringert die Risiken für gesundheitliche Schädigungen‘ bzw. ‚Der Rauch von Zigaretten enthält Kohlenmonoxid‘. In der Studie von BARLOW und WOGALTER (1993) wurde die Erinnerungsfähigkeit und Reproduktionsfähigkeit von visuell und auditiv präsentierten Warnhinweisen überprüft. Es zeigte sich eine deutliche Überlegenheit einer audiovisuellen Präsentation gegenüber einer nur auf eine Sinnesmodalität beschränkten Darbietung. Für die visuelle Gestaltung von Warnhinweisen in Zeitschriften konnten die Autoren weniger eindeutige Befunde formulieren: So war es nicht möglich, durch eine auffällige Darstellung (Warndreieck mit Ausrufezeichen als Logo) eine erhöhte Aufmerksamkeit zu erzeugen, die sich auch in der Reproduktion der Warnhinweise wiederfinden ließ. Jedoch war die Größe des Warnhinweises für die Merkfähigkeit der dargestellten Warnungen bedeutsam. LOKEN und HOWARD-PITNEY (1988) untersuchten die Effekte von Warnhinweisen über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens. Die Autorinnen konnten zeigen, daß Warnhinweise, die zeitgleich mit einem jungen und attraktiven Modell präsentiert wurden, weniger glaubwürdig waren als die bloße Präsentation mit einer Zigarettenpackung. Da sie sowohl Raucherinnen und Nichtraucherinnen befragten, zeigten sich Unterschiede in den beiden Gruppen. Raucherinnen schätzten die Überzeugungskraft der Warnhinweise als hoch ein, konnten sich jedoch an weniger Warnhinweise erinnern. Nach Ansicht der Autorinnen ist die Darstellung von attraktiven Menschen in der Fernsehwerbung für die Unterschätzung der Glaubwürdigkeit von Warnhinweisen mitverantwortlich.

LOKEN und HOWARD-PITNEY (1988) untersuchten die Wirksamkeit von Warnhinweisen bezüglich der gesundheitlichen Gefahren des Rauchens. Von den insgesamt 115 ausschließlich weiblichen Versuchspersonen waren 27 Raucherinnen. Experimentell variierten die beiden Autorinnen u.a. die Art der Warnhinweise (allgemeine Warnung des Staats vs. neuformulierte Warnhinweise) sowie die Art der Darstellung (Warnhinweis mit attraktiver Frau vs. Warnhinweis mit Zigarettenpackung). Als abhängige Maße untersuchten sie auf einem semantischen Differential (Attraktivität, Überredungswirkung, Glaubwürdigkeit) die Einstellung bezüglich des jeweiligen Dings. Außerdem sollten die Versuchspersonen möglichst viele Warnhinweise erinnern, wodurch die Merkbarkeit der Warnhinweise überprüft wurde. Warnhinweise mit einem weiblichen Modell wurden als signifikant attraktiver und weniger glaubwürdig bewertet. Der allgemeine Warnhinweis wurde überzeugender eingestuft. Raucherinnen schätzten die Überredungswirkung signifikant stärker ein als Nichtraucherinnen. Bezüglich der Erinnerungsfähigkeit zeigte sich ein deutlicher

(wenngleich nicht signifikanter) Unterschied zwischen Raucherinnen und Nichtraucherinnen. Nichtraucherinnen konnten sich besser an die zuvor gesehenen Warnhinweise erinnern. Die weiterführenden Analysen erbrachten keine für diese Arbeit relevanten Resultate.

Die Studien von MacKINNON (vgl. MacKINNON, 1993; MacKINNON, NEMEROFF & NOHRE, 1994) benutzten ein Design, bei dem die Wirkung von unterschiedlichen Botschaften auf alkoholischen Getränken verglichen wurden. Die Methode des Vergleichs bestand darin, daß die Versuchspersonen sich jeweils unterschiedliche Szenarien vorstellen sollten, in denen sie die Möglichkeit haben, zwischen zwei Getränken zu wählen (z.B. Party, Supermarkt). Auf einem Getränk ist jeweils ein Warnhinweis angebracht, während das zweite Getränk keinen solchen Aufkleber hatte. MacKINNON überprüfte durch diese Methode, inwieweit die Versuchspersonen sich in ihrer potentiellen Wahl beeinflussen ließen, obwohl sie wußten, daß die Getränke sich in ihrem Inhalt nicht unterschieden. Warnaufkleber mit der Aufschrift „Gift“, „giftig“ und „krebserzeugend“ hatten einen stärker abschreckenden Effekt als der staatlich angeordnete Hinweis auf die Gefahren des Alkoholkonsums (MacKINNON, 1993). Die Untersuchung von MacKINNON, NEMEROFF und NOHRE (1994) konnte zudem zeigen, daß die Formulierung ‚Alkohol kann zu gesundheitlichen Schäden führen‘ weitaus weniger effektiv ist als die Formulierung ‚Alkohol führt zu gesundheitlichen Schäden‘.

MacKINNON, NEMEROFF und NOHRE (1994) untersuchten die Wirksamkeit von Warnhinweisen auf alkoholhaltigen Getränken. Den 292 studentischen Versuchspersonen wurde die Frage gestellt, ob sie eher Alkohol mit dem seit 1989 angeordneten Aufdruck (oder einem anderen alternativen Aufdruck) oder lieber ohne diese Beschriftung kaufen würden. Es zeigte sich, daß vor allem Flaschen mit den Aufdrucken ‚führt zu gesundheitlichen Problemen‘, ‚ist giftig‘, ‚erzeugt Krebs‘ seltener gewählt wurden. Gleichzeitig zeigte sich kein Effekt des derzeitig verwandten Aufdrucks. Insgesamt war ein großer Prozentsatz von Personen (ca. 50%) von sämtlichen Warnhinweisen (außer Gift, krebserregend) unbeeindruckt. Diese Ergebnisse wurden in einer zweiten Studie repliziert. Als Versuchspersonen dienten hier jüngere Schüler, bei denen die Wahrscheinlichkeit, daß diese noch keinen Alkohol trinken, größer war (ca. 50%).

POPPER und MURRAY (1989) untersuchten den Einfluß der Größe und der Art der Darstellung von Warnhinweisen auf die Lesbarkeit, das Verständnis und die Merkfähigkeit bei über 200 Versuchspersonen. Den Versuchspersonen wurden zahlreiche Werbeseiten einer Sportillustrierten vorgelegt, wobei eine Werbeseite den untersuchten Warnhinweis enthielt. Der Warnhinweis wurde in seiner Größe (10 pt Schrift vs. 14 pt Schrift) und im Kontrast (schwarze Schrift auf weißem Grund = hoher Kontrast versus weiße Schrift auf grauen Hintergrund = geringer Kontrast) variiert. Lediglich ein Viertel der gesamten Versuchspersonen konnte sich an den Warnhinweis erinnern und diesen aus dem Gedächtnis wiedergeben. Signifikante Einzeleffekte der unterschiedlichen Versuchsbedingungen konnten nicht gefunden werden. Allenfalls als Trend läßt sich sagen, daß die Größe eines Warnhinweises für die Merkfähigkeit und Reproduzierbarkeit unbedeutender scheint, als eine kontrastreiche Darstellung.

4.1.2.

EMPFÄNGERVARIABLEN

Kennzeichen der Empfänger wurden bisher seltener untersucht, als die oben genannten Merkmale der Botschaft selbst. Allenfalls der Bereich der erlebten Furcht stellt einen gut untersuchten Bereich dar. Die nachfolgend aufgeführten Studien unterscheiden sich von den oben, im Abschnitt ‚Höhe der Furcht‘, genannten Arbeiten durch das experimentelle Vorgehen. Während oben vor allem Gruppenvergleiche (hohe Angstinduktion vs. geringe Angstinduktion) vorgenommen wurden, wurde in den nachfolgenden Studien die erlebte Furcht erfaßt und diente als unabhängige Variable. Als weitere Merkmale der Person werden soziodemographische Variablen sowie das Risikoverhalten der Empfänger angeführt.

DIE ERLEBTE FURCHT

In zahlreichen Arbeiten wurde die erlebte Furcht als Prädiktor für eine Einstellung bzw. ein Verhalten herangezogen. Die in Abschnitt 3.2.4 aufgelisteten Befunde zur Theorie der Schutzmotivation von ROGERS können hier ebenso genannt werden, wie die zahlreichen Arbeiten der Arbeitsgruppe um SUTTON. Übereinstimmend kommen zahlreiche Autoren zur Schlußfolgerung, daß das Erleben von Furcht vor einer Erkrankung einen signifikanten Effekt auf eine Einstellungsänderung bzw. eine Verhaltensänderung hat (vgl. zusammenfassende Darstellungen von SUTTON & HALLETT, 1989; ROGERS & PRENTICE-DUNN, in press). Gleichzeitig gelangen die Autoren zu der Einschätzung, daß durch die Botschaft auch Möglichkeiten der Bewältigung einer gesundheitlichen Gefahr angeboten werden sollten. Die Gruppe mit hoher Furcht und einer effektiven Bewältigungsstrategie hatte in zahlreichen Untersuchungen die größte Einstellungsänderung.

SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN

BROOKER (1981) konnte in seiner Studie zur vergleichenden Wirksamkeit von humorbetonten im Vergleich zu furchtinduzierenden Appellen bei der Werbung für Zahnhygieneartikel zeigen, daß Personen höheren Bildungsgrades auf die beiden Formen von Appellen unterschiedlich reagieren, während bei einem geringeren Bildungsniveau keine Unterschiede feststellbar waren. Er kommt daher zum Schluß, daß Furchtappelle insbesondere bei Personen mit einem höheren Bildungsniveau ungeeignet sind.

BROOKER (1981) verglich die Wirksamkeit von Furchtappellen mit der von humorbetonten Appellen. Die Versuchspersonen (N=240) sollten in dieser Studie Werbeslogans für Zahnbürsten bzw. gegen Zahnbelag auf den Dimensionen ‚Ich brauche diesen Artikel‘, ‚Qualität des Artikels‘, ‚Ich mag dieses Produkt‘, ‚Einstellung gegenüber der Firma‘, ‚Die Wahrscheinlichkeit, daß die Versuchsperson diesen Artikel benutzen wird‘ und ‚Die Wahrscheinlichkeit, daß die Versuchsperson einen anderen Artikel derselben Firma kaufen wird‘ einschätzen. Die Auswertung der Ergebnisse der Befragung der Versuchspersonen ergab signifikante Vorteile der humorbetonten Slogans hinsichtlich des potentiellen Kaufverhaltens sowie der Einstellung gegenüber der Firma. Die Einschätzungen zur Notwendigkeit dieses Produkt zu kaufen, der Qualität des Artikels sowie der Vorliebe für dieses Produkt zeigten keine signifikanten Unterschiede. Der Vergleich zu einer sachlichen Information über die Pflege von Zähnen erbrachte keine signifikanten Unterschiede zu den humorhaften Werbeslogans. Signifikante Unterschiede fanden sich jedoch zu den furchtinduzierenden Werbeslogans. Als Kontrollvariable diente das Bildungsniveau der Versuchspersonen. Aus den Ergebnissen ließ sich ableiten,

4

daß Furchtappelle bei Personen mit höherer Bildung zu negativen Effekten führen und die Kaufentscheidung negativ beeinflussen.

RISIKOVERHALTEN DER EMPFÄNGER

Die Studie von WATSON, PETTINGALE und GOLDSTEIN (1983) untersuchte den differentiellen Effekt eines Nichtraucherfilms auf physiologische Maße und subjektive Angaben bei Raucherinnen und Nichtraucherinnen. Sie konnten zeigen, daß Raucherinnen im Vergleich zu Nichtraucherinnen beim Betrachten dieses Films einen größeren Anstieg der Herzfrequenz haben sowie größere Anspannung und Ängstlichkeit berichten. Die Autoren schlußfolgern, daß die Angstinduktion durch furchterzeugende Filme erfolgreich ist und somit Verhaltensänderungen zu erwarten sind.

WATSON, PETTINGALE und GOLDSTEIN (1983) untersuchten ebenfalls die Wirkung des Films ‚Dying for a fag‘ (vgl. SUTTON & HALLET, 1984) unter den Gesichtspunkten des bisherigen Risikoverhaltens (Raucher vs. Nichtraucher), der physiologisch gemessenen und subjektiv berichteten Angst (STAI) und einem Fremdrating der gezeigten Emotion (ängstlich vs. entspannt). Als Versuchspersonen dienten 20 Frauen, die in einem Krankenhaus angestellt waren. Diese wurden anhand des Kriteriums mehr als fünf Zigaretten pro Tag in die Gruppe der Raucherinnen (N=10) bzw. Nichtraucherinnen (N=10) zugeteilt. Das Betrachten des Films hatte bei den Raucherinnen einen signifikanten Anstieg der Herzfrequenz zur Folge, der in der Gruppe der Nichtraucherinnen nicht gefunden wurde. Die Selbstangaben weisen darauf hin, daß Raucherinnen sowohl vor als auch nach Betrachten des Films ängstlicher waren als Nichtraucherinnen. Signifikante Unterschiede nach Betrachten des Films zeigten sich zwischen den beiden Gruppen bei der Einschätzung der Beunruhigung und Anspannung. Alle anderen Items erbrachten keine signifikanten Unterschiede. In den Verhaltensmaßen beim Betrachten des Films zeigten sich keine inhaltlich bedeutsamen Unterschiede. Abschließend werden zahlreiche korrelative Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen berichtet, welche jedoch aufgrund der nicht fortgeführten Trennung der Stichprobe (in Raucherinnen und Nichtraucherinnen) schwer interpretierbar und dadurch auch wenig brauchbar sind.

4.2. FELDSTUDIEN

Nachfolgend werden Arbeiten vorgestellt, die nicht in einem experimentellen Rahmen entstanden sind, sondern in einem naturalistischen Design die Effekte von Furchtappellen überprüften. Zunächst werden Studien genannt, welche die Wirksamkeit von Warnhinweisen bezüglich der Gefahren des Alkoholkonsums sowie der Gefahren des Rauchens untersuchten. Diese Arbeiten wurden vorrangig in den USA durchgeführt.

FELDSTUDIEN ZU WARNHINWEISEN

Seit 1989 besteht in den USA die Vorschrift, auf Getränkebehältern Aufdrucke mit der Warnung vor den schädlichen Folgen des Alkoholkonsums anzubringen². Wörtlich lauten die-

² Eine analoge Verordnung trat in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 1991 für Zigaretten in Kraft. Effektivitätsabschätzungen dieser Verordnung liegen der Arbeitsgruppe nicht vor, so daß lediglich Schlußfolgerungen aus amerikanischen Studien gezogen werden können.

se Warnungen wie folgt: „Entsprechend der Warnung des Gesundheitsministers: (1) sollten Frauen wegen des Risikos von Schädigungen des Säuglings keine alkoholischen Getränke während der Schwangerschaft zu sich nehmen. (2) Der Konsum von Alkohol schränkt Ihre Fähigkeit ein, Auto zu fahren oder eine Maschine zu bedienen und kann zu gesundheitlichen Problemen führen.“ Zahlreiche Evaluationsstudien haben versucht, die Wirksamkeit dieser Warnhinweise in Feldstudien zu untersuchen (vgl. zusammenfassend ANDREWS, 1995).

MackINNON und FENAUGHTY (1993) überprüften, inwieweit das Rauchen bzw. der Genuß alkoholischer Getränke mit einer verstärkten Wahrnehmung der Warnhinweise einherging. Sie gingen davon aus, daß Raucher und Personen, die Alkohol trinken, sich an Warnhinweise auf Zigaretten bzw. auf alkoholischen Getränken signifikant besser erinnern können. Diese Hypothese konnte bestätigt werden: Es ergab sich zwischen der Stärke des Konsums und der Erinnerungsleistung (durch Wiedererkennen) ein signifikanter korrelativer Zusammenhang. KASKUTAS und GRAVES (1994) untersuchten die Wahrnehmung und Wirkung des Warnhinweises bezüglich der schädlichen Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft. Dabei unterschieden sie drei Gruppen von Personen hinsichtlich der Intensität der Wahrnehmung der Warnhinweise. Als Kriterien galten die Wahrnehmung eines Warn-Aufklebers, eines Plakats sowie eines Werbespots über das Trinken während der Schwangerschaft, die in der Zeit zuvor veröffentlicht wurden. Das Vorliegen dieser drei Kriterien ergab einen Punktwert zwischen 0 (keine Wahrnehmung) und 3 (alle Medien wahrgenommen). Als Befragungsmethode wurde eine Telefonbefragung gewählt, durch die über 4000 Personen erreicht werden konnten. In den Ergebnissen zeigte sich, daß folgende Personengruppen eher mehrere Informationsquellen gesehen hatten: Männer, Personen unter 40 Jahren, Personen mit höherer Bildung sowie Personen mit einem übermäßigen Alkoholkonsum (vgl. auch KASKUTAS & GREENFIELD, 1992). Das Einkommen und die ethnische Zugehörigkeit hatten keinen signifikanten Einfluß. Nach einem Ausschluß von Personen, die sich als abstinent bezeichnen, wurden Analysen über die Zusammenhänge der soziodemographischen Variablen zu den Bereichen ‚Wissen über die Gefahren des Alkoholkonsums‘, ‚Inhalte der Kampagne als Bestandteil alltäglicher Konversation‘ sowie ‚der Reduktion des Alkoholkonsums aufgrund gesundheitlicher Bedenken‘ durchgeführt. Von den Einzelvergleichen sollen nur einige wenige vorgestellt werden, welche durchgehend auf alle drei Bereiche einen wesentlichen Einfluß hatten. So waren jüngere Personen sowohl hinsichtlich des Anstiegs an Wissen, dem Ausmaß der alltäglichen Konversation über dieses Thema und der Reduktion des Trinkens signifikant stärker zu beeinflussen. Auch Personen, die mindestens zwei Formen der Präsentation wahrgenommen hatten, zeigten auf allen drei Ebenen positivere Resultate als Personen, die keine der drei möglichen Medien wahrgenommen hatten. Für Frauen im gebärfähigen Alter zeigten sich Effekte auf das Ausmaß der alltäglichen Konversation über dieses Thema. Sobald jene Frauen eine der möglichen Botschaften wahrgenommen hatten, kommunizierten sie häufiger über die Schäden von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. In der Reduktion der Trinkmenge unterschieden sich jedoch lediglich Frauen, die alle drei Medien wahrgenommen hatten, von Frauen, die keine der drei Quellen nennen konnten. Auf die Wahrnehmung der

Botschaften hatte eine reale Schwangerschaft keinen Einfluß, da sowohl schwangere wie nichtschwangere Frauen lediglich zu einem Drittel zwei und mehr Botschaften gesehen hatten. Jedoch unterschieden sich die beiden Gruppen in ihrem Trinkverhalten und der alltäglichen Konversation. Schwangere Frauen unterhielten sich häufiger über die Inhalte der Kampagne und hatten ihre Trinkgewohnheiten mehr eingeschränkt.

Eine weitere Arbeit dieser Forschungsgruppe beschäftigte sich mit einem Vergleich von Personen, die in Kanada leben, wo keine derartige Verordnung existiert, mit Personen in den USA, die seit 1989 mit derartigen Warnhinweisen konfrontiert werden (vgl. GREENFIELD, GRAVES & KASKUTAS, 1993). Im Wissen um die gesundheitlichen Schäden durch Alkohol unterschieden sich die beiden Stichproben lediglich in der Einschätzung der Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft. Personen in den USA schätzten dieses Risiko wesentlich höher ein als Personen aus Kanada. Jedoch war dieser Unterschied auch bereits vor der Implementierung der neuen Rechtsverordnung vorhanden. Auch andere Effekte auf das Wissen sowie die Einstellung zu Alkohol konnten in dieser Arbeit nicht nachgewiesen werden.

In den Studien von HANKIN und Mitarbeitern (vgl. HANKIN et al. 1993a, 1993b) wurden schwangere Frauen aus der Unterschicht afrikanischer Herkunft befragt, die sich zu einer Voruntersuchung in eine Klinik begaben. Hauptinteresse der Untersucher war zu erfragen, ob die Frauen einen Warnhinweis über die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft gelesen hatten. Über 40% der Frauen gaben an, bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes und somit vor der realen Existenz solcher Warnhinweise bereits Botschaften dieser Art gelesen zu haben. Erst ca. fünf bis sieben Monate nach dem Beginn der eigentlichen Kampagne ist ein, über diesen Effekt falsch positiv beantwortender Frauen hinausgehender, Interventionseffekt festzustellen, so daß nach 20 Monaten ein Zuwachs von 25% zu verzeichnen war. In der Studie von MacKINNON, PENTZ und STACY (1993) wurden die Effekte der Alkoholwarnhinweise für die Zielgruppe der Jugendlichen überprüft. Die Autoren erwarteten eine starke Veränderung hinsichtlich der Wahrnehmung der Warnhinweise, eine geringe Veränderung des Wissens über die Risiken des Alkoholkonsums und eine noch geringere Veränderung des Verhaltens. Als Methode wurde eine Prä-Post-Messung verwandt, wobei unterschiedliche Personen befragt wurden. Analog zur Studie von HANKIN et al. (1993a, 1993b) gaben 20% der Befragten an, einen solchen Warnhinweis bereits gelesen zu haben, ohne daß dieser existierte. Im darauffolgenden Jahr berichteten 43% der Befragten davon. Hinsichtlich der Einschätzungen der schädlichen Folgen des Alkoholkonsums sowie dem Trinkverhalten zeigten sich keine signifikanten Veränderungen im Zeitraum von einem Jahr. Als gesundheitliche Risiken, die auf dem Warnhinweis angegeben waren, konnten die befragten Schüler am häufigsten Geburtsschäden (83%) und am seltensten die Einschränkungen beim Bedienen einer Maschine erinnern (56%).

In der Studie von MAZIS, MORRIS und SWASY (1991) wurden ebenfalls die Effekte der gesetzlichen Verordnung zur Kennzeichnung alkoholischer Getränke untersucht. Es handelte

sich bei dieser Studie um ein Prä-Post-Design, wobei der erste Meßzeitpunkt sechs Monate vor Inkrafttreten der Verordnung war und die zweite Messung sechs Monate nach der Verordnung stattfand. Über 1000 Personen wurden telefonisch befragt. Die befragten Personen sollten die Gefährlichkeit von alkoholischen Getränken, Tabak, künstlichem Süßstoff etc. einschätzen. Lediglich bei der Risikowahrnehmung von Alkohol konnte beim Vergleich der beiden Meßzeitpunkte eine signifikante Veränderung festgestellt werden. Anschließend wurde die Gesamtstichprobe anhand soziodemographischer Merkmale sowie dem aktuellen Trinkverhalten unterteilt. Hierbei zeigten sich signifikante Veränderungen der Risikoeinschätzung (in der erwünschten Richtung) bei jüngeren Personen, bei Personen mit höherer Bildung sowie bei mehrverdienenden Personen. Ebenfalls zeigten sich stärkere Veränderungen der Risikoeinschätzung bei Personen, die häufiger trinken, während Personen mit geringem Alkoholkonsum keine Veränderung aufwiesen. Personen, welche die Warnhinweise wahrgenommen hatten, wurden danach gefragt, welche Information auf dem Warnhinweis enthalten sei. Jüngere Personen sowie Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen konnten die Information besser benennen. Aber auch Personen mit einem höheren Alkoholkonsum konnten die Warnhinweise besser benennen. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß durch die Verordnung, Warnhinweise auf alkoholhaltigen Getränken anzubringen, die Risikowahrnehmung in Teilgruppen der Bevölkerung verändert werden konnte. Jüngere Personen und Personen mit starkem Alkoholkonsum zeigten eine Veränderung im Wissen um die potentiellen Gefahren des Alkoholkonsums.

ANDERE FELDSTUDIEN

ROSSER (1991) kommt bei seiner vergleichenden Untersuchung australischer und neuseeländischer Aufklärungskampagnen zur Schlußfolgerung, daß eine übermäßige Furchtinduktion in Aufklärungskampagnen zu einer fatalistischen Einstellung führen kann, was wiederum negative Effekte auf die Motivation sich zu schützen hat. In seiner Studie zum HIV-Schutzverhalten von homosexuellen Männern war nach einer Kampagne (welche starke Furcht induzierte) ein Anstieg der sich nicht schützenden Männern zu verzeichnen. Methodisch ist diese Studie jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße (N=73) für die Evaluation einer derart großangelegten Kampagne als äußerst mangelhaft zu bezeichnen. Auch aufgrund der Selbstselektion der Befragungsteilnehmer muß dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden, wengleich der Rückgang der sich schützenden Personen auf ca. die Hälfte als eindrucksvoll zu bewerten ist.

ROSSER (1991) evaluierte zwei unterschiedliche Aufklärungskampagnen (zum Thema HIV-Infektion bei homosexuellen Männern) unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit von Furchtappellen. Der Vergleich einer Aufklärungskampagne in Neuseeland (geringe Furchtinduktion) mit einer Kampagne in Australien (hohe Furchtinduktion) erfolgte anhand von Verhaltenskriterien (z.B. ungeschützter analer Geschlechtsverkehr). Es zeigte sich, daß die Zahl der sich schützenden Männer im Zeitraum von sechs Monaten in Neuseeland anstieg (dort wurde eine nicht explizit erklärte Kampagne durchgeführt), während in Australien ein Rückgang der sich schützenden Männer auf fast die Hälfte des Ausgangswerts zu verzeichnen war. Kritisch an dieser Studie ist die geringe Stichprobe von 73 Personen (in Australien) sowie die freiwillige Beteiligung der befragten Personen.

WEINSTEIN, SANDMAN und ROBERTS (1991) untersuchten die Bereitschaft von Einwohnern einer Region mit hoher Radonkonzentration, daß diese einen Test zur Überprüfung

der Konzentration in ihren Wohnungen durchführen. Sie konnten keinen additiven Effekt einer Botschaft feststellen, welche die Risiken einer hohen Radonkonzentration für die Atemwegsorgane beschrieb. Eine relativ kurz gehaltene sachliche Information erfüllte in diesem Fall denselben Zweck. Als gute Prädiktoren für die Durchführung eines Radontests erwiesen sich die Einschätzung des Risikos sowie die Beurteilung der Schwere der zu erwartenden gesundheitlichen Schädigungen (vgl. auch WEINSTEIN & SANDMAN, 1992).

WEINSTEIN, SANDMAN und ROBERTS (1991) untersuchten die Wirksamkeit einer Kampagne zur Überprüfung der Radonkonzentration in der häuslichen Umgebung. Dabei unterschieden sie zwischen zwei Versuchsbedingungen: In der Experimentalgruppe wurde den Versuchspersonen mitgeteilt, sie gehörten zu einer Region mit einem hohen Risiko, und deshalb wäre es sinnvoll, einen Test der Radonkonzentration durchzuführen. Die Kontrollgruppe erhielt die Botschaft, daß es eine gute Idee sei, den Radongehalt der Luft zu überprüfen (ohne daß auf die Dringlichkeit hingewiesen wurde). Als Versuchspersonen dienten fast 5000 Personen der Region New Jersey, von denen aufgrund der Rücklaufquoten der Vortests (sowie Ausschluß von Personen außerhalb von Hochrisikozonen) nur 647 verblieben. Diese waren durchschnittlich 49 Jahre alt und wohnten im Schnitt bereits über 14 Jahre in dieser Region. Die Ergebnisse zeigten, daß sich die Risikoeinschätzung der Experimentalgruppe signifikant durch die Intervention veränderte. So schätzten die Personen der Experimentalgruppe ihr eigenes Risiko sowie das Risiko für Personen ihrer Region nach der Intervention höher ein als vor der Intervention. Die Teilnehmer der Studie konnten ein Gerät zum Testen des Radongehalts bestellen, was als Kriterium für eine Verhaltensänderung fungierte. Es zeigte sich kein Einfluß der Versuchsbedingung auf die Bereitschaft ein solches Gerät zu bestellen. Signifikante Korrelationen zur Bestellung fanden sich hingegen zur Einschätzung des persönlichen Risikos (nach der Intervention) sowie zur Einschätzung der Schwere des potentiellen gesundheitlichen Schadens. Einschränkend für die Verwertung dieser Studie muß darauf hingewiesen werden, daß ca. fünf Monate vor Versuchsbeginn aufgrund einer anderen Kampagne Flugblätter an die Haushalte verschickt wurden, welche einen ähnlichen Inhalt wie die Botschaft der Experimentalgruppe hatte.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

5

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die zentrale Frage dieser Arbeit lautete, welche Wirkungen präventive Botschaften auf der Basis von Furchtappellen auf gesundheitsbezogene Intentionen und das Gesundheitsverhalten haben. Dazu wurden die empirischen Befunde der Furchtappellforschung und Theorien zur Bewertung und Erklärung von Gesundheits- und Vorsorgeverhalten referiert. Nachfolgend werden die wichtigsten Schlußfolgerungen dieser Expertise anhand von 16 Leitfragen gezogen und abschließend Empfehlungen für die Gestaltung und Evaluation von präventiven Botschaften formuliert.

KANN DIE ERLEBTE FURCHT DAS GESUNDHEITSVERHALTEN BEEINFLUSSEN?

In zahlreichen Arbeiten konnte nachgewiesen werden, daß Angst vor einer Schädigung oder Erkrankung eine wesentliche Bedingung zur Veränderung des Gesundheits- und Risikoverhaltens darstellt. In diesen Studien wurde die Angst vor einer Erkrankung durch die folgenden Merkmale erhoben: die wahrgenommene Schwere der Folgen einer Erkrankung, die persönlichen Konsequenzen durch die Erkrankung und die Wahrscheinlichkeit, an dieser Störung in einem absehbaren Zeitraum zu erkranken. Diese erlebte Bedrohung durch eine Erkrankung wurde entweder nach einer Intervention (z.B. Film, Informationsbroschüren, Informationsveranstaltung) oder ohne eine vorherige Intervention erfaßt. Die wahrgenommene Angst wurde in Zusammenhang gebracht zu Einstellungsänderungen nach einer Intervention oder zu gesundheitsbezogenen Einstellungen unabhängig von Vorerfahrungen. Durchgängig erwies sich die Angst vor einer Erkrankung als wichtiger Prädiktor für die Vorhersage von gesundheitsbezogenen präventiven Verhaltensintentionen und Verhaltensweisen. Gleichzeitig muß betont werden, daß es sich um mittlere korrelative Zusammenhänge zwischen den zwei Merkmalen handelt, die selbstverständlich keine vollständige Vorhersage von Gesundheitsverhalten erlauben. Es kann nicht von einem linearen Modell des Zusammenhangs zwischen der erlebten Furcht und dem Ausmaß der Einstellungs- oder Verhaltensänderung ausgegangen werden. Die erlebte Furcht oder Angst bzw. die wahrgenommene Bedrohung ist daher nur *ein* wichtiger Faktor für die Initiierung präventiven Verhaltens. Daneben haben die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums eine große Bedeutung für die Veränderung von Gesundheits- und Vorsorgeverhalten.

WELCHEN EINFLUSS HAT DIE STÄRKE EINES FURCHTAPPELLS AUF DIE EINSTELLUNGSÄNDERUNG?

Die theoretischen Annahmen von JANIS und McGUIRE gingen davon aus, daß Furchtappelle mit mittlerem Ausmaß die größte Wirkung entfalten. Die Quantifizierung, was unter einer mittleren Furchtstärke zu verstehen ist, konnte bisher empirisch nicht geleistet wer-

den. Die Befürchtung, durch eine zu starke Furchtinduktion einen gegenläufigen Effekt auszulösen, wird auch heute noch in zahlreichen theoretischen Abhandlungen und Studien formuliert. Es gelang jedoch keine empirische Spezifizierung, welches Furchtniveau maximal tolerabel ist, bevor es zu Abwehrprozessen kommt. Neuere Theorien gehen nicht mehr von einem kurvilinearen Zusammenhang von Furchtstärke und Einstellungsänderung aus, was sich auch in empirischen Untersuchungen nachweisen ließ. In diesen empirischen Untersuchungen der Furchtappellforschung wurde häufig ein direkter positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Furchtinduktion und Einstellungsänderung gefunden. Wurden Erkrankungen als potentiell den Empfänger betreffend, mit extremen Folgeschäden (z.B. tödlicher Verlauf) und als relativ rasch eintretend dargestellt, so zeigten sich höhere Inanspruchnahmeraten von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen oder ein verändertes Gesundheitsverhalten (im Sinne einer Reduktion riskanter Handlungen). Die Theorien von LEVENTHAL und ROGERS können beispielhaft für diese neueren Theorien genannt werden. Beide Autoren unterscheiden jeweils zwischen der *wabrgenommenen Furcht* vor einer gesundheitlichen Bedrohung und den *wabrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten*, eine solche Bedrohung abzuwenden. Auf der Basis dieser Theorien scheint die Furchtinduktion als motivationales Agens für eine Verhaltensänderung sinnvoll. Als Gegengewicht ist jedoch auf jeden Fall die Vermittlung von Bewältigungsmöglichkeiten notwendig. Auf der Basis dieser Theorien hängt das Ausmaß einer Einstellungsänderung mit dem Ausmaß der induzierten Furcht korrelativ zusammen, ohne von einem linearen Zusammenhang ausgehen zu können. Allen Untersuchungen ist der Laborcharakter gemeinsam, der die Validität der Befunde in Frage stellt. Inwieweit die Furchtinduktion auch in einer alltagsnahen Umgebung mit der Möglichkeit zu Ablenkung, kognitiver Meidung oder der Möglichkeit, sich dem Medium zu entziehen, überhaupt gelingt, ist bisher nicht im Rahmen feldnaher Studien überprüft worden.

WAS VERSTEHT DIE FURCHTAPPELLFORSCHUNG UNTER FURCHTERLEBEN?

Bislang konnte keine Einigung erzielt werden, wann von einer gelungenen Furchtinduktion gesprochen werden kann. Dieses Problem entsteht unter anderem auch dadurch, daß in den empirischen Untersuchungen meist keine standardisierten Meßinstrumente verwendet wurden, sondern meist auf die Fragestellung eigens zugeschnittene Instrumente zum Einsatz kamen. Je nach Studie werden Konstrukte wie Besorgtheit, physiologische Aktivierung, momentane Ängstlichkeit u.ä. als Furcht bezeichnet. Es ist bislang auch noch nicht hinreichend untersucht, welche Inhalte einer persuasiven Botschaft für das Furchterleben verantwortlich sind. D.h. zwischen einer dramatischen Darstellung negativer Konsequenzen und dem Furchterleben des Rezipienten wurde nicht immer ein Zusammenhang gefunden. Hierzu ist noch weitere Grundlagenforschung notwendig, um mögliche Abwehrprozesse der Empfänger einer persuasiven Botschaft genauer zu untersuchen.

GIBT ES MODERIERENDE FAKTOREN DER BOTSCHAFT HINSICHTLICH DER WIRKUNG VON FURCHTAPPELLEN?

Eine Reihe von Merkmalen trägt zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten bei: gesundheitliche Kompetenzerwartungen, d.h. die subjektive Einschätzung über die Fähigkeit, relevantes Gesundheitsverhalten durchzuführen, sowie Konsequenzerwartungen, d.h. Annahmen über die Effektivität einer Handlung. In zahlreichen experimentellen Arbeiten wurde deshalb versucht, gesundheitliche Kompetenzerwartungen und Konsequenzerwartungen zu untersuchen. ROGERS und LEVENTHAL unterscheiden zwei Prozesse bei der Verarbeitung von Furchtappellen: Der erste Prozeß zeichnet sich durch die Bewertung der gesundheitlichen Bedrohung durch neue Informationen aus. Gleichzeitig findet im zweiten Prozeß eine Bewertung der Bewältigungsmöglichkeiten für die Bedrohung statt. Gelingt es, angemessene Bewältigungsstrategien (entspricht hohen Konsequenz- und Kompetenzerwartungen) für die dargestellte Bedrohung massenmedial zu vermitteln, so können Furchtappelle motivational wirksam werden und in gesundheitsbezogene Intentionen oder Handlungen münden. Abschreckung allein ist demnach kein geeignetes Mittel. Vielmehr ist die Vermittlung von Handlungskompetenzen gleichrangig zur Darstellung von bedrohlichen Inhalten.

WELCHE KONSEQUENZEN KÖNNEN AUS UNTERSUCHUNGEN ZU SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN GEZOGEN WERDEN?

Die Wahrnehmung des persönlichen Risikos wird als notwendige, wenn auch nicht hinreichende Grundvoraussetzung für die Initiierung gesundheitsprotektiven und präventiven Verhaltens betrachtet. Dies gilt zumindest in den Fällen, in denen Maßnahmen primär aus gesundheitlichen Gründen unternommen werden. Allerdings ist zu fragen, inwiefern Bedrohungsappelle bei Gefahren, die durch massenmediale Kommunikationsströme bereits weit verbreitet und allgemein akzeptiert sind, an Bedrohungscharakter und damit an Einfluß verlieren, da bereits ein gewisser Sättigungsgrad unter den Adressaten erreicht ist. Hier sollten Selbstwirksamkeitserwartungen (und die Komponenten der Kompetenz- und Konsequenzerwartungen) eine stärkere Berücksichtigung im Rahmen der Gestaltung von präventiven Informationen und bei der Evaluation von massenmedialen Botschaften finden. Es wird davon ausgegangen, daß eine hohe wahrgenommene Bedrohung nicht nur erwünschtes Verhalten bewirkt, sondern auch unerwünschtes Verhalten zur Folge haben kann. Eine hohe wahrgenommene persönliche Bedrohung kann einen aktivierenden Effekt sowohl auf günstige wie auch auf ungünstige Bewältigungsstrategien ausüben – sie motiviert die Person zum Handeln. Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen haben dabei einen positiven Effekt auf die Umsetzung massenmedial vermittelter präventiver Empfehlungen.

SIND EINSTELLUNGSÄNDERUNGEN DURCH FURCHTAPPELLE LANGFRISTIG NACHWEISBAR?

Bisherige Untersuchungen zur Wirkungsweise von Furchtappellen in der Prävention haben sich fast ausschließlich mit kurzfristigen Wirkungen beschäftigt. Langfristig angelegte katamnestische Untersuchungen wurden nur sehr selten durchgeführt. Es ist beim derzeitigen Kenntnisstand davon auszugehen, daß durch Furchtappelle langfristig eher positive denn negative Effekte zu erwarten sind. Auf der Basis des Modells von LEVENTHAL kann davon ausgegangen werden, daß die Furchtkontrolle (z. B. durch Ablenkung, Anzweifeln der Informationen) nur kurzfristige Bedeutung hat, während langfristig die Gefahrenkontrolle (z. B. Reduktion des Zigarettenkonsums) stärker motivierend wirkt.

GIBT ES ADRESSATEN, DIE FÜR FURCHTAPPELLE BESONDERS ANSPRECHBAR SIND?

Diese für alle präventiven Maßnahmen zentrale Frage setzt Daten über verschiedene Adressatengruppen voraus. Die Furchtappellforschung hat bisher wegen der besseren Erreichbarkeit vor allem studentische Probanden und solche mit höherer Schulbildung untersucht. Die vorliegenden Studien beschäftigen sich nur randständig mit der Frage, welche Personengruppen für Furchtappelle besonders empfänglich sind und inwieweit andere Personengruppen als resistent zu bezeichnen sind. Es gibt einzelne Hinweise, daß Personen aus höheren sozialen Schichten und mit höherer Bildung weniger durch Furchtappelle zu motivieren sind. Eine geschlechtsspezifische Wirkung von Furchtappellen liegt nahe, da auch bei anderen gesundheitsbezogenen Konstrukten relevante Unterschiede nachgewiesen werden konnten. Die Frage, ob Frauen oder Männer nach Furchtappellen stärkere Einstellungsänderungen aufweisen und ob geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster vorliegen, kann jedoch bisher nicht beantwortet werden. Inwieweit das Alter der Adressaten einen Einfluß auf die Verarbeitung von Furchtappellen hat, wurde ebenfalls bisher kaum untersucht. Bei Kindern erwiesen sich Furchtappelle hinsichtlich negativer sozialer Konsequenzen beim Zahnpflegeverhalten als effektiver, im Vergleich zur Darstellung von langfristigen gesundheitlichen Problemen durch Risikoverhalten. Insgesamt sind die Forschungsbefunde zum Einfluß von Adressatenmerkmalen quantitativ und aus methodischen Gründen jedoch nicht ausreichend.

GIBT ES ANDERE APPELLE MIT GRÖßERER EFFEKTIVITÄT ALS FURCHTAPPELLE (Z. B. HUMOR, EROTIK)?

In einigen Vergleichsstudien wurden Furchtappelle und Appelle mit anderen Inhalten und anderen emotionalen Bedeutungen verglichen. Bezogen auf das Ausüben von Sport erwiesen sich eine negative Gesundheitsbotschaft (‚Keinen Sport zu treiben ist schlecht für die Gesundheit‘) und eine positive Selbstbewußtseinsbotschaft (‚Sport ist gut für Ihr Selbstbewußtsein‘) als besonders effektiv. Beim HIV-Schutzverhalten zeigte sich eine Überlegenheit

der furchtbezogenen Appelle auf die Intention, sich in Zukunft mit einem unbekanntem Partner bzw. mit dem derzeitigen Partner durch Kondome vor Aids zu schützen. Bei der Zahnprophylaxe erwies sich die Darstellung von negativen sozialen Konsequenzen gegenüber einer Darstellung positiver sozialer Folgen als überlegen. Einzelbefunde zur differentiellen Wirksamkeit von unterschiedlichen Appellen liegen vor, die jedoch keine validen und generalisierbaren Aussagen erlauben.

GIBT ES ABWEHRPROZESSE, DIE BEI ZU HOHEN FURCHTAPPELLEN AKTIVIERT WERDEN?

Die Theorien von JANIS und McGUIRE gehen davon aus, daß bei zu hoher erzeugter Furcht Abwehrprozesse auftreten (z.B. verminderte Aufmerksamkeit, Aggression) und dadurch Furchtappelle ihre Wirkung verlieren. Ausgehend von diesen Überlegungen wurden zahlreiche empirische Untersuchungen zu Abwehrprozessen bei zu hoher Furchtinduktion durchgeführt. Nimmt man das Ausmaß der Einstellungsänderung als Maß für eine erfolgreiche Wirkung des Furchtappells, so konnten nur wenige Untersuchungen bei höherer Furcht eine geringere Einstellungsänderung nachweisen. In neueren Untersuchungen auf der Basis des ‚Elaboration Likelihood Models‘ bzw. des ‚Heuristic-Systematic-Models‘ zeigten sich in einigen Untersuchungen Abwehrprozesse bei zu hoher Furchtinduktion. Jedoch gibt es auch widersprechende Befunde, welche bei hoher Furcht von einer aufmerksameren Verarbeitung aufgrund der höheren Relevanz der Informationen ausgehen. Die Frage der Abwehrprozesse ist empirisch nicht ausreichend geklärt.

WELCHE WIRKUNGEN HABEN WARNHINWEISE BEZÜGLICH DES ALKOHOL- UND TABAKKONSUMS?

In Feldstudien zeigt sich, daß Personen mit Risikoverhalten (Zigaretten rauchen und Alkoholgenuß) Warnhinweise besser benennen können. Gleichzeitig wird die Glaubwürdigkeit von Warnhinweisen sehr unterschiedlich beurteilt. Während Hinweise, durch Rauchen an Lungenkrebs zu erkranken, als glaubwürdig gelten, werden Hinweise, durch das Aufgeben des Rauchens in Zukunft seltener zu erkranken, als weniger glaubwürdig bewertet. Auch Kontextfaktoren haben einen Einfluß auf die Glaubwürdigkeit. Beispielsweise wirkt die gleichzeitige Präsentation einer attraktiven Person, welche das Produkt anpreist (z. B. Zigaretten), negativ auf die Glaubwürdigkeit eines angebrachten Warnhinweises zu den Gefahren des Rauchens. In Feldstudien konnte gezeigt werden, daß bei einem Großteil der Bevölkerung einzelne Warnhinweise mental repräsentiert sind und diese auch reproduziert werden können. Gleichzeitig zeigten sich inhaltliche Schwerpunkte, d.h. es gab Erkrankungen, welche häufiger mit gesundheitsschädlichem Verhalten in Verbindung gebracht wurden. Dies war beispielsweise für den Alkoholgenuß während der Schwangerschaft der Fall. Andere Einschränkungen durch Alkoholgenuß, die ebenfalls Inhalt von Warnhinweisen waren, konnten schlechter erinnert werden (z. B. das Bedienen einer Maschine).

WELCHE BEFUNDE LIEGEN ZUR RISIKOWAHRNEHMUNG VON GESUNDHEITSSCHÄDIGENDEM VERHALTEN VOR?

Die Risikowahrnehmung für bestimmte Erkrankungen ist abhängig von der Schwere der Erkrankung (Mortalität, Behinderung, kurzfristige Beeinträchtigung), der Anzahl der bedrohten Personen sowie vom subjektiven Kontrollerleben. Damit deckt sich die subjektive Risikowahrnehmung häufig nicht mit dem „realen“ Risiko, welches meist größer als das persönliche Risiko wahrgenommen wird (unrealistischer Optimismus). Unklar ist jedoch, inwieweit ein unrealistischer Optimismus auch gesundheitserhaltende Funktionen im Sinne einer unbeschwerten Lebensführung hat, oder ob es durch eine unrealistische Einschätzung von Erkrankungsrisiken langfristig automatisch zu negativen Effekten für den Gesundheitszustand kommt (funktionaler Optimismus). Für präventive Kampagnen haben diese Ergebnisse große Relevanz. Zum einen handelt es sich um eine Beschreibung der Empfänger von Aufklärungskampagnen, welche nach den vorliegenden Befunden als Personen mit einer unrealistischen Risikoeinschätzung bezüglich gesundheitsschädigender Verhaltensweisen eingestuft werden müssen. Daneben zeigte sich in den Studien eine hohe zeitliche Stabilität dieser Kognitionen. Geht man nun davon aus, daß für die Teilnahme an präventiven Maßnahmen bzw. für die Umsetzung von Empfehlungen aufgrund der theoretischen Modellannahmen die Bewertung eines Verhaltens als hoch riskant eine notwendige Voraussetzung für eine Verhaltensänderung ist, so stellt sich die Frage, durch welche Botschaften eine solche Veränderung erreicht werden kann.

LÄSST SICH DIE RISIKOWAHRNEHMUNG VERÄNDERN?

Die Wahrnehmung eines persönlichen Risikos für eine bestimmte Erkrankung ist ein entscheidendes Merkmal, welches das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten beeinflusst. Informationen, die zur Risikobeurteilung herangezogen werden, stammen meist aus Massenmedien, von Bekannten und Freunden, zum Teil auch aus eigenen Erfahrungswerten. Bisherige Versuche experimentell, durch die Rückmeldung von Informationen über den Gesundheitszustand, die Risikoeinschätzung zu verändern, erbrachten keine Strategien, durch welche die Risikowahrnehmung von Personen konsistent verändert werden könnte. Es wurden unterschiedliche Formen der Risikorückmeldung untersucht: Neben epidemiologischen Statistiken, Überlebenskurven und Prävalenzraten, die in massenmedialen Präventionskampagnen Berücksichtigung finden, wurden auch personalkommunikativ individuelle Risikoabschätzungen zurückgemeldet. Wurden Personen personalkommunikativ mit einem individuellen Risiko für eine Erkrankung konfrontiert, so führte dies in experimentellen Untersuchungen (entgegen den theoretischen Annahmen) nicht notwendigerweise zu einer erhöhten Änderungsmotivation oder zu direkten Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Überzeugungen bzw. das Gesundheitsverhalten. Daneben stellt sich die Frage, inwieweit durch massenkommunikative Botschaften eine Veränderung der Risikoeinschätzung in größeren Bevölkerungsgruppen erreicht werden kann: Die Dimensionen „Schrecklichkeit einer Gefahr“ sowie die „Unbekanntheit eines Ereignisses“ beeinflussen

5

wesentlich die Risikoeinschätzung. Die Dimension der Schrecklichkeit hängt eng mit der Kontrollierbarkeit eines Ereignisses zusammen. Je nach Art der Präventionskampagne sind jeweils unterschiedliche Dimensionen von riskantem Verhalten angesprochen. Bei der Aids-Prävention handelte es sich um eine neuartige Erkrankung, die die subjektive Kontrollierbarkeit bei den Empfängern der präventiven Botschaften zunächst in Frage stellte. Gleichzeitig war das Schreckenspotential aufgrund der in Zeitschriften und Fernsehen vorhergesagten epidemischen Ausbreitung hoch. Die Schrecklichkeit ist motivierend für Verhaltensänderungen, was erklärt, daß im Bereich der Aids-Prävention eine zumindest kurzfristig relativ rasche Veränderung des Verhaltens erreicht werden konnte. Kurzfristige Veränderungen auf der Verhaltensebene sind in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen weitaus schwieriger zu erreichen: Weder der Alkoholkonsum noch der Tabakwarenkonsum haben ein ähnliches Schreckenspotential, so daß nach dem Konzept der Risikoeinschätzung auch langfristig bei der Mehrheit der Bevölkerung keine vergleichbaren Verhaltensänderungen wie bei Aids zu erwarten sind.

WELCHE BEDEUTUNG HABEN GESUNDHEITLICHE KONTROLLÜBERZEUGUNGEN FÜR DIE INANSPRUCHNAHME VON PRÄVENTIVEN MASSNAHMEN?

Für die Gestaltung von präventiven Informationen haben Kontrollüberzeugungen für zwei Phasen unterschiedliche Bedeutung: In der Phase des Aufsuchens von Hilfe bzw. vor der Inanspruchnahme einer präventiven Intervention (z. B. Kursangebote) gilt eine hohe sozial externale Kontrollüberzeugung als hilfreich. Der Anbieter einer solchen Maßnahme hat demnach die Aufgabe, sich zunächst als möglichst kompetent darzustellen und somit auf das Bedürfnis der Person nach ‚Außenkontrolle‘ einzugehen. In der zweiten Phase, d. h. während bzw. nach der Intervention ist es jedoch unabdingbar, den Empfängern wiederum Verantwortung zu übertragen. Zur Aufrechterhaltung der erlernten Aktivitäten und der langfristigen Stabilisierung des Gesundheitskonzepts des Patienten wird eine stärkere interne Kontrollüberzeugung als hilfreich angesehen.

IST DIE QUANTITÄT EINER EINSTELLUNGSÄNDERUNG DAS BESTE KRITERIUM FÜR DIE BEWERTUNG DER EFFEKTIVITÄT EINES MEDIUMS?

Das Ausmaß einer Einstellungsänderung stellt ein wichtiges Kriterium für die Effektivitätsbewertung einer massenkommunikativen Botschaft dar. Durch die Modelle der Einstellungsänderungsforschung (vorrangig ELM und HSM) hat sich eine Neubewertung dieses Kriteriums ergeben. Der Prozeß der Einstellungsänderung wurde zu einem wichtigen weiteren Kriterium zur Bewertung. In diesen sogenannten Prozeßmodellen der Informationsverarbeitung werden zwei idealtypische Prozesse der Verarbeitung von Botschaften unterschieden. Bei einer systematischen Verarbeitung von Informationen wird eine hohe

Motivation und Fähigkeit des Empfängers vorausgesetzt, um die Botschaftsinhalte adäquat zu verarbeiten. Einstellungsänderungen auf der Basis einer systematischen Verarbeitung werden als zeitlich stabile und verhaltensbezogene Einstellungsänderungen angesehen. Der andere Prozeß der Informationsverarbeitung wird als heuristische Verarbeitung bezeichnet. Einstellungsänderungen auf der Basis dieses Prozesses sind nur von kurzer zeitlicher Dauer und hängen vor allem von irrelevanten Botschaftsmerkmalen (wie z. B. Sympathie für den Darsteller, humoristische Darstellung) ab. Das gleiche Ausmaß an Einstellungsänderung kann demnach auf zwei unterschiedlichen Prozessen basieren. Die Quantität einer Einstellungsänderung stellt somit nicht das einzige wichtige Kriterium dar, vielmehr ist auch von Bedeutung, wodurch diese Einstellungsänderung verursacht wurde. Auf der Basis des Designs der Einstellungsänderungsforschung können einzelne Botschaftsmerkmale hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine eher heuristische oder eine eher systematische Verarbeitung untersucht werden.

WELCHE EMPFEHLUNGEN FÜR DIE EVALUATION VON AUFKLÄRUNGSKAMPAGNEN SIND ABZULEITEN?

Bei der Evaluation von massenmedialen präventiven Botschaften bzw. Aufklärungskampagnen sollten neben spontanen Eindrücken der Rezipienten (z.B. Gefallen, Akzeptanz) auch Kriterien der sozialkognitiven Modelle des Gesundheitsverhaltens Berücksichtigung finden. Im einzelnen sind dies Veränderungen auf den Ebenen der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der Kompetenzerwartungen der Rezipienten sowie der individuellen Risikowahrnehmung bezüglich eines gesundheitlichen Risikoverhaltens. Auch Einstellungen zum Risikoverhalten und zu Verhaltensintentionen sollten verstärkt erfaßt werden. Durch die Messung solcher Kriterien nach Kampagnen läßt sich die Wirkung präventiver Botschaften in der Bevölkerung abschätzen. Gleichzeitig erlauben diese Kriterien in experimentellen wissenschaftlichen Untersuchungen eine Evaluation aktueller Kampagnen. Hierbei sollten auch Kontrollgruppenuntersuchungen durchgeführt werden, die eine vergleichende Bewertung von Massenmedien ermöglichen. Die Zielgruppenorientierung von präventiven Maßnahmen sollte bei der Evaluation von massenkommunikativen Botschaften berücksichtigt werden. Dazu ist es notwendig, die Rezeption und Verarbeitung von präventiven Appellen bei heterogenen Personengruppen experimentell zu überprüfen. Dies könnte es beispielsweise ermöglichen, unterschiedliche Personengruppen zu identifizieren, bei denen Furchtappelle spezifische Wirkungen haben. Auch ergeben sich Hinweise, durch welche Art und Intensität massenkommunikativer Appelle bestimmte Personengruppen erreicht werden können. Hinsichtlich der Untersuchungsdesigns sollte eine Integration von Feldstudien und experimentellen Untersuchungen versucht werden. Dies hätte den Vorteil, auf Grundlagenergebnisse zurückgreifen zu können, die in einer angewandten Fragestellung ihre Validierung erfahren könnten.

5

WELCHE FRAGESTELLUNGEN DER FURCHTAPPELLFORSCHUNG SOLLTEN KÜNFTIG UNTERSUCHT WERDEN?

Die vorliegenden Studien der Furchtappellforschung unterliegen wesentlichen methodischen Einschränkungen. Zum einen sind diese Einschränkungen in der Stichprobenziehung zu sehen, da die meisten Studien mit studentischen Versuchspersonen durchgeführt wurden. Zum anderen liegen Beschränkungen in der immer wieder bemängelten Übertragbarkeit der Laborsituation in die Praxis. Aus diesen Gründen sind Studien zu fordern, welche sich an Zielgruppen massenmedialer Prävention orientieren. Insbesondere Studien im Bereich der Primärprävention – und hier vor allem bei Kindern und Jugendlichen – wurden bisher nur selten durchgeführt. Eine weitere Forderung ist die enge Vernetzung von experimenteller und angewandter Forschung. Dies sollte auch bei der Auswahl der untersuchten Medien Berücksichtigung finden: Die Verwendung von bereits vorhandenen Medien als Grundlage für experimentelle Untersuchungen ist notwendig, um valide Forschungsbefunde zu haben, die sich in die Praxis umsetzen lassen.

Die sozialkognitiven Modelle des Gesundheitsverhaltens bieten wichtige Erkenntnisse zur Initiierung und Aufrechterhaltung von Gesundheits- und Vorsorgeverhalten. Studien auf der Basis dieser Modelle haben jedoch den Nachteil, daß häufig keine experimentelle Variation der verwendeten Massenmedien stattgefunden hat. Ähnliche Probleme bestehen bei den Modellen der Einstellungsänderungsforschung. Hier wurden bisher vor allem experimentelle Fragestellungen mit geringem Anwendungsbezug untersucht. Dadurch entstehen Probleme für die Formulierung von Wirkvariablen und Gestaltungsmerkmalen für eine effektive massenmediale Prävention. Es muß versucht werden, diese Arbeiten in feldnahen Designs zu replizieren. Dadurch wäre eine Integration der Grundlagenkenntnisse zur Rezeption und Verarbeitung von Massenmedien in die Forschungstradition der Medienwirkungsforschung möglich. Aus den Ergebnissen dieser Studien könnten Impulse für die Gestaltung von neuen Medien entstehen, da der Prozeß der Rezeption und Verarbeitung von persuasiven Botschaften transparenter wird.

In der anwendungsorientierten Forschung sollten auch beschreibende Merkmale der Personen hinsichtlich der Wirkung von Furchtappellen Berücksichtigung finden. Vor allem der Einfluß von Vorerfahrungen, Wissen und Voreinstellungen zu einstellungsbezogenen Themen wurde in der bisherigen Forschung weitgehend ausgeblendet. Daneben fanden soziodemographische Merkmale bisher kaum Berücksichtigung hinsichtlich der differentiellen Wirksamkeit von Furchtappellen. Für neue Untersuchungen ist ein wissenschaftliches Design zu fordern, das die anwendungsbezogene Forschung auf der Basis der sozialkognitiven Modelle des Gesundheitsverhaltens und die Grundlagenforschung zu den Modellen der Einstellungsänderungsforschung integriert. Erst durch die Kombination von Laborexperimenten und Feldforschung kann die (differentielle) Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Medien nachgewiesen werden.

Die vorliegende Expertise baut vor allem auf amerikanischen und englischen Studien auf. Die Übertragbarkeit dieser Befunde in den deutschen Sprachraum unterliegt zahlreichen Einschränkungen. Allem voran steht das Problem der unterschiedlichen gesellschaftlichen Normen des jeweils untersuchten Verhaltens. Aktuelle politische Trends (z. B. Verbot des Zigarettenkonsums in öffentlichen Gebäuden in den USA) haben erheblichen Einfluß auf Einstellungsänderungen und das Risikoverhalten und beeinflussen die Rezeption und Verarbeitung von Furchtappellen. Ein weiteres Problem liegt im Stellenwert, der Glaubwürdigkeit und der Akzeptanz von Massenmedien in den jeweiligen Ländern. Vergleichbare Untersuchungen im deutschen Sprachraum liegen nicht vor. Eine Forschungsinitiative zur Replikation und Erweiterung der Befunde im deutschen Sprachraum wäre dringend erforderlich.

SCHLUSSBEMERKUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die vorliegende Studie sollte prüfen, inwieweit die Furchtappellforschung zur Planung und Konzeption von Aufklärungs- und Präventionskampagnen beitragen kann.

Die zentralen Fragen lauteten:

- Wie sinnvoll und angemessen sind Furchtappelle in der Prävention und gesundheitlichen Aufklärung?
- Welche spezifischen Wirkungen haben Furchtappelle in Abhängigkeit von der Adressatengruppe und der Zielkrankheit?
- Lassen sich langfristige Wirkungen von Furchtappellen auf Einstellung und Verhalten nachweisen?

Die Analyse der Studien zeigte, daß die genannten Fragen bislang nur unzureichend beantwortet werden können. Die Einschränkungen und Begrenzungen der vorliegenden Studien wurden referiert. Furchtappelle haben in jedem Fall ihre Bedeutung und Berechtigung in der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention. Die im Rahmen einer Maßnahme zur Gesundheitsaufklärung formulierten Botschaften können beim Empfänger stets den Charakter eines Furchtappells annehmen. Das heißt eine Vielzahl von Bedingungen bei der Zielgruppe (Gruppencharakteristika, Merkmale einzelner Personen) und situative Faktoren entscheiden, ob und in welcher Intensität eine Botschaft als Furchtappell empfangen und wirksam wird. Diese Faktoren lassen sich bisher nur deskriptiv und additiv nebeneinanderstellen, eine umfassende Theorie der Wirkungsweise von Botschaften und insbesondere Furchtappellen ist erst in Ansätzen formuliert. Furchtappelle mit starkem Bedrohungscharakter und massiven Folgen (z. B. Aids) wirken eher als solche mit nicht-letaler Bedrohung, und zudem erst langfristigen Konsequenzen (z. B. Übergewicht, Rauchen). Eine differenzielle und spezifische Wirkung von Furchtappellen ist anzunehmen. Es ist bisher jedoch nicht möglich, dazu präzisierende Aussagen zu treffen, da weitere Faktoren die Bedrohungsverarbeitung beeinflussen und modifizieren. Bei Jugendlichen beispielsweise spielen Gruppendruck und soziale Normen eine bedeutende Rolle, bei Erwachsenen sind Gewöh-

nung und Nutzenmaximierung zentrale Faktoren. Der Nachweis einer langfristigen Wirkung von Furchtappellen stellt die Forschung vor besondere, derzeit kaum lösbare methodische Probleme. Realistisches Ziel der weiteren Forschung kann eine umfassende Deskription der beeinflussenden Faktoren und der Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren sein.

Aus dem aktuellen Forschungsstand leiten wir die folgenden Empfehlungen für die Gestaltung und Evaluation von präventiven Botschaften ab:

1. Der Einsatz von Furchtappellen in präventiven Kampagnen ist sinnvoll. Durch Furchtappelle können Einstellungsänderungen erzeugt werden, die sich in kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Reaktionen manifestieren. In zahlreichen experimentellen Arbeiten konnten positive Effekte von Furchtappellen auf gesundheitsbezogene Einstellungen nachgewiesen werden.
2. Gleichrangig hat die Vermittlung von Handlungskompetenzen sowie Informationen zur Furchtreduktion innerhalb der Botschaften große Relevanz. Wird nach starker Furchtinduktion eine präventive Maßnahme bzw. präventives Verhalten als sinnvoll und die Gefahr reduzierend dargestellt, so zeigt sich häufig eine Umsetzung des empfohlenen Verhaltens. Ziel muß es demnach auch sein, die Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen der Empfänger von Furchtappellen zu stärken.
3. Zu unterscheiden sind verschiedene Zielgruppen der Prävention. Bei Personen ohne Risikoverhalten ist bei gleichzeitiger Darstellung einer hohen Effektivität des präventiven Verhaltens eine gute Umsetzung zu erwarten (Primärprävention). Bei Personen mit bestehendem Risikoverhalten unterliegt die Verarbeitung von Furchtappellen weiteren psychologischen Prozessen. Die sogenannte Dissonanzreduktion bildet einen solchen Mechanismus: Personen integrieren neue Informationen in bestehende kognitive Schemata. Widersprechen diese Informationen dem ausgeführten Verhalten oder den Einstellungen der Personen, muß die eingetretene kognitive Dissonanz reduziert werden. Die Veränderung des Risikoverhaltens oder die Suche nach weiteren Informationen bilden dabei nur zwei mögliche Varianten. Daneben ist zu erwarten, daß Personen mit Risikoverhalten an der Richtigkeit der Informationen zweifeln oder willkürlich schlußfolgern, nicht zur betroffenen Personengruppe zu gehören (defensiver Optimismus). Hinsichtlich der Gestaltungsweise von Medien zur Vermeidung der letztgenannten Alternativen gibt es bisher keine empirischen Befunde. Eine genauere Betrachtung dieser Personengruppe erscheint dringend.
4. In zahlreichen Arbeiten werden bei starker Furchtinduktion Abwehrprozesse des Empfängers angenommen. Diese Abwehrprozesse zeigten sich empirisch allerdings nicht in einer geringeren Einstellungsänderung nach starker Furchtinduktion. Vielmehr konnte in der Mehrzahl der Studien bei hoher Furcht eine stärkere Einstellungsänderung

nachgewiesen werden. Beim derzeitigen Stand der Forschung ist jedoch nicht auszuschließen, daß es nach hoher Furchtinduktion nur zu einer temporären Einstellungsänderung kommt. Die zeitliche Stabilität von Einstellungen und der Einfluß der Einstellungen auf das Verhalten sind weitere Kriterien zur Bewertung der Wirksamkeit von Medien, die zur Überredung eingesetzt werden. Auf der Basis von Modellen der Einstellungsänderungsforschung wird dieser Prozeß empirisch überprüfbar. Eine Erweiterung der Bewertungskriterien von Medien und eine Veränderung des Forschungsdesigns sind deshalb notwendige Schritte, um Hinweise für eine effektive Gestaltung von Medien zu erhalten.

5. Die Botschaft über gesundheitliche Folgen und Erkrankungen aufgrund von Risikoverhalten bildet nur eine Möglichkeit zur Furchtinduktion. Daneben sollte die argumentative Qualität von negativen sozialen Konsequenzen und unmittelbar erlebbaren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit untersucht werden. Diese Argumente sollten bei der zukünftigen Gestaltung von massenmedialen Kampagnen verstärkt Berücksichtigung finden.
6. Auch die Darstellung von positiven sozialen Konsequenzen bei Unterlassen eines Risikoverhaltens ist sehr relevant. Jedoch muß darauf geachtet werden, keine unglaubwürdigen Botschaften zu vermitteln, da Risikoverhalten per se nicht immer zu negativen sozialen Konsequenzen führt. Bei Kindern und Jugendlichen bilden gerade positiv erlebte soziale Konsequenzen von Risikoverhaltensweisen einen wichtigen Grund für die Aufrechterhaltung dieses Verhaltens. Was also positive soziale Konsequenzen sind, ist in Abhängigkeit von der Zielgruppe der Präventionskampagne zu ermitteln.
7. Massenmediale Prävention muß glaubhaft sein. Eine alleinige Kampagne mit starker Furchtinduktion auf massenmedialer Ebene (z. B. bei Tabakwaren) ohne gleichzeitige strukturelle Veränderungen (z. B. Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Verkauf von Tabakwaren an Personen über 18 Jahren) wirkt unglaubwürdig. Nur glaubwürdige massenmediale Botschaften können jedoch die Rezipienten erreichen und deren Verhalten beeinflussen.

6

LITERATURVERZEICHNIS

- Abele, A. & Hermer, P. (1993). Mood influences on health-related judgments: Appraisal of own health versus appraisal of unhealthy behaviours. *European Journal of Social Psychology*, 23, 613–625.
- Ahia, R. N. (1991). Compliance with safer-sex guidelines among adolescent males: Application of the Health Belief Model and protection motivation theory. *Journal of Health Education*, 22, 45–52.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453–474.
- Ajzen, I. & Timko, C. (1986). Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 259–276.
- Allard, R. (1989). Beliefs about aids as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. *American Journal of Public Health*, 79, 448–452.
- Allen, B. (1993). Frightening information and extraneous arousal: Changing cognitions and behavior regarding nuclear war. *The Journal of Social Psychology*, 133, 459–467.
- Allen, M. & Preiss, R. W. (1990). Using meta-analysis to evaluate curriculum: An examination of selected college textbooks. *Communication Education*, 38, 103–116.
- Alloy, L. B. & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 366–378.
- Andrews, J. C. (1995). The effectiveness of alcohol warning labels: a review and extension. *American Behavioral Scientist*, 38, 622–632.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenetic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47–55.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3–14). Tübingen: DGVT.
- Aspinwall, L. G., Kemeny, M. E. & Taylor, S. E. (1991). Psychosocial predictors of gay men's AIDS risk-reduction behavior. *Health Psychology*, 10, 432–444.
- Axelrod, L. J. & Newton, J. W. (1991). Preventing nuclear war: Beliefs and attitudes as predictors of disarmament and deterrentist behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 29–40.
- Baker, S. M., Petty, R. & Gleicher, F. (1991). Persuasion theory and drug abuse prevention. *Health Communication*, 3, 193–203.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Dunn.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Bandura, A. (1986a). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promotion behavior. In J. Madden, S. Matthisse & J. Barchas (Eds.), *Adaptation, learning and affect* (pp. 1–51). New York, NY: Raven.
- Bandura, A. (1986b). *Social foundation of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barth, J. & Bengel, J. (1997). Warnhinweise bei Alkohol und Zigaretten – Rezeption und Verarbeitung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 5–14.
- Barth, J. & Härter, M. (1996). Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen und gesundheitliches Risikoverhalten – eine Analyse von Kontrollüberzeugungsmustern. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 46, 247–253.
- Barlow, T. & Wogalter, M. S. (1993). Alcoholic beverage warnings in magazine and television advertisements. *Journal of Consumer Research*, 20, 147–155.
- Baron, R., Logan, H., Lilly, J., Inman, M. & Brennan, M. (1994). Negative emotion and message processing. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30, 181–201.
- Barrios, F. X. & Niehaus, J. C. (1985). The influence of smoker status, smoking history, sex, and situational variables on smokers' self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 10, 425–430.
- Batra, R. & Stayman, D. M. (1990). The role of mood in advertising effectiveness. *Journal of Consumer Research*, 17, 203–214.

- Baumann, L. J. & Siegel, K. (1987). Misperceptions among gay men of the risk for AIDS associated with their sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 329–350.
- Beck, K. H. & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44, 204–217.
- Beck, K. H. & Lund, A. K. (1981). The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401–415.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Drachman, R. H. & Taylor, D. W. (1982). Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum „Health Belief Model“. In R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance Handbuch* (S. 94–131). München: Oldenbourg.
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In R.C. Barnett, L. Bierner & G.K. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp. 257–277). New York, NY: Free Press.
- Beltramini, R.F. (1988). Perceived believability of warning label information presented in cigarette advertising. *Journal of Advertising*, 17, 26–32.
- Bengel, J. (1988). Ärztliche Gesundheitsberatung in der Präventivmedizin. In J. Bengel, U. Koch & C. Brühne-Scharlau (Hrsg.), *Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz* (S. 47–88). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bengel, J. (1993). *Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. (1996) (Hrsg.). *Risikoverhalten und Schutz vor Aids. Wahrnehmung und Abwehr des HIV-Risikos: Situationen, Partnerinteraktionen, Schutzverhalten*. Berlin: Edition Sigma.
- Bengel, J., Bucherer, G., Strittmatter, R. & Bugge, F. (1995). Die Entwicklung von subjektiven Gesundheitskonzepten – Ein Überblick zur Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 241–254.
- Bengel, J. & Scheirich, E. (1992). AIDS-Berichterstattung in Publikumszeitschriften. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 17, 40–46.
- Bengel, J. & Wöflflick, D. (1991). Das Health Belief Model als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 3, 103–110.
- Bensley, L. S. & Wu, R. (1991). The role of psychological reactance in drinking following alcohol preventing messages. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1111–1124.
- Bless, H. (1989). *Stimmung und Persuasion: Experimentelle Untersuchungen im Rahmen des ‚Elaboration Likelihood Models‘*. Dissertation an der Universität Heidelberg.
- Bless, H., Bohner, G. & Schwarz, N. (1991). Gut gelaunt und leicht beeinflussbar? Stimmungseinflüsse auf die Verarbeitung persuasiver Kommunikation. *Psychologische Rundschau*, 43, 1–17.
- Bless, H., Mackie, D. M. & Schwarz, N. (1992). Mood effects on attitude judgements: Independent effects of mood before and after message elaboration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 585–595.
- Bonfilio, S. A. (1982). The effects of persuasion, performance and outcome on self-efficacy and intention to adopt health care behavior. *Dissertation Abstracts International*, 42, 2035B.
- Boster, F. & Mongeau, P. (1984). Fear-arousing persuasive messages. In R. Bostrom (Ed.), *Communication yearbook 8* (pp. 330–377). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 11, 11–13.
- Brooker, G. (1981). A comparison of the persuasive effects of mild humor and mild fear appeals. *Journal of Advertising*, 10, 29–40.
- Brungs, M. (1992). *Evaluation einer AIDS-Aufklärungskampagne in der Bundesrepublik Deutschland: Untersuchungen zu vermittelnden Faktoren des AIDS-bezogenen Vorsorgeverhaltens bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern aus den alten und neuen Bundesländern unter Anwendung des PRECEDE-Modells*. Inaugural-Dissertation an der Universität Freiburg.
- Bruhn, M. & Tilmes, J. (1994). *Social Marketing: Einsatz des Marketing für nichtkommerzielle Organisationen* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (1993a). *Leitlinien zur Prävention von Mißbrauchsverhalten und Sucht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1993b). *Positionspapier der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. In P. Franzkowiak & P. Sabo (Hrsg.), *Dokumente der Gesundheitsförderung* (S. 191–202). Mainz: Peter Sabo.

- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., Kao, C. F. & Rodriguez, R. (1986). Central and peripheral routes to persuasion: An individual difference perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1032–1043.
- Calanton, R. J. & Warshaw, P. R. (1985). Negating the effects of fear appeals in election campaigns. *Journal of Applied Psychology*, 70, 627–633.
- Calnan, M. & Rutter, D. R. (1988). Do health beliefs predict health behaviour? A follow-up analysis of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, 26, 463–466.
- Campis, L. K., Prentice-Dunn, S. & Lyman, R. D. (1989). Coping appraisal and parents' intentions to inform their children about sexual abuse: A protection motivation theory analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 304–316.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (1994). Optimism and health-related cognition: what variables actually matter. *Psychology and Health*, 9, 191–195.
- Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 752–766.
- Chaiken, S. & Eagly, A. H. (1983). Communication modality as a determinant of persuasion: The role of communicator salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 241–256.
- Chaiken, S., Liberman, A. & Eagly, A. H. (1989). Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought: Limits of awareness, intention, and control* (pp. 242–252). New York, NY: Guilford.
- Chu, G. C. (1966). Fear arousal, efficacy, and imminency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 517–524.
- Coburn, D. & Pope, C. R. (1974). Socioeconomic status and preventive health behaviors. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 67–78.
- Coletti, G., Supnick, J. A. & Payne, T. J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249–260.
- Croyle, R. T. (1992). Appraisal to health threats: Cognition, motivation, and social comparison. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 165–182.
- Croyle, R. T. & Ditto, P. H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 31–52.
- Cummings, K. M., Jette, A. M., Brock, B. M. & Haefner, D. P. (1979). Psychosocial determinants of immunization behavior in a swine influenza campaign. *Medical Care*, 17, 639–649.
- Dabbs, J. M. (1964). Self-esteem, communicator characteristics, and attitude change. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 69, 173–181.
- Dabbs, J. M. & Leventhal, H. (1966). Effects of varying the recommendations in a fear-arousing communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 525–531.
- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175–187.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181–200.
- Dlugosch, G. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101–118). Stuttgart: Enke.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapie*. New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eastman, C. & Marzillier, J. S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 213–229.
- Epstein, F. H. (1978). Risikofaktor, Risikoindikator und Pathogenese. *Medizinische Klinik*, 73, 381–387.
- Fabrega, H. (1977). Perceived illness and its treatment: A naturalistic study in social medicine. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31, 213–219.
- Farin, E. (1995). Eine Metaanalyse empirischer Studien zum prädiktiven Wert kognitiver Variablen der HIV-bezogenen Risikowahrnehmung und -verarbeitung für das HIV-Risikoverhalten. Frankfurt: Lang.
- Freud, S. (1915). Trieb und Triebchicksale. *Gesammelte Werke*, Bd. X (S. 210–232). London: Imago.

- Fruin, D. J., Pratt, C. & Owen, N. (1992). Protection motivation theory and adolescents' perceptions of exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 55–69.
- Gleicher, F. & Petty, R. E. (1992). Expectations of reassurance influences the nature of fear-stimulated attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 86–100.
- Green, L. W. (1970). Status identity and preventive health behavior (Pacific Health Education Report No. 1). Berkeley, CA: University of California.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. & Partridge, K. B. (1980). Health education planning – a diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W., Levine, D. & Deeds, S. (1975). Clinical trials of health education for hypertensive outpatients: Design and baseline data. *Preventive Medicine*, 4, 417–425.
- Greenfield, Th. K., Graves, K. L. & Kaskutas, L. A. (1993). Alcohol warning labels for prevention – national survey findings. *Alcohol Health and Research World*, 17, 67–75.
- Griffeth, R. & Rogers, R. (1976). Effects of fear arousing components of driver education on trainee's attitudes and simulator performance. *Journal of Educational Psychology*, 69, 501–506.
- Grigoleit, H., Wenig, M. & Hüllinghorst, R. (1994). *Handbuch Sucht* (6. Lieferung) (Band I). Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Hankin, J. R., Sloan, J. J., Firestone, I. J., Ager, J. W., Sokol, R. J., Martier, S. S. (1993a). A time series analysis of the impact of the alcohol warning label on antenatal drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 284–289.
- Hankin, J. R., Sloan, J. J., Firestone, I. J., Ager, J. W., Sokol, R. J., Martier, S. S. & Townsend, J. (1993b). The alcohol beverage warning label: when did knowledge increase. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 428–430.
- Hass, J., Bagley, G., & Rogers, R. W. (1975). Coping with the energy crisis: Effects of fear appeals upon attitudes toward energy consumption. *Journal of Applied Psychology*, 60, 754–756.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hill, R. P. (1988). An exploration of the relationship between AIDS-related anxiety and the evaluation of condom advertisement. *Journal of Advertising*, 17, 35–42.
- Hine, D. W. & Gifford, R. (1991). Fear appeals, individual differences and environmental concern. *Journal of Environmental Education*, 23, 36–41.
- Ho, R. (1992). Cigarette health warnings: The effects of perceived severity, expectancy of occurrence, and self-efficacy on intentions to give up smoking. *Australian Psychologist*, 27, 109–113.
- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. In W. R. Scott & J. Blake (Eds.), *Annual Review of Sociology* (Vol. 14, pp. 293–318). Palo Alto, CA: Annual Review Inc.
- Hovland, C. I., Janis, I. L. & Kelley, H. H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Hull, C. L. (1951). *Essentials of behavior*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Janis, I. L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 3, pp. 166–224). New York, NY: Academic Press.
- Janis, I. L. & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78–92.
- Jepson, Ch. & Chaiken, S. (1990). Chronic issue-specific fear inhibits systematic processing of persuasive communications. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 61–84.
- Jonas, K. (1987). *Der Wert-Erwartungs-Ansatz in der Furchtappellforschung*. Dissertation an der Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Jonas, K. (1993). Expectancy-value models of health behaviour: An analysis by conjoint measurement. *European Journal of Social Psychology*, 23, 167–183.
- Jonas, K., Eagly, A. H. & Stroebe, W. (1994). Attitudes and persuasion. In A. M. Colman (Ed.), *Companion encyclopedia of psychology* (Vol. 2, pp. 775–793). London: Routledge.
- Jorgenson, R. S. & Johnson, J. H. (1990). Contributors to the appraisal of major life changes: Gender, perceived controllability, sensation seeking, strain, and social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1123–1138.

- Jungermann, H. & Slovic, P. (1993). Die Psychologie der Kognition und Evaluation von Risiko. In G. Bechmann (Hrsg.), *Risiko und Gesellschaft: Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung* (S. 167–207). Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Jungermann, H., Schütz, H., Theißen, A. & Doefke, C. (1991). Determinanten, Korrelate und Konsequenzen der Beurteilung von Risiken für die eigene Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35, 59–67.
- Kaskutas, L. A. & Graves, K. (1994). Relationship between cumulative exposure to health messages and awareness and behavior-related drinking during pregnancy. *American Journal of Health Promotion*, 9, 115–124.
- Kaskutas, L. & Greenfield, Th. K. (1992). First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence*, 31, 1–14.
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior, I and II. *Archives of Environmental Psychology*, 12, 246–266, 531–541.
- Kelly, R. B., Zyzanski, S. J. & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, 32, 311–320.
- Kirsch, I. (1982). Efficacy expectations or response predictions: The meaning of efficacy ratings as a function of task characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 132–136.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824–830.
- Kirscht, J. P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology*, 2, 277–301.
- Knapp, L. G. (1991). The effects of type of value appealed to and valence of appeal on children's intentions and dental health behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 675–686.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry in hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 839–850.
- Kohn, P. M., Goodstadt, M. S., Cook, G. M., Sheppard, M. & Chan, G. (1982). Ineffectiveness of threat appeals about drinking and driving. *Accidental Analysis and Prevention*, 14, 457–464.
- Koos, E. (1954). *The health of Regionville*. New York, NY: Columbia University Press.
- Kotler, P. (1975). *Marketing for nonprofit organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Krantz, D. S., Baum, A. & Wideman, M. V. (1980). Assessment of preferences for self-treatment and information in medical care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 977–990.
- Kreuter, M. W. & Strecher, V. J. (1995). Changing inaccurate perceptions of health risk: Results from a randomized trial. *Health Psychology*, 14, 56–63.
- Krishnamurthy, T. (1986). The effect of fear communication on smoking behaviour through different modes of presentation. *Journal of Psychological Researches*, 30, 48–54.
- Kristiansen, C. M. & Eiser, J. R. (1986). Predicting health-related intentions from attitudes and normative beliefs: the role of health locus of control. *British Journal of Social Psychology*, 25, 67–70.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, Th. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 20). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lairson, D. & Swint, J. (1978). A multivariate analysis of the likelihood and volume of preventive demand in a prepaid group practice. *Medical Care*, 16, 730–739.
- Langer, E. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Langlie, J. K. (1977). Social networks, health beliefs, and preventive health. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 244–260.
- Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas* (p. 37–51). New York, NY: Harper & Row.
- Lau, R. R., Hartman, K. A. & Ware, J. E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25–43.
- Lau, R. R., Quadrel, M. J. & Hartman, K. A. (1990). Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influences from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 240–259.

- Lefcourt, H. M. (1976). *Locus on control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lek, Y. Y. & Bishop, G. D. (1995). Perceived vulnerability to illness threats: The role of disease type, risk factor perception and attributions. *Psychology and Health*, 10, 205–217.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens – Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Levant, R. F. (1987). The use of marketing techniques to facilitate the acceptance of prevention programs: case example. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 640–642.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of APA*, 261–262.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concepts of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377–383.
- Leventhal, H. (1970). Findings in theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5, pp. 119–186). New York, NY: Academic Press.
- Leventhal, H. & Hirschman, R. S. (1982). Social psychology and prevention. In G. S. Sanders & J. M. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 183–226). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Jones, S. & Trembly, G. (1966). Sex differences in attitudes and behavior change under conditions of fear and specific instructions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2, 387–399.
- Leventhal, H. & Niles, P. (1965). Persistence of influence for varying durations of exposure to threat stimuli. *Psychological Reports*, 16, 223–233.
- Leventhal, H., Safer, M. A. & Panagis, D. M. (1983). The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Health Education Quarterly*, 10, 3–29.
- Leventhal, H. & Singer, R. P. (1966). Affect arousal and positioning of recommendations in persuasive communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 137–146.
- Leventhal, H., Singer, R. & Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 20–29.
- Leventhal, H. & Slade, J. (1964). A field experiment on fear arousal with data on the validity of questionnaire. *Journal of Personality*, 32, 459–479.
- Leventhal, H. & Trembly, G. (1968). Negative emotions and persuasion. *Journal of Personality*, 36, 154–168.
- Leventhal, H. & Watts, J. C. (1966). Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer. *Journal of Personality*, 34, 155–175.
- Leventhal, H., Watts, J. C. & Pagano, F. (1967). Effects of fear and instructions on how to cope with danger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 313–321.
- Lieberman, A. & Chaiken, S. (1992). Defensive processing of personally relevant health messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 669–679.
- Lichtenstein, S., Slovic, P., Fischhoff, B., Laymann, M. & Combs, B. (1978). Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and memory*, 4, 551–578.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 76–87.
- Loken, B. & Howard-Pitney, B. (1988). Effectiveness of cigarette advertisements on women: an experimental study. *Journal of Applied Psychology*, 73, 378–382.
- Lynch, D. J., Birk, T. J., Weaver, M. T., Cohara, A. F., Leighton, R. F., Repka, F. J. & Walsh, M. E. (1992). Adherence to exercise interventions in the treatment of hypercholesterolemia. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 365–377.
- Mackie, D. M. & Worth, L. T. (1989). Processing deficits and the mediation of positive affect in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 27–40.
- Mackie, D. M. & Worth, L. T. (1991). Feeling good, but not thinking straight: The impact of positive mood on persuasion. In J. Forgas (Ed.), *Emotion and social judgement* (pp. 201–220). Oxford, England: Pergamon.
- MacKinnon, D. P. (1993). A choice-based method to compare alternative alcohol warning labels. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 614–617.
- MacKinnon, D. P. & Fenaughty, A. M. (1993). Substance use and memory for health warnings. *Health Psychology*, 21, 147–150.

- MacKinnon, D. P., Nemeroff, C. & Nohre, L. (1994). Avoidance responses to alternative alcohol warning labels. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 733–753.
- MacKinnon, D. P., Pentz, M. A. & Stacy, A. W. (1993). The alcohol warning label and adolescents: the first year. *American Journal of Public Health*, 83, 585–587.
- Maddux, J. E., Norton, L. W. & Stoltenberg, C. D. (1986). Self-efficacy expectancy, outcome expectancy and outcome value: Relative effects on behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 783–789.
- Maddux, J. E. & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469–479.
- Maddux, J. E., Sherer, M. & Rogers, R. W. (1982). Self-efficacy expectancy and outcome expectancy: Their relationship and their effects on behavioral intentions. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 207–211.
- Maddux, J. E. & Stanley, M. A. (1986). Self-efficacy theory in contemporary psychology: An overview. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 249–255.
- Malouff, J., Schutte, N., Frohardt, M., Deming, W. & Mantelli, D. (1993). Preventing smoking: Evaluating the potential effectiveness of cigarette warnings. *The Journal of Psychology*, 126, 371–383.
- Manning, M. M. & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421–431.
- Marcus, B. H. & Owen, N. (1992). Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 3–16.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford.
- Marzillier, J. & Eastman, C. (1984). Continuing problems with self-efficacy theory: A reply to Bandura. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 257–262.
- Mazis, M. B., Morris, L. A. & Swasy, J. L. (1991). An evaluation of the Alcohol Warning Label: Initial Survey Results. *Journal of Public Policy and Marketing*, 10, 229–241.
- McCauley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 65–68.
- McCusker, J. & Morrow, G. (1979). The relationship of health locus of control to preventive health behaviors and health beliefs. *Patient Counseling and Health Education*, 1, 146–150.
- McElreath, L. H., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. W. (1994). Protection motivation theory and children's modes of coping with a health threat. Manuscript submitted for publication.
- McGuire, W. J. (1968a). Personality and susceptibility to social influence. In E. F. Borgatta & W. W. Lambert (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 1130–1180). Chicago: Rand McNally.
- McGuire, W. J. (1968b). Personality and attitude change: An information processing theory. In A. G. Greenwald, T. C. Brook & T. M. Ostrom (Eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 171–196). New York, NY: Academic Press.
- McGuire, W. J. (1978). An information-processing model of advertising effectiveness. In H. L. Davis & A. J. Silk (Eds.), *Behavioral and management science in marketing*. New York, NY: Wiley.
- McIntyre, K. O., Lichtenstein, E. & Mermelstein, R. J. (1983). Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 632–633.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16 year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69, 1142–1145.
- Meier, J. (1992). *Sein oder Allein: Social Marketing*. Hildesheim: Edition Collage.
- Mermelstein, R. J. & Riesenber, L. A. (1992). Changing knowledge and attitudes about skin cancer risk factors among adolescents. *Health Psychology*, 11, 371–376.
- Mewborn, C. & Rogers, R. W. (1979). Effects of threatening and reassuring components of fear appeals on physiological and verbal measures of emotion and attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 242–253.
- Meyer, P. (1990). News media responsiveness to public health. In C. Atkin & L. Wallack (Eds.), *Mass communication and public health: complexities and conflicts* (pp. 52–59). Newsbury Park, CA: Sage.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent. *Psychological Review*, 46, 553–565.

- Mowrer, O. H. (1956). Two-factor learning theory reconsidered with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychological Review*, 63, 114–128.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C. & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine*, 24, 973–983.
- Muthny, F. A. & Bechtel, M. (1988). Chronische körperliche Erkrankungen in der Sicht der Medien. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 13, 188–197.
- Nasseri, K. (1979). Letters to the editor. *International Journal of Epidemiology*, 8, 389–390.
- O’Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23, 437–451.
- O’Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229–245.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of physicians: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 452–460.
- Perrez, M. (1992). Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie (Band 2: Interventionen)* (S. 80–98). Bern: Huber.
- Peterson, L., Farmer, J. & Kashani, J. H. (1990). Parental injury prevention endeavors: A function of health beliefs? *Health Psychology*, 9, 177–191.
- Petty, R. E., Baker, S. M. & Gleicher, F. (1991). Attitudes and drug abuse prevention: Implications of the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. In L. Donohew, H. E. Sypher & W. J. Bukowski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 71–92). Lawrence Erlbaum: Hillsdale New Jersey.
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1986). Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change. New York, NY: Springer.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T. & Schumann, D. W. (1983). Central and peripheral routes to advertising effectiveness: The moderating role of involvement. *Journal of Consumer Research*, 10, 135–146.
- Plotnikoff, R. C. (1994). An application of protection motivation theory to coronary heart disease risk factor behaviour in three Australian samples: Community adults, cardiac patients and school children. Unpublished doctoral dissertation, University of Newcastle, Australia.
- Pointer, J. L. & Rogers, R. W. (1994). Cognitive processing and persuasive effects of threat, argument quality, and source expertise. Unpublished manuscript.
- Popper, E. T. & Murray, K. B. (1989). Communication effectiveness and format effects on in-ad disclosure of health warnings. *Journal of Public Policy and Marketing*, 8, 109–123.
- Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: Beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1, 153–161.
- Ramirez, A. & Lasater, T. L. (1976). Attitudinal and behavioral reactions to fear-arousing communications. *Psychological Reports*, 38, 811–818.
- Rhodes, F. & Wolitski, R. J. (1990). Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: Relationship to ethnicity, gender, age, and group membership. *AIDS Education and Prevention*, 2, 1–11.
- Rippetoe, P. A. & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of Protection Motivation Theory on adaptive and maladaptive coping with health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596–604.
- Robberson, M. R. & Rogers, R. W. (1988). Beyond fear appeals: negative and positive persuasive appeals to health and self-esteem. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 277–287.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A source-book* (pp. 153–176). New York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179–182.
- Rogers, R. W. & Deckner, W. C. (1975). Effects of fear appeals and physiological arousal upon emotion, attitudes, and cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 222–230.
- Rogers, R. W., Deckner, W. C. & Mewborn, C. R. (1978). An expectancy-value theory approach to the longterm modification of smoking behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 562–566.

- Rogers, R. W. & Mewborn, C. R. (1976). Fear appeals and attitude change: Effects of threat's noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 227–233.
- Rogers, R. W. & Prentice-Dunn, S. (in press). Protection motivation theory. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research: Vol 1. Determinants of health behavior: Personal and Social*. New York, NY: Plenum.
- Rogers, R. W. & Thislethwaite, D. (1970). Effects of fear arousal and reassurance on attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 222–230.
- Rosen, T. J., Terry, N. S. & Leventhal, H. (1982). The role of esteem and coping in response to a threat communication. *Journal of Research in Personality*, 16, 90–107.
- Rosser, S. (1991). The effects of using fear in public AIDS education on the behaviour of homosexually active men. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4, 123–134.
- Roth, R., Derler, B. & Schützenhöfer (1990). Die Wirkung aversiver Inhalte in der Verkehrssicherheitswerbung – Eine Analyse der unterschiedlichen Wirkung von furchterregenden Kommunikationsinhalten in Abhängigkeit von personenspezifischen Faktoren. *Institutsbericht Nr. 6*. Universität Graz.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56–67.
- Saltzer, E. (1981). Cognitive moderators of the relationship between behavioral intentions and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 260–271.
- Sandler, I. W. & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65–80.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169–210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 210–228.
- Schifter, D. E. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843–851.
- Schoenbach, V. J., Wagner, E. H. & Beery, W. L. (1987). Health risk appraisal: Review of evidence for effectiveness. *Health Services Research*, 22, 553–580.
- Schützenhöfer, A. & Knoch, U. (1991). Über die Wirkung aversiver Inhalte in der Verkehrserziehung. BDP (Hrsg.), *Fortschritte der Verkehrspsychologie* (S. 440–447). Verlag TÜV Rheinland.
- Schwartz, F. W. & Robra, B. P. (1991). Stand und Perspektiven der Forschung zur Krebsfrüherkennung. In F. W. Schwartz, B. Badura, J. G. Brecht, W. Hofmann, K.-H. Jöckel & A. Trojan (Hrsg.), *Public health: Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung* (S. 76–84). Berlin: Springer.
- Schwarz, N. (1988). Stimmung als Information. *Psychologische Rundschau*, 39, 148–159.
- Schwarz, N. (1990). Feeling as information: Informational and motivational functions of affective states. In E. T. Higgins & R. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2; pp. 527–561). New York, NY: Guilford Press.
- Schwarz, N., Bless, H. & Bohner, G. (1991). Mood and persuasion: Affective states influence the processing of persuasive communications. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 24) (pp. 161–201). San Diego, CA: Academic Press.
- Schwarzer, R. (1993). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 7–31.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: a systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161–180.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2te Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2te Auflage) (S. 43–66). Göttingen: Hogrefe.

- Self, C. A. & Rogers, R. W. (1990). Coping with threats to health: Effects of persuasive appeals on depressed, normal, and antisocial personalities. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 343–357.
- Seydel, E., Taal, E. & Wiegman, O. (1990). Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behavior related to cancer. *Psychology and Health*, 4, 99–109.
- Shannon, C. & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Shelton, M. L. & Rogers, R. W. (1981). Fear-arousing and empathy-arousing appeals to help: The pathos of persuasion. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 366–378.
- Sherer, M. R. & Rogers, R. W. (1984). The role of vivid information in fear appeals and attitude change. *Journal of Research in Personality*, 18, 321–34.
- Skilbeck, C., Tulips, J. & Ley, P. (1977). The effects of fear arousal, fear position, fear exposure, and sidedness on compliance with dietary instructions. *European Journal of Social Psychology*, 7, 221–239.
- Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1976). Cognitive processes and societal risk taking. In J.S. Carroll & J. W. Payne (Eds.), *Cognition and social behavior* (pp. 165–184). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1985). Characterizing perceived risk. In R.W. Kates, C. Hohenemser & J. Kasprow (Eds.), *Perilous progress. Managing the hazards of technology* (pp. 91–125). Boulder, CO: Westview.
- Slovic, P., Fischhoff, B. & Lichtenstein, S. (1987). Behavioral decision theory perspectives on protective behavior. In N. D. Weinstein (Ed.), *Taking care: Understanding and encouraging in self-protective behavior* (pp. 14–41). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Smith Klohn, L. & Rogers, R. W. (1991). Dimensions of the severity of a health threat: The persuasive effects of visibility, time-of-onset and rate-of-onset on intentions to prevent osteoporosis. *Health Psychology*, 10, 323–329.
- Smith, S. M. & Shaffer, D. R. (1991). Celerity und cajolery: Rapid speech may promote or inhibit persuasion through its impact on message elaboration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 663–669.
- Solomon, D. S. (1989). A social marketing perspective on communication campaigns. In R. E. Rice & Ch. K. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns* (2nd Edition) (p. 87–104). Newbury Park, CA: Sage.
- Southwick Bensley, L. & Rui, W. (1991). The role of psychological reactance in drinking following alcohol prevention messages. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1111–1124.
- Stahlberg, D. & Frey, D. (1990). Einstellungen I: Struktur, Messung und Funktionen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol und G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 144–170). Springer: Berlin.
- Stainback, R. D. & Rogers, R. W. (1983). Identifying effective components of alcohol abuse prevention programs: Effects of fear appeals, message style, and source expertise. *International Journal of the Addictions*, 18, 393–405.
- Stanley, M. A. & Maddux, J. E. (1986). Cognitive processes in health enhancement: Investigations of a combined protection motivation and self-efficacy model. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 101–113.
- Steffen, V. J. (1990). Men's motivation to perform the testicular self-exam: Effects of prior knowledge and an educational brochure. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 681–702.
- Stone, G. C., Cohen, F. & Adler, N. E. (Eds.). (1980). *Health Psychology: A handbook*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73–91.
- Strittmatter, R. (1995). *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*. Frankfurt: Peter Lang.
- Stroebe, W. & Jonas, K. (1990). Einstellungen II: Strategien der Einstellungsänderung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G. M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 170–208). Springer: Berlin.
- Struckman-Johnson, C. J., Gilliland, R. C. & North, D. L. (1990). The effects of fear of AIDS and gender on responses to fear-arousing condom advertisements. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1396–1410.
- Struckman-Johnson, C. J., Struckman-Johnson, D., Gilliland, R. C., Ausman, A. (1994). Effect of persuasive appeals in AIDS PSAs and condom commercials on intentions to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2223–2244.

- Sturges, J. & Rogers, R. W. (1994). Preventive health psychology from a developmental perspective: A extension of protection motivation theory. Unpublished manuscript.
- Sussman, S., Dent, C. W., Wang, E. & Johnson, C. A. (1994). Participants and nonparticipants of a mass media self-help smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 19, 643–654.
- Sutton, S. (1982). Fear arousing communications: A critical examination of theory and research. In J. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 303–337). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Sutton, S. (1992). Shock tactics and the myth of the inverted U. *British Journal of Addiction*, 87, 517–519.
- Sutton, S., Bickler, G., Sancho-Alridge, J. & Saidi, G. (1994). Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 65–73.
- Sutton, S. & Eiser, J. R. (1984). The effect of fear-arousing communications on cigarette smoking: An expectancy-value approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 13–33.
- Sutton, S. & Eiser, J. R. (1990). The decision to wear a seat belt: the role of cognitive factors, fear and prior behavior. *Psychology and Health*, 4, 111–123.
- Sutton, S. & Hallet, R. (1988). Understanding the effects of fear-arousing communications: The role of cognitive factors and amount of fear aroused. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 353–360.
- Sutton, S. & Hallet, R. (1989a). The contribution of fear and cognitive factors in mediating the effects of fear-arousing communications. *Social Behavior*, 4, 83–98.
- Sutton, S. & Hallet, R. (1989b). Understanding seat belt intentions and behavior: A decision-making approach. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1310–1325.
- Sutton, S., Marsh, A. & Matheson, J. (1987). Explaining smokers' decisions to stop: Test of an expectancy-value approach. *Social Behavior*, 2, 35–49.
- Sutton, S., Marsh, A. & Matheson, J. (1990). Microanalysis of smoker's beliefs about the consequences of quitting: Results from a large population sample. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1847–1862.
- Taal, E., Rasker, J. J., Seydel, E. R. & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 11, 131–139.
- Tanner, J. F., Day, E. & Crask, M. (1989). Protection motivation theory: A extension of fear appeals theory in communication. *Journal of Business Research*, 19, 267–276.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive Illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York, NY: Basic Books.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21–27.
- Tedesco, L. A., Keffer, M. A. & Fleck-Kandath, C. (1991). Self-efficacy, reasoned action and oral health behavior reports: A social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 341–355.
- Thorndike, E. L. (1898). Animal intelligence: An experimental study of associative processes in animals. *Psychological Review Monographs Supplement*, 5, 551–553.
- Toner, J. B. & Manuck, S. (1979). Health locus of control and health-related information seeking at a hypertension screening. *Social Science and Medicine*, 13A, 823.
- Trenholm, S. (1989). *Persuasion and social influence*. New-Jersey, NJ: Prentice-Hall.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York, NY: Wiley.
- Trommsdorff, V. (1984). Kampagnen gegen das Rauchen und ihre Wirkungsmessung. *Marketing*, 6, 166–174.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristic and biases. *Science*, 185, 1124–1131.
- Van der Pligt, J. (1994). Healthy thoughts about unhealthy behaviour. *Psychology and Health*, 9, 187–190.
- Van der Velde, F. W. (1994). Perceiving AIDS-related risk accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 25–33.
- Van der Velde, F. W., Hooykaas, C. & Van der Pligt, J. (1992). Risk perception and behavior: Pessimism, realism, and optimism about AIDS-related health behavior. *Psychology and Health*, 6, 23–38.
- Vaughn, E. (1993). Chronic exposure to environmental hazard: Risk perceptions and self-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 74–85.
- Versteegen, U. (1992). Risikowahrnehmung und Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 28–35.

- Wallston, B. S. Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580–585.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183–199.
- Wallston, K. A., Maides, S. A. & Wallston, B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10, 215–222.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 189–243). New York, NY: Academic Press.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 65–95). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160–170.
- Watson, M., Pettingale, K. W. & Goldstein, D. (1983). Effects of fear appeal and arousal, self-reported anxiety, and attitude towards smoking. *Psychological Reports*, 52, 139–146.
- Watts, W. A. & McGuire, W. J. (1964). Persistence of induced opinion change and retention of the inducing message contents. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 233–241.
- Weber, H. (1994). Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 188–206). Stuttgart: Enke.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806–820.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441–460.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me. Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431–457.
- Weinstein, N. D. (1987). Cross-hazard consistencies: Conclusions about self-protective behavior. In N. D. Weinstein (Ed.), *Taking care: Understanding and encouraging in self-protective behavior* (pp. 325–335). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Weinstein, N. D. (1989). Perceptions of personal susceptibility to harm. In V. M. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 142–167). Newbury Park, CA: Sage.
- Weinstein, N. D. & Klein, W. M. (1995). Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. *Health Psychology*, 14, 132–140.
- Weinstein, N. D., Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170–180.
- Weinstein, N. D., Sandman, P. M. & Roberts, N. E. (1991). Perceived susceptibility and self-protective behavior: a field experiment to encourage home radon testing. *Health Psychology*, 10, 25–33.
- Wiebe, G. (1952). Merchandising commodities and citizenship on television. *Public Opinion Quarterly*, 15, 679–691.
- Williams, R. E., Ward, D. A. & Gray, L. N. (1985). The persistence of experimentally induced cognitive change: a neglected dimension in the assessment of drug prevention programs. *Journal of Drug Education*, 15, 33–42.
- Winnet, R. A., Anderson, E. S., Moore, J. F., Sikkema, K. J., Hook, R. J., Webster, D. A., Taylor, C. D., Dalton, J. E., Ollendick, T. H. & Eisler, R. M. (1992). Family/media approach to HIV prevention: Results of a home-based, parent-teen video program. *Health Psychology*, 11, 203–206.
- Witte, K. (1994). The manipulative nature of health communication research. *American Behavioral Scientist*, 38, 285–293.
- Wolf, S., Gregory, L., Stephan, W. G. (1986). Protection motivation theory: Prediction of intentions to engage in anti-nuclear war behaviors. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 310–321.
- Wölflick, D. (1991). Modelle und Konzepte zum Gesundheitsverhalten. Implikationen für die Gesundheitsbedrohung Aids. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fach Psychologie, Universität Freiburg.
- Wu, C. & Schaffer, D. R. (1987). Susceptibility to persuasive appeals as a function of source credibility and prior experience with the attitude object. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 677–688.

- Wulfert, E. & Wan, C. K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology, 12*, 346–353.
- Wurtele, S. K. (1988). Increasing women's calcium intake: The role of health beliefs, intentions, and health value. *Journal of Applied Social Psychology, 18*, 627–639.
- Wurtele, S. K. & Maddux, J. E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intention and behavior. *Health Psychology, 6*, 453–466.

AUTORENVERZEICHNIS



7.

AUTORENVERZEICHNIS

A

Abele 31
Ahia 74
Ahrens 31
Ajzen 40, 42
Alemagno 74
Allard 73
Allen 64, 74
Alloy 31
Andrews 107
Antonovsky 26
Aspinwall 74
Ausman 99, 100
Axelrod 74

B

Bagley 73
Baker 22, 23, 58
Bandura 26, 36, 37, 38, 68
Barlow 103
Baron 82, 85, 96
Barrios 39
Barth 35, 102
Batra 84
Baum 35
Baumann 32
Bechtel 33
Beck 39, 40, 71
Becker 9, 38, 42
Beery 30
Belle 42
Beltramini 103
Bengel 13, 27, 31, 33, 41, 43, 71, 76, 102
Bishop 30
Bless 84
Bohner 84
Bonfilio 71

Borcherding 29
Boster 64
Brennan 82, 96
Brock 40
Brooker 100, 105
Brown 31
Bruhn 16, 17, 18, 19, 20
Brungs 42, 43
Bühringer 9, 15, 21, 22

C

Cacioppo 52, 78, 79, 80, 81, 86
Calanton 73
Calnan 73
Campis 73
Caplan 12, 13
Carver 26, 30, 42
Chaiken 52, 60, 63, 74, 78, 81, 83, 86, 94
Chan 61, 62, 95
Christiansen 9
Chu 60, 61
Cobb 26
Coburn 41
Coletti 39
Combs 32
Cook 61, 62, 95
Crask 73, 95
Croyle 31
Cummings 40

D

Dabbs 67
Day 73, 95
Deckner 71, 73
Deeds 42, 43
Deming 103
Derler 62, 97
DeVellis 35, 38
DiClemente 39
Ditto 31
Dlugosch 42, 44

Doefke 29
Dollard 52, 53

E

Eagly 9, 23, 52, 60, 63, 78, 81, 86
Eastman 39
Ebbinghaus 63
Eiser 35, 73, 97, 98
Epstein 27

F

Fabrega 41
Farin 76
Farmer 73
Fenaughty 107
Feshbach 54, 55, 60, 83, 85, 93
Fischhoff 27, 29, 32
Fleck-Kandath 74
Frankel 40
Freud 52
Frey 49
Frohardt 103
Fruin 74

G

Gibertini 39
Gifford 74
Gilliand 97, 99, 100
Gleicher 22, 23, 58, 74, 81, 82, 83, 93
Goldstein 54, 106
Goodstadt 61, 62, 95
Gordon 39
Graves 107, 108
Gray 96
Green 41, 42, 43
Greenfield 107, 108
Gregory 73
Griffeth 73
Grigoleit 21

H

Haefner 40
Hallett 72, 73, 97, 98, 105, 106
Hankin 108
Härter 35
Hartman 41
Hass 73
Heckhausen 34
Heider 34
Hermer 31
Hill 95, 96
Hine 74
Hirschman 68
Ho 74, 102
Hooykaas 30
Hornung 9
House 42
Hovland 49, 53, 54, 83
Howard-Pitney 103
Hull 52
Hüllinghorst 21

I

Inman 82, 96

J

Janik-Konecny 9, 15, 21, 22
Janis 9, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62,
64, 69, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 93, 112, 116
Jepson 83
Jette 40
Johnson 42
Jonas 10, 23, 51, 58, 60, 64, 70
Jones 68
Jorgensen 42
Jungermann 27–28; 29



K

Kahnemann 32
Kao 81
Kaplan 35
Kashani 73
Kaskutas 107, 108
Kasl 26
Keffer 74
Kelley 53, 54, 83
Kelly 74
Kirsch 40
Kirscht 40
Klein 31
Knapp 74, 100
Knoch 54, 61, 62, 96, 97
Kobasa 26
Kohn 61, 62, 95
Koos 26
Kotler 15, 16
Krantz 35
Kreuter 31,42
Krishnamurthy 102
Kristiansen 35
Künzel-Böhmer 9, 15, 21, 22

L

Lairson 41
Lakey 42
Landis 42
Langer 33
Langlie 41
Lasater 61
Laswell 48, 49
Lau 41
Layman 32
Lefcourt 34
Lek 30
Leppin 27, 29, 31, 41
Levant 20
Levenson 35

Leventhal 9, 52, 54, 60, 61, 64, 65, 66,
67, 68, 69, 77, 86, 87, 113, 114, 115
Levine 43
Ley 61
Lieberman 74, 78, 83, 94
Lichtenstein 27, 29, 32, 39
Lilly 82, 96
Logan 82, 96
Lohaus 35
Loken 103
Lund 39, 40, 71
Lyman 73
Lynch 74

M

Mackie 84
MacKinnon 104, 107, 108
Maddux 39, 40, 70, 71, 73, 75, 94
Maides 35
Malouff 103
Manning 39
Mantelli 103
Manuck 35
Marcus 74
Marlatt 39
Marsh 73
Marzillier 39
Matheson 73
Mazis 108
McCauley 74
McCusker 36
McElreath 74
McEvoy 38
McGuire 9, 19, 52, 57, 58, 59, 60, 62, 63,
64, 78, 84, 86, 87, 112, 116
McIntyre 39
Mechanic 26
Meier 15
Mermelstein 39, 74
Mewborn 71, 73, 75, 82
Meyer 32, 33
Miller 52, 53

Mongeau 64
Morris 108
Morrow 36
Mowrer 53
Mullen 40
Murray 104
Muthny 33

N

Nasseri 13
Nemeroff 104
Neuhaus 10
Newton 74
Niehaus 39
Niles 60, 61
Nohre 104
North 97, 99
Norton 39

O

O'Leary 38
Owens 74

P

Pagano 68
Panagis 65, 66
Parsons 26
Partridge 42
Payne 39
Pentz 108
Perrez 14
Peterson 73
Pettingale 54, 106
Petty 9, 22, 23, 52, 58, 74, 78, 79, 80, 81,
82, 83, 86, 93
Plotnikoff 74
Pointer 74, 82, 85, 94
Pope 41
Popper 104

Pratt 74
Preiss 64
Prentice-Dunn 71, 73, 74, 105
Prochaska 39

Q

Quadrel 41

R

Ramirez 61
Renner 30
Reuter 19
Rhodes 73
Riesenberg 74
Rippetoe 71, 73, 95
Robberson 73, 99
Roberto 18
Roberts 74, 109, 110
Robra 13
Rodriguez 81
Rogers 9, 10, 29, 39, 40, 42, 52, 69, 70, 71,
73, 74, 75, 76, 82, 85, 86, 87, 94, 95, 97,
99, 100, 101, 102, 105, 113, 114
Rohrman 29
Rosen 67
Rosenberg 49
Rosenstock 38
Rosser 109
Roth 62, 97
Rotter 34, 35
Rutter 73

S

Safer 65, 66
Saltzer 35
Sandler 42
Sandman 74, 109, 110
Schaffer 81
Scheier 26, 30, 42
Scheirich 33



Schifter 40
Schoenbach 30
Schumann 81
Schutte 103
Schütz 29
Schützenhöfer 54, 61, 62, 96, 97
Schwartz 13
Schwarz 84
Schwarzer 26, 27, 30, 37, 38, 41
Seeman 35
Self 73
Seydel 40, 73
Shaffer 84
Shannon 48, 49
Shelton 71, 73
Sheppard 62, 95
Sherer 39, 100, 101
Siegel 32
Singer 68
Skilbeck 61
Slade 68
Slovic, 27, 28, 29, 32
Smith 84
Smith Klohn 74, 94
Solomon 15, 16, 17
Southwick-Bensley 101
Stacy 108
Stahlberg 49
Stainback 71, 73, 94
Stanley 39, 40, 73
Stayman 84
Steffen 73
Stephan 73
Stoltenberg 39
Stone 26
Strecher 31, 38
Strittmatter 27
Stroebe 23, 58
Struckman-Johnson 97, 99, 100
Sturges 74, 76, 97
Supnick 39
Sussman 19
Sutton 10, 64, 72, 73, 74, 86, 97, 98,

105, 106
Swasy 108
Swint 41

T

Taal 40, 73, 74
Tanner 73, 95
Taylor 31
Tedesco 74
Terry 67
Theissen 29
Thislethwaite 73, 75
Thorndike 52, 53
Tilmes 16, 17, 18, 19, 20
Timko 42
Toner 35
Töppich 9
Trembly 67, 68
Trenholm 50
Triandis 49
Trommsdorff 20
Tulips 61
Tversky 32

U

Umberson 42

V

Van der Pligt 30
Van der Velde 30, 32
Vaughn 74
Versteegen 29

W

Wagner 30
Wallston 26, 27, 35, 36
Wan 74
Ward 96

Warshaw 73
Watson 54, 106
Watts 61, 63, 66, 68
Weber 26
Weinstein 29, 30, 31, 32, 74, 109, 110
Wenig 21
Wheaver 48, 49
Wideman 35
Wiebe 15
Wiegman 73
Wiegmann 40
Williams 96
Winnet 74
Witte 51
Wogalter 103
Wolf 73
Wölflick 38, 43
Wolitski 73
Worth 84
Wright 39
Wu 81, 101
Wulfert 74
Wurtele 71, 73, 94, 95

Z

Zyzanski 74

In der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ sind bereits erschienen:

Band 1 – *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*

Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA,
Bestellnr.: 6060 0000

Band 2 – *Geschlechtsbezogene Suchtprävention*

Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen.
Abschlußbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA,
Bestellnr.: 6060 2000

Band 3 – *Gesundheit von Kindern*

Epidemiologische Grundlagen, eine Expertentagung der BZgA,
Bestellnr.: 6060 3000

In Kürze erscheint:

Band 5 – *Prävention des Ecstasykonsums*

Emphirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.
Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15.–17. September 1997.

1

2

3

4

5

6

7



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 3-9805282-8-6