

Hausarbeit

Thema 3

Online hochgeladen am: 03.09.2018

Modulverantwortliche Hochschullehrerin:

Prof. Dr. Lars Jansen

SRH Fernhochschule Riedlingen

Modul:

Allgemeine Psychologie I

Studiengang:

Prävention und Gesundheitspsychologie (B. A.)

Von:

Dominik Klaes

Studiengang: Prävention und Gesundheitspsychologie (B. A.)

Matrikelnummer:

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Einleitung zum Thema „Lernen“	4
Assoziative Lerntheorien.....	5
Klassische Konditionierung.....	5
Operante Konditionierung.....	7
Unterscheidung klassischer und operanter Konditionierung.....	9
Kognitive Lerntheorien	9
Die Rolle von Kognitionen im Rahmen der Lerntheorien.....	9
Genauere Betrachtung des Lernens am Modell.....	11
Modellernen in der Gesundheitsprävention	14
Modellernen in der konkreten Umsetzung am Beispiel Physiotherapie	16
Risiken/ Chancen Sozialer Medien in Bezug auf Gesundheitsprävention:	17
Internet, Soziale Medien und Gesundheit.....	17
Chancen Sozialer Medien zur Gesundheitsprävention im Kontext des Lernens am Modell	19
Risiken Sozialer Medien zur Gesundheitsprävention im Kontext des Lernens am Modell	20
Diskussion.....	22
Literaturverzeichnis.....	25
Eidesstattliche Erklärung.....	33

Abkürzungsverzeichnis

Evtl.	=	eventuell
z.B.	=	Zum Beispiel
bzgl.	=	bezüglich
etc.	=	et. Cetera
bzw.	=	Beziehungsweise
IQ	=	Intelligenzquotient
UCR	=	unconditioned reaction oder konditionierte Reaktion
UCS	=	undconditioned stimulus oder unkonditionierte Reaktion
NS	=	neutral stimulus oder neutraler Stimulus
CR	=	conditioned reaction oder konditionierte Reaktion
CS	=	conditioned stimulus oder konditionierter Stimulus
i. R.	=	in der Regel
HIV	=	humanes Immundefizienz-Virus
EE	=	Entertainment Education Konzept
v.a.	=	vor allem
TV	=	Television oder Fernsehen
Sog.	=	sogenanntes
Inkl.	=	inklusive

Einleitung zum Thema „Lernen“

Die meisten Menschen verbinden mit dem Begriff des Lernens wohl Schulzeit, Ausbildung oder Studienzeiten. Im Rahmen der Psychologie wird der Begriff des Lernens jedoch deutlich weiter gefasst. Lernen und die damit verbundenen Lernprozesse prägen das Denken der Menschen, ihre Persönlichkeit, ihre Sprache, ihre Motivation und ihre Einstellung. Myers (2014, S. 290) geht sogar so weit zu sagen: „Kein Thema kommt dem Kern der Psychologie näher als das Lernen“. Gelernt wird auf der Basis von Erfahrungen (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 314), diese müssen jedoch nicht zwangsläufig selbst erlebt worden sein. Es ist Menschen ebenfalls möglich aus den Erfahrungen anderer Personen zu lernen (Myers, 2014, S. 318). Als „erlernt“ wird ein Prozess dann bezeichnet, wenn die gemachte Erfahrung (ob selbst oder Fremderfahren) zu einer relativ stabilen Veränderung des Verhaltens oder des Verhaltenspotenzials des Individuums führt. Interessant hierbei ist, das „Gelerntes“ nicht unbedingt auch als Verhalten gezeigt werden muss (Verhaltenspotential, „latentes Lernen“) (Jansen, 2015a, S. 13; Myers, 2014, S. 317).

Die verschiedenen Lernmechanismen unterscheiden sich zum Teil erheblich in ihrem kognitiven Anspruch. So gilt die Habituation als einfachste Form des Lernens und beschreibt einen Gewöhnungseffekt von Reaktionen auf Reize, wenn sich diese mehrfach wiederholen. Durch diese Art von „Gewöhnungslernen“ ist es Organismen möglich, auch starke Reize allmählich zu ignorieren, da sie „bekannt“ sind. Der Organismus hat gelernt, dass der „bekannte“ Reiz keine Gefahr oder negative Konsequenz in sich birgt. Hat der regelmäßig auftretende Reiz jedoch regelmäßig eine negative Folge (z. B. Schmerz), kann dies auch zu erhöhter Reizempfindlichkeit führen (Sensitivierung) (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 294). In der Verhaltenstherapie wird das Prinzip der Habituation seit vielen Jahren insbesondere in der Therapie von Angsterkrankungen eingesetzt (Linden, 2008, S. 131). Bei Kleinkindern geht man davon aus, dass eine schnelle Habituation sogar Vorteile mit sich bringen kann. Je schneller ein Kind bekanntes ignorieren kann, umso schneller kann es seine Aufmerksamkeit neuen Dingen zuwenden. Es wird angenommen, dass die Geschwindigkeit mit der ein Kind habituiert

Rückschlüsse auf die Effektivität seiner Informationsverarbeitung zulässt (Siegler, Eisenberg, DeLoache & Saffran, 2016, S. 178). Verschiedene Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass Kinder die sehr schnell habituieren nach 18 Jahren in der Regel einen höheren IQ aufwiesen (Colombo, Shaddy, Richman, Maikranz & Blaga, 2004, S. 31; Kavšek, 2004, S. 376–381; Rose & Feldman, 1997, S. 633–638). Lernen durch Habituation wird auch als „eine der frühesten und einfachsten Formen des menschlichen Lernens“ beschrieben und „ist somit grundlegend für die allgemeine kognitive Entwicklung“ (Siegler et al., 2016, S. S 178). Im Unterschied zur Konditionierung erfolgen beim Habitualionslernen keine Verstärkungen, auch werden keine Assoziationen geknüpft (Jansen, 2015a, S. 13). Spätestens seit den Forschungsergebnissen von Pawlow (Russischer Psychologe 1849-1936) sowie Thorndike (Amerikanischer Psychologe 1874-1949) ist auch das Phänomen der Assoziation bekannt (Myers, 2014, S. 291). Aufgrund der Wichtigkeit dieser Experimente soll an dieser Stelle kurz auf die daraus entstandenen „Assoziativen Lerntheorien“ eingegangen werden.

Assoziative Lerntheorien

Das Prinzip des Lernens durch Assoziationen besteht darin, dass aufeinander folgende Ereignisse miteinander verknüpft werden. Gelernte Assoziationen werden häufig unmerklich ausgelöst und beeinflussen unser Verhalten und unsere Gewohnheiten (Myers, 2014, S. 290). Der Prozess des Erlernens von Assoziationen wird Konditionierung genannt und in klassische und operante Konditionierung unterteilt. Beide Formen der Konditionierung treten häufig gemeinsam auf, werden jedoch in der Lernforschung getrennt voneinander betrachtet (Jansen, 2015a, S. 16).

Klassische Konditionierung

Die Lernmechanismen der klassischen Konditionierung sind von großer artübergreifender Bedeutung und werden von Organismen verschiedenster Spezies zur Anpassung an ihre Umwelt genutzt (Myers, 2014, S. 298). Im Zentrum der klassischen Konditionierung steht das Erlernen von Reflexen. Ein

Reflex meint hierbei „eine ungelernete Reaktion, die in natürlicher Weise durch bestimmte Reize ausgelöst wird und biologisch adaptiv ist“ (Jansen, 2015a, S. 21). Hierbei wird unterschieden zwischen unkonditionierten Reaktionen/Stimulus (UCR/UCS), konditionierten Reaktionen/Stimulus (CR/CS) und neutralen Stimulus (NS). Unkonditionierte Reaktionen sind in der Regel bereits vorhandene, nicht erlernte, natürlich auftretende Reiz-Reaktionsmuster (z. B. Speichelfluss beim Hund bei Anblick von Futter). Konditionierte Reaktionen (CR) sind angeeignete oder erlernte Reiz-Reaktionsmuster auf einen zunächst neutralen Stimulus. So kann das regelmäßige, gleichzeitige Ertönen einer Glocke, bei gleichzeitiger Futtergabe, bei einem Hund zu einer konditionierten Reaktion führen. Das Ergebnis ist ein Einsetzen des Speichelflusses beim Hund beim Ertönen der Glocke, auch in völliger Abwesenheit von Futter. Der Hund verbindet nun den Ton der Glocke mit der Gabe von Futter. Aus der unkonditionierten Reaktion Speichelfluss bei Futteranblick ist nun eine konditionierte Reaktion „Speichelfluss beim Hören eines bestimmten Tones“ geworden. Der zunächst neutrale Stimulus „Glocke“ ist zu einem konditionierten Stimulus geworden. Diese Kernprozesse der Konditionierung wurden zuerst von Pawlow am Beispiel des „Pawlowschen Hundes“ beobachtet und in den folgenden Jahren intensiv untersucht, so entstanden in 30 Jahren an die 532 Arbeiten über Speichelkonditionierung (Myers, 2014, S. 294).

Im Rahmen der Psychologie finden Konditionierungsprozesse praktische Anwendung im Bereich der Verhaltenstherapie. Emotionale Reaktionen und Ängste können über Konditionierungsprozesse erworben und somit auch über jene wieder verlernt werden. So können im Rahmen der Therapie von Ängsten konditionierte Angstreaktionen durch Gegenkonditionierung abgeschwächt werden (z. B. wird Entspannungsreiz mit Angstreiz gekoppelt, um diesen abzuschwächen) (Jansen, 2015a, S. 32; Myers, 2014, S. 711). Auch in der Behandlung der Enuresis (unwillkürliches Wasserlassen) werden Mechanismen der klassischen Konditionierung mit großem Erfolg eingesetzt. Hierfür wird eine „Klingelhose“ genutzt, welche bei Kontakt mit Flüssigkeit einen lauten Ton erzeugt. Dadurch wird der Patient geweckt und kann die Toilette aufsuchen. Mit der Zeit (etwa 7 -12 Wochen) führt der Reiz des Harndranges zur Aufwachreaktion, so kann die betroffene Person rechtzeitig die Toilette

aufsuchen (Linden, 2008, S. 106–108). Prinzipien der Konditionierung werden auch außerhalb der Psychologie gezielt eingesetzt, z. B. in der Werbung. So ist es Forschern gelungen mithilfe der „evaluativen Konditionierung“ Kaufentscheidungen von Menschen durch positive oder negativ belegte Hintergrundmusik zu beeinflussen (Gorn, 1982; Stuart, Shimp & Engle, 1987, S. 334–349). Im Bereich des Marketings wird so häufig versucht ein neues, neutrales Produkt mit positiven Assoziationen zu belegen (Kiesel & Koch, 2012, S. 26; Rieger, 2017, S. 348–349).

Operante Konditionierung

Bei der operanten Konditionierung werden die Konsequenzen auf ein gezeigtes Verhalten assoziiert (Jansen, 2015a, S. 35; Myers, 2014, S. 291). Die Experimente zur operanten Konditionierung gehen v.a. auf den amerikanischen Psychologen Thorndike (1874-1949) zurück. Bekannt sind seine Ergebnisse im Experiment mit Katzen in der Puzzlebox. Die Katzen waren in einer Box eingesperrt und hatten verschiedene Möglichkeiten aus dieser zu entkommen. Durch Versuch und Irrtum gelang es den Katzen aus der Box zu fliehen. Je öfter die Katzen in der Box eingesperrt waren, umso schneller kamen sie heraus. Sie hatten gelernt, welches Verhalten am effektivsten zurück in die Freiheit führte und zeigten dieses entsprechend häufiger. Es nahmen also die Verhaltensweisen zu, die zur erfolgreichen Flucht aus der Puzzlebox führten. Verhaltensweisen die „belohnt“ werden (z. B. positive Konsequenz durch die Flucht aus der engen Kiste), werden öfter gezeigt, Verhaltensweisen, die bestraft werden (z. B. negative Konsequenz, nicht so schnell aus der Kiste herauszukommen), werden seltener gezeigt bzw. schwächen sich ab. Thorndike bezeichnete dies als „Law of Effect“, wird ein Verhalten belohnt, ist es wahrscheinlicher, dass dieses erneut gezeigt wird. (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 318; Jansen, 2015a, S. 36; Myers, 2014, S. 300). Im Vergleich zur klassischen Konditionierung wird hier kein bereits vorhandenes Verhalten erlernt, sondern durch „Lernen am Erfolg“ eine Assoziation zwischen einem Reiz und der darauf folgenden Reaktion geknüpft (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 318). Durch die Experimente von B. F. Skinner (1904–1990) mit der „Skinnerbox“ konnte gezeigt werden, dass sich Lebewesen durch Techniken der operanten

Konditionierung verschiedenste, teils auch ungewöhnliche, Verhaltensweisen antrainieren ließen. Skinner arbeitete bei seinen Experimenten mit Verstärkern, diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass das vorherige Verhalten wiederholt gezeigt wird. Verstärkende Wirkung entfalten beispielsweise beim Tier Futter, beim Menschen Lob, Geld, Aufmerksamkeit und Anerkennung (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 318; Jansen, 2015a, S. 39; Myers, 2014, S. 301). Um das Verhalten des Individuums zu formen, verstärkte Skinner alle Verhaltensweisen die eine Annäherung an das von ihm gewünschte Zielverhalten des Individuums bedeuteten (sogenanntes Shaping). Dies wurde solange durchgeführt, bis am Ende das gewünschte Verhalten als Ganzes gezeigt wurde (Jansen, 2015a, S. 39; Myers, 2014, S. 318). Durch die Aneinanderreihung vorher unabhängiger Verhaltensweisen können so komplexe Verhaltensketten konditioniert werden (sog. "Chaining") (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 328). Skinner beschäftigte sich im Rahmen seiner Experimente intensiv mit dem Thema „Verstärker“ und entwickelte ausgeklügelte „Verstärkerpläne“, aus Platzgründen kann auf diese nicht weitere eingegangen werden. Das Prinzip des operanten Konditionierens findet in vielen Bereich des Lebens statt. Bei der Chronifizierung von Schmerzen spielen Konditionierungsprozesse (sowohl klassisch als auch operant) eine große Rolle (Kappesser & Hermann, 2013, S. 507–509). Auch bei der Entstehung von Depressionen werden Prozesse der Operanten Konditionierung von manchen Autoren als Einflussfaktoren angeführt (Rinck & Becker, 2011, S. 118). In Unternehmen wird die Methode der operanten Konditionierung häufig zur Motivation der Mitarbeiter bei der Durchführung von E-Learnings angewandt. Auch in Schule, Aus- und Weiterbildung werden Prinzipien der operanten Konditionierung angewandt, um Lernfortschritte zu verstärken. Im alltäglichen Leben belohnen sich viele Menschen selbst dafür, wenn sie etwas geleistet haben (z. B. Schokolade nach langem Arbeitstag), auch dieses Verhalten lässt sich als Prozess einer operanten Konditionierung betrachten (Jansen, 2015a, S. 53–55).

Unterscheidung klassischer und operanter Konditionierung

Auch wenn sowohl die klassische als auch operante Konditionierung zu den assoziierten Lerntheorien gehören, unterscheiden sie sich. Bei der klassischen Konditionierung werden zwei reflexhaft (oder automatisch) auftretende Reize miteinander assoziiert, die das Individuum häufig nicht unter Kontrolle hat. Bei der operanten Konditionierung wird das gezeigte Verhalten mit der auftretenden Konsequenz assoziiert. Vereinfacht gesagt: „erfolgt die Konsequenz unabhängig von der Reaktion, handelt es sich um klassische Konditionierung. Erfolgt die Konsequenz abhängig von der Reaktion, handelt es sich um operante Konditionierung“ (Jansen, 2015a, S. 51).

Kognitive Lerntheorien

Im Gegensatz zu den ursprünglichen Annahmen des Behaviorismus, dass kognitive Prozesse bei der Erklärung von Verhalten ausgeklammert werden könnten, zeigte sich, dass Kognitionen das Lernen eines Individuums durchaus beeinflussen (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 229; Jansen, 2015a, S. 57; Myers, 2014, S. 316). Kognitives Lernen zeichnet sich dadurch aus, dass mentale Informationen in der Regel durch Sprache, andere Menschen oder Beobachtungen erworben werden (Jansen, 2015a, S. 16; Myers, 2014, S. 292). Es ist also für das „lernende“ Individuum nicht nötig, jede Erfahrung selbst gemacht zu haben, es kann von Erfahrungen der Umwelt lernen und diese für sich übernehmen. Diese Form des „Fremdlernens“ lässt sich durch Prozesse der Konditionierung alleine nicht erklären.

Die Rolle von Kognitionen im Rahmen der Lerntheorien

Kognitionen spielen bei vielen Lerntheorien eine Rolle und beeinflussen die Ergebnisse des Lernprozesses enorm (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 329). So zeigt sich bei fixierten Intervallplänen im Rahmen der Konditionierung ein Wellenähnliches Muster der Reaktionsraten. Es ist dabei zu beobachten, dass das zur Verstärkung führende Verhalten der Organismen direkt nach der Verstärkung abnimmt, um dann mit näher rückender Belohnung wieder zuzunehmen. Diese Beobachtung könnte darauf schließen lassen, dass die am

Versuch teilnehmenden Organismen eine Art „Erwartung“ der nächsten Belohnung entwickelt haben. Um Erwartungen entwickeln zu können sind kognitive Prozesse erforderlich, es hat somit höchstwahrscheinlich kognitives Lernen stattgefunden. Bei der klassischen Konditionierung spielt weiterhin der Faktor der „Vorhersagbarkeit“ eine wichtige Rolle. Die Folgen des eigenen Handelns müssen für die Organismen in einem gewissen Maße vorhersagbar sein (z. B. Druck auf den Knopf bringt eine Belohnung). Bei der operanten Konditionierung scheint ein gewisses „Gefühl“ der „Kontrolle“ ein entscheidender Faktor des Erfolges zu sein. Kommen die am Versuch teilnehmenden Organismen zu dem Schluss, dass sie keine Kontrolle über die Situation haben, bzw. dass ihr Verhalten keine Konsequenz für auftretende Reize hat (z. B. Stromschläge oder Belohnungen) verharren sie in einer Art passiven, hilflosen Haltung (ähnlich einer inneren Haltung des „Aufgebens“). Dieses Phänomen wurde von Seligman in seinen Tierexperimenten umfangreich untersucht und ist heute auch bekannt als „gelernte Hilflosigkeit“ (Maier & Seligman, 1976, S. 3–46). Für eine erfolgreiche operante Konditionierung ist es somit wichtig, dass der Organismus die Situation dahingehend interpretiert, dass sein Verhalten das Auftreten der Verstärkung verursacht oder kontrolliert. Man spricht hier auch von der Erwartung des Organismus die Kontrolle über die Verstärkung zu besitzen (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 329–335; Jansen, 2015a, S. 58; Myers, 2014, S. 316).

Auch in der Verhaltenstherapie werden häufig Techniken der klassischen Konditionierung eingesetzt (z.B. Gegenkonditionierung). Das Ergebnis dieser Interventionen zeigt sich ebenfalls in Abhängigkeit von den Kognitionen des Rezipienten. So wurde den Teilnehmern einer Alkoholentzugstherapie Alkohol vermischt mit übelkeitserregenden Substanzen verabreicht, mit dem Ziel Aversion gegen Alkohol zu konditionieren. Wussten die Teilnehmer über diesen übelkeitserregenden Zusatz Bescheid, war die „gelernte Verbindung“ (Konditionierung) zwischen Alkohol und Übelkeit schwächer ausgeprägt (Jansen, 2015b, S. 58; Myers, 2014, S. 316). Ein weiteres kognitives Lernphänomen ist das Lernen durch Einsicht. Versuche mit Affen zeigten, dass diese das sogenannte „Mehr-Stock-Problem“ ohne das Anwenden von Versuch und Irrtum lösen konnten. Es hatte im Versuch den Anschein das die Affen eine Weile über

die Lösung des Problems „nachdenken“. Das zielführende Verhalten trat relativ plötzlich und in vollem Umfang auf, die Schimpansen hatten die Verhaltenskette in vollem Umfang erfasst und kognitiv repräsentiert (ähnlich einem Aha-Erlebnis beim denkenden Menschen) (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 335; Jansen, 2015a, S. 58).

In Versuchen mit Ratten zeigte sich, dass diese eine Art kognitive Landkarte zu entwickeln schienen. Anhand dieser mentalen Karten, konnten die Ratten den Zielort eines Labyrinthes (Schale mit Futter) auch dann erreichen, wenn ihr ursprünglicher „verstärkter“ (also konditionierter) Weg versperrt war, oder sie von einem zufälligen Startpunkt begannen. Dieses Ergebnis wird dahingehend interpretiert, dass sich die teilnehmenden Ratten eine kognitive Repräsentation des Labyrinthes angeeignet hatten. Interessanterweise eigneten sich die Ratten diese „kognitive Landkarte“ auch dann an, wenn es dafür keine Verstärkung oder Belohnung gab. Sie zeigten ein latentes Lernen, welches völlig ohne Reiz-Reaktionsmuster stattfindet und nach behavioristischen Maßstäben eigentlich nicht erklärbar ist (Becker-Carus & Wendt, 2017, S. 340, 341; Jansen, 2015a, S. 59; Myers, 2014, S. 316, 317). Ein weiteres bekanntes Phänomen des kognitiven Lernens ist das v.a. durch Albert Bandura beschriebene „Lernen durch Beobachtung“ (auch Lernen am Modell, Modelllernen, Beobachtungslernen, Imitationslernen, soziales Lernen), auf dieses im weiteren Verlauf genauer eingegangen werden soll.

Genauere Betrachtung des Lernens am Modell

Das Beobachtungslernen (englisch: "observational learning") „wird auch als Modelllernen (englisch: "modeling") oder soziales Lernen (englisch: "social learning") oder Imitationslernen bezeichnet“ (Jansen, 2015a, S. 60). Durch diese Art des Lernens, ist es höheren Lebewesen möglich, ohne direkte eigene Erfahrung, sondern durch Beobachtung und Imitierung anderer zu lernen. Besonders effektiv scheint das Beobachtungslernen bei kleinen Kindern, geistig retardierten Personen und autistischen Kindern zu sein (Linden, 2008, S. 230). Einen der bekanntesten Versuche zu diesem Thema führte Albert Bandura mithilfe der „Bobo-Puppe“ durch (Bandura, Ross & Ross, 1961, S. 582). Bei

diesem Versuch beobachteten Kinder eine erwachsene Person dabei, wie sie einer Puppe körperliche und verbale Gewalt antat. Nach dieser Beobachtung wurden die Kinder durch den Entzug von Spielzeug frustriert. Es zeigte sich, dass die Kinder, welche vorher beobachtet hatten wie die Erwachsene Person der Puppe Gewalt antat, dieses Verhalten deutlich häufiger nachahmten, als die Gruppe der Kinder, die keine Gewalt an der Puppe zu sehen bekommen hatte. Die Kinder lernten durch Imitation, die Hemmschwelle zur Gewalt gegen die Puppe war durch die Beobachtung des Vorbildes gesunken.

Beobachtungslernen funktioniert besonders gut, wenn die beobachtete Person dem Beobachter ähnelt, er sie sympathisch findet und er sie für erfolgreich oder bewunderungswürdig hält (Myers, 2014, S. 319). Auch die Parameter Alter, Geschlecht, Rasse, äußeres Erscheinungsbild sollten dem „lernenden Probanden“ möglichst ähnlich sein um einen guten Effekt des Beobachtungslernens zu erzeugen (Linden, 2008, S. 230–231). Dieser Effekt geht soweit, dass auch das Belohnungszentrum des Beobachters aktiv wird, wenn er eine andere Person bei der Bewältigung einer Aufgabe beobachtet (Mobbs et al., 2009, S. 900). Das menschliche Gehirn ist bei der Beobachtung anderer dazu in der Lage sich mental in das gegenüber hineinzusetzen und mit ihm zu empfinden. Diese Fähigkeit ist auch verantwortlich dafür, dass Emotionen ansteckend sind, man spricht hier auch von einem „neurologischen Echo“ im Beobachter. So werden beobachtete Handlungen fälschlicherweise als selbst durchgeführt erinnert (Lindner, Echterhoff, Davidson & Brand, 2010, S. 1291– 1299; Myers, 2014, S. 320–321). Verschiedenste Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis das Beobachtungslernen sowohl Prosoziales (z. B. Hilfsbereitschaft, positive soziale Verhaltensweisen), als auch antisoziales (z. B. Gewalt, Aggression) Verhalten bedingen kann. Auch Auswirkungen von Fernsehkonsum auf Sozialverhalten wird diskutiert. Es existieren Hinweise darauf, dass erhöhter Fernsehkonsum gewalttätiges Verhalten fördert. Als Grund dafür wird die erhöhte Darstellung von Gewalt (i.R. ohne Konsequenz für den „Gewalttäter“) in Fernsehsendungen angenommen (Myers, 2014, S. 322–325). Durch Beobachtungslernen lassen sich Verhaltensweisen verstärken, (das Modell wird für das gezeigte Verhalten belohnt) auch Disinhibition genannt. Es lassen sich so auch Verhaltensweisen hemmen, (wenn Modell durch gezeigtes

Verhalten negative Konsequenzen erlebt), der sogenannte inhibitorische Effekt. Echtes Beobachtungslernen unterscheidet sich von bloßer Nachahmung dadurch, dass das Prinzip der Handlung verstanden wird (Schmithüsen, 2014, S. 33). Zur Erklärung des Lernens durch Imitation werden vier Prozesse (Gluck M.A./Mercado, E./Myers, 2010, S. 441) angenommen, Aufmerksamkeitsprozesse, Gedächtnisprozesse, motorische Reproduktionsprozesse sowie Anreiz- und Motivationsprozesse.

Aufmerksamkeitsprozesse: Die Aufmerksamkeit des Beobachters wird durch die Anwesenheit eines Modells erhöht. Handlungen eines Modells können die Aufmerksamkeit des Beobachters ebenfalls erhöhen und als Hinweisreize fungieren. Weiterhin wird Reizen mehr Beobachtung geschenkt, „wenn sie von gewohntem abweichen, sie emotionsgeladen sind, die aktuellen Motive und Bedürfnisse des Beobachters ansprechen, der Reiz direkten Aufforderungscharakter hat“ (Schmithüsen, 2014, S. 34).

Gedächtnisprozesse: Informationen aus der Beobachtung müssen im Gehirn so abgespeichert werden, dass sie auch in Zukunft wieder aufgerufen bzw. erinnert werden können. Ein Vergessen des beobachteten Verhaltens würde dazu führen, dass es nicht mehr imitiert werden kann.

Motorische Reproduktionsprozesse: Beobachtetes Verhalten muss nicht nur erinnert, sondern auch grundsätzlich motorisch nachahmbar sein.

Anreiz- und Motivationsprozesse: Um eine Nachahmung in Gang zu setzen, muss das am Modell Beobachtete und prinzipiell nachahmbare Verhalten für den Beobachter erstrebenswert sein.

In der Phase der Aneignung finden v.a. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse statt, in der Phase der Ausführung finden v.a. motorische Reproduktions- und Motivierungsprozesse Einfluss. Um den Prozess des Modelllernens beim Menschen möglichst effektiv zu gestalten, lässt sich die Situation des Modelllernens optimieren. So lässt sich die Aufmerksamkeit des Beobachters erhöhen (z. B. durch Hervorheben wichtiger Dinge mithilfe von Kommentaren) und die Genauigkeit der Wahrnehmung verbessern (z. B. durch das Hervorheben besonders wichtiger Punkte mithilfe von Instruktionen). Auch

lassen sich Aufgaben in verschiedene „einfachere Teilaufgaben“ aufteilen. Ist beispielsweise das demonstrierte Verhalten für den Rezipienten zu komplex, lässt sich die Aufgabe in „Teilaufgaben“ aufteilen und modellhaft demonstrieren. Diese „Teilaufgaben“ können vom Rezipienten in Einzelschritten durch Lernen am Modell erarbeitet werden (Linden, 2008, S. 230–231).

Modellernen in der Gesundheitsprävention

Dem Lernen am Modell wird in der Gesundheitsprävention großen Wert beigemessen. Im Rahmen von Präventionskampagnen wird häufig mit Rollenvorbildern gearbeitet, die ein bestimmtes Verhalten an den Tag legen mit dem Ziel, das der Rezipient dieses Verhalten nachahmt, bzw. sich damit kritisch auseinandersetzt (Kennedy, 2004, S. 297–299). Im Bereich der Prävention im Kindes- und Jugendalter scheint das Potenzial des Modelllernens besonders groß zu sein. Besonders betont wird hierbei häufig der Einfluss des vorgelebten Verhaltens (Vorbildfunktion) durch die Eltern oder nahestehende Angehörige. Im Bereich der Prävention von kindlichem Übergewicht, zeigten sich große Zusammenhänge zwischen Ernährungsverhalten der Eltern und dem der Kinder (Bitzer, Walter & Lingner, 2009, S. 165; Ellrott, 2013, S. 57; van der Horst et al., 2006, S. 222; Quilling, Dadaczynski & Müller, 2016, S. 1397), das gleiche gilt für den Bereich Bewegungsmangel (Quilling et al., 2016, S. 1397). Auch im Rahmen der Ernährungserziehung von Kindern wird dem Beobachtungslernen große Bedeutung beigemessen. Beobachtungslernen wird in Bezug auf Prävention von Übergewicht und gesunder Ernährung als zentrales Lernprinzip bezeichnet. Zur Modifikation kindlichen Essverhaltens wird Imitationslernen als wirksamste Strategie empfohlen (Ellrott, 2013, S. 57). Im Fachbuch „Kindergesundheit stärken“ (Bitzer et al., 2009) wird über mannigfaltige Effekte des Modelllernens zur Gesundheitsprävention bei Kindern berichtet. Die Wichtigkeit der Vorbildfunktion der Eltern in Bezug auf Prävention von Übergewicht (elterliches Ernährungsverhalten S. 165), Angststörungen Angstbewältigungsverhalten der Eltern S. 191), Medienkonsum (Konsumverhalten von Medien der Eltern S. 206) und Unfallvermeidung (beispielsweise das Tragen eines Helmes beim Radfahren S. 216) wird mehrfach hervorgehoben. Auch die Vorbildfunktion von Klinikpersonal im Umgang mit Säuglingen sollte nicht unterschätzt werden.

Offenbar schauen sich werdende Eltern viele Dinge beim Pflegepersonal ab (z. B. die Schlafposition des Säuglings S. 82). Untersuchungen zeigten einen Zusammenhang zwischen Vorbildern von Erwachsenen und Modelllernen in Bezug auf Substanzkonsum im Sport (Gebert, Lamprecht, Wiegand & Stamm, 2017, S. 230; Von Hagen, Bühler & Koletzko, 2011, S. 134–135). Eine Arbeit aus dem Jahr 2013 zeigte, dass Ärzte die großen Wert auf eine gesundheitsbewusste Lebensweise bei sich selbst legten, auch gesundheitsbewusstere Patienten hatten (Frank, Dresner, Shani & Vinker, 2013, S. 649). Weiterhin scheint das Lernen am Modell einen Teil zur Chronifizierung chronischer Schmerzen beitragen zu können (Kappesser & Hermann, 2013, S. 507, 2014, S. 16; Niemier & Seidel, 2009, S. 55). Ängste können sich ebenfalls durch Beobachtungslernen auf den Beobachter übertragen, selbst wenn er keine passende angsterzeugende Erfahrung in der Vergangenheit gemacht hat. So kann allein die Beobachtung das andere Menschen starke Angst entwickeln zu Phänomenen wie Massenpaniken führen (Dehne, 2017, S. 239).

Das Prinzip des Lernens am Modell wurde bereits erfolgreich in Präventionsprogrammen in Funk und Fernsehen angewandt. So gelang es Forschern in Tansania die teilnehmende Bevölkerung durch eine Drama-Serie über Verhütungsmethoden zu beeinflussen. Im Ergebnis zeigte sich eine höhere Risikoeinschätzung bzgl. HIV und ungeschütztem Geschlechtsverkehr, eine geringere Anzahl an Sexualpartnern, häufigerem Nutzen von Kondomen sowie erhöhter persönlicher Kommunikation zum Thema HIV (Peter W. Vaughan, Everett M. Rogers & Rogers, 2000, S. 203–227). Eine vergleichbare und sehr erfolgreiche deutsche multimediale Präventionskampagne bzgl. HIV war die Mitte der Achtzigerjahre ins Leben gerufene Aktion „Gib Aids keine Chance“ die teilweise auch heute noch fortgeführt wird. (Lehmann & Töppich, 2009, S. 1147–1150). In einer ähnlichen Untersuchung bzgl. des Rauchens konnte gezeigt werden, dass Zuschauer eines Filmes, bei dem die Hauptcharaktere rauchten, ein höheres Verlangen zu Rauchen entwickelten (Hines, Saris & Throckmorton-Belzer, 2000, S. 2245–2269). Sowohl zur Prävention des Nichtrauchens als auch zur Therapie des Rauchens werden Strategien des Lernens am Modell und der sozial-kognitiven Lerntheorie mit Erfolg eingesetzt (Sohr, 2017, S. 22–24).

Durch Lernen am Modell lassen sich allem Anschein nach, also sowohl gesundheitsförderliche, als auch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen im Rezipienten evozieren.

Kommunikationsstrategien zur Förderung von Gesundheitsverhalten werden dahingehend aufgebaut, das gewünschte Verhalten zu „vermarkten“, es also als wünschenswert und attraktiv darzustellen. Genutzt werden hierfür überredende Botschaften mithilfe von Motiven, Personen, Vorbildern, Humor, Emotionen und Furchtappellen (Langill, 2004, S. 1–30; Loss & Nagel, 2009, S. 507). Diese Vermarktungsstrategien bieten je nach Intension des „Vermarkters“ auch die theoretische Möglichkeit sie für eher eigennützige, werberische Zwecke einzusetzen.

Modellernen in der konkreten Umsetzung am Beispiel Physiotherapie

Bei der Vermittlung von Übungen an Patienten im Sinne einer Physiotherapie/Krankengymnastik ist das modellhafte Vorzeigen der Übung (evtl. auch in kleinen Zwischenschritten) ein wichtiger didaktischer Bestandteil des motorischen Lernens (Faller, Ehlebracht-König & Reusch, 2015, S. 650). An dieser Stelle soll das Modelllernen anhand eines Beispiels erörtert werden. Besonderer Augenmerk liegt auf den vier basalen Prozessen des Imitationslernens, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, motorische Reproduktion, Anreiz- und Motivationsprozess. Beim gewählten Beispiel handelt es sich um Herrn Mayer, 50 Jahre alt, sitzende Tätigkeit, unspezifischer Rückenschmerz durch Bewegungsmangel. Herrn Mayer möchte sich gerne mehr bewegen, vor allem das Bücken fällt ihm schwer. Gerne möchte er daran arbeiten, sich besser bücken zu können. Gleichzeitig hat er auch Angst davor, da bei dieser Bewegung seine Beschwerden aufgetaucht sind. Herrn Mayer und sein Physiotherapeut vereinbaren, sich in der Therapie zuerst der Angst vor dem Bücken zu widmen. Sie beobachten zuerst im benachbarten Trainingsraum trainierende Personen ähnlichen Alters bei bückenden Übungen. Ein Trainierender, Herrn Klein, hatte früher gleiche Beschwerden und kann mittlerweile alle bückenden Bewegungen beschwerdefrei ausführen.

Die beiden Herren kommen ins Gespräch und tauschen ihre Erfahrungen bei der Bewältigung ihrer Beschwerden aus. Herr Klein demonstriert, welche Bewegungen und Übungen er mittlerweile wieder beschwerdefrei durchführen kann. Nach diesem Gespräch fühlt sich Herr Mayer deutlich zuversichtlicher, er denkt sich „wenn der das schafft, dann schaffe ich das auch!“. Herr Mayer und sein Therapeut vereinbaren ein schrittweises Übungsprogramm durchzuführen. Der Therapeut von Herrn Mayer zeigt ihm zuerst die gesamte Zielbewegung, um ihm eine Bewegungsvorstellung zu vermitteln. Danach zeigt der Therapeut von Herrn Mayer mehrfach den ersten Teil der Übung. Hierbei muss sich Herr Mayer ein kleines Stück im Stehen nach vorne bücken, bis er mit den Händen seine Knie berührt. Gemeinsam wird das Ziel festgelegt, diese Übung jeden Tag dreimal mit 20 Wiederholungen durchzuführen. Herr Mayer filmt seinen Therapeuten bei der Ausführung der Übungen, so kann er sich das geübte zu Hause noch einmal in Ruhe ansehen. Herrn Mayer wird es durch diese regelmäßige Übung ermöglicht, die problematische Handlung unter sicheren Bedingungen und ohne negative Erfahrungen durchzuführen. Die Größe der Bewegung wird in den nächsten Einheiten, gemeinsam mit dem Therapeuten gesteigert. Herr Mayer kann die positive Erfahrung machen, dass Bücken keine Gefahr für seinen Rücken darstellt. Durch das Beobachten und den Selbstvergleich mit ähnlichen Personen, das Vormachen der Übung durch den Therapeuten und das Filmen des Therapeuten, kann bei Herrn Mayer ein hohes Maß an Beobachtungslernen stattfinden.

Risiken/ Chancen Sozialer Medien in Bezug auf Gesundheitsprävention:

Internet, Soziale Medien und Gesundheit

Das Internet bietet eine ungeheure Fülle an Informationen, zeitliche und räumliche Begrenzungen sind aufgehoben. Inhalte sind häufig hochaktuell, interaktiv, einfach, sowie in der Regel kostenfrei zugänglich. Die Suche nach Informationen erfolgt anonym, gerade für Fragen zu Krankheit und Gesundheit ist dies für manche Nutzer ein wichtiger Punkt. Es verwundert also nicht, dass über 74 % der Deutschen im Jahr 2012 das Internet regelmäßig oder zumindest gelegentlich nutzten um Informationen zu Gesundheitsthemen zu suchen.

Knappe 35 Prozent nutzten das Internet als Diagnosetool vor einem Arztbesuch (Döring, 2018, S. 3). Auch der Gesundheitszustand der Nutzer scheint eine Rolle zu spielen. So zeigte sich das die Informationssuche zu Gesundheitsthemen häufig mit einem konkreten Anlass verbunden ist (Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 70). Auch sogenannte „Soziale Medien“ (englisch Social Media) werden zur Suche oder dem Austausch von Gesundheitsinformationen eingesetzt. Der Begriff „Soziale Medien“ ist zu verstehen als „Sammelbegriff für Angebote auf Grundlage digital vernetzter Technologien, die es Menschen ermöglichen Informationen aller Art zugänglich zu machen und davon ausgehend soziale Beziehungen zu knüpfen und/oder zu pflegen.“ (Taddicken & Schmidt, 2017, S. Seite 6). Durch Soziale Medien wie Facebook, Youtube, Twitter etc. sind die Möglichkeiten zum Austausch und Interaktivität im Internet deutlich gewachsen. Kernmotiv der Nutzung sozialer Medien ist die Vernetzung und Pflege von Freunden oder Bekannten (Taddicken & Schmidt, 2017, S. 14). Die Nutzung Sozialer Medien scheint bei jüngeren Personen (19-29-jährige) ausgeprägter zu sein als bei älteren Personen (Döring, 2018, S. 4).

Die Benutzung sozialer Medien oder Gesundheitsportalen in Gesundheitsfragen richtet sich in der Regel nach bestimmten Bedürfnissen oder Nutzungsmotiven. Je nach Bedürfnis oder Motiv können sich hieraus Chancen für den Nutzer ergeben. Für viele Nutzer ist die Generierung von Informationen (evtl. auch Recherche für andere Personen) sowie die Suche nach sozialer Unterstützung ein wichtiger Antrieb um sich bei Gesundheitsfragen im Internet oder bei Sozialen Medien umzusehen. Häufig werden hier spezielle Fragen zu bestimmten Erkrankungen oder Diagnosen, bestimmten Therapiemethoden oder ein neuer Arzt bzw. medizinische Einrichtung gesucht. Betroffene suchen auch nach ergänzenden Informationen um einen Arztbesuch vor- oder nachzubereiten (Döring, 2018, S. 4). Patienten, die mit ihren Arztbesuchen unzufrieden waren, scheinen ebenfalls häufiger das Internet zu nutzen (Tustin, 2010, S. 10).

Chancen Sozialer Medien zur Gesundheitsprävention im Kontext des Lernens am Modell

Gesundheitskommunikation allgemein hat in allen verschiedenen Formen „erheblichen Einfluss darauf, wie wir Krankheiten, Krankheitsrisiken sowie präventive therapeutische Möglichkeiten wahrnehmen und einschätzen“ (Loss & Nagel, 2009, S. 504). Für eine aufgeklärte Bevölkerung, die gute Entscheidungen für sich und ihre Gesundheit treffen soll, sind Gesundheitsinformationen äußerst wichtig. Gute Gesundheitsinformationen können zum Empowerment der Bevölkerung beitragen und somit die Gesundheit der Bevölkerung deutlich verbessern. Ein großer Vorteil für viele Nutzer Sozialer Medien ist die Anonymität um nicht stigmatisiert zu werden. Anonymität in Sozialen Medien kann dazu beitragen das sich soziale Unterschiede nicht mehr so stark auswirken wie im realen Leben und das die Bereitschaft der Nutzer sich selbst zu öffnen und über ihre Gesundheitsprobleme zu sprechen steigt (Döring, 2018, S. 5). Webseiten können für bestimmte Gesundheitsprobleme sensibilisieren und somit steuernd in das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung eingreifen (Stetina & Kryspin-Exner, 2009, S. 4) Ein Projekt zur Förderung von Impfakzeptanz bei Eltern über Soziale Medien zeigte Erfolge. Die gezielte Verbreitung von Impfinformationen, sowie der Austausch der Mütter über Soziale Medien, brachte eine signifikant höhere Impftrate der Kinder der beteiligten Mütter (Glanz et al., 2017, S. 4–7). Dargestellte Mediencharaktere und deren kognitive Prozesse können ähnliche kognitive Prozesse im Rezipienten auslösen. Dadurch kann Einfluss auf Verhaltensänderung genommen werden, dies kann zur Steigerung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit führen (Fahr, 2018, S. 7). Bestimmte gesellschaftliche Gruppen wie Jugendliche, oder Menschen aus sozial-ökonomisch schwächeren Schichten sind weniger durch kognitive Appelle erreichbar. Sie sind vielmehr durch „emotional- orientierte, affektiv vermittelte Medienbotschaften“ erreichbar (Lubjuhn, 2018, S. 2). Speziell für diese Zielgruppen lässt sich das Modell des „Entertainment Education“ anwenden.

Entertainment Education basiert unter anderem auf Prinzipien des „Sozialen Marketings“ sowie der sozial kognitiven Lerntheorie Banduras (Lubjuhn, 2018, S. 3). Das Konzept EE macht sich das Lernen am Modell dahingehend zunutze,

dass die dargestellten Charaktere dementsprechend ausgewählt werden. So gibt es in der Regel einen positiven, sowie einen negativen und einen transitionalen Charakter. Der transitionale Charakter ist von besonderer Bedeutung, da er sich in der Regel vom negativen zum positiven Verhalten entwickelt (Lubjuhn, 2018, S. 3). Die Zuschauer sollen sich im transitionalen Charakter erkennen und gemäß dem Prinzip des Lernens am Modell das gezeigte Verhalten nachahmen, bzw. darüber nachdenken, oder sich mit ihrem Bekanntenkreis zu den gezeigten Themen austauschen. So zeigen sich bei EE-Projekten häufig indirekte und intermediäre Effekte wie interpersonelle Kommunikation (häufig im eigenen Bekanntenkreis). Dieser Austausch mit dem eigenen Umfeld wird als wichtige Voraussetzung zur Verhaltensänderung bewertet (Fahr, 2018, S. 7; Lubjuhn, 2018, S. 3). Wichtig für das Gelingen eines EE-Projektes ist, dass sich die Rezipienten/innen mit dem Charakter identifizieren und dass die vermittelten Inhalte nicht zu sehr „moralisierend“ beim Zuschauer ankommen (Lubjuhn, 2018, S. 4). Im Bereich der Sozialen Medien werden schlummernde Potenziale für EE-Projekte vermutet um v.a. jüngere Menschen mit Gesundheitshemen zu erreichen (Lubjuhn, 2018, S. 10). Gelingt es, dass sich die Rezipienten mit dem Charakter verbunden fühlen bzw. ihm gegenüber eine gewisse Sympathie empfinden, kann dies zur Verminderung von Reaktanz und Gegenargumentation beitragen. Die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wird dadurch wahrscheinlicher. Einstellungen und Verhaltensweisen der Rezipienten können somit positiv beeinflusst und bestärkt werden. (Fahr, 2018, S. 7).

Risiken Sozialer Medien zur Gesundheitsprävention im Kontext des Lernens am Modell

Online-Inhalte können auch fehlsteuern und falsche Hoffnungen und Erwartungen wecken (Stetina & Kryspin-Exner, 2009, S. 4). Der Kontext der Gesundheitsinformationen ist dafür häufig entscheidend. Werden Informationen aus dem Zusammenhang gerissen, können sie durchaus schädliche oder sogar gefährliche Auswirkungen haben (Crocco, Villasis-Keever & Jadad, 2002, S. 2869–2871; Eysenbach, 2008, S. 144–146). Dies gilt nicht nur für die Informationen selbst, sondern auch der Umgang mit der Information als solcher kann negative Aspekte erfüllen. Viele Nutzer verlieren den Überblick

(Informationsüberlastung), haben Probleme die Qualität der Informationen einzuschätzen oder entwickeln teils sogar zwanghafte Verhaltensweisen (Stetina & Kryspin-Exner, 2009, S. 5). Auch sind abrufbare Inhalte häufig nicht von seriöser Art, so können falsche Gesundheitsinformationen im Internet im schlimmsten Fall über Leben und Tod entscheiden. Häufig ist es schwierig zwischen reinen Werbeseiten oder Webseiten hoher Inhaltsqualität zu unterscheiden. Besonders wichtig erscheint diese Erkenntnis vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der Nutzer die im Internet gefundenen Gesundheitsinformationen (i.R. Webseiten) nicht kritisch zu hinterfragen scheint (Eysenbach, 2001, S. 205–210; Stetina & Kryspin-Exner, 2009, S. 5–6).

Auch die Berichterstattung über Gesundheitsthemen in klassischen Medien kann problematisch sein. So unterliegen diese zur Steigerung ihrer Auflagen, Quoten o. ä. einem gewissen Skandalisierungsdruck, welcher zu eher sensationsheischender Aufbereitung von Gesundheitsinformationen führen kann (Loss & Nagel, 2009, S. 508). Aus diesem Grund bevorzugen Medien häufig Außergewöhnliche oder dramatische Berichterstattung, diese kann unter Umständen in Panikmache (Jazbinsek, 2001, S. 142–163) oder Desinformation resultieren (Breitenborn, 2004, S. 285–288; Loss & Nagel, 2009, S. 508). Besonders bedeutend werden diese Informationen, wenn man bedenkt, dass klassische Medien (TV, Radio, Zeitungen, Zeitschriften), die am häufigsten genutzten Quellen für Gesundheitsinformationen sind (Eichhorn, Seibold, Loss, Steinmann & Nagel, 2008, S. 821–827; Loss, Eichhorn & Nagel, 2005, S. 455–506). Nicht immer sind die in Gesundheitskampagnen vermittelten Botschaften der Gesundheit des Rezipienten dienlich. So versuchen beispielsweise Pharmakonzerne gezielt durch Aufklärungskampagnen (u. a. auf Social Media) die Bekanntheit bestimmter Erkrankungen und somit die Nachfrage nach den entsprechenden Medikamenten zu erhöhen (sog. „Direct-to-Consumer Marketing“). Dies ist vor allem unter dem Gesichtspunkt problematisch das diese von der Pharmaindustrie bereitgestellten Informationen für Patienten bzw. Gesunde zu einer wichtigen Quelle für Informationen geworden sind (Loss & Nagel, 2009, S. 503). Teils werden weitestgehend normale Veränderungen des Körpers (z. B. Alterserscheinungen) von der Industrie gezielt mit einem Krankheitswert belegt, um aus der entstehenden Nachfrage Umsätze zu

generieren (Dear & Webb, 2007, S. 122–124; Loss & Nagel, 2009, S. 508; Moynihan, Heath, Henry & Henry, 2002, S. 886–891).

Es ist also durchaus denkbar das sich auch in der Gesundheitskommunikation (auch auf Social Media) Informationen missbräuchlich und unethisch für die eigenen Zwecke einsetzen lassen. Um der ethischen Verantwortung bei Gesundheitskommunikation besser gerecht zu werden, wurden entsprechende Kriterien entwickelt. Als eher generelle, ethische Kriterien zur Gesundheitskommunikation (insbesondere auf Internetseiten) sind hier zu nennen, der „Health on the Net Code of Conduct“ (Health on the Net Foundation) aus der Schweiz oder die „Health-Internet-(HI)-Ethics aus den USA (Loss & Nagel, 2009, S. 509). Im Spezielleren gibt es Ethische Leitlinien zur Ärztlichen Aufklärung von Patienten (Bretanya, 2008), für gedruckte Patienteninformationen (DISCERN) (Loss & Nagel, 2009, S. 509), für die Pharmazeutische Industrie, für evidenzbasierte Patienteninformationen (Steckelberg, Berger, Köpke, Heesen & Mühlhauser, 2005, S. 343–351) sowie für massenmediale Social-Marketing-Kampagnen (Smith, 2001, S. 1–16). In Modellen der Public Health Ethik werden als ethische Grundlagen für Gesundheitskommunikation Kriterien vorgeschlagen wie Richtigkeit, Vollständigkeit und Ausgewogenheit, Transparenz, Partizipation (Teilhabe) der Zielgruppe, Respekt vor der menschlichen Würde, soziale Gerechtigkeit und Verhältnismäßigkeit (Childress & Bernheim, 2008, S. 158–163; Loss & Nagel, 2009, S. 505; Schröder, 2007, S. 103–111).

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es mehrere Lernstrategien gibt, die von Menschen angewandt werden. Kognitionen scheinen in den meisten Fällen großen Einfluss auf die Ergebnisse der Lernprozesse zu haben. Das Modelllernen ist eine wirksame kognitive Lernstrategie und zur Evozierung von gesundheitsförderlichem Verhalten durchaus geeignet. Besonders wirksam ist das Lernen am Modell bei jüngeren Menschen, diese Menschengruppe scheint vermehrt auf Sozialen Medien aktiv zu sein. Um Menschen mithilfe des Modelllernens zu erreichen, hat sich die Strategie des „Entertainment Education“, vor allem durch den Einsatz des transitionalen Charakters, bewährt. Diese

Strategie ließe sich als multimediale Marketingkampagne (inkl. Sozialer Medien) auf Inhalte der Gesundheitsprävention übertragen. So könnten mithilfe des Lernens am Modell, Menschen zu gesundheitspräventivem Verhalten beeinflusst werden. Wichtig für ein gutes Ergebnis wäre, dass die Zielgruppe der Intervention im Vorfeld untersucht und mit den gewonnenen Erkenntnissen möglichst exakt definiert wird. Insbesondere um den Effekt des „Vorbildes“ im Rezipienten zu erzeugen ist es entscheidend, dass dieser sich mit dem „Vorbild“ verbindet. Einige Effekte des Lernens am Modell laufen unbewusst ab, so könnten Marketingkampagnen einen manipulativen Charakter entwickeln. Hier sollte dringend vor der Erstellung einer solchen gesundheitsfördernden Kampagne, eine ethische Diskussion geführt werden. Hierbei sollte geklärt werden, inwieweit manipulative Beeinflussung zur Gesundheitsförderung ethisch vertretbar ist. Hilfreich für diese Diskussion, könnten bereits bestehende ethische Verhaltensregeln zur Gesundheitskommunikation sein. Am Ende bleibt das Soziale Lernen eine effektive Möglichkeit, Menschen dazu zu bringen ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen, sich mit ihrem Umfeld auszutauschen und so zu anderem Gesundheitsverhalten zu gelangen. Um den Austausch unter Individuen zu fördern, sind Soziale Medien das ideale Medium, denn der gegenseitige Austausch ist das Kernelement Sozialer Medien. Strategien des Lernens am Modell sind somit zur Gesundheitsprävention auf Social Media anwendbar.

Die entscheidende Frage scheint nach Durchsicht der Literatur weniger zu sein, welche Werbestrategie, oder welches Medium genutzt wird, sondern wie Kampagnen zur Gesundheitsprävention aus ethischen Gesichtspunkten aufgebaut sein sollten. Besonders schwierig wird die Beantwortung dieser Fragestellung dadurch, dass industrielle Werbekampagnen mit Gesundheitsinformationen sich keinem ethischen Verhaltenskodex unterwerfen. Stellt man den emotional ansprechend aufbereiteten Kampagnen der Industrie lediglich trockene Gesundheitsinformationen entgegen, ist die Wirkung dieser höchstwahrscheinlich gering. Der Industrie, das Feld der ansprechenden Kampagnen mit Gesundheitsinformationen zu überlassen, um selbst die Gefahr manipulativer Inhalte zu vermeiden, scheint keine wirkliche Alternative zu sein. Mithilfe der Methoden der typischen Imagekampagnen des Marketings, sowie

dem Lernen am Modell, ließen sich höchstwahrscheinlich sehr ansprechende und erfolgreiche Kampagnen zur Gesundheitsprävention betreiben. Ob sich Gesundheitsinformationen für den Rezipienten positiv auswirken, hängt am Ende nicht nur von der Qualität der Informationen, sowie deren Verständlichkeit, sondern auch vom Kontext, sowie der Intention des „Kampagnenerstellers“ ab.

Trotz umfangreicher Literatur besteht hierfür weiterer Forschungsbedarf, insbesondere in Bezug auf Prävention von Gesundheit mithilfe Sozialer Medien. Es wäre sicher interessant, ein bestimmtes Thema der Gesundheitsprävention z. B. Prävention von Übergewicht, mithilfe einer multimedialen Präventionskampagne zu untersuchen. Diese Kampagne sollte bei gleichbleibendem Thema, angepasst auf die Zielgruppe Kinder, Jugendliche, jüngere- und ältere Erwachsene durchgeführt werden. Die Ergebnisse könnten Rückschlüsse darauf geben, wie sich die unterschiedlichen Zielgruppen mit dem gleichen Thema gezielt ansprechen lassen. Die gewonnenen Erkenntnisse, könnte man in bundesweiten multimedialen Gesundheitskampagnen umsetzen. Je nach genutztem „Werbemedium“ ließen sich die entsprechend am stärksten vertretenen Nutzergruppen gezielter ansprechen (z. B. Soziale Medien eher jüngere, klassische Medien eher ältere Zielgruppe). Ziel sollte es sein, möglichst viele Menschen für das gewünschte Verhalten zu interessieren und den Austausch zu diesen Themen im persönlichen Umfeld anzuregen.

Werden multimediale Gesundheitskampagnen (auch mithilfe von Strategien des Lernens am Modell) richtig geplant und durchgeführt, lassen sich positive Verhaltensweisen bestärken, die Selbstwirksamkeit der Rezipienten erhöhen, soziale Interaktionen zu Gesundheitsthemen erzeugen und somit die Gesundheit der Bevölkerung potenziell verbessern. Um diese Potenziale zur Gesundheitsprävention voll auszuschöpfen, sollten weitere Untersuchungen bzgl. der Zielgruppen auf diesem Gebiet durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis

- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63 (3), 575–582. doi:10.1037/h0045925
- Becker-Carus, C. & Wendt, M. (2017). *Allgemeine Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-662-53006-1
- Bitzer, E. M., Walter, U. & Lingner, H. (2009). *Kindergesundheit stärken*. (E.M. Bitzer, U. Walter, H. Lingner & F.-W. Schwartz, Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-540-88047-9
- Breitenborn, U. (2004). Medienethik und Gesundheitsinformation. *e-Health*. Springer, Heidelberg Berlin New York, 285–288.
- Bretanya, G. M. C. (Gran. (2008). *Consent: patients and doctors making decisions together*. General Medical Council.
- Childress, J. F. & Bernheim, R. G. (2008). Public health ethics. Public justification and public trust. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51 (2), 158–163.
- Colombo, J., Shaddy, D. J., Richman, W. A., Maikranz, J. M. & Blaga, O. M. (2004). The developmental course of habituation in infancy and preschool outcome. *Infancy*, 5 (1), 1–38. doi:10.1207/s15327078in0501_1
- Crocco, A. G., Villasis-Keever, M. & Jadad, A. R. (2002). Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet. *Jama*, 287 (21), 2869–2871. American Medical Association.
- Dear, J. W. & Webb, D. J. (2007). Disease mongering ? a challenge for everyone

involved in healthcare. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 64 (2), 122–124. Wiley/Blackwell (10.1111). doi:10.1111/j.1365-2125.2006.02830.x

Dehne, M. (2017). *Soziologie der Angst*. doi:10.1007/978-3-658-15523-0

Döring, N. (2018). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. (C. Rossmann & M.R. Hastall, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi:10.1007/978-3-658-10948-6

Eichhorn, C., Seibold, C., Loss, J., Steinmann, A. & Nagel, E. (2008). Kenntnisstand zum Thema UV-Strahlung und Sonnenschutz. *Der Hautarzt*, 59 (10), 821–827. Springer.

Ellrott, T. (2013). Psychologische Aspekte der Ernährung. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8 (06), R57–R70. doi:10.1055/s-0033-1356280

Eysenbach, G. (2001). Neue Medien in Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung. *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Huber, 205–210.

Eysenbach, G. (2008). *Credibility of Health Information and Digital Media: New Perspectives and Implications for Youth*. *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Series on Digital Media and Learning* (Band). doi:10.1162/dmal.9780262562324.123

Fahr, A. (2018). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. (C. Rossmann & M.R. Hastall, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi:10.1007/978-3-658-10948-6

Faller, H., Ehlebracht-König, I. & Reusch, A. (2015). Empowerment durch Patientenschulung in der Rheumatologie. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 74 (7), 603–608. doi:10.1007/s00393-014-1558-x

- Frank, E., Dresner, Y., Shani, M. & Vinker, S. (2013). The association between physicians' and patients' preventive health practices. *Canadian Medical Association Journal*, 185 (8), 649–653. doi:10.1503/cmaj.121028
- Fromm, B., Baumann, E. & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Kohlhammer.
- Gebert, A., Lamprecht, M., Wiegand, D. & Stamm, H. (2017). Prävention im Jugendsport: Beurteilung und Umsetzung des Präventionsprogramms „cool and clean“ durch die Trainer. *Pravention und Gesundheitsforderung*, 12 (2), 125–131. doi:10.1007/s11553-017-0579-0
- Glanz, J. M., Wagner, N. M., Narwaney, K. J., Kraus, C. R., Shoup, J. A., Xu, S. et al. (2017). Web-based Social Media Intervention to Increase Vaccine Acceptance: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 140 (6), e20171117. doi:10.1542/peds.2017-1117
- Gluck M.A./Mercado, E./Myers, C. E. (2010). *Lernen und Gedächtnis - Vom Gehirn zum Verhalten*. Spektrum Akademischer Verlag.
- Gorn, G. J. (1982). The Effects of Music in Advertising on Choice Behavior: A Classical Conditioning Approach. *Journal of Marketing*, 46 (1), 94. American Marketing Association. doi:10.2307/1251163
- Von Hagen, C., Bühler, A. & Koletzko, B. (2011). Prävention von Alkoholmissbrauch. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 159 (2), 133–139. doi:10.1007/s00112-010-2286-1
- Hines, D., Saris, R. N. & Throckmorton-Belzer, L. (2000). Cigarette Smoking in Popular Films: Does It Increase Viewers' Likelihood to Smoke?1. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (11), 2246–2269. Wiley/Blackwell (10.1111). doi:10.1111/j.1559-1816.2000.tb02435.x

- van der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., van Lenthe, F. et al. (2006). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, 22 (2), 203–226. doi:10.1093/her/cyl069
- Jansen, P. D. L. (2015a). Lernen und Gedächtnis. 1. Aufl., *Studienbrief der SRH Fernhochschule Riedlingen*, (1170), 1–169.
- Jansen, P. D. L. (2015b). Wahrnehmung. 1. Aufl., *Studienbrief der SRH Fernhochschule Riedlingen*, (1171), 1–177.
- Jazbinsek, D. (2001). Public Health & Public Opinion–Die Ansätze der empirischen Kommunikationsforschung aus Sicht der Gesundheitswissenschaften. *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern ua: Verlag Hans Huber, 142–163.
- Kappesser, J. & Hermann, C. (2013). Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut*, 58 (5), 503–517. doi:10.1007/s00278-013-1004-6
- Kappesser, J. & Hermann, C. (2014). Wenn Schmerzen im Gedächtnis bleiben. *Heilberufe*, 66 (2), 14–17. doi:10.1007/s00058-014-0230-9
- Kavšek, M. (2004). Predicting later IQ from infant visual habituation and dishabituation: A meta-analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25 (3), 369–393. doi:10.1016/j.appdev.2004.04.006
- Kennedy, M. G. (2004). Increases in Calls to the CDC National STD and AIDS Hotline Following AIDS-Related Episodes in a Soap Opera. *Journal of Communication*, 54 (2), 287–301. doi:10.1093/joc/54.2.287
- Kiesel, A. & Koch, I. (2012). *Lernen*. Wiesbaden: VS Verlag für

Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-93455-6

- Langill, D. (2004). Selling health lifestyles: using social marketing to promote change and prevent disease. *Issue brief (Grantmakers in Health)*, (20), 1–30.
- Lehmann, H. & Töppich, J. (2009). Gesundheitliche Aufklärung als Risikokommunikation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52 (12), 1147–1150. doi:10.1007/s00103-009-0973-7
- Linden, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. (M. Linden & M. Hautzinger, Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-540-75740-5
- Lindner, I., Echterhoff, G., Davidson, P. S. R. & Brand, M. (2010). Observation Inflation. *Psychological Science*, 21 (9), 1291–1299. doi:10.1177/0956797610379860
- Loss, J., Eichhorn, C. & Nagel, E. (2005). Der Kenntnisstand der bayerischen Bevölkerung ab 50 Jahre über Darmkrebsprävention-Untersuchung in zwei Landkreisen. *Das Gesundheitswesen*, 67 (07), 455–460. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart· New York.
- Loss, J. & Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52 (5), 502–511. doi:10.1007/s00103-009-0839-z
- Lubjuhn, S. (2018). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. (C. Rossmann & M.R. Hastall, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi:10.1007/978-3-658-10948-6

- Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105 (1), 3–46. doi:10.1037/0096-3445.105.1.3
- Mobbs, D., Yu, R., Meyer, M., Passamonti, L., Seymour, B., Calder, A. J. et al. (2009). A Key Role for Similarity in Vicarious Reward. *Science*, 324 (5929), 900–900. doi:10.1126/science.1170539
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324 (7342), 886–91. British Medical Journal Publishing Group. doi:10.1136/BMJ.324.7342.886
- Myers, D. G. (2014). *Psychologie* (Springer-Lehrbuch). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-40782-6
- Niemier, K. & Seidel, W. (2009). Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems. (K. Niemier & W. Seidel, Hrsg.), 207–212. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Peter W. Vaughan, Everett M. Rogers, P. W. & Rogers, E. M. (2000). A Staged Model of Communication Effects: Evidence from an Entertainment-Education Radio Soap Opera in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 5 (3), 203–227. doi:10.1080/10810730050131398
- Quilling, E., Dadaczynski, K. & Müller, M. (2016). Settingbezogene Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59 (11), 1394–1404. doi:10.1007/s00103-016-2439-z
- Rieger, M. (2017). *Allgemeine Psychologie*. (J. Müsseler & M. Rieger, Hrsg.).

Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-53898-8

Rinck, M. & Becker, E. S. (2011). Lernpsychologische Grundlagen (Springer-Lehrbuch). In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* (Band 39, S. 107–127). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-13018-2_5

Rose, S. A. & Feldman, J. F. (1997). Memory and Speed: Their Role in the Relation of Infant Information Processing to Later IQ. *Child Development*, 68 (4), 630. doi:10.2307/1132115

Schmithüsen, F. (2014). *Lernskript Psychologie: Die Grundlagenfächer kompakt*. Springer Gabler (Band 10). doi:10.1007/978-3-662-44941-7

Schröder, P. (2007). Public-Health-Ethik in Abgrenzung zur Medizinethik. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50 (1), 103–111. Springer.

Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache, J. & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. (S. Pauen, Hrsg.) Springer Gabler. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-662-47028-2

Smith, W. A. (2001). Ethics and the social marketer: a framework for practitioners. *Ethics in social marketing*, 1, 16. Georgetown University Press Washington, DC.

Sohr, S. (2017). Bewertung der Einsatzmöglichkeiten der sozial-kognitiven Theorie Banduras im Rahmen der Konzeption von Präventi, (August). doi:https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19739.57122

- Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S., Heesen, C. & Mühlhauser, I. (2005). Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 99, 6.
- Stetina, B. U. & Kryspin-Exner, I. (2009). *Gesundheit und Neue Medien*. Vienna: Springer Vienna. doi:10.1007/978-3-211-72015-8
- Stuart, E. W., Shimp, T. A. & Engle, R. W. (1987). Classical Conditioning of Consumer Attitudes: Four Experiments in an Advertising Context. *Journal of Consumer Research*, 14 (3), 334. Oxford University Press. doi:10.1086/209117
- Taddicken, M. & Schmidt, J. (2017). *Handbuch Soziale Medien*. (J.-H. Schmidt & M. Taddicken, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi:10.1007/978-3-658-03765-9
- Tustin, N. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Online Health Information Seeking. *Journal of Health Communication*, 15 (1), 3–17. doi:10.1080/10810730903465491