



Westsächsische Hochschule Zwickau

University of Applied Sciences

Bachelorthesis

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B. Sc.) Gesundheitsmanagement

zum Thema

YouTube als Medium der Gesundheitskommunikation -

Eine Befragung der Studierenden an der Westsächsischen
Hochschule Zwickau

Eingereicht von:	Annemarie Pleße
Fakultät:	Gesundheits- und Pflegewissenschaften
E-Mail-Adresse:	annemarie.plesse.gcn@fh-zwickau.de
Matrikelnummer:	36937
Seminargruppennummer:	162232
Erstgutachter:	Herr Prof. Dr. rer. medic. Tom Schaal
Zweitgutachter:	Herr Gerry Hallbauer
Abgabedatum:	19.08.2019

Abstract

Problem-/Fragestellung: YouTube als Medium der Gesundheitskommunikation ist bisher kaum erforscht. Vorangegangene Studien sind überwiegend inhaltsanalytisch und themenspezifisch ausgerichtet. Es gilt herauszufinden, inwieweit die Studierenden der Westsächsischen Hochschule Zwickau YouTube als Informationsquelle für gesundheitsrelevante/ gesundheitsbezogene Themen nutzen und ob ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen und dem Gesundheitszustand der Studierenden besteht.

Methodik: Über eine hochschulinterne Online-Befragung der Studierenden wurde eine quantitative Datenerhebung zur Beantwortung der Forschungsfragen durchgeführt. Es konnten 589 Fragebögen der Studierendenbefragung ausgewertet werden.

Ergebnisse: 56,5% der Studierenden nutzen YouTube mit der Absicht sich über Gesundheitsthemen zu informieren und 70% dieser Studierenden haben diverse gesundheitsrelevante Tätigkeiten aus YouTube Videos imitiert. Die Korrelationsprüfung zwischen Body-Mass-Index der Studierenden sowie den Tagen, an denen innerhalb einer Woche Ausdauertraining absolviert wurde und Konsum von YouTube Videos, in denen Fitnessübungen vorgemacht bzw. über Ernährung gesprochen wurden, ergab nicht signifikante Werte. Der Signifikanzwert bei der Korrelationsprüfung zwischen Konsum von YouTube Videos in denen Fitnessübungen vorgemacht bzw. über Ernährung gesprochen wurde und Anzahl der Tage pro Woche an denen Kraftsport innerhalb einer Woche getrieben wird, lag bei 0,001 bzw. 0,012.

Diskussion/Fazit: Der Großteil der Studierenden nutzt YouTube absichtlich als Informationsquelle, wobei der Anteil der Studierenden, welcher gesundheitsrelevante YouTube Videos ohne explizite Absicht konsumiert, höher ist. Der Konsum von YouTube Videos in denen Fitnessübungen vorgemacht bzw. über Ernährung gesprochen wird, hat keinen Einfluss auf den Body-Mass-Index der Studierenden bzw. auf die Tage, an denen innerhalb einer Woche Ausdauertraining betrieben wird. Es gibt einen leichten Zusammenhang zwischen Konsum von YouTube Videos in denen Fitnessübungen vorgemacht bzw. über Ernährung gesprochen wird und den Tagen innerhalb einer Woche, an denen Studierende Kraftsport betreiben.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Theoretischer und empirischer Forschungsstand	2
2.1. Begriffsdefinitionen	2
2.1.1. Gesundheit	2
2.1.2. Kommunikation	3
2.1.3. Gesundheitskommunikation	5
2.2. Theoretische Ansätze	7
2.2.1. Entertainment-Education-Ansatz (E-E).....	7
2.2.2. Uses-and-Gratifications-Approach (UGA).....	9
2.2.3. Wissenskluft-Hypothese	10
2.3. Videoplattform YouTube.....	13
2.3.1. Onlinevideos und deren Präsenz.....	13
2.3.2. YouTube als Marktführer	14
2.3.3. YouTube Community	15
2.3.4. Gesundheitskommunikation auf YouTube.....	15
2.4. Aktueller Forschungsstand.....	16
2.4.1. Studienlage	17
3. Fragestellung	18
4. Methodik	20
4.1. Forschungsfeld und Forschungsdesign	20
4.2. Aufbau der quantitativen Datenerhebung	21
4.3. Durchführung und Ablauf.....	22
4.3.1. Pretest	23
4.3.2. Stichprobenbeschreibung.....	25
4.4. Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	25
5. Ergebnisse	27

5.1.	Informationssuchverhalten der Studierenden zu gesundheitlichen..... und medizinischen Gesundheitsthemen	28
5.2.	Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen.....	30
5.3.	Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen und Gesundheitszustand der Studierenden	35
6.	Diskussion	39
6.1.	Methodenkritik.....	39
6.1.1.	Aufbau des Erhebungsinstruments	39
6.2.	Ergebnisdiskussion	41
7.	Fazit.....	45
	Literaturverzeichnis	46
	Anhang.....	53
1.	Fragebogen der Online-Umfrage	
	„YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“	54
2.	Datensicherheitserklärung	67
3.	HINTS Fragebogen Teilbereiche.....	70
4.	Nutzung von YouTube als Informationsquelle nach Fakultäten	70
5.	Ergebnisse Kreuztabellen Hypothese (3)	72
6.	Eidesstattliche Erklärung.....	79

Abkürzungsverzeichnis

AKS	=	Angewandte Kunst Schneeberg
AMB	=	Automobil- und Maschinenbau
ASIK	=	Angewandte Sprachen und interkulturelle Kommunikation
bzw.	=	beziehungsweise
d.h.	=	das heißt
DSGVO	=	Datenschutzgrundverordnung
E-E	=	Entertainment-Education-Ansatz
ET	=	Elektrotechnik
GPW	=	Gesundheits- und Pflegewissenschaften
HINTS	=	Health Information National Trends Survey
JIM-Studie	=	Jugend, Information, (Multi-) Media- Studie
KFT	=	Kraftfahrzeugtechnik
NCI	=	National Cancer Institute
PTI	=	Physikalische Technik/Informatik
SPSS	=	Statistical Package for the Social Sciences
u.a.	=	unter anderem
UGA	=	Uses-and-Grification-Approach
WHO	=	World Health Organisation
WHZ	=	Westsächsische Hochschule Zwickau
WIWI	=	Wirtschaftswissenschaften
z.B.	=	zum Beispiel
ZKI	=	Zentrum für Kommunikationstechnik und Informationsverarbeitung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Internetnutzung in Deutschland.....	12
Abbildung 2: TV-Entscheidungsverhalten an einem typischen Abend.....	14
Abbildung 3: PubMed results "YouTube" by year.....	17
Abbildung 4: Angaben zur letzten Informationssuche von gesundheitlichen oder medizinischen Themen.....	29
Abbildung 5: Vertrauen in Informationen nach Bereichen.....	30
Abbildung 6: Nutzung gesundheitsbezogener / gesundheitsrelevanter YouTube Videos.....	31
Abbildung 7: Fragebogen der Online-Umfrage "YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation".....	54
Abbildung 8: Datensicherheitserklärung.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Potenziale und Grenzen von Entertainment- Education.....	9
Tabelle 2: Gliederung der Online-Befragung.....	22
Tabelle 3: Soziodemographische Daten Stichprobe.....	25
Tabelle 4: Nutzung von Internetseiten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen (Mehrfachantworten).....	28
Tabelle 5: Kreuztabelle SMK0 und SMK4.....	33
Tabelle 6: Cramer-V-Test für Variable SMK0 und SMK4.....	34
Tabelle 7: Gesamtzählung des errechneten BMIs der Studierenden.....	35
Tabelle 8: Kendall-Tau-c-Test YOH1 und YOH2.....	36
Tabelle 9: Somers-d-Test YOH1 und YOH2.....	36
Tabelle 10: Teilbereiche HINTS Fragebogen.....	70
Tabelle 11: Nutzung von YouTube als Informationsquelle nach Fakultäten.....	70
Tabelle 12: Kreuztabelle SMK1Fitness und YOH4.....	72
Tabelle 13: Kreuztabelle SMK1Ernährung und YOH4.....	74
Tabelle 14: Kreuztabelle SMK1Fitness und YOH3.....	76
Tabelle 15: Kreuztabelle SMK1Ernährung und YOH3.....	77

1. Einleitung

Im Zuge der alternden Gesellschaft nimmt der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit eine prominente Rolle ein (Hoffmann & Müller, 2010). Die Gesundheitsbotschaften sind im medialen Zeitalter omnipräsent und werden nicht mehr nur in medizinischen und therapeutischen Versorgungseinrichtungen kommuniziert (Schorr, 2014; Baumann & Hurrelmann, 2014). Die Entwicklung der Medienbranche eröffnet Nutzern und Nutzerinnen völlig neue Formen der Informationsbeschaffung und des Austauschs über Gesundheits- und Krankenthemen (Baumann & Hurrelmann, 2014). Klassische Massenmedien wie Zeitungen, Fernsehen und Hörfunk sind nicht mehr die erste Anlaufstelle bei der Suche nach Informationen – 68% der Deutschen suchen zuerst im Internet (Schneller, 2016). Bei der Suche nach Gesundheitsinformationen verwenden die meisten Internetnutzer/innen zuerst allgemein-thematische Suchmaschinen wie Google, anstatt direkt medizinische Portale oder gesundheitsbezogene Websites anzusteuern (Baumann & Hurrelmann, 2014). „Das Internet [wird vor allem] für die Suche nach Gesundheitsinformationen, den Kontakt zu medizinischem Personal sowie den Austausch unter Patientinnen und Patienten“ (Stehr & Rossmann, 2018) genutzt. Bei der Suche treffen Internetnutzer/innen zwangsläufig auf Onlinevideos. Diese „Onlinevideos sind weltweit zu einem wichtigen neuen Kanal der Gesundheitskommunikation geworden“ (Döring, 2018) und werden über Video- und Social-Media-Plattformen verbreitet. Bei der Fülle an Informationen im Internet haben Online-Videos einen entscheidenden Vorteil, weshalb sie sich besonderer Beliebtheit erfreuen: Die „multisensorische Darstellung und Ansprache suggeriert schnelle Orientierung“ (Beisswenger, 2010). Diese Onlinevideos haben das Potenzial, sowohl informierend als auch unterhaltend über Themen rund um die Gesundheit aufzuklären (Stehr & Rossmann, 2018). Die Videoplattform YouTube ist der Marktführer unter den Videoportalen und kann mit einer täglichen Video-Wiedergabezeit von einer Milliarde Stunden als riesige Datenbank - für alle möglichen Themen - genutzt werden (Google Ireland Limited, 2019). Laut der JIM-Studie 2018 nutzen 60% der 12-19-jährigen Deutschen YouTube täglich bzw. mehrmals in der Woche, um sich über Themen zu informieren (Feierabend, Rathgeb, & Reutter, 2019). Über YouTube als Instrument der Gesundheitskommunikation ist bisher noch nicht viel bekannt und der Forschungsbedarf

dementsprechend hoch. Vorgegangene Studien sind schwerpunktmäßig inhaltsanalytisch ausgerichtet und behandeln Einzelthemen selektiv (Döring, 2018).

Die vorliegende Bachelorthesis soll einen Überblick verschaffen, inwieweit die Studierenden der Westsächsischen Hochschule Zwickau YouTube als direkte Informationsquelle für Gesundheitsthemen nutzen und ob es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung als Informationsquelle und dem Gesundheitszustand der Studierenden gibt.

2. Theoretischer und empirischer Forschungsstand

Im folgenden Kapitel werden relevante Begriffe erläutert, theoretische Ansätze der Online-Gesundheitskommunikation veranschaulicht sowie YouTube als Videoplattform vorgestellt und der aktuelle Forschungsstand skizziert.

2.1. Begriffsdefinitionen

Um eine präzisere Definition des Begriffs Gesundheitskommunikation zu generieren, bietet es sich an, die beiden Bestandteile des Begriffs separat zu erläutern (Hurrelmann & Leppin, 2001).

2.1.1. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche als Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für die öffentliche Gesundheit zuständig ist (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 2019), definiert Gesundheit wie folgt:

Gesundheit ist: „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 2013).

Diese Definition des Begriffs „Gesundheit“ der WHO wurde mehrfach kritisiert (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011), vor allem weil die subjektive Einschätzung des Wohlbefindens mit Gesundheit nicht gleichgesetzt werden kann, da man sich auch in einem Krankheitsstadium wohl fühlen kann (Schipperges, 1984).

Hurrelmann und Richter gehen bei ihrer Definition von Gesundheit detaillierter auf die Ausführung des Wohlbefindens ein:

Gesundheit bezeichnet: „den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotenziale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren“ (Hurrelmann & Richter, 2013).

Wenn beide Definitionen zusammengefasst werden, beschreibt Gesundheit ein Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren im körperlichen, seelischen und sozialen Lebensbereich, wodurch die eigenen Kompetenzen und Leistungspotenziale entfaltet werden. (Hurrelmann & Richter, 2013; Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 2013).

2.1.2. Kommunikation

Nach Stroebe ist Kommunikation eine

„Allgemeine und umfassende Bezeichnung für Prozesse, die einen Sender, einen Empfänger einen Kommunikationsmodus oder -kanal (z.B. Sprache), eine inhaltlich bestimmbare Botschaft oder Nachricht und eine auf Empfang erfolgende Verhaltensänderung oder allgemein einen Effekt gleichwelcher Art als analytische Einheit aufweisen“ (Stroebe, 1991).

Ergänzend wird die Definition nach Wirtz et al. für die weitere Verwendung herangezogen:

„Kommunikation bezeichnet einen Prozess, in dem ein Individuum bzw. eine Gruppe von Individuen Informationen über Ideen, Gefühle und Absichten einer anderen Person bzw.

einer Gruppe von Personen übermittelt. Neben dem Informationsaustausch sind dabei motivationale, emotionale und soziale Aspekte bedeutsam, sodass Kommunikation über eine reine Übermittlung einer Botschaft hinausgeht.“ (Wirtz, et al., 2017).

Die Informationsvermittlung lässt sich unterscheiden in inter- und intrapersonelle Kommunikation. Interpersonelle Kommunikation beschreibt die zwischenmenschliche Kommunikation bei der die Kommunikationsparteien über Sprache, Mimik und Gestik Informationen austauschen, während intrapersonelle Kommunikation die Gedanken/Gefühle innerhalb einer Person beschreiben. (Baumann & Hurrelmann, 2014).

Medienvermittelte Kommunikation ist eine Sonderform der interpersonellen Kommunikation, da der Informationsaustausch zwischen einer oder mehreren Personen indirekt über ein technisches Hilfsmittel, als Zwischenträger sprachlicher Zeichen, erfolgt (Hurrelmann & Leppin, 2001).

2.1.2.1. Online-Kommunikation

Online-Kommunikation bezeichnet „alle Formen interpersonaler, gruppenbezogener und öffentlicher Kommunikation [...], die über vernetzte Computer vermittelt werden. Dabei steht Internet-Kommunikation im Mittelpunkt“ (Fraas, Meier, & Pentzold, 2012).

Als Geburtsstunde des Internets wird die Entwicklung des ARPANETs (Advanced Research Projects Agency Network) in den 1960er Jahren, als Vorgänger des World Wide Webs angesehen, welches zuerst nur vom US-amerikanischen Militär und der Wissenschaftlergemeinschaft genutzt wurde (Pundt & Scherenberg, 2018; Fraas, Meier, & Pentzold, 2012). Doch erst das World Wide Web bereitete dem Internet 1991 den Weg zu seinem jetzigen Erfolg und legte mit der Bereitstellung des Mediums für die Allgemeinheit den Grundstein für die Online-Kommunikation (Meinel & Sack, 2009).

Das Internet als technische Plattform der Online-Kommunikation lässt sich wie folgt beschreiben:

„Als technisches Medium [...] wird das Internet durch eine physikalische Infrastruktur (Server, Client-, Proxyrechner sowie Leistungs-, Funk- und Satellitenverbindungen) zur Übertragung digitaler Daten in spezifischer Form (definiert durch Protokolle wie IP, TCP etc.) definiert.“ (Beck, 2010).

Die computervermittelte Kommunikation stellt eine besondere Art der Kommunikation dar, da sie einen veränderten Umgang miteinander erlaubt (z.B. Pseudonymität, Selbstdarstellung durch Avatare, Adressierung vielfältiger Publika). (Döring, 2010).

Sozialkontakte werden häufig im Internet gesucht (Hartmann & Krotz, 2010). Im Rahmen der Online-Sozialkontakte werden Identitäten dargestellt und wahrgenommen, zwischenmenschliche Beziehungen gepflegt sowie soziale Gemeinschaften gegründet.

Es gibt drei Kommunikationsformen, welche im Internet zu differenzieren sind (Döring, 2010):

- Uni-Kommunikation (1: n)
Einzelpersonen richten Botschaften an mehrere Adressaten/Adressatinnen (z.B. durch einen Online-Account, Onlinevideos) woraufhin individuelle Reaktionen erhalten werden können (z.B. über Kommentare, Verlinkungen)
- Interpersonale Kommunikation (1:1)
Einzelperson tritt mit einer anderen einzelnen Person in Kontakt und tauscht Botschaften aus (z.B. E-Mail-Kommunikation)
- Gruppenkommunikation (n: n)
Internetnutzende nehmen an computervermittelter Gruppenkommunikation teil (z.B. Online-Diskussionsforen, Online-Selbsthilfegruppen)

2.1.3. Gesundheitskommunikation

Für das bessere Verständnis von Gesundheitskommunikation wurden die Begriffe Gesundheit und Kommunikation definiert.

Da das Themengebiet Gesundheitskommunikation noch relativ jung ist und ein breites Themenspektrum aufweist, ist die Festlegung einer allgemeinen Begriffsdefinition bisher nicht gelungen (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011), weshalb exemplarisch zwei Begriffserklärungen genannt werden. Schorr definiert Gesundheitskommunikation wie folgt:

„Gesundheitskommunikation wird als ein Vorhaben verstanden, das aus einer „strikten problemorientierten Perspektive“ die Identifikation, Untersuchung und Lösung von Problemen der Gesundheitsvorsorge und Krankenbehandlung anzielt. Sie will den Einzelnen, aber auch institutionelle und öffentliche Publika bezüglich wichtiger

Gesundheitsfragen informieren, beeinflussen und motivieren. Das Aufgabenfeld der Gesundheitskommunikation schließt die Prävention von Krankheiten, die Förderung von Gesundheit, die Gesundheitspolitik und den wirtschaftlichen Bereich der Gesundheitsversorgung ebenso ein, wie die Förderung der Lebensqualität und der Gesundheit des Einzelnen in einer Gesellschaft“ (Schorr, 2014; Duffy & Jackson, 1998).

Bei dieser Definition nach Schorr wird der gesundheitswissenschaftliche Aspekt der Gesundheitskommunikation besonders hervorgehoben, wobei der kommunikationswissenschaftliche Teil vernachlässigt wird. Baumann und Hurrelmann haben eine spezifischere Definition verfasst, welche den gesundheitswissenschaftlichen und kommunikationswissenschaftlichen Aspekt gleichermaßen einbindet:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden oder direkt-persönlich oder medienvermittelt erfolgen. *Gesundheitsbezogene* Kommunikation schließt dabei alle Kommunikationsinhalte ein, die sich auf Gesundheit, Krankheit oder andere Determinanten beziehen; *gesundheitsrelevante* Kommunikation umfasst alle Formen symbolvermittelter sozialer Interaktion, die – auch unabhängig von der Intention der Kommunikationspartner – das Gesundheitsverhalten direkt oder indirekt beeinflussen oder durch dieses initiiert werden.“ (Baumann & Hurrelmann, 2014).

Diese Definition nach Baumann und Hurrelmann wird für die vorliegende Bachelorthesis verwendet.

2.1.3.1. Direkt gesundheitsbezogene Gesundheitskommunikation

Bei direkter gesundheitsbezogener Gesundheitskommunikation handelt es sich um Medieninhalte mit expliziter bzw. impliziter Thematisierung von Gesundheit und Krankheit sowie medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, gesunder Lebensweise und Prävention (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011). Innerhalb der Gruppe direkter gesundheitsbezogener Gesundheitskommunikation wird zwischen nutzergeneriertem

Content (z.B. selbstproduzierter Erfahrungsbericht des Befindens nach einer Impfung) und massenmedialem Content (z.B. TV-Dokumentation zu Impfstoffen) unterschieden (Döring, 2018).

Die mediale Thematisierung kann einerseits mit der Intention Gesundheitskommunikation zu betreiben (z.B. In TV-Ratgebersendungen) oder andererseits, ohne diese Intention (z.B. Krankenhausserien) stattfinden (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011).

2.1.3.2. Indirekt gesundheitsrelevante Gesundheitskommunikation

Bei indirekter gesundheitsrelevanter Gesundheitskommunikation handelt es sich um Medieninhalte „mit oder ohne expliziten Gesundheitsbezug, die einen gesundheitsfördernden oder -schädigenden Einfluss auf die individuelle Gesundheit [der Rezipienten bzw. Rezipientinnen] [...] haben“ (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011). Dieser Einfluss kann bewusst, unbewusst, kognitiv oder emotional auf die Wahrnehmung, Einstellung oder das Verhalten der Rezipientinnen bzw. Rezipienten stattfinden (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011). Auch bei indirekter gesundheitsrelevanter Gesundheitskommunikation kann die Thematisierung mit der Intention der Beeinflussung (z.B. Verwendung von Verhütungsmittel nach Rezeption eines Werbespots zum Thema Geschlechtskrankheiten) oder ohne Intention, in Korrelation mit dargestelltem Inhalt (z.B. Drogenkonsum nach Rezeption eines Musikvideos) bzw. mit der Nutzung (z.B. Einfluss erhöhter Medienkonsum auf Bewegungsverhalten) stattfinden (Fromm, Baumann, & Lampert, 2011).

2.2. Theoretische Ansätze

Da die Gegenstandsbeschreibung und Theorieentwicklung der Online-Gesundheitskommunikation bisher noch eine Herausforderung darstellen, wurden beispielhaft drei verschiedene theoretische Ansätze herangezogen (Döring, 2014).

2.2.1. Entertainment-Education-Ansatz (E-E)

Der Entertainment-Education-Ansatz (E-E) von Miguel Sabido beruht vorwiegend auf der Theorie des sozialen Lernens nach Bandura. Diese geht davon aus, dass Verhaltensweisen und Einstellungen durch die Beobachtung von Modellen (z.B.

Personen oder ausführende Handlung) unter Abschätzung der Konsequenzen erlernt und übernommen werden. (Schemer & Schäfer, 2017; Lampert & Voß, 2018).

Die Verhaltensweisen und Einstellungen zu einer Thematik werden besonders dann übernommen, wenn diese von der Person als positiv bewertet werden (Lampert & Voß, 2018). Die Bewertung der Verhaltensweisen und Einstellungen ist abhängig von verschiedenen Einflussgrößen wie Umweltbedingungen (z.B. soziale Erwünschtheit oder Peer-Normen) oder der Persönlichkeit des Menschen (Schemer & Schäfer, 2017; Bandura, 2001).

„Das Ziel von Entertainment-Education ist es, das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Mediennutzerinnen und Mediennutzer zu Themen wie Gesundheitsproblematiken, Umweltverschmutzung oder Diskriminierung von gesellschaftlichen Gruppen positiv zu beeinflussen“ (Lubjuhn & Bouman, 2017; Singhal & Rogers, 1999).

Nach E-E wird im Unterhaltungsformat das erwünschte, zu vermittelnde Verhalten mit einem positiven Charakter verknüpft, wohingegen das unerwünschte Verhalten durch einen negativen Charakter repräsentiert wird (Lampert & Voß, 2018; Shin, Miller-Day, Hecht, & Krieger, 2018). Der ‚transitional character‘ (Übergangscharakter) bekommt in Unterhaltungsformaten häufig eine besondere Rolle, da sich dessen Verhalten im Sinne der zu vermittelnden Botschaft von antisozial zu prosozial entwickelt (Lubjuhn & Bouman, 2017). Um eine aktive Auseinandersetzung der Zuschauer mit dem Thema zu erreichen, sollte der transitional character ein hohes Identifikationspotenzial aufweisen (Lampert & Voß, 2018).

Ein Beispiel für E-E wäre die groß angelegte niederländische Kampagne zur Prävention von Hörverlust bei jungen Menschen. Im Rahmen der Kampagne wurde eine webbasierte Serie entwickelt, in welcher die Protagonisten Ohrstöpsel als Gehörschutz bei Club Besuchen tragen (Bouman, 2014). Bei der Kampagnenevaluation stellte sich heraus, dass die Interventionsregion eine höhere Vulnerabilität, Selbstwirksamkeit und Bereitschaft zum Tragen eines Gehörschutzes aufwies, als die Kontrollgruppe (Stehr & Rossmann, 2018).

Digitale Angebote mit starkem Unterhaltungswert für die Vermittlung gesundheitsbezogener oder gesundheitsrelevanter Themen bzw. positiver und lohnender Verhaltensweisen zu verwenden, wirkt sehr attraktiv. Dieser Art der Lehre wird eine

motivierende Wirkung auf kognitiver, emotionaler und sozialer Ebene zugeschrieben, ohne dabei langweilig bzw. belehrend zu wirken (Lampert & Voß, 2018). Andererseits besteht die Möglichkeit, dass der inhaltliche Gesundheitsbezug bzw. die Gesundheitsrelevanz bei Unterhaltungsformaten nicht deutlich ersichtlich sind, wodurch sich die Wirksamkeit der Gesundheitskommunikation in Grenzen hält (Lampert & Voß, 2018). In *Tabelle 1* wird ein Überblick der Potenziale und Grenzen von E-E gegeben.

Tabelle 1: Potenziale und Grenzen von Entertainment- Education (Lampert & Voß, 2018; Sardi, Idri, & Fernández-Alemán, 2017)

Potenziale	Grenzen
Erhöhung des Unterhaltungswerts von Gesundheitsanwendungen	Unklarheit, wie lange die Nutzungsmotivation aufrechterhalten wird
Erhöhung intrinsischer und extrinsischer Motivation	Ggf. geringe Glaubwürdigkeit durch fehlende Einbeziehung gesundheitlicher Expertise
Unterstützung der Auseinandersetzung mit Interventionsprogrammen	ggf. zu starker Fokus auf Belohnung als auf Inhalt (z.B. Spiele mit Gesundheitsbezug, sogenannte „Serious Games“)
Erhöhung des Selbstmanagements und der Befolgung der Behandlung	
Förderung von gesunden Verhaltensweisen und des Bestrebens der Nutzer zur Verhaltensänderung	
Positiver emotionaler Status, Erhöhung der Zufriedenheit und des Selbstwertgefühls	
Erhöhung des sozialen Austauschs (z.B. durch Vernetzung über Social-Media-Anwendungen)	

2.2.2. Uses-and-Gratifications-Approach (UGA)

Der Uses-and-Gratification-Approach (Nutzen- und Belohnungsansatz) ist ein kognitionsbasierter Ansatz der Medienselektions- und Nutzungsforschung (Rossmann, Hastall, & Baumann, 2014). Der UGA „stellt den Rezipienten [bzw. die Rezipientin] als bewusst, zielorientiert und funktional entsprechend seiner [bzw. ihrer] Bedürfnisse (z.B. Information, Entspannung, Zeitvertreib) handelndes Individuum in den Mittelpunkt“ (Rossmann, Hastall, & Baumann, 2014). Die zentrale Frage „Was tun die Menschen mit den Medien?“ wird hier in den Vordergrund gestellt (Rubin, 2000). Der Ansatz setzt sich aus drei Elementen zusammen (Hugger, 2008):

- 1) Die Rezipientin bzw. der Rezipient ist ein aktives Subjekt, das bewusst aus dem vorhandenen Medienangebot auswählt. Sie bzw. er ergreift Eigeninitiative und stellt durch die mit ihren/seinen Bedürfnissen verbundenen Erwartungen an die Medien einen Kommunikationsprozess her.
- 2) Die Selektion aus dem Medienangebot erfolgt, weil sich die Rezipientin bzw. der Rezipient eine Befriedigung ihrer/ seiner Bedürfnisse (befriedigte Bedürfnisse = Gratifikationen) verspricht. Die Mediennutzung findet dementsprechend nur statt, wenn die Rezipientin bzw. der Rezipient diese auch als lohnend erachtet. Umgekehrt bedeutet dies, dass Mediennutzung nicht zwangsläufig stattfindet und in Konkurrenz zu anderen Arten der Bedürfnisbefriedigung, welche in der jeweiligen Situation als nützlicher erscheinen, stehen. Beispielsweise kann das Bedürfnis nach Unterhaltung durch soziale Medien befriedigt werden, aber auch durch eine Verabredung mit Freunden.
- 3) Mediennutzung wird als interpretatives soziales Handeln angesehen. Mediaussagen sind demnach nicht als vom/von der Kommunikator/in vorgefertigte Reize anzusehen, sondern als interpretationsbedürftige ‚Wirklichkeitsangebote‘, die von der Rezipientin bzw. dem Rezipienten definiert werden müssen. Durch die Reflexion der Umwelt (und damit auch den Medien) versieht der Mensch diese mit Bedeutungen und Wertungen. Die Bedeutung eines Medieninhaltes hängt somit von der Interpretation des handelnden Individuums ab.

2.2.3. Wissenskluft-Hypothese

Die Wissenskluft-Hypothese von Tichenor, Donohue und Olien liefert eine „Erklärung des Phänomens, dass die Wissenszuwächse in der Gesellschaft nicht gleich verteilt erfolgen.“ (Rossmann, Hastall, & Baumann, 2014). Die Wissenskluft Hypothese geht davon aus, dass es durch die Massenmedien zur Verfügung gestellten Informationen zu einem Wissenszuwachs in der gesamten Gesellschaft kommt (Kimmerle, 2019). Ebenfalls wird angenommen, dass gebildete Mediennutzer/innn mit hohem Sozialstatus mehr von dem Informationszufluss profitieren als die Menschen mit niedrigerem Sozialstatus und geringerer Bildung (Bonfadelli, 2018). Auf diese Weise nimmt die

Wissenskluft in der Gesellschaft mit zunehmender Verbreitung der Medien weiter zu (Kimmerle, 2019). Tichenor, Donohue und Olien geben für dieses Phänomen folgende Einflussfaktoren an (Bonfadelli, 2018; Tichenor, Donhue, & Olien, 1970):

- 1) Besser gebildete Personen verfügen über eine höhere Medienkompetenz (communication skills), d.h. eine bessere Lese- und Verstehensfertigkeit.
- 2) Themenspezifisches Vorwissen aufgrund von Bildung und allgemeiner Mediennutzung ist bei Gruppen mit hohem sozioökonomischem Status höher.
- 3) Gebildetere Menschen verfügen über umfangreichere soziale Netzwerke und somit über mehr interpersonelle Kontakte, mit denen über verschiedenste Themen diskutiert und Informationen ausgetauscht werden.
- 4) Die Selektion, Akzeptanz und Behaltensleistung von Medieninformation ist bildungsspezifisch.
- 5) Personen mit besserer Bildung und höherem Sozialstatus nutzen informationsreiche Printmedien stärker.

Die Forschung zur Wissenskluft befasst sich ebenfalls mit der Frage „welche Faktoren zum Abbau des sozial heterogenen Informationsflusses und zur Reduktion von sozialen Disparitäten gerade in der Gesundheit beitragen“ (Bonfadelli, 2018). Internetseiten von gesundheitspezifischen Institutionen mit Bildungsauftrag, wie zum Beispiel das Bundesministerium für Gesundheit, das Robert-Koch-Institut oder das Paul-Ehrlich-Institut, bieten die Möglichkeit, die Informationen der Internetseite auf „leichte Sprache“ umzustellen, um den Zugang für alle Bildungsschichten zu erleichtern (Robert Koch Institut, 2019; Bundesministerium für Gesundheit, 2019; Paul-Erich-Institut, 2019).

2.2.3.1. Digital Divide

Aufbauend auf der Wissenskluft-Hypothese wurde ab dem Jahr 2000 der Forschungsbereich abgelöst bzw. neu stimuliert durch die „Klüfte im Medienzugang“ (Bonfadelli, 2018). Diese erforschen den ungleichen Zugang zum Internet (Digital Divide) und die ungleiche Internetnutzung (Rogers, 2001). Besonders ausgeprägt ist der Unterschied der Internetnutzung in den verschiedenen Altersgruppen (Altersklüfte) (Bonfadelli, 2018): Während im Jahr 2018 von 96,1% bis 97,7% der 14- 39-Jährigen das Internet täglich nutzen, sind die Zahlen ab 40 Jahre rückläufig (*Abbildung 1*). Die Alterskluft gleicht sich jedoch von Jahr zu Jahr an (Frees & Koch, 2019).

Tab. 2 Internetnutzer* in Deutschland 1997 bis 2018
Gesamtbevölkerung, in %

	mindestens selten genutzt										täglich genutzt			
	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Gesamt	6,5	28,6	53,5	59,5	67,1	75,9	79,5	83,8	89,8	90,3	63,1	65,1	72,2	77,0
Männer	10,0	36,6	62,6	67,3	74,5	81,5	83,4	87,8	90,6	92,1	68,3	70,5	74,1	78,2
Frauen	3,3	21,3	45,2	52,4	60,1	70,5	75,8	80,0	89,0	88,6	58,0	60,0	70,4	75,9
14-19 Jahre	6,3	48,5	92,1	97,3	97,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	93,8	91,5	97,6	97,7
20-29 Jahre	13,0	54,6	81,9	87,3	95,2	98,7	97,7	98,4	100,0	99,5	94,0	88,3	97,2	98,0
30-39 Jahre	12,4	41,1	73,1	80,6	89,4	97,6	94,2	97,4	98,8	98,8	83,9	83,4	92,4	96,1
40-49 Jahre	7,7	32,2	67,4	72,0	80,2	89,4	91,9	97,1	94,8	98,5	74,5	75,6	81,8	89,8
50-59 Jahre	3,0	22,1	48,8	60,0	67,4	76,8	83,2	89,3	93,0	96,6	56,1	62,4	66,3	74,0
60-69 Jahre	0,6	8,3	20,2	29,2	39,1	62,7	67,2	72,6	87,1	82,4	39,9	51,0	59,0	62,3
ab 70 Jahren	0,0	0,6	5,4	10,5	15,9	20,1	38,4	45,1	64,8	64,7	22,1	25,1	33,8	39,9
in Ausbildung	15,1	58,5	91,6	98,6	98,0	100,0	100,0	100,0	99,8	100,0	94,8	98,0	95,8	97,5
berufstätig	9,1	38,4	69,6	74,0	82,3	90,7	92,2	95,2	96,2	97,6	75,9	75,5	82,4	87,2
Rentner/ nicht berufstätig	0,5	6,8	21,3	28,3	34,7	44,7	56,9	60,9	76,2	74,5	37,6	39,1	48,5	53,0

* Seit 2017 wird die Internetnutzung neu erfasst: als berechneter Wert aus 15 Internetaktivitäten; davor: pauschale Abfrage „Internet genutzt“.
Basis: bis 2009: Deutsche ab 14 Jahren in Deutschland (2009: n=1 806, 2006: n=1 820, 2003: n=2 633, 2000: n=1 005, 1997: n=1 003).
Ab 2010: Deutschspr. Bevölkerung ab 14 Jahren (2018: n=2 009; 2017: n=2 017; 2016: n=1 508; 2015: n=1 800; 2012: n=1 800).

Quelle: ARD-Onlinestudie 1997, ARD/ZDF-Onlinestudien 2000-2018.

Abbildung 1: Internetnutzung in Deutschland (Frees & Koch, 2019)

Analog zur Wissenslücke-Hypothese lassen sich Bildungslücken bei Zugang und Nutzung des Internets verzeichnen (Bonfadelli, 2018). Das World Internet Project für die Schweiz bestätigte dies: 51% der Bevölkerung mit niedrigem Bildungsgrad und 92% der Bevölkerung mit hohem Bildungsgrad nutzen das Internet 2011 (Latzer, & Just, Metreveli, & Saurwein, 2011). Digital Divide hat sich bei der Internetforschung und der Analyse von Ungleichheiten im Zugang der Nutzung nach mehreren Ebenen ausdifferenziert (Bonfadelli, 2018; Hargitt & Hsieh, 2013; Dijk, 2013):

First-Level Digital Divide:

- Zugang generell als individueller Zugang zum Internet
- Zugang spezifisch als Zugang zum Breitband-Internet
- Anzahl der Orte der Internetnutzung

Second-Level Digital Divide:

- Medien- und inhaltsbezogene Kompetenzen im Umgang mit Computer und Internet
- Diversität der genutzten Internet-Anwendungen

Third-Level Digital Divide:

- Offline-Effekte ungleicher Internetnutzung auf Wissensstand, Einstellung und Handeln (z.B. politische Partizipation)

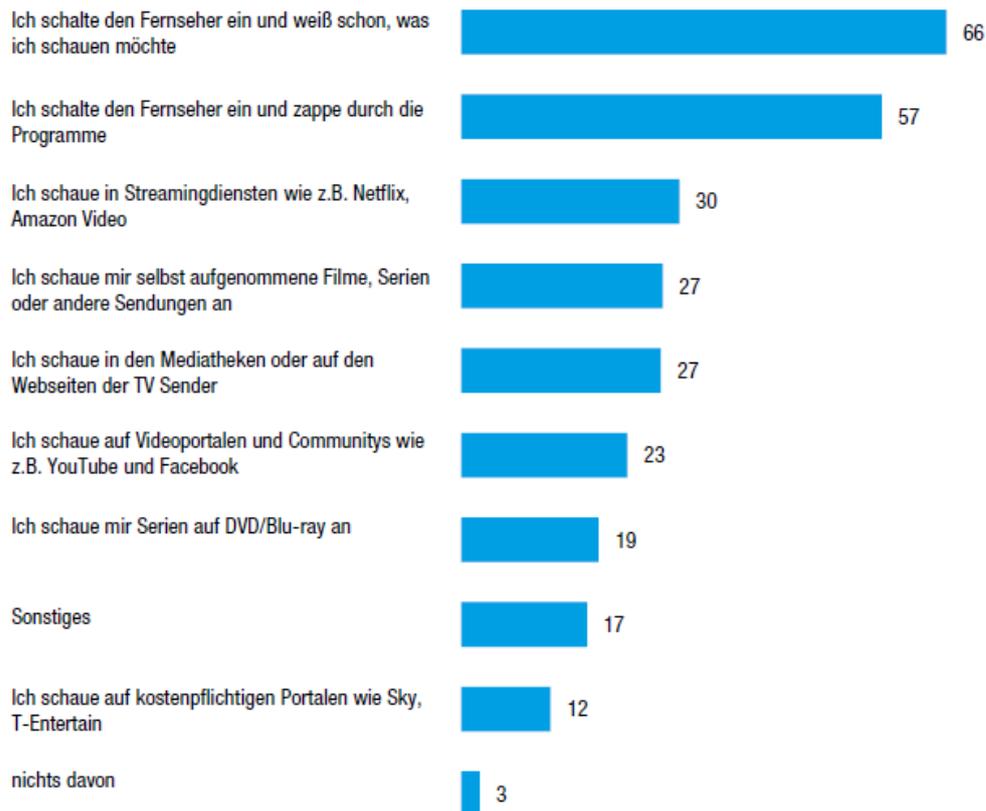
2.3. Videoplattform YouTube

Onlinevideos sind weltweit zu einem wichtigen neuen Kanal der Gesundheitskommunikation geworden (Döring, 2018). Die populärste Videoplattform YouTube wird in diesem Kapitel vorgestellt.

2.3.1. Onlinevideos und deren Präsenz

Laut der bevölkerungsrepräsentativen ARD/ZDF-Onlinestudie „Medien und ihr Publikum“ (MiP) 2018 sind erstmals über 90 Prozent der deutschen Bevölkerung online und drei Viertel dieser nutzen das Internet täglich (Frees & Koch, 2018). Wenn die Altersstruktur der Gesamtbevölkerung angeschaut wird, welche täglich das Internet nutzen, zeichnet sich klar ab, dass bei den 14-39-Jährigen kaum ein Unterschied festzustellen ist (Frees & Koch, 2019), wohingegen die tägliche Nutzung des Internets ab der 40-Jährigen Bevölkerung stetig abfällt (Frees & Koch, 2019). Verstärkt werden im Internet Onlinevideos über Videoportale und Communities, wie z.B. YouTube oder Facebook konsumiert (Frees & Koch, 2019). Als auf Platz sechs gewählte audio-visuelle Unterhaltung „an einem typischen Abend“ haben Onlinevideos einen festen Platz in der Bevölkerung eingenommen (Abbildung 2).

Abb. 3 TV-Entscheidungsverhalten 2018
in %



Basis: Deutschspr. Bevölkerung ab 14 Jahren in Deutschland (2018: n=2 009). Hochrechnung: 70,09 Mio.

Abbildung 2: TV-Entscheidungsverhalten an einem typischen Abend (Frees & Koch, ARD/ZDF-Onlinestudie 2018: Zuwachs bei medialer Internetnutzung und Kommunikation, 2019)

2.3.2. YouTube als Marktführer

Die Videoplattform YouTube, welche im Jahr 2005 gegründet wurde (Beisswenger, 2010), nimmt mit Platz zwei der meistbesuchten Websites im Internet eine führende Rolle ein (Alexa Internet, 2019). Nach Angaben von YouTube selbst, wird die Plattform monatlich von mehr als einer Milliarde Menschen besucht (Google Ireland Limited, 2019). Auf YouTube können Videoclips sowie Filme kostenlos angeschaut, kommentiert und bewertet werden. Umgekehrt kann jeder YouTube-User mit einem Account auf der Plattform kostenlos Videos einstellen. (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2016).

Unter den 12-19-jährigen Jugendlichen ist die Videoplattform YouTube sogar die „am liebsten genutzte“ Website (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2016).

YouTube-Videos sind unterschiedlicher Art, wie z.B. Film- und Fernsehausschnitte, Tutorials oder Trailer von Filmen und befassen sich mit unterschiedlichen Themen, wobei Gesundheitsthemen prominent vertreten sind (Döring, 2018).

2.3.3. YouTube Community

Neben Film- und Fernsehausschnitten oder professionellen Musikvideos ist viel User-generated Content auf YouTube zu finden. Die Personen, welche auf YouTube Content anbieten, werden als YouTuberinnen und YouTuber bezeichnet. Wenn diese besonders viel Erfolg verzeichnen, werden sie auch als YouTube-Stars bezeichnet (Döring, 2014). Längst ist YouTube zu einer Gemeinschaft geworden, in der YouTube Nutzer/innen sich einen Account erstellen und verschiedene YouTube-Kanäle abonnieren können, wodurch diesen Abonnenten neue Videos im Push-Modus zugespielt werden (Döring, 2014).

Ein erfolgreicher YouTube-Kanal muss verschiedene Kriterien aufweisen, wie z.B. regelmäßige Video-Updates (mindestens ein Video pro Woche), zusätzliche Social-Media-Präsenz (z.B. über Instagram, Snapchat etc.) oder möglichst professionelle Videos (z.B. klarer Ton, gutes Bild, Spezialeffekte) um die Fangemeinde halten zu können (Bärtel, 2018; Döring, 2014; Xiao, Wang, & Chan-Olmsted, 2018). Es besteht ein enges Verhältnis zwischen YouTuberinnen bzw. YouTubern sowie der Zuschauerschaft durch die mediale Interaktion, Reaktion auf Kommentare oder Umsetzung von Themenwünschen für das nächste Video (Döring, 2014). Manche der Zuschauerinnen oder Zuschauer unterhalten mit der Zeit eine parasoziale Beziehung, d.h. sie haben eine „situationsübergreifende, durch Gewohnheit gefestigte Bindung“ (Wirtz, et al., 2017) zu den YouTuberinnen oder YouTubern aufgebaut und erleben diese wie persönliche Bekannte (Döring, 2018; Chen, 2016).

2.3.4. Gesundheitskommunikation auf YouTube

Die Inhalte der YouTube-Videos sind bisher kaum systematisch erschlossen, jedoch besteht kein Zweifel, dass ein „nennenswerter Teil der YouTube-Videos gesundheitsrelevante sowie gesundheitsbezogene Inhalte“ (Döring, 2014) aufweist.

2.3.4.1. Produzenten der YouTube-Gesundheitsvideos

Bei den Produzenten bzw. Produzentinnen der Gesundheitsvideos sollte zusätzlich unterschieden werden nach Videoproduzierenden, welche regelmäßig gesundheitsbezogene Videos hochladen (sog. Health-YouTuber/in), um z.B. über ihr Leben als Fitnesstrainer/in zu berichten oder Videoproduzierenden, welche ihre Zuschauerschaft schwerpunktmäßig andere Themen präsentieren und ein einzelnes gesundheitsbezogenes Video hochladen (z.B. Gaming-YouTuber/in, der/die über Angststörung spricht). (Döring, 2018).

Es gibt aus dem Gesundheitsbereich drei Arten von Produzenten bzw. Produzentinnen, welche Gesundheitsvideos auf YouTube hochladen (Döring, 2018; Döring, 2014):

➤ Gesundheitsfachleute

Im Gesundheitssektor tätige Dienstleistende und Organisationen (z.B. Ernährungsberater/innen, Personal Trainer/in, Krankenhäuser), welche ihre Fachkompetenz präsentieren und Kontakt zur Zielgruppe herstellen

➤ Medienfachleute

Medienvertreter/innen (z.B. Werbetreibende, Fitnessmagazine, Journalistinnen und Journalisten), welche Gesundheitsinformationen in Onlinevideos bereitstellen

➤ Gesundheitslaien

Von bestimmten Anliegen/Problemen Betroffene (z.B. Patientinnen und Patienten, Angehörige) und gesundheitsinteressierte Bürger/innen (z.B. Hobbysportler/innen) erstellen Onlinevideos um Erfahrungen zu teilen, einander zu unterstützen oder ihr Bild bzw. das gesundheitspolitische Geschehen zu beeinflussen

Die Gesundheitskommunikation über YouTube Videos erfolgt durch die Produzenten bzw. Produzentinnen in Uni-Kommunikation (Döring, 2010).

2.4. Aktueller Forschungsstand

Gesundheitskommunikation als angewandte Wissenschaft hat in Europa bisher kaum Fuß gefasst (Schorr, 2014). Hingegen wurde im englischen Sprachraum schon in den 1970er-Jahren das eigenständige, akademische Teilgebiet *Health Communication* gegründet

(Baumann & Hurrelmann, 2014). Nach Schulz und Hartung ist ein wissenschaftliches Gebiet erst zufriedenstellend eingerichtet, wenn es (1) einschlägige Fachzeitschriften, (2) wissenschaftliche Verbände, (3) Fachbereiche, Institutionen sowie akademische Positionen an Hochschulen, (4) Studiengänge und (5) Veröffentlichungen von Lehrbüchern gibt (Schulz & Hartung, 2010). In Deutschland zeichnen sich zwar an einigen Standorten gesundheits- oder kommunikationswissenschaftliche Forschungsschwerpunkte ab, jedoch gibt es keine Forschungsinstitute oder Lehrstühle (Baumann & Hurrelmann, 2014).

2.4.1. Studienlage

Das Angebot an Online-Gesundheitskommunikation wächst, genauso wie die Anzahl ihrer Nutzer/innen, stetig (Rossmann & Karnowski, 2014). Die Forschung im Bereich Gesundheitskommunikation über YouTube boomt regelrecht: Für das Jahr 2007 wurden in der medizinischen Literaturdatenbank PubMed acht YouTube-Publikationen verzeichnet und für das Jahr 2018 schon 217 Publikationen (*Abbildung 3*).

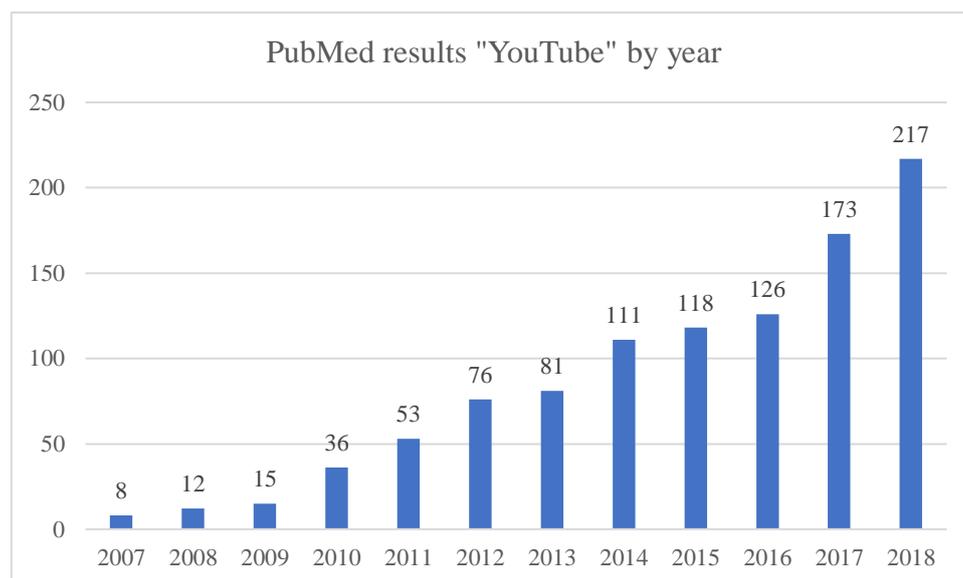


Abbildung 3: PubMed results "YouTube" by year (PubMed National Center for Biotechnology Information, 2019)

Trotz vermehrter Publikationen gibt es noch viel Forschungsbedarf, da sich die meisten Studien nur mit der Präsentation eines bestimmten Themas aus dem Feld der Gesundheit

auf YouTube beschäftigen (Döring, 2018). Folgende Studien sind beispielhaft für die Forschung der Gesundheitskommunikation über YouTube zu nennen:

Die Studie „*Expressions of pro- and anti-vaccine sentiment on YouTube*“ untersucht die 150 meist aufgerufenen YouTube-Videos, welche bei den Suchbegriffen „flu shot“ und „measles vaccine“ ausgegeben wurden, nach vorwiegenden Meinungsäußerungen der YouTuber/innen zur Impfthematik (Yiannakoulis, Slavik, & Chase, 2019).

Die Studie „*Counteracting the Influence of Peer Smoking on YouTube*“ testet die Fähigkeit von Gesundheitsnachrichten, die soziale Akzeptanz des Peer-Rauchens auf YouTube zu verringern, obwohl die wahrgenommene Prävalenz erhöht wurde (Romer, Jamieson, Jamieson, Jones, & Sherr, 2017).

Die Studie „*YouTube Videos as a Source of Palliative Care Education: A Review*“ prüft die Verfügbarkeit sowie Charakteristik von Lehrvideos zur Palliativmedizin auf YouTube und untersucht, wie die Palliativmedizin in diesen Videos dargestellt wird (Liu, Cardenas, Zhu, & Enguidanos, 2019).

Die Studie „*Perceived Patient-Provider Communication Quality and Sociodemographic Factors Associated With Watching Health-Related Videos on YouTube: A Cross-Sectional Analysis*“ beschreibt den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Kommunikation zwischen Patient/in und Dienstleister/in sowie soziodemografischen Faktoren beim Betrachten von gesundheitsbezogenen YouTube-Videos (Langford & Loeb, 2019).

3. Fragestellung

Das Angebot an Online-Gesundheitskommunikation wächst stetig, ebenso wie die Anzahl derer, die sich online über Gesundheitsthemen informieren (Rossmann & Karnowski, 2014). Das Informationsverhalten im Internet bildet eine wichtige Voraussetzung, um sich eigenverantwortlich im Kontext der Gesundheitsversorgung, Prävention und Früherkennung mit den Herausforderungen der Gesundheitserhaltung auseinanderzusetzen (Reifegerste & Baumann, 2018). Die Videoplattform YouTube genießt als zweitmeistbesuchte Website einen prominenten Status (Döring, 2018). Durch die enorme Reichweite ist das Beeinflussungspotenzial der Rezipientinnen und Rezipienten sehr hoch (Döring, 2014). Durch eine Online-Befragung wird das

Fragestellung

Nutzverhalten von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen der Studierenden an der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ) erhoben.

Mithilfe der Ergebnisse der Online-Befragung und der theoretischen Ansätze sollen in der vorliegenden Bachelorthesis folgende Fragestellungen beantwortet sowie Hypothesen verifiziert oder falsifiziert werden:

Fragestellung 1:

Inwieweit nutzen Studierende der Westsächsischen Hochschule Zwickau die Videoplattform YouTube als Informationsquelle für gesundheitsrelevante und/oder gesundheitsbezogene Themen?

Thesen zur 1. Fragestellung:

- I. Die meisten Studierenden haben schon einmal YouTube als Informationsquelle für Fitnessübungen und Ernährungshinweise bzw. Rezeptvorschläge genutzt.
- II. Es gibt einen Unterschied zwischen den Fakultäten der WHZ hinsichtlich der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen.

Hypothese:

- (1) Wenn Studierende YouTube als Informationsquelle für gesundheitsrelevante und/oder gesundheitsbezogene Themen genutzt haben, dann haben sie ebenfalls etwas Gesundheitsbezogenes und/oder Gesundheitsrelevantes aus einem YouTube Video imitiert.

Fragestellung 2:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen und dem Gesundheitszustand der Studierenden?

Hypothesen:

- (2) Je besser die Studierenden ihren Gesundheitszustand einschätzen, umso sicherer sind sie insgesamt in Bezug auf ihre Fähigkeit, sich um ihre Gesundheit zu kümmern.

- (3) Je öfter Studierende Sport innerhalb einer Woche treiben, umso eher schauen sie sich Fitnessübungen und Ernährungsvideos/Rezeptvorschläge auf YouTube an.
- (4) Je höher der Body-Mass-Index (BMI) der Studierenden ist, umso seltener nutzen die Studierenden YouTube, um sich Fitnessübungen und Ernährungsvideos/Rezeptvorschläge anzuschauen.

4. Methodik

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Erstellung des Erhebungsinstruments, der Datenerhebung und der Datenauswertung dargelegt. Vorab wird die Untersuchungseinrichtung kurz vorgestellt und das Forschungsdesign beschrieben.

4.1. Forschungsfeld und Forschungsdesign

Die Westsächsische Hochschule Zwickau fungiert als Untersuchungseinrichtung für das Thema der vorliegenden Bachelorthesis. Die Hochschule bietet derzeit an den Fakultäten Angewandte Kunst Schneeberg (AKS), Angewandte Sprachen und interkulturelle Kommunikation (ASIK), Automobil- und Maschinenbau (AMB), Kraftfahrzeugtechnik (KFT), Elektrotechnik (ET), Gesundheits- und Pflegewissenschaften (GPW), Physikalische Technik / Informatik (PTI) und Wirtschaftswissenschaften (WIWI) knapp 50 Studiengänge mit den Schwerpunkten Wirtschaft, Technik, Gesundheit, Sprachen und angewandte Kunst an (Westsächsische Hochschule Zwickau, 2019). Die Studiengänge werden an den Standorten Reichenbach, Markneukirchen, Schneeberg und Zwickau in Bachelor- und Masterprogrammen sowie als Diplom-Abschluss (FH) angeboten (Westsächsische Hochschule Zwickau, 2019).

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wird eine anonyme Online-Befragung unter den Studierenden durchgeführt. Eine Online-Befragung bietet verschiedene Vorteile hinsichtlich des Instruments (Fragebogen) und der Durchführung (Erhebung und Aufbereitung der Daten) (Scholl, 2009; Burzan, 2005; Fraas, Meier, & Pentzold, 2012):

- höhere Offenheit der befragten Person, da Anonymität als stärker empfunden wird,
- Einfluss des Interviewers/ der Interviewerin auf befragte Person ist nicht gegeben,
- Seltener durch soziale Erwünschtheit verzerrte Antworten,

- Automatische Verwaltung der Durchführung,
- Erweiterte Darstellungsoptionen im Fragebogen,
- Übersichtlicheres Fragebogendesign für befragte Person, da sie/er keiner komplizierten Filterführung folgen müssen.

Aufgrund der hohen Grundgesamtheit von $N = 3500$ Studierenden, wurde sich für eine quantitative Datenerhebung entschieden. So kann in einer kürzeren Zeitspanne eine größere Anzahl an Daten bearbeitet und eine stärkere Aussage zur Grundgesamtheit getroffen werden (Scholl, 2009). Das Untersuchungsdesign dieser Datenerhebung ist im Querschnitt beschrieben, da die zu erhebenden Ergebnisse der Nutzung der Studierenden von YouTube als Informationsquelle für gesundheitsbezogene oder -relevante Themen eine momentane Situationsbeschreibung über eine kurze Zeitspanne liefert (Micheel, 2010). Die Online-Umfrage wird mithilfe der von der WHZ frei zur Verfügung gestellten Software für Online-Umfragen LimeSurvey erstellt.

4.2. Aufbau der quantitativen Datenerhebung

Der Online-Fragebogen setzt sich aus eigenen Kontrollfragen und 13 Fragen des Health Information National Trends Survey (HINTS) Fragebogen des US-amerikanischen National Cancer Institute (NCI) zusammen (Querverweis Anhang) und ist somit teilstandardisiert (Schnell, Hill, & Esser, 2013). Die selbsterstellten Kontrollfragen wurden zur Beantwortung der Fragestellung anhand theoretischer Vorüberlegung entwickelt. Seit 2003 führt das NCI bevölkerungsrepräsentative Befragungen zu den Themen „Wissen der amerikanischen Öffentlichkeit über Krebs und gesundheitsbezogene Informationen, ihre Einstellung zu diesen und ihrer Verwendung“ (U.S. Department of Health and Human Services, 2019) durch. Der ausgewählte HINTS Fragebogen von 2017 gliedert sich in 15 Teilbereiche (*Tabelle 10*). Die 13 Fragen, welche in die Online-Befragung aufgenommen werden, sind aus den vier Teilbereichen *A: Looking For Health Information*, *B: Using the Internet to Find Information*, *G: Your Overall Health* und *L: Physical Activity, Exercise and UV Exposure* ausgewählt wurden. Der englische HINTS Fragebogen wurde für die Studierendenbefragung an der WHZ in die deutsche Sprache übersetzt. Die Online-Befragung „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ wurde in fünf Bereiche mit insgesamt 28 Fragen (*Tabelle*

2) unterteilt. Bis auf die zwei Fragen des Bereichs „Verlosung und Anmerkung“ sind alle Fragen als Pflichtangaben gekennzeichnet und können somit nicht übersprungen werden. Bei Start der Online-Befragung werden die Studierenden mit einem Begrüßungstext empfangen, welcher über Thema, Inhalt und Zweck der Umfrage informiert. Um die Fragen der Online-Befragung beantworten zu können, müssen die Studierenden die angefügte Datensicherheitserklärung nach Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) per Haken in einer Checkbox bestätigen (*Datensicherheitserklärung*). Somit stimmen die Studierenden der Datenverarbeitung zu. Nachdem die Studierenden den ersten Teilbereich „Allgemeine Angaben“ ausgefüllt haben, werden sie im zweiten Teilbereich „Informationssuche Gesundheitsthemen“ über den Begriff Gesundheitskommunikation aufgeklärt. Hierbei wird auch der Unterschied zwischen gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Gesundheitskommunikation erläutert. Diese Begriffserklärungen bleiben bei der Bearbeitung der Teilbereiche „Informationssuche Gesundheitsthemen“ und „Soziale Medien“ die ganze Zeit sichtbar.

Tabelle 2: Gliederung der Online-Befragung

<i>Name des Teilbereichs</i>	<i>Anzahl der Fragen</i>
<i>Allgemeine Angaben</i>	3
<i>Informationssuche Gesundheitsthemen</i>	9
<i>Soziale Medien</i>	8
<i>Eigene Gesundheit</i>	6
<i>Verlosung und Anmerkung</i>	2

4.3. Durchführung und Ablauf

Alle 28 Fragen wurden in der Online-Umfrage-Software „LimeSurvey“ eingepflegt. Damit jede Studentin und jeder Student Zugriff auf die Umfrage erhält, soll eine Einladung zur Umfrage mit einem einmalig nutzbaren Zugangslink über die WHZ-Mailadresse an die Studierenden geschickt werden. Nicht jede Person, welche an der WHZ studiert, kann ohne freigeschalteten Zugang Kontakt zu allen Studierenden aufnehmen. Um Zugang zur Untersuchungspopulation innerhalb der Untersuchungseinrichtung zu erhalten, wurde durch die Autorin der Kontakt zum Zentrum für Kommunikationstechnik und Informationsverarbeitung (ZKI) der WHZ

aufgenommen. Das ZKI ist für die IT-Struktur der WHZ zuständig (Westfälische Hochschule Zwickau, 2019). Innerhalb der Online-Umfrage-Software LimeSurvey müssen alle Umfrageteilnehmer/innen namentlich angegeben werden, da über die Software die Einladungen zur Umfrage, mit persönlichem Zugangsschlüssel, an die Umfrageteilnehmer/innen versandt werden. Damit ein Zugangsschlüssel nur einmalig genutzt werden kann und die Umfrage durch wiederholte Teilnahme nicht verzerrt wird, werden diese Zugangsschlüssel mit den E-Mail-Adressen verknüpft. Um dies zu ermöglichen, stellt das ZKI der Autorin eine CSV-Datei zu Verfügung, in der alle Hochschul-E-Mail-Adressen der aktuell immatrikulierten Studierenden der WHZ aufgelistet sind. Diese werden in der Software LimeSurvey eingefügt. Es wurde pro E-Mail-Adresse ein persönlicher Zugangsschlüssel innerhalb der Software generiert. So ist der Zugang zur Untersuchungspopulation hergestellt. Da die Autorin durch den Zugang zu den E-Mail-Adressen der Studierenden persönliche Daten erhält, wurde sie über den Umgang mit diesen datenschutzrechtlich aufgeklärt. Dies erfolgte unter Anweisung des Datenschutzbeauftragten der WHZ durch eine Justiziarin der Hochschule. Da durch die Online-Umfrage u.a. gesundheitsbezogene Daten erhoben und ausgewertet werden, stehen diese unter besonderem Schutz und müssen in der Datenschutzerklärung gesondert hervorgehoben werden (*Datensicherheitserklärung*). Nach Einarbeitung der Hinweise durch den Pretest wurden die Einladung, mit Informationen zu Inhalt, Zweck der Datenerhebung und persönlichen Zugangsschlüssel, zur Teilnahme an der Online-Umfrage an alle Studierenden versandt. Um mehr Untersuchungsteilnehmer/innen zu rekrutieren (Döring & Bortz, 2016) wurde als Anreiz („Incentives“) ein Mensa-Gutschein im Wert von zehn Euro unter allen Teilnehmenden ausgeschrieben. Der Datenerhebungszeitraum beträgt zwei Wochen. Nach einer Woche der Datenerhebung wird eine Erinnerungsmail an alle Studierenden, welche bis dato noch nicht an der Online-Befragung teilgenommen haben, versandt.

4.3.1. Pretest

Vor der eigentlichen Datenerhebung muss die Online-Befragung auf mögliche Fehler mit einem Pretest untersucht werden (Döring & Bortz, 2016). Nach Schnell, Hill und Esser (2013) werden bei einem Pretest vor allem folgende Kategorien überprüft:

- Ausreichende Variation der Antworten,
- Verständnis der Fragen durch die Befragten,
- Schwierigkeit der Fragen für die Befragten,
- Interesse bzw. Aufmerksamkeit der Befragten gegenüber den Fragen,
- Effekte der Fragenanordnung,
- Güte der Filterführung,
- Kontexteffekte,
- Dauer der Befragung,
- Interesse der Befragten gegenüber der gesamten Befragung,
- Belastung der Befragten durch Befragung.

Der Pretest der Umfrage zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ wurde von zehn Personen durchgeführt. Diese zehn Personen sind ehemalige Studierende der WHZ, zwischen 20 und 30 Jahren und ähneln somit der Untersuchungspopulation sehr. Die Teilnehmer/innen sollten die Bearbeitungszeit dokumentieren. Es wurden folgende Hinweise nach Absolvierung des Pretests gegeben:

- Begriffserklärung Gesundheitskommunikation zu lang und zu wissenschaftlich formuliert,
- Schriftgröße des Begrüßungstextes zu groß,
- Bei ähnlichen Fragen (Themenbereich: Informationssuche Gesundheitsthemen) Unterschiede hervorheben.

Die Begriffserklärung wurde verkürzt und in eigene Worte umformuliert. Die Schriftgröße des Begrüßungstextes wurde verkleinert und bei ähnlichen Fragen der Unterschied fett hervorgehoben. Keine der zehn Personen überschritt die Bearbeitungszeit von zehn Minuten. Dies wurde als zeitlicher Richtwert in die Einladung der Studierenden zur Online-Umfrage festgehalten. Abgesehen von den aufgeführten Hinweisen wurde die Online-Befragung als sehr übersichtlich und leicht verständlich beschrieben.

4.3.2. Stichprobenbeschreibung

Die aktuell immatrikulierten Studierenden an der WHZ stellen die Untersuchungsgrundgesamtheit (N = 3500) dar. Es wurde eine Online-Umfrage zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ erstellt und eine Einladung zur Umfrage per Mail an die Studierenden der WHZ geschickt. Mit einer Rücklaufquote der vollständig beantworteten Fragebögen von rund 16,9 % ergab sich durch Selbstselektion eine Stichprobe von n = 589 Studierenden. Folgende soziodemographischen Daten sind bekannt:

Tabelle 3: Soziodemographische Daten Stichprobe

Soziodemographische Angaben	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
<i>Weiblich</i>	267	45,3
<i>Männlich</i>	318	54,0
<i>Divers</i>	1	0,2
<i>Keine Angabe</i>	3	0,5
Alter		
<i>18-21 Jahre</i>	220	37,4
<i>22-25 Jahre</i>	247	41,9
<i>26-29 Jahre</i>	78	13,2
<i>30- 33 Jahre</i>	29	4,9
<i>Älter als 34 Jahre</i>	13	2,2
<i>Keine Angabe</i>	2	0,3
Fakultät		
<i>AKS</i>	7	1,2
<i>ASIK</i>	93	15,8
<i>AMB</i>	44	7,5
<i>KFT</i>	111	18,8
<i>ET</i>	37	6,3
<i>GPW</i>	96	16,3
<i>PTI</i>	80	13,6
<i>WIWI</i>	119	20,2
<i>Keine Angabe</i>	2	0,3

4.4. Datenaufbereitung und Datenauswertung

Insgesamt haben an der Online-Befragung zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ von 3500 Studierenden 647 Personen teilgenommen. Da 56 Personen die Online-Befragung abgebrochen und somit unvollständige Datensätze hinterlassen haben, können diese nicht verwendet werden. Es liegen 591 vollständige Datensätze zur Auswertung vor. Wenn ein/e Teilnehmer/in die Umfrage beantwortet hat,

wurde in LimeSurvey pro beantworteten Fragebogen ein neuer Datensatz angelegt, mit einer dazugehörigen Antwort-ID. Somit sind alle Antworten einer Person zusammenhängend ersichtlich, jedoch anonymisiert. Für jede der 28 Fragen wurde in LimeSurvey ein eindeutiger Fragecode hinterlegt, welcher gleichzeitig den Variablennamen darstellt. In der Online-Umfrage-Software wurden für jede Fragestellung, je nach Fragetyp (Einfach- oder Mehrfachauswahl, Text-, Masken- oder Matrixfragen) die durch die Studierenden auszuwählenden Antwortmöglichkeiten hinterlegt. Die Information einer Antwort wird in einer Variablen abgelegt. Bei den Fragetypen Mehrfachantworten und Fragen in Form einer Matrix wird für jede Antwortmöglichkeit innerhalb einer Frage eine eigene Variable definiert. Die vollständigen Datensätze wurden aus LimeSurvey nach Microsoft Excel und von da aus in das Statistik- und Analyse-Software Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) importiert. Die bei der Datenerhebung erfassten Antworten sind zu diesem Zeitpunkt in SPSS als Variablentyp „Zeichenfolge“ hinterlegt, weshalb SPSS die Daten als Wort auszählt und nicht als Zahl. Für die Datenauswertung ist es jedoch notwendig, die Daten zu codieren. Somit wird für jede Antwortmöglichkeit einer Frage ein Code hinterlegt. Bei der Frage, welchem Geschlecht man sich zugehörig fühlt, wird die Merkmalsausprägung „weiblich“ beispielsweise mit dem Wert 1, „männlich“ mit dem Wert 2, „divers“ mit dem Wert 3 und „keine Angabe“ mit dem Wert 4 definiert. Dies wird für alle Variablen vorgenommen und der Variablentyp auf numerisch geändert.

Bevor die Daten ausgewertet werden, müssen sie auf Fehler bzw. Falschangaben überprüft und bereinigt werden. Fehler in quantitativer Datenerhebung sind kaum auszumachen (Janssen & Laatz, 2017). Jedoch können Fehler durch logische Inkonsistenz oder außergewöhnliche Werte identifiziert werden. Mittels Grundauszählung der Variablen wurden zwei manipulierte Datensätze identifiziert und entfernt. Ausschlaggebende Werte waren im ersten Fall eine Körpergröße von 6,24 Meter und im zweiten Fall ein Körpergewicht von 500 kg in Kombination mit der Geschlechterangabe „divers“ und einer Körpergröße von 1,52 Meter. Des Weiteren sollte die Körpergröße in Zentimeter angegeben werden, was von vielen Teilnehmenden nicht beachtet wurde. Größenangaben in Meter wurden auf Zentimeter korrigiert.

Um Hypothese (4) der zweiten Forschungsfrage beantworten zu können, müssen neue Variablen und Filter erstellt werden. Der BMI berechnet sich aus dem Gewicht und der

Körpergröße einer Person. Die Körpergröße sollte in der Online-Befragung in Zentimeter angegeben werden, weshalb diese in einer neuen Variablen berechnet und in Meter umgewandelt wurde. Die Angabe des Körpergewichts und der Körpergröße erfolgte in LimeSurvey in einem Freitextfeld. Bei dieser Art des Fragetyps, gibt es nicht die Möglichkeit „keine Angabe“ auszuwählen. Die Teilnehmenden wurden deshalb in einem Erklärungsfeld, bei den Fragen nach Körpergewicht und Körpergröße, darauf hingewiesen, dass sie in diesen Feldern jeweils eine „0“ eintragen sollen, falls sie keine Angaben machen wollen. Für die Berechnung des BMI wurden diese Datensätze mit Angabe „0“ herausgefiltert. Der BMI wird in einer neuen Variablen berechnet. Die Werte des BMIs werden nach Vorgaben der WHO von „starkes Unterwicht“ bis „Adipositas Grad III“ kategorisiert (World Health Organization, 2019).

Die Thesen I und II der ersten Fragestellung werden deskriptiv ausgewertet. Für die Beantwortung der Hypothese (1) wird der Cramers-V-Test als Chi-Quadrat-basierte Messung zur Bestimmung des Zusammenhangs verwendet. Der Cramers-V-Test wird für die Beantwortung ausgewählt, da beide auf Korrelation zu überprüfenden Variablen nominal skaliert sind. Bei der Hypothese (2) der zweiten Fragestellung wird mithilfe des Kendall-Tau-c-Tests und des Somers-d-Tests auf Zusammenhang zwischen den beiden Variablen getestet. Der Kendall-Tau-b-Test und der Somers-d-Test werden gewählt, da die beiden Variablen ordinal skaliert sind. Eine Überprüfung des Zusammenhangs erfolgt bei Hypothese (3) der zweiten Fragestellung durch die Chi-Quadrat-basierte Messungen Cramers-V-Test und den Kontingenzkoeffizient C. Diese Tests werden gewählt, da die vier Variablen ordinal und nominal skaliert sind. Für die Beantwortung der Hypothese (4) der zweiten Fragestellung wird der Cramers-V-Test und der Kontingenzkoeffizient C zur Bestimmung des Zusammenhangs verwendet. Diese Tests wurden ebenfalls aufgrund des Skalenniveaus gewählt.

5. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Online-Befragung der Studierenden der WHZ zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ dargestellt. Mittels statistischer Datenauswertung durch SPSS sollen Forschungsfragen, Thesen und Hypothesen beantwortet werden.

5.1. Informationssuchverhalten der Studierenden zu gesundheitlichen und medizinischen Gesundheitsthemen

92,7% der 589 Studierenden geben an, dass sie schon einmal aus einer beliebigen Quelle nach Informationen über Gesundheit oder medizinische Themen gesucht haben. 81,1% derer suchten zuletzt im Internet nach diesen Informationen. Wenn die Studierenden jedoch ein starkes Bedürfnis nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen haben, suchen 52,1% zuerst im Internet und 28,3% wenden sich zuerst an einen Arzt oder Gesundheitsdienstleister. Welche Internetseiten bei der Suche nach Informationen über Gesundheit oder medizinische Themen aufgerufen wurden, zeigt *Tabelle 4*. Hierbei fällt auf, dass die Studierenden sowohl Internetseiten von Gesundheitsprofis, wie z.B. Ärzten, Apothekern und Krankenkassen als auch User Generated Content wie z.B. Wikipedia, Ratgebercommunities, Blogs oder YouTube nutzen.

Tabelle 4: Nutzung von Internetseiten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen (Mehrfachantworten)

Häufigkeiten

		Antworten	
		H	Prozent
Welche Internetseiten genutzt?	Blogs	147	10,9%
	Wikipedia	217	16,1%
	Nachrichtenportale	91	6,8%
	Internetseiten von Krankenkassen	201	14,9%
	Ratgebercommunities	187	13,9%
	Internetseiten von Ärzten und Apothekern	233	17,3%
	Internetseiten von staatlichen Gesundheitsbehörden	118	8,8%
	Facebook	15	1,1%
	Instagram	26	1,9%
	YouTube	105	7,8%
	Twitter	1	0,1%
	keine Angabe	4	0,3%
Gesamtsumme		1345	100,0%

Basierend auf der letzten Informationssuche zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen, stimmen 46,7% der Studierenden der Aussage „Es hat viel Mühe gekostet, die

benötigten Informationen zu erhalten“ eher nicht und 31% der Studierenden gar nicht zu (Abbildung 4). 45,2% der Studierenden stimmen der Aussage „Ich war frustriert, als ich nach diesen Informationen gesucht habe“ gar nicht und 36,8% eher nicht zu. Über die Qualität der ausgegebenen Informationen waren 33,7% eher und 39,4% eher nicht besorgt. Der Aussage „Die gefundenen Informationen waren schwierig zu verstehen“ stimmten 50,4% eher nicht und 37,5% der Studierenden gar nicht zu.

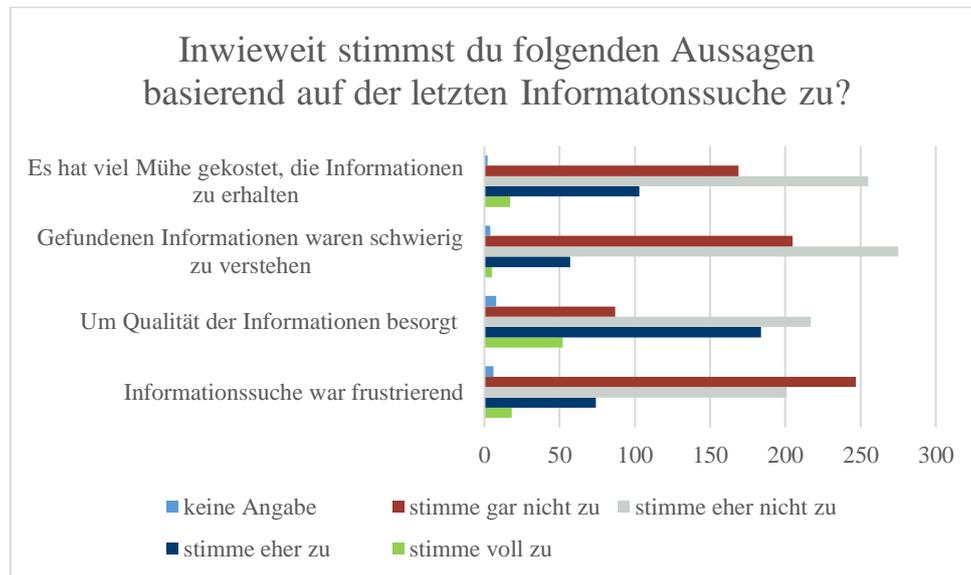


Abbildung 4: Angaben zur letzten Informationssuche von gesundheitlichen oder medizinischen Themen

81,1% vertrauen Ärzten und 59% staatlichen Gesundheitsorganisationen hinsichtlich der geteilten Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen sehr (Abbildung 5). Informationen aus dem Internet vertrauen 57% „etwas“. Religiösen Organisationen vertrauen hingegen 49,3% der Studierenden überhaupt nicht.

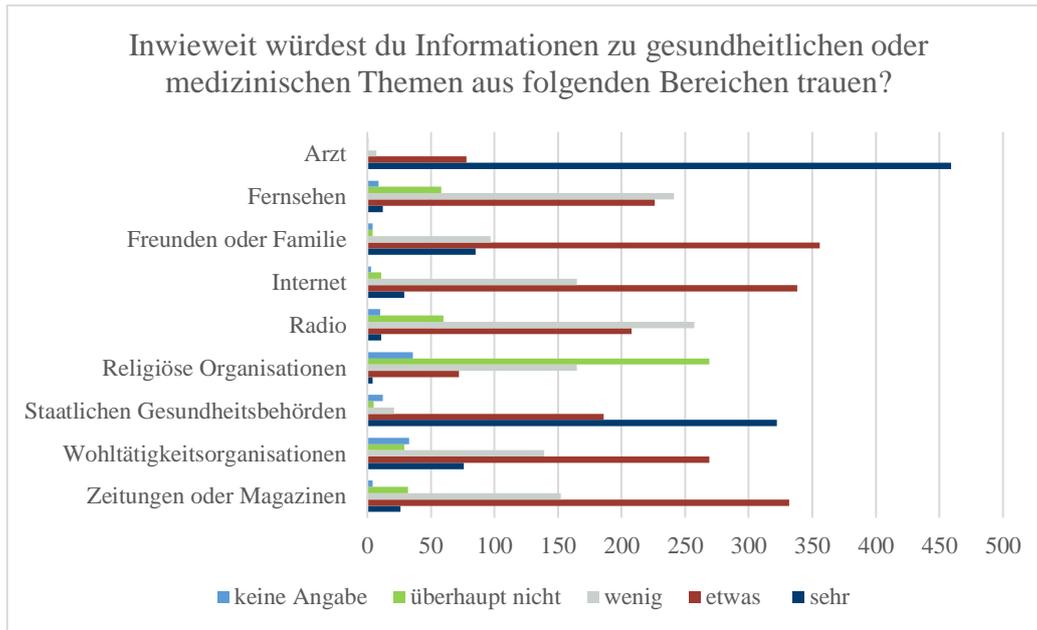


Abbildung 5: Vertrauen in Informationen nach Bereichen

90% der Studierenden geben an, dass sie mit Freunden oder Familienmitgliedern über ihre Gesundheit sprechen. 62,6% derer haben trotzdem schon einmal lieber gesundheitsbezogenen Rat im Internet gesucht, als mit Freunden oder Familienmitgliedern zu sprechen. 34,1% der Studierenden gaben als Grund dafür Zeitaufwand an und 31,3%, dass sie dachten, dass die Freunde oder Familienmitglieder es nicht wissen. 19,9% fehlte das Vertrauen, um über dieses Thema zu sprechen. 9,3% der Studierenden war das Thema zu intim, um es mit Freunden oder Familienmitgliedern zu teilen und 5,4% machten keine Angaben.

5.2. Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen

56,5% der 589 Studierenden geben an, dass sie schon einmal auf die Videoplattform YouTube mit der Absicht gegangen sind, sich über ein gesundheitsbezogenes oder gesundheitsrelevantes Thema zu informieren. 17,7% verfolgen die Aktivitäten eines/einer YouTubers/YouTuberin, der/die mindestens einmal in der Woche Videos mit Gesundheitsbezug hochlädt. Von 589 Studierenden haben 80% schon einmal ein

Fitnessvideo und 78,4% schon einmal ein Video, in dem Essen zubereitet oder über Ernährung gesprochen wird, auf YouTube angesehen (Abbildung 6).



Abbildung 6: Nutzung gesundheitsbezogener/ gesundheitsrelevanter YouTube Videos

56,9% der Studierenden der WHZ haben sich schon einmal ein Video angeschaut, in dem gesundheitsschädigende (z.B. Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum) und 63,2% in dem riskante (z.B. Mutproben oder Extremsport) Verhaltensweisen dargestellt werden. 26,7% der Studierenden geben an, dass sie den Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen von YouTubern bzw. Youtuberinnen, welche eine Ausbildung im Gesundheitswesen absolviert haben, sehr vertrauen würden. YouTuber/innen, welche persönliche Erfahrungen kommunizieren, würden 14,3% der Studierenden sehr vertrauen. 8,7% der Studierenden würden den Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen von YouTubern/Youtuberinnen, welche Fitnessvideos hochladen und körperliche Erfolge aufweisen, sehr vertrauen.

Hinsichtlich der Fakultäten gibt es einen Unterschied der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für gesundheitliche oder medizinische Themen (Tabelle 11): Am häufigsten nutzen 70,8% der Studierenden der Fakultät GPW YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen, gefolgt von 66,7% der Studierenden der Fakultät ASIK und PTI mit 53,8 % der Studierenden der Fakultät. Am seltensten nutzen

28,6 % der Studierenden der Fakultät AKS YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen.

Zur Überprüfung von Hypothese (1) wird der Chi-Quadrat-basierte Cramer-V-Test durchgeführt. Der Cramers-V-Test überprüft die Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für gesundheitsrelevante oder gesundheitsbezogene Themen (*Variable SMK0*) durch die Studierenden und der Nachahmung von etwas Gesundheitsrelevantem oder Gesundheitsbezogenem aus einem YouTube Video (*Variable SMK4*) gibt. Von 589 nutzen 333 Studierende YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen. Bei Annahme der Nullhypothese, wird ein Anteil von 70,5%, also 235 der 333 Studierenden, erwartet, welche etwas gesundheitsrelevantes oder gesundheitsbezogenen nachgemacht haben (*Tabelle 5*). Die Anzahl derer, welche YouTube als Informationsquelle nutzen und ebenfalls etwas gesundheitsrelevantes oder gesundheitsbezogenes aus einem YouTube Video nachgemacht haben, beträgt 286, also 85,9 %. Der beobachtete Wert ist höher als der erwartete Wert. Der Cramer-V-Test liefert einen Wert von 0,316 und eine Signifikanz von 0,000 (*Tabelle 6*). Die Nullhypothese trifft mit einer 0%-igen Wahrscheinlichkeit auf die Grundgesamtheit zu. Es eine Korrelation zwischen der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen und der Nachahmung von etwas Gesundheitsrelevanten oder Gesundheitsbezogenem aus einem YouTube Video vorhanden.

Tabelle 5: Kreuztabelle SMK0 und SMK4

			Bist du schon einmal auf die Videoplattform YouTube gegangen mit der Absicht, dich über ein gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes Thema zu informieren?			Gesamtsumme
			Ja	Nein	Keine Angabe	
Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?	Ja	Anzahl	286	128	1	415
		Erwartete Anzahl	234,6	176,9	3,5	415,0
		% in Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?	68,9%	30,8%	0,2%	100,0%
	Nein	Anzahl	43	123	3	169
		Erwartete Anzahl	95,5	72,0	1,4	169,0
		% in Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?	25,4%	72,8%	1,8%	100,0%

Keine Angabe	Anzahl	4	0	1	5
	Erwartete Anzahl	2,8	2,1	,0	5,0
	% in Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Gesamtsumme	Anzahl	333	251	5	589
	Erwartete Anzahl	333,0	251,0	5,0	589,0
	% in Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?	56,5%	42,6%	0,8%	100,0%

Tabelle 6: Cramer-V-Test für Variable SMK0 und SMK4

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Sig.
Nominal bezüglich	Phi	,447	,000
Nominal	Cramer-V	,316	,000
Anzahl der gültigen Fälle		589	

40,2 % der Studierenden, welche schon einmal etwas aus einem YouTube Video nachgemacht haben, geben an, dass es sich dabei um Fitnessübungen handelte. 28,9 % haben schon einmal ein Rezept aus einem YouTube Video nachgekocht und 15 % befolgten ein Tutorial. 9,5 % gaben die Anwendung von Pflegeprodukten an und 5,2 % spielten ein Trinkspiel nach. 1,2 % der Studierenden haben eine Challenge bzw. eine Mutprobe aus einem YouTube Video nachgeahmt.

5.3. Nutzung von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen und Gesundheitszustand der Studierenden

54,8 % der Studierenden geben an, dass deren Gesundheit „sehr gut“ ist und 47,7 %, dass sie „sehr zuversichtlich“ sind, sich gut um ihre Gesundheit kümmern zu können. 19 der 589 Studierenden ordnen ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. 43 der 598 Studierenden sind in Bezug auf ihre Fähigkeit, sich gut um ihre Gesundheit zu kümmern „ein bisschen zuversichtlich“ oder „überhaupt nicht zuversichtlich“. Der BMI der Studierenden wurde aus dem Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße in Metern mit der Formel $BMI = \frac{kg}{m^2}$ berechnet. 68,6 % der Studierenden sind normalgewichtig (Tabelle 7).

Tabelle 7: Gesamtzählung des errechneten BMIs der Studierenden

BMI in Kategorien eingeordnet					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozent
Gültig	starkes Untergewicht	1	,2	,2	,2
	mäßiges Untergewicht	5	,9	,9	1,1
	leichtes Untergewicht	19	3,5	3,5	4,6
	Normalgewicht	373	68,6	68,6	73,2
	Präadipositas	122	22,4	22,4	95,6
	Adipositas Grad 1	20	3,7	3,7	99,3
	Adipositas Grad 2	3	,6	,6	99,8
	Adipositas Grad 3	1	,2	,2	100,0
	Gesamtsumme	544	100,0	100,0	

Zur Überprüfung der Hypothese (2) der zweiten Fragestellung wird, der auf paarweisen Vergleich beruhende Kendall-Tau-c-Test und der richtungswisende Somers-d-Test verwendet. Der Korrelationskoeffizient beträgt bei dem Kendall-Tau-c-Test 0,38 (Tabelle 8) und bei dem Somers-d-Test der abhängigen Variable 0,484

Tabelle 9). Es besteht eine positive Korrelation zwischen selbst eingeschätzter Gesundheit (Variable YOHI) und der Fähigkeit, sich gut um die eigene Gesundheit zu kümmern (Variable YOHI2). Die näherungsweise Signifikanz liegt bei 0,000, womit eine 0%-ige Wahrscheinlichkeit besteht, dass es in der Grundgesamtheit keine Korrelation zwischen den Variablen YOHI und YOHI2 gibt.

Tabelle 8: Kendall-Tau-c-Test YOHI und YOHI2

Symmetrische Maße		Wert	Asymp. Standardfehler ^a	Näherungsweise A ^b	Näherungsweise Sig.
Ordinal bezüglich Ordinal	Kendall-Tau-b	,519	,030	15,747	,000
	Kendall-Tau-c	,380	,024	15,747	,000
	Gamma	,754	,035	15,747	,000
Anzahl der gültigen Fälle		589			

a. Die Nullhypothese wird nicht vorausgesetzt.

b. Unter Annahme der Nullhypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Tabelle 9: Somers-d-Test YOHI und YOHI2

Richtungsmaße			Wert	Asymp. Standardfehler ^a	Näherungsweise A ^b	Näherungsweise Sig.
Ordinal bezüglich Ordinal	Somers-d	Symmetrisch	,518	,030	15,747	,000
		YOHI2 abhängig	,556	,032	15,747	,000
		YOHI1 abhängig	,484	,029	15,747	,000

a. Die Nullhypothese wird nicht vorausgesetzt.

b. Unter Annahme der Nullhypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Zur Überprüfung der Hypothese (3) wird der Chi-Quadrat-basierte Cramers-V-Test durchgeführt und der Kontingenzkoeffizient C bestimmt. Der Cramers-V-Test überprüft die Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Tage, an denen die Studierenden innerhalb einer Woche Sport treiben, in Form von Stärkung der

Muskeln (*Variable YO4*) und von Ausdauertraining (*Variable YO3*) einerseits sowie des Konsums von Fitnessvideos (*Variable SMKIFitness*) bzw. Ernährungsvideos (*SMKI Ernährung*) auf YouTube andererseits gibt.

27,8 % der Studierenden, welche Videos mit Fitnessübungen auf YouTube angeschaut haben, machen an keinem Tag der Woche Sport zur Stärkung der Muskeln (*Tabelle 12*). 22,3% derer, machen an einem Tag, 20,8% an zwei Tagen und 13,8 % derer machen an drei Tagen der Woche Sport zur Stärkung der Muskeln. Der Cramers-V-Test liefert einen Wert von 0,207 und einen Kontingenzkoeffizienten C mit dem Wert 0,203 mit einer jeweiligen näherungsweise Signifikanz von 0,001. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,1% auf die Grundgesamtheit zu. Es besteht eine Korrelation zwischen *SMKIFitness* und *YO4*.

30,7 % der Studierenden, welche Videos auf YouTube angeschaut haben, in dem Essen zubereitet oder über Ernährung gesprochen wird, betreiben an keinem Tag der Woche Sport zur Stärkung der Muskeln (*Tabelle 13*). 21,4 % derer treiben an zwei Tagen, 18,8% an einem Tag und 13,2 % an drei Tagen der Woche Sport zur Stärkung der Muskeln. Der Cramers-V-Test liefert einen Wert von 0,163 und einen Kontingenzkoeffizienten C mit dem Wert von 0,225 mit einer jeweiligem näherungsweise Signifikanz von 0,012. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 1,2 % auf die Grundgesamtheit zu. Es besteht eine Korrelation zwischen *SMKI Ernährung* und *YO4*.

24,2 % der Studierenden, welche Videos mit Fitnessübungen auf YouTube angeschaut haben, machen an zwei Tagen der Woche mind. 30 Minuten Ausdauertraining, in Form von beispielsweise zügigem Gehen (*Tabelle 14*). 22,3 % derer machen an drei Tagen, 17,2 % an einem Tag und 10,6 % an vier Tagen der Woche mindestens 30 Minuten Ausdauertraining. Der Cramers-V-Test liefert hier einen Wert von 0,145 und der Kontingenzkoeffizient C einen Wert von 0,114 mit einer jeweiligen näherungsweise Signifikanz von 0,133. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 13,3 % auf die Grundgesamtheit zu. Die Werte des ausgegebenen Cramers-V-Tests und des Kontingenzkoeffizienten C sind für die Variablen *SMKIFitness* und *YO3* nicht signifikant.

25,3 % der Studierenden, welche Videos auf YouTube angeschaut haben, in dem Essen zubereitet oder über Ernährung gesprochen wird, betreiben an zwei Tagen der Woche mind. 30 Minuten Ausdauertraining (*Tabelle 15*). 21,6 % derer betreiben an drei Tagen

der Woche, 16,9 % an einem Tag und 10,2 % an vier Tagen der Woche mind. 30 Minuten Ausdauertraining. Der Cramers-V-Test liefert einen Wert von 0,146 und der Kontingenzkoeffizient C einen Wert von 0,202 mit einer jeweiligen näherungsweisen Signifikanz von 0,067. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 6,7 % auf die Grundgesamtheit zu. Die Werte des ausgegebenen Cramers-V-Tests und des Kontingenzkoeffizienten C sind für die Variablen *SMK1Ernährung* und *YOH3* nicht signifikant.

Zur Überprüfung der Hypothese (4) wird der Chi-Quadrat-basierte Cramers-V-Test durchgeführt und der Kontingenzkoeffizient C bestimmt. Der Cramers-V-Test überprüft die Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem BMI der Studierenden (*Variable BMIKategorien*) und dem Konsum von Videos auf YouTube, in denen Fitnessübungen vorgemacht werden oder Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wird, gibt. 68,2% der Studierenden, welche sich auf YouTube Videos angeschaut haben, in denen Fitnessübungen vorgemacht wurden, sind nach der Kategorisierung der WHO normalgewichtig. 22,4% der Studierenden, welche auf YouTube Fitnessübungen anschauen sind präadipös und jeweils 3,9 % sind leicht untergewichtig oder haben im ersten Grad Adipositas. Der Cramers-V-Test liefert einen Wert von 0,143 und der Kontingenzkoeffizient C einen Wert von 0,141 mit einer jeweiligen näherungsweisen Signifikanz von 0,135. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 13,5% auf die Grundgesamtheit zu. Die Werte des ausgegebenen Cramer-V-Tests und des Kontingenzkoeffizienten C sind für die Variablen *SMK1Fitness* und *BMIKategorien* nicht signifikant.

69,2% der Studierenden, welche sich auf YouTube Videos angeschaut haben, in denen Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wurde, sind nach der Kategorisierung der WHO normalgewichtig. 21,8 % der Studierenden, welche auf YouTube Videos angeschaut haben, in denen Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wurde, sind präadipös und 3,9 % haben im ersten Grad Adipositas. Der Cramers-V-Test liefert einen Wert von 0,071 und der Kontingenzkoeffizient C einen Wert von 0,100 mit einer jeweiligen näherungsweisen Signifikanz von 0,978. Die Nullhypothese trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von 97,8 % auf die Grundgesamtheit zu. Die Werte des ausgegebenen Cramers-V-Tests und des Kontingenzkoeffizienten C sind für die Variablen *SMK1Ernährung* und *BMIKategorien* nicht signifikant.

6. Diskussion

Ziel der vorliegenden Bachelorthesis war es zu untersuchen, inwieweit die Studierenden der WHZ die Videoplattform YouTube als Informationsquelle für gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Themen nutzen. Weiterhin galt es herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Studierenden und dem ermittelten Nutzungsverhalten der Videoplattform durch die Studierenden gibt.

6.1. Methodenkritik

Die empirische Datenerhebung wurde quantitativ aufgrund der hohen Grundgesamtheit der Studierenden durchgeführt. Somit kann schneller eine repräsentativere Aussage über die Grundgesamtheit getroffen werden, als bei einer qualitativen Datenerhebung (Döring & Bortz, 2016). Die Ergebnisdaten sind nur teilweise repräsentativ für die Studierenden der WHZ und können aufgrund der beschränkt validen Aussagekraft nicht auf ähnliche Untersuchungseinrichtungen übertragen werden (Döring & Bortz, 2016).

Die Kontaktaufnahme mit den Studierenden mittels CSV-Datei und LimeSurvey hat gegenüber der Kontaktaufnahme durch einen freigeschalteten Zugang für „alle.Studenten“ den Vorteil, dass die Grundgesamtheit nicht verfälscht wird. Über den freigeschalteten Zugang wären auch ehemalige Studierende und frisch exmatrikulierte Personen zu der Online-Befragung eingeladen wurden. Die Hochschul-E-Mail-Adresse wird den exmatrikulierten Studierenden noch vier Wochen nach Exmatrikulierung zur Verfügung gestellt und bei Bedarf können die Studierenden den Zugang zu ihrer E-Mail-Adresse auch verlängern. Durch die Zusammenarbeit mit dem ZKI und der zur Verfügung gestellten CSV-Datei inklusive der Liste der aktuell immatrikulierten Studierenden der WHZ konnte einer Verfälschung der Stichprobe vorgebeugt werden.

6.1.1. Aufbau des Erhebungsinstruments

Da der Online-Fragebogen durch die erstellten Kontrollfragen teilstandardisiert ist, besitzen die Ergebnisse eine beschränktere valide Aussagekraft als die Ergebnisse eines vollstandardisierten Fragebogens (Döring & Bortz, 2016).

Bei der Online-Befragung können verschiedene Messfehler in Verbindung mit den Befragten, dem Instrument und der Methode entstanden sein (Welcker & Wunsch, 2010):

- Befragteneffekte
z.B. Antwortverhalten nach sozialer Erwünschtheit, Tendenz zur Mitte oder Tendenz zur Milde/Härte (Döring & Bortz, 2016)
- Instrumenteneffekte
Fehler, welche durch den Fragebogen selbst verursacht sind, wie z.B. aus der Fragestellung, Länge des Fragebogens, Reihenfolgeeffekte der Fragen oder Gestaltung des Fragebogens
- Methodeneffekte
Im Zusammenhang mit Online-Befragungen tritt temporäre soziale Entkontextualisierung auf (einerseits geringere Beachtung der sozialen Normen bei Beantwortung der Fragen durch Teilnehmende, andererseits werden individuelle Aspekte der Befragten, wie z.B. persönliche Wertvorstellungen mehr hervorgehoben)

Bei der Übersetzung des englischsprachigen HINTS-Fragebogens in die deutsche Sprache kann es zu Übersetzungs- und Verständnisfehlern gekommen sein. Es wurde sich jedoch bei Erstellung der Kontrollfragen an dem Aufbau der übernommenen Fragen aus dem HINTS-Fragebogen orientiert. So wurden beispielsweise Fragen aus dem Themenbereich „Looking For Health Information“ des HINTS Fragebogens an den Teilbereich „Soziale Medien“ der Studierendenbefragung themenspezifisch angepasst sowie der gleiche Bewertungsmaßstab verwendet (*Fragebogen der Online-Umfrage "YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation"* z.B. Frage C3 und Frage D8). Die Kontrollfragen wurden zur Konkretisierung und Beantwortung der Fragestellungen aufgestellt. Um die Einschätzungen der eigenen Gesundheit durch die Studierenden zu überprüfen, wurden zusätzlich die Variablen BMI und wöchentlicher Kraft- oder Ausdauersport betrachtet. Der BMI ist kein absoluter Garant für die Diagnose von Adipositas, da er Personen mit hohem Anteil an Muskelmasse fälschlicherweise als übergewichtig klassifizieren würde (Leitzmann, et al., 2009). Somit wurde zur besseren Einordnung die sportliche Aktivität innerhalb einer Woche betrachtet.

Bei der Übernahme der Fragen des HINTS-Fragebogens wurden die Fragen teilweise abgeändert, da die Antwortmöglichkeiten zu spezifisch oder irrelevant sind. Bei der mehrfachen Bearbeitung der Umfrage wurden die Antwortmöglichkeiten der Fragen C1

und C5 jedoch nicht einheitlich gestaltet. Die Antwortmöglichkeiten der Frage C5 sollten ebenfalls wie bei C1 aufgelistet sein, jedoch ohne die Teilantwort „Krebsorganisation“. Das Bewertungsmaß ist bei allen Fragen von positiv zu negativ angeordnet („sehr zuversichtlich“ bis „überhaupt nicht zuversichtlich“ oder „stimme völlig zu“ bis „stimme gar nicht zu“). Bei Frage D8 ist das Bewertungsmaß jedoch von negativ zu positiv („überhaupt nicht“ zu „sehr“) angeordnet, was bei unachtsamer Beantwortung der Frage zu Fehlern führen könnte.

Der Zeitpunkt der Umfrage wurde ungünstig gewählt, da dieser innerhalb der Prüfungsvorbereitungswoche bzw. Prüfungsphase lag. Möglichweise wäre die Rücklaufquote besser, wenn die Studierenden nicht mit Prüfungsvorbereitung beschäftigt gewesen wären. Trotz der genannten Limitierungen sind die Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellungen geeignet.

6.2. Ergebnisdiskussion

Es stellte sich heraus, dass die Studierenden der WHZ zu 92,7% schon einmal nach Informationen über die Gesundheit oder medizinischen Thema gesucht haben. Zuletzt nutzten 81,1% derer dafür das Internet und auch bei einem starken Drang nach Informationen, nutzen über die Hälfte der Studierenden das Internet zuerst. Das Internet stellt somit das bevorzugte Medium bei der Informationsbeschaffung über Gesundheit bzw. medizinischen Themen dar. Trotzdem geben nur 5,3% der Studierenden an, dass sie den Informationen aus dem Internet sehr trauen. 61,9% der Studierenden trauen Informationen aus dem Internet etwas. Zu erklären wären diese Angaben damit, dass jeder Mensch im Internet Informationen bereitstellen kann und die Informationsqualität somit sehr schwankt (Quast & Tekster, 2012). Nach der Wissensluft-Hypothese zählen die Studierenden der WHZ zu den gebildeteren Mediennutzern bzw. Mediennutzerinnen, wodurch ihnen die Selektion, Interpretation und Einordnung der vorgefundenen Informationen nach Informationsqualität leichter als bildungsfernen Mediennutzern bzw. Mediennutzerinnen fallen sollte (Bonfadelli, 2018). Diese theoretische Annahme wird durch die Angaben der Studierenden unterstützt, denn 50,4% derer empfanden die vorgefundenen Informationen eher nicht als schwierig zu verstehen, 45,2% waren gar nicht frustriert bei der Suche nach den Informationen und 39,4% waren eher nicht über die Qualität der Informationen besorgt.

90% der Studierenden geben an, dass sie über ihre Gesundheit mit Familienmitgliedern und Freunden sprechen, jedoch haben 62,6% derer schon einmal lieber im Internet nach einem gesundheitsbezogenen Rat gesucht, als mit der Familie oder Freunden zu sprechen. Nach dem Uses-and-Gratications-Approach wählt der Mensch das Informationsangebot nach Befriedigung seiner Bedürfnisse aus und nutzt die Medien somit nur, wenn er es auch als besonders lohnend erachtet (Hugger, 2008). Als besonders lohnend sahen beispielsweise 34,1% der Studierenden die Nutzung des Internets an, um gegenüber der Konsultierung von Familienmitgliedern oder Freunden Zeit bei der Informationsbeschaffung zu sparen.

Mehr als die Hälfte, also 56,5% der 589 Studierenden geben an, dass sie YouTube schon einmal mit der Absicht genutzt haben, sich über ein gesundheitsbezogenes oder gesundheitsrelevantes Thema zu informieren. Allein 80% der 589 Studierenden geben an, dass sie sich schon einmal auf YouTube ein Video angeschaut haben, in dem Fitnessübungen vorgemacht wurden. Da 78,4% der Studierenden angegebenen haben, dass sie schon einmal ein Video auf YouTube angeschaut haben, in dem Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wird, haben über drei Viertel der Studierenden YouTube für den Konsum von Fitnessvideos und Ernährungsvideos genutzt. These I wird somit bestätigt. Es wird deutlich, dass es einen Unterschied zwischen der Absicht, sich auf YouTube über gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten Themen zu informieren (56,5%) und des einfachen Konsums von gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten Videos auf YouTube (z.B. 80%) gibt. Dies lässt sich möglicherweise durch den Entertainment-Education-Ansatz erklären, da das Ziel dieses Ansatzes die positive Verhaltensänderung des Mediennutzers im Unterhaltungsformat ist, ohne dabei belehrend zu wirken (Lubjuhn & Bouman, 2017). Den Studierenden ist der Status von YouTube als Informationsquelle für gesundheitsrelevante oder gesundheitsbezogene Themen gegebenenfalls nicht bewusst, da sie diese Videos möglicherweise nicht als informierend, sondern unterhaltend einordnen. Somit konsumieren sie gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Inhalte auf YouTube, aber nutzen die Videoplattform nicht vorrangig mit dieser Absicht.

Die Studierenden der verschiedenen Fakultäten der WHZ nutzen die Videoplattform YouTube mit der Absicht, sich über gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Themen zu informieren, zu unterschiedlichen Anteilen. Dies wird besonders bei den

Fakultäten mit dem höchsten und niedrigsten Anteil deutlich: Die Fakultät GPW nutzt YouTube als Informationsquelle für gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Themen mit einem Anteil der 70,8% der Studierenden und die Fakultät AKS mit einem Anteil von 28,6% der Studierenden. These II wird somit angenommen. Bei der Interpretation dieser These ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Teilnehmenden je Fakultät unterschiedlich ist und prozentual hochgerechnet wird (Tabelle 3).

Bei der Überprüfung der Hypothese (1) durch den Cramers-V-Test, ergab sich ein Wert von 0,316 und einen näherungsweise Signifikanzwert von 0,000. Somit existiert eine Wahrscheinlichkeit von 0%, dass das Ergebnis auch dann per Zufall entstanden ist, wenn in Wirklichkeit die Nullhypothese für Hypothese (1) gilt. Der Wert des Cramers-V-Tests zeigt, dass es einen mittelstarken Zusammenhang zwischen der Nutzung von YouTube als Informationsquelle für gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Themen und der Nachahmung von etwas Gesundheitsbezogenem oder Gesundheitsrelevantem aus einem YouTube Video gibt. Hypothese (1) wird somit bestätigt. Ein möglicher Grund hierfür wäre das Vertrauen der Studierenden gegenüber den kommunizierten Inhalten der YouTuberin bzw. des YouTubers, wenn diese besonders kompetent und glaubwürdig erscheinen (Döring, 2018). Den kommunizierten Inhalten von YouTubern bzw. YouTuberinnen, welche Fitnessübungen hochladen und körperliche Erfolge aufweisen, würden beispielsweise 51,6% der Studierenden etwas vertrauen.

Bei der Überprüfung der Hypothese (2) durch den Kendall-Tau-c-Test und den Somers-d-Test ergaben sich die Werte 0,380 bei Kendall-Tau-c und 0,484 bei Somers-d mit einem jeweiligen näherungsweise Signifikanzwert von 0,000. Somit besteht für die Grundgesamtheit eine 0%-ige Wahrscheinlichkeit, dass keinen Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Fähigkeit, sich gut um seine Gesundheit kümmern zu können, gibt. Es besteht eine positive Korrelation zwischen den beiden Variablen, was bedeutet, dass niedrige Werte auf einer Variable tendenziell auch niedrige auf der anderen Variablen nach sich ziehen und hohe Werte auf der ersten, hohe auf der zweiten Variable (Janssen & Laatz, 2017). Somit wird Hypothese (2) bestätigt. Dieser Zusammenhang erschließt sich logisch und auch faktisch (Techniker Krankenkasse, 2018), da das Potenzial für eine bessere Gesundheit bei erhöhtem Gesundheitswissen

inklusive des Faktenwissens zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung deutlich höher ist (Kolpatzik, 2019).

Bei der Überprüfung der Hypothese (3) durch den Cramers-V-Test und Kontingenzkoeffizienten C stellte sich heraus, dass es jeweils einen Zusammenhang mit kleiner Effektstärke bei der Häufigkeit der Tage in der Woche, an denen Kraftsport betrieben wurde und dem Konsum von YouTube Videos, in denen Fitnessübungen vorgemacht wurden oder Videos, in denen Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wurde, existiert. Diese Ergebnisse sind signifikant für die Grundgesamtheit. Dementsprechend hat der Konsum von Videos, in denen Fitnessübungen vorgemacht oder Essen gekocht bzw. über Ernährung gesprochen wird nur einen kleinen Effekt auf die Anzahl der Tage, an denen Sport zur Stärkung der Muskeln betrieben wird. Die Ergebnisse des Cramers-V-Tests und Kontingenzkoeffizienten C für die Anzahl der Tage in der Woche, an denen mind. 30 Minuten Ausdauersport betrieben wurde und der Konsum von YouTube Videos, in denen Fitnessübungen vorgemacht oder Essen gekocht bzw. über Ernährung gesprochen wird, sind nicht signifikant für die Grundgesamtheit. Dementsprechend steht der Konsum dieser Videos in keinen Zusammenhang mit der Anzahl der Tage einer Woche, an denen für mind. 30 Minuten Ausdauersport betrieben wird. Die Hypothese (3) wird somit für die Häufigkeit der Tage, an denen Kraftsport betrieben wird, angenommen und für die Häufigkeit der Tage, an denen Ausdauersport betrieben wird, abgelehnt.

Bei der Überprüfung der Hypothese (4) durch den Cramers-V-Test und Kontingenzkoeffizienten C stellte sich heraus, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Höhe des BMIs der Studierenden und des Konsums von YouTube Videos in denen Fitnessübungen vorgemacht wurden oder Videos, in denen Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wurde, gibt. Besonders auffällig ist der näherungsweise Signifikanzwert für die Variablen BMI und Konsum von Videos, in denen Essen zubereitet bzw. über Ernährung gesprochen wurde. Dieser liegt bei 0,978. Hier wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 97,8% bestätigt, dass es keinen Zusammenhang gibt. Der BMI der Studierenden wird somit nicht durch den Konsum von YouTube Videos, in denen Essen zubereitet oder über Ernährung gesprochen wird, beeinflusst. Hypothese (4) wird abgelehnt.

7. Fazit

Mit Hilfe der Ergebnisse der Online-Befragung der Studierenden der WHZ zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“ konnten beide Forschungsfragen der zugrunde liegenden Arbeit beantwortet werden. Es wurde belegt, dass die Videoplattform YouTube von den meisten Studierenden als Informationsquelle für gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Themen genutzt wird. Es werden diverse gesundheitsbezogene und gesundheitsrelevante Videos konsumiert, in denen potenziell gesundheitsförderliche oder gesundheitsschädigende Inhalte kommuniziert werden. Es scheint jedoch einen Unterschied zwischen den Studierenden zu geben, welche YouTube mit der Absicht, sich zu einem gesundheitsbezogenen bzw. gesundheitsrelevanten Thema zu informieren nutzen und denen, die diese Videos einfach konsumiert haben, ohne sich absichtlich informieren zu wollen. Die meisten Studierenden, die sich absichtlich auf YouTube über ein Gesundheitsthema informiert haben, haben auch schon einmal etwas Gesundheitsbezogenes oder Gesundheitsrelevantes aus einem Video nachgemacht. Anhand der Ergebnisse wurde festgestellt, dass es überwiegend keinen Zusammenhang zwischen der Nutzung von gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten YouTube Videos und dem Gesundheitszustand der Studierenden gibt. Es ließ sich kein statistischer Zusammenhang zwischen dem BMI der Studierenden bzw. der Anzahl der Tage, an denen Ausdauertraining betrieben wurde und dem Konsum von gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten YouTube Videos feststellen. Ein Zusammenhang mit kleiner Effektstärke zwischen der Anzahl der Tage, an denen innerhalb einer Woche Krafttraining betrieben wurde und dem Konsum von gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten YouTube Videos konnte festgestellt werden. Um eine Vorhersage zur zukünftigen Nutzung von YouTube als Medium der Gesundheitskommunikation durch die Studierenden treffen zu können, wäre eine Längsschnittstudie zu empfehlen, da die hier durchgeführte Studie nur eine Momentaufnahme darstellt. Um die Gründe für die Art der Nutzung von gesundheitsbezogenen oder gesundheitsrelevanten YouTube Videos statistisch belegen zu können, wird empfohlen, die Wirkung der Videos auf die Rezipienten und Rezipientinnen zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

- Alexa Internet, I. (23. Mai 2019). *The top 500 sites on the web, global*. Abgerufen am 23. Mai 2019 von Alexa Internet, Inc: <https://www.alexa.com/topsites/global;0>
- Bandura, A. (Februar 2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, S. 1-26.
- Bärtel, M. (10. Januar 2018). YouTube channels, uploads and views: A statistical analysis of the past 10 years. *Convergence: The International Journal of Research into New Media Technologies*, S. 16-32.
- Baumann, E., & Hurrelmann, K. (2014). Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In K. Hurrelmann, & E. Baumann, *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 8-18). Bern: Verlag Hans Huber.
- Beck, K. (2010). Soziologie der Online-Kommunikation. In W. Schweiger, K. Beck, M. Emmer, J. Wolling, C. Neuberger, T. Quandt, . . . F. Krotz, *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 15-35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beisswenger, A. (2010). Audiovisuelle Kommunikation in der globalen Netzwerkgesellschaft. In A. B. [Hrsg.], *YouTube und seine Kinder: Wie Online-Video, Web TV und Social Media die Kommunikation von Marken, Medien und Menschen revolutionieren* (S. 13-34). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bonfadelli, H. (2018). Soziale Ungleichheit: Nutzen und Wirkung von Gesundheitsinformationen im Internet. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 87-105). Bremen: APPOLLON University Press.
- Bouman, M. (13. Juni 2014). *SOUND: The design of an Entertainment-Education internet series about love, ambition and decibels*. Von Media Gezondheid: http://www.media-gezondheid.nl/beheer/data/cm.g.desh26.nl/uploads/Publicaties_en_downloads/Bouman_Sound_Internetseries_13_juni_2014.pdf abgerufen
- Bundesministerium für Gesundheit. (8. Juli 2019). *Leichte Sprache*. Von Bundesministerium für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ministerium-in-leichter-sprache.html> abgerufen
- Burzan, N. (2005). *Quantitative Methoden der Kulturwissenschaften*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Chang, L., & Krosnick, R. (2010). Comparing Oral Interviewing with Self-administered Computerized Questionnaires: An Experiment. *Public Opinion Quarterly*, S. 154–167.

- Chen, C.-P. (2016). Forming digital self and parasocial relationships on YouTube. *Journal of Consumer Culture*, S. 232–254.
- Dijk, J. v. (2013). Digitale Spaltung und digitale Kompetenzen. In A. Schüller-Zwierlein, & N. Zillien, *Informationsgerechtigkeit: Theorie und Praxis der gesellschaftlichen Informationsversorgung* (S. 108-133). Berlin: De Gruyter.
- Döring, N. (2010). Sozialkontakte online: Identität, Beziehungen, Gemeinschaften. In W. Schweiger, K. Beck, M. Emmer, J. Wolling, C. Neuberger, T. Quandt, . . . F. Krotz, *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 159-183). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Döring, N. (2014). Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In K. Hurrelmann, & E. Baumann, *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 286-305). Bern: Verlag Hans Huber.
- Döring, N. (2018). Gesundheitskommunikation auf YouTube: Aktueller Forschungsstand. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 223-244). Bremen: APPOLLON University Press.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer-Verlag Berlin-Heidelberg.
- Duffy, B. K., & Jackson, L. D. (1998). *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. Westport: Greenwood Press.
- Faselt, F., & Hoffmann, S. (2010). Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns. In S. Hoffmann, & S. Müller, *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (S. 89-98). Bern: Verlag Hans Huber.
- Faselt, F., Hoffmann, S., & Hoffmann, S. (2010). Theorien des Gesundheitsverhaltens. In S. Hoffmann, & S. Müller, *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (S. 15-34). Bern: Verlag Hans Huber.
- Feierabend, S., Rathgeb, T., & Reutter, T. (August 2019). *JIM Studie 2018*. Von Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2018/Studie/JIM_2018_Gesamt.pdf abgerufen
- Fraas, C., Meier, S., & Pentzold, C. (2012). *Online-Kommunikation: Grundlagen, Praxisfelder und Methoden*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Frees, B., & Koch, W. (September 2018). ARD/ZDF-Onlinestudie 2018: Zuwachs bei medialer nternetnutzung und Kommunikation. *Media und Perspektiven*, S. 398-413.
- Fromm, B., Baumann, E., & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Google Ireland Limited. (Juni 2019). *YouTube Presseinhalte*. Von YouTube: <https://www.youtube.com/intl/de/yt/about/press/> abgerufen
- Hargitti, E., & Hsieh, Y. (2013). Digital Inequality. In W. Dutton, *The Oxford Handbook of Internet Studies* (S. 129-150). Oxford: Oxford University Press.
- Hartmann, M., & Krotz, F. (2010). Online-Kommunikation als Kultur. In W. Schweiger, K. Beck, M. Emmer, J. Wolling, C. Neuberger, T. Quandt, . . . F. Krotz, *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 234-256). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoffmann, S., & Müller, S. (2010). *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hugger, K.-U. (2008). Uses-and-Gratification-Approach und Nutzenansatz. In U. Sander, F. v. Gross, & K.-U. Hugger, *Handbuch Medienpädagogik* (S. 173-178). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K., & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation - eine Einführung. In K. Hurrelmann, & A. Leppin, *Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 9-21). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Janssen, J., & Laatz, W. (2017). *Statistische Datenanalyse mit SPSS*. Hamburg: Springer Gabler Verlag.
- Kimmerle, J. (8. Juli 2019). *Wissenskluft-Hypothese*. Von Dorsch – Lexikon der Psychologie: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/wissenskluft-hypothese/> abgerufen
- Kolpatzik, K. (2019). *Gesundheitskompetenz im Fokus: Das Praxishandbuch*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Lampert, C., & Voß, M. (2018). Möglichkeiten und Grenzen digitaler Gesundheitsangebote im Unterhaltungsformat. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 211- 222). Bremen: APPOLLON University Press.
- Langford, A., & Loeb, S. (17. Mai 2019). Perceived Patient-Provider Communication Quality and Sociodemographic Factors Associated With Watching Health-Related Videos on YouTube: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of Medical Internet Research*.
- Latzer, M., & Just, N., Metreveli, S., & Saurwein, F. (2011). *Internetverbreitung und digitale Bruchlinien in der Schweiz - Themenbericht aus dem World Internet Project – Switzerland 2011*. Zürich: Universität Zürich.

- Leitzmann, C., Müller, C., Michel, P., Brehme, U., Triebel, T., Hahn, A., & Laube, H. (2009). *Ernährung in Prävention*. Stuttgart: Hippokrates Verlage.
- Liu, M., Cardenas, V., Zhu, Y., & Enguidanos, S. (2. Juli 2019). Youtube Videos as a Source of Palliative Care Education: A Review. *Journal of Palliative Medicine*.
- Lohmann, H. (2018). Vorfahrt für die Patienten. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 11-14). Bremen: APOLLON University Press.
- Lubjuhn, S., & Bouman, M. (2017). Die Entertainment-Education-Strategie zur Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis. In C. Rossmann, & M. R. Hastall, *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (November 2016). *JIM-Studie 2016*. Von Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2016/JIM_Studie_2016.pdf abgerufen
- Meinel, C., & Sack, H. (2009). *Digitale Kommunikation: Vernetzen, Multimedia; Sicherheit*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Micheel, H.-G. (2010). *Quantitative empirische Sozialforschung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mielau, M., & Schmiegelow, A. (2010). Markenführung in sozialen Medien - Neue Wege zum Konsumentenherz. In A. Beisswenger, *YouTube und seine Kinder: Wie Online-Video, Web TV und Social Media die Kommunikation von marken, Medien und Menschen revolutionieren* (S. 105-120). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Paige, S. R., Krieger, J. L., & Stellefson, M. L. (Januar 2017). The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources. *Journal of Health Communication*, S. 53-65.
- Paul-Erich-Institut. (8. Juli 2019). *Leichte Sprache*. Von Paul-Erich-Institut: <https://www.pei.de/DE/infos/leichte-sprache/leichte-sprache-node.html> abgerufen
- Public Use Dataset*. (Mai 2018). Von Health Information National Trends Survey: <https://hints.cancer.gov/data/download-data.aspx> abgerufen
- PubMed National Center for Biotechnology Information. (9. Juli 2019). *"YouTube"*. Von PubMed National Center for Biotechnology Information U.S. National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%22YouTube%22> abgerufen

- Pundt, J., & Scherenberg, V. (2018). Einleitung. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 19-28). Bremen: APOLLON University Press.
- Quast, C., & Tekster, T. (Oktober 2012). *Im Blickpunkt: Informationsqualität im Internet*. Von Grimme Institut - Gesellschaft für Medien, Bildung und Kultur mbH: <https://imblickpunkt.grimme-institut.de/wp/wp-content/uploads/2014/12/IB-Informationqualitaet-im-Internet.pdf> abgerufen
- Reifegerste, D., & Baumann, E. (2018). Suche von Gesundheitsinformationen im Internet. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 45-59). Bremen: APOLLON University Press.
- Robert Koch Institut. (8. Juli 2019). *Leichte Sprache*. Von Robert Koch Institut: <https://www.rki.de/DE/Service/Leichte-Sprache/leichtesprache-node.html> abgerufen
- Rogers, E. M. (1. Dezember 2001). The Digital Divide. *SAGE Journals*, S. 96-111.
- Romer, D., Jamieson, P. E., Jamieson, K. H., Jones, C., & Sherr, S. (April 2017). Counteracting the Influence of Peer Smoking on YouTube. *Journal of Health Communication*, S. 227-345.
- Rossmann, C., & Karnowski, V. (2014). eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In K. Hurrelmann, & E. Baumann, *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 271-285). Bern : Verlag Hans Huber.
- Rossmann, C., Hastall, M. R., & Baumann, E. (2014). Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann, & E. Baumann, *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 81-94). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rubin, A. M. (2000). Die Uses-And-Gratifications-Perspektive der Medienwirkung. In A. Schorr, *Publikums- und Wirkungsforschung* (S. 137-152). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Sardi, L., Idri, A., & Fernández-Alemán, J. L. (2017). A systematic review of gaming in e-Health. *Journal of Biomedical Informatics*, S. 31-48.
- Scherer, C., & Schäfer, S. (2017). Die Bedeutung der sozial-kognitiven Theorie für die Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann, & M. R. Hastall, *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Schipperges, H. (1984). *Die Vernunft des Leibes: Gesundheit und Krankheit im Wandel*. Köln: Styria.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2013). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

- Schneller, D. J. (7. Juli 2016). *Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse*. Abgerufen am 22. Mai 2019 von Institut für Demoskopie Allensbach: https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/AWA/AWA_Praesentationen/2016/AWA_2016_Schneller_Medien.pdf
- Scholl, A. (2009). *Die Befragung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Schorr, A. (2014). Gesundheitskommunikation: Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven. In A. S. [Hrsg.], *Gesundheitskommunikation- Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 13-26). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schulz, P. J., & Hartung, U. (13. September 2010). Health Communication Research in Europe: An Emerging Field. *Health Communication*, S. 548–551.
- Shin, Y., Miller-Day, M., Hecht, M. L., & Krieger, J. L. (Juli 2018). Entertainment–Education Videos as a Persuasive Tool in the Substance Use Prevention Intervention “keepin’ it REAL”. *Health Communication*, S. 896–906.
- Singhal, A., & Rogers, E. (1999). *Entertainment-Education. A Communication Strategy for Social Change*. Mahwah/New Jersey/ London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stehr, P., & Rossmann, C. (2018). Darstellung, Nutzung und Wirkung gesundheitsbezogener Inhalte in digitalen Medien. In V. Scherenberg, & J. Pundt, *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 29-44). Bremen: APPOLLON University Press.
- Steins, G. (2007). *Sozialpsychologie des Körpers- Wie wir unseren Körper erleben*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Stroebe, D. R. (1991). *Kommunikation I: Grundlagen - Gerüchte - Schriftliche Kommunikation*. Heidelberg: Sauer-Verlag GmbH.
- Techniker Krankenkasse. (23. März 2018). *Gesundheitsmanagement für Studierende: Konzept und Praxis*. Von Deutsche Universitätszeitung: <https://www.duz-special.de/media/baf43cd48414beeb49d9c0f10c201bffd160028/ab3feab32571e2a8216fbdc3cde30bb6b2d9c089.pdf> abgerufen
- Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., & Alber, J. (17. März 2015). eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults. *Journal of Medical Internet Research*, S. 1-16. Von <https://www.jmir.org/2015/3/e70/pdf> abgerufen
- Tichenor, P., Donhue, G., & Olien, C. (1970). Mass Media Flow and Differential Growth in Knowledge. *Public Opinion Quarterly*, S. 159-170.
- U.S. Department of Health and Human Services. (25. Juli 2019). *About HINTS*. Von Health Information National Trends Survey: <https://hints.cancer.gov/about-hints/learn-more-about-hints.aspx> abgerufen

- Welcker, M., & Wunsch, C. (2010). Methoden der Online-Forschung. In W. Schweiger, & K. Beck, *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 487-517). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. (13. März 2013). *Medienzentrum*. Von Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa: <http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2013/03/new-who-report-reveals-unequal-improvements-in-health-in-europe-and-calls-for-measurement-of-well-being-as-marker-of-progress> abgerufen
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. (Juni 2019). *Organisation*. Von Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa: <http://www.euro.who.int/de/about-us/organization> abgerufen
- Westfälische Hochschule Zwickau. (22. Juli 2019). *Fakultäten*. Von Westfälische Hochschule Zwickau - University of Applied Sciences: <https://www.fh-zwickau.de/fakultaeten/> abgerufen
- Westfälische Hochschule Zwickau. (21. Juli 2019). *Profil Westfälische Hochschule Zwickau*. Von Westfälische Hochschule Zwickau University of Applied Sciences: <https://www.fh-zwickau.de/hochschule/profil/> abgerufen
- Westfälische Hochschule Zwickau. (25. Juli 2019). *Zentrum für Kommunikationstechnik und Informationsverarbeitung (ZKI)*. Von Westfälische Hochschule Zwickau University of Applied Sciences: <https://www.fh-zwickau.de/zki/startseite/> abgerufen
- Wirtz, M. A., Stromer, J., Bodenmann, P. D., Jäncke, P. D., Petermann, P. D., & Schütz, P. D. (2017). *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe Verlag.
- World Health Organization. (2019). *Body mass index - BMI*. Von World Health Organization - Regional office of Europe : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> abgerufen
- Xiao, M., Wang, R., & Chan-Olmsted, S. (30. July 2018). Factors affecting YouTube influencer marketing credibility: a heuristic-systematic model. *Journal of Media Business Studies*, S. 188-213.
- Yiannakoulis, N., Slavik, C. E., & Chase, M. (9. März 2019). Expressions of pro- and anti-vaccine sentiment on YouTube. *Vaccine*(37), S. 2057–2064. Abgerufen am Mai 2019 von <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.001>

Anhang

1. Fragebogen der Online-Umfrage „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation“



Liebe Studierende,

diese Umfrage ist Teil meiner Bachelorarbeit zum Thema Gesundheitskommunikation über das Medium YouTube. Ich würde mich freuen, wenn ihr euch 10 Minuten Zeit nehmt um an der Umfrage teilzunehmen. Unter allen Teilnehmenden wird ein Mensa-Gutschein in Höhe von 10€ verlost.

Diese Umfrage ist selbstverständlich anonym. Die Daten dienen allein dem Untersuchungszweck der Bachelorarbeit und werden anschließend vernichtet.

Viel Spaß!

Teil A: Allgemeine Angaben

A1. Welchem Geschlecht fühlst du dich zugehörig?

- Weiblich
- Männlich
- Divers
- Keine Angabe



A2. Wie alt bist du?

- Unter 18 Jahren
- 18 - 21 Jahre
- 22 - 25 Jahre
- 26 - 29 Jahre
- 30 - 33 Jahre
- älter als 34 Jahre
- Keine Angabe

A3. Welcher Fakultät gehörst du an?

- Angewandte Kunst Schneeberg
- Angewandte Sprachen und Interkulturelle Kommunikation
- Automobil- und Maschinenbau
- Kraftfahrzeugtechnik
- Elektrotechnik
- Gesundheits- und Pflegewissenschaften
- Physikalische Technik/Informatik
- Wirtschaftswissenschaften
- Keine Angabe

Teil B: Informationssuche Gesundheitsthemen

B1. Hast du jemals aus irgendeiner Quelle nach Informationen über Gesundheit oder medizinische Themen gesucht?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe



Teil C: Informationssuche Gesundheitsthemen

Gesundheitskommunikation umfasst weitaus mehr, als man zuerst glaubt. Einerseits gibt es die Kommunikation über Gesundheit und Krankheit (z.B. Indikation, Symptome, Therapien, Prävention) und andererseits gibt es die Kommunikation, welche relevant für die Gesundheit ist bzw. diese direkt oder indirekt beeinflussen kann (z.B. akzeptierte Trinkkultur, Mutproben, Schönheitsideale, Veganismus). Wenn diese Inhalte kommuniziert werden, spricht man von Gesundheitskommunikation. (Baumann E., Hurrelmann K., 2014).

C1. Wo hast du das letzte Mal bei der Suche nach Informationen zu medizinischen oder gesundheitlichen Themen zuerst gesucht?

- Bücher
- Broschüren, Faltblätter etc.
- Familie
- Freunde
- Arzt oder Gesundheitsdienstleister
- Internet
- Keine Angabe

C2. Welche Internetseite(n) nutzt du, um Informationen zu medizinischen oder Gesundheitsthemen zu erhalten?

- Blogs
- Wikipedia
- Nachrichtenportale
- Seiten von Krankenkassen
- Ratgebercommunities
- Info Angebote von Ärzten oder Apothekern
- Staatliche Gesundheitsbehörden
- Facebook
- Instagram
- YouTube
- Twitter
- Keine Angabe



Sonstiges



Sonstiges

C3. Inwieweit stimmst du, basierend auf den Ergebnissen deiner letzten Suche nach Informationen zu medizinischen oder Gesundheitsthemen, den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	keine Angabe
Es hat viel Mühe gekostet, die benötigten Informationen zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war frustriert, als ich nach Informationen gesucht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war über die Qualität der Information besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gefundenen Informationen waren schwierig zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C4. Inwieweit würdest du Informationen zu medizinischen oder Gesundheitsthemen aus den folgenden Bereichen vertrauen?

	sehr	etwas	wenig	überhaupt t nicht	keine Angabe
Arzt	<input type="checkbox"/>				
Freunden oder Familie	<input type="checkbox"/>				
Zeitungen oder Magazinen	<input type="checkbox"/>				
Radio	<input type="checkbox"/>				
Internet	<input type="checkbox"/>				
Fernsehen	<input type="checkbox"/>				
Staatliche Gesundheitsbehörden	<input type="checkbox"/>				
Wohltätigkeitsorganisationen	<input type="checkbox"/>				
Religiöse Organisationen	<input type="checkbox"/>				



C5. Stell dir vor, du hättest ein starkes Bedürfnis nach Informationen zu medizinischen oder gesundheitlichen Themen. Wo würdest du zuerst suchen?

- Bücher
- Broschüren, Faltblätter etc.
- Krebsorganisationen
- Familie
- Freunde
- Arzt oder Gesundheitsdienstleister
- Internet
- Bibliothek
- Magazine
- Zeitungen
- Alternative/ unkonventionelle Ärzte
- Keine Angabe
- Sonstiges

Sonstiges

C6. Hast du Freunde oder Familienmitglieder, mit denen du über deine Gesundheit sprichst?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe



C7. Hast du schon einmal nach einem gesundheitsbezogenen Rat im Internet gesucht, weil du nicht mit Freunden oder Familienmitgliedern sprechen wolltest?

Ja

Nein

Keine Angabe

C8. Wieso wolltest du lieber im Internet nach Informationen zu einem gesundheitsbezogenem Thema suchen, anstatt deine Freunde oder Familie zu fragen?

Vertrauen zu Freunden/ Familie hat in diesem Fall gefehlt

Ich dachte, sie wissen es nicht

Geringerer Zeitaufwand

Keine Angabe

Sonstiges

Sonstiges



Teil D: Soziale Medien

Gesundheitskommunikation umfasst weitaus mehr, als man zuerst glaubt. Einerseits gibt es die Kommunikation über Gesundheit und Krankheit (z.B. Indikation, Symptome, Therapien, Prävention) und andererseits gibt es die Kommunikation, welche relevant für die Gesundheit ist bzw. diese direkt oder indirekt beeinflussen kann (z.B. akzeptierte Trinkkultur, Mutproben, Schönheitsideale, Veganismus). Wenn diese Inhalte kommuniziert werden, spricht man von Gesundheitskommunikation. (Baumann E., Hurrelmann K., 2014).

D1. Hast du in den letzten 12 Monaten das Internet aus einem der folgenden Gründe genutzt?

	Ja	Nein	Keine Angabe
Um eine soziale Netzwerkseite wie Facebook oder Instagram zu besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Gesundheitsinformationen auf Social-Networking-Sites zu teilen, wie z.B. Facebook oder Instagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Online-Tagebuch oder Blog zu schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um an einem Online-Forum oder einer Selbsthilfegruppe für Personen mit ähnlichen gesundheitlichen oder medizinischen Problemen teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um gesundheitsbezogene YouTube-Videos zu schauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. Bist du schon einmal auf die Videoplattform YouTube gegangen mit der Absicht, dich über ein gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes Thema zu informieren?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>



D3. Hast du dir schon einmal ein YouTube-Video angeschaut, indem...

	Ja	Nein	Keine Angabe
Fitnessübungen vorgemacht wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen zubereitet/über Ernährung gesprochen wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeprodukte für den Körper und/oder deren Anwendung vorgestellt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Verwendung/Anwendung medizinischer Produkte gesprochen wurde (z.B. Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen dargestellt wurden (z.B. Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikante Verhaltensweisen dargestellt wurden (z.B. Mutproben, Extremsport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4. Hast du schon einmal mit Freunden, Bekannten oder Familienmitgliedern gesundheitsbezogene/gesundheitsrelevante YouTube-Videos geschaut?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

D5. Verfolgst du die Aktivität eines YouTubers, welcher regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Videos mit Gesundheitsbezug hochlädt?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

D6. Hast du schon einmal etwas gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?

(z.B. Rezept nachgekocht, Tutorials, Fitnessübungen, Anwendung Pflegeprodukte)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>



D7. Was hast gesundheitsbezogenes/gesundheitsrelevantes aus einem YouTube-Video nachgemacht?

- Rezept nachgekocht
- Tutorials
- Fitnessübungen
- Anwendung Pflegeprodukte
- Mutproben/ Challenges
- Trinkspiele
- Sonstiges

Sonstiges

D8. Inwieweit würdest du Informationen zu medizinischen oder Gesundheitsthemen von folgenden Kommunikatoren trauen?

- | | überhaupt
t nicht | wenig | etwas | sehr | keine
Angabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| YouTuber, welche Fitnessvideos hochladen und körperliche Erfolge aufweisen | <input type="checkbox"/> |
| YouTuber, welche eine Ausbildung im Gesundheitswesen absolviert haben | <input type="checkbox"/> |
| YouTuber, welche persönliche Erfahrungen kommunizieren | <input type="checkbox"/> |

Teil E: Eigene Gesundheit

E1. Würdest du allgemein sagen deine Gesundheit ist...

- ausgezeichnet
- sehr gut
- mittelmäßig
- weniger gut
- schlecht
- keine Angabe



E2. Wie sicher bist du insgesamt in Bezug auf deine Fähigkeit, dich gut um deine Gesundheit zu kümmern?

völlig zuversichtlich

sehr zuversichtlich

etwas zuversichtlich

ein bisschen zuversichtlich

überhaupt nicht zuversichtlich

keine Angabe

E3. Wie viele Tage treibst du in einer typischen Woche mindestens 30 Minuten mäßig intensiv Sport (z. B. zügiges Gehen, regelmäßiges Radfahren und regelmäßiges Schwimmen)?

an keinen

1 Tag pro Woche

2 Tage pro Woche

3 Tage pro Woche

4 Tage pro Woche

5 Tage pro Woche

6 Tage pro Woche

7 Tage pro Woche

Keine Angabe





E4. An wie vielen Tagen betreibst du innerhalb einer typischen Woche körperliche Aktivitäten, um deine Muskeln zu stärken (wie z. B. Gewichtheben oder Zirkeltraining oder schwimmen)?

- an keinen Tagen
- 1 Tag pro Woche
- 2 Tage pro Woche
- 3 Tage pro Woche
- 4 Tage pro Woche
- 5 Tage pro Woche
- 6 Tage pro Woche
- 7 Tage pro Woche
- Keine Angabe

E5. Wie viel wiegst du? (Angabe in Kilogramm)

Wenn du keine Angabe zu deinem Gewicht machen möchtest, trage bitte eine 0 ein

E6. Wie groß bist du? (Angabe in Zentimeter)

Wenn du keine Angabe zu deiner Körpergröße machen möchtest, trage bitte eine 0 ein

Teil F: Verlosung und Anmerkungen

F1. Wenn du noch etwas hinzufügen möchtest, kannst du das gerne an dieser Stelle machen.

Ich freue mich über deine Rückmeldung!



F2. Wenn du an der Verlosung des Gutscheins teilnehmen möchtest,
hinterlege eine E-Mail-Adresse.

Vielen Dank für deine Teilnahme!



2. Datensicherheitserklärung

Datenschutzhinweise zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DSGVO

1. Wer ist für die Datenerhebung und –Verarbeitung verantwortlich?

Westsächsische Hochschule Zwickau
vertreten durch den Rektor
Dr.-Friedrichs-Ring 2a
08056 Zwickau
Telefon: 0375 536 0
Telefax: 0375 536 1127
Internet: www.fh-zwickau.de
E-Mail: rektor@fh-zwickau.de

2. Wer ist der Datenschutzbeauftragte der Westsächsischen Hochschule Zwickau?

Herr Dr. Peter Mietke
Dr.-Friedrichs-Ring 2a
08056 Zwickau
Telefon: 0375 536 1180
Telefax: 0375 536 1632
E-Mail: peter.mietke@fh-zwickau.de

3. Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet?

Ihre personenbezogenen Daten werden nach den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes und allen weiteren relevanten Datenschutzvorschriften genutzt. Daten werden nur nach Einwilligung und im Rahmen der freiwilligen Umfrage zum Zwecke der Anfertigung einer Abschlussarbeit zur Erlangung eines Bachelorgrades erhoben. Die Datenverarbeitung erfolgt anonymisiert und nach Einwilligung.

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Ihre personenbezogenen Daten liegen Personen und Stellen (ZKI) vor, die innerhalb der WHZ mit der konkreten Aufgabe betraut sind. Die Durchführung der Umfrage erfolgt über LimeSurvey und obliegt allein der Umfragedurchführenden laut Einwilligungserklärung. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte und die Nutzung ist ausschließlich zweckgebunden.

5. Welche Daten werden erhoben und wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Es werden nur von Ihnen selbst angegebene Daten bezüglich Ihres Informationssuchverhaltens, Nutzung der Videoplattform YouTube und Einschätzung Ihrer Gesundheit erhoben.

Ihre personenbezogenen Daten werden über LimeSurvey pseudonymisiert verarbeitet und nur solange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der Durchführung der Umfrage für die Anfertigung der Bachelorarbeit erforderlich ist. Sind die Daten für die Erfüllung der konkreten Abschlussarbeit nicht mehr erforderlich, werden diese gelöscht, es sei denn, deren – befristete – Weiterverarbeitung ist erforderlich zu folgenden Zwecken:

- Erfüllung prüfungsrechtlicher Aufbewahrungspflichten bzw. Dokumentation.
- Erhaltung von Beweismitteln im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften. Nach §§ 195 ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) können diese Verjährungsfristen bis zu 30 Jahre betragen, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre beträgt.

6. Welche Rechte können Sie als Betroffener geltend machen?

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Darüber hinaus stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über Sie betreffende personenbezogene Daten (Artikel 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten (Artikel 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung personenbezogener Daten (Artikel 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten (Artikel 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO)

Bitte wenden Sie sich hierzu an den Verantwortlichen gem. Nr. 2.

Sie haben nach Artikel 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Aufsichtsbehörde ist:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Devrientstraße 5
01067 Dresden

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz für eine Umfrage zum Thema „YouTube als Medium von Gesundheitskommunikation – Eine Befragung der Studierenden an der Westsächsischen Hochschule Zwickau“

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen Fragen zum Thema Informationsbeschaffungsverhalten zu Gesundheitsthemen, konkrete Nutzung der Videoplattform YouTube als Informationsquelle und der eigenen Gesundheit gestellt. Ziel der Umfrage ist es, das Nutzverhalten von YouTube als Informationsquelle für Gesundheitsthemen durch die Studierenden der Westsächsischen Hochschule zu bewerten.

Die Umfrage und deren Auswertung dienen allein dem Zwecke der Anfertigung einer Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Bachelors, ausschließlich hierfür erfolgt die Nutzung der Daten. Die Umfrage umfasst auch Gesundheitsdaten und mithin eine besondere Kategorie personenbezogener Daten.

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Um eine nachträgliche Zuordnung von Antworten zu Personen zu verhindern, erfolgt eine Anonymisierung.

Eine Registrierung ist für die Teilnahme nicht erforderlich.

Auch bei einer Umfrage haben Sie gemäß Datenschutz gegenüber dem Informationsträger das Recht auf Auskunft sowie Löschung Ihrer personenbezogenen Daten entsprechend der Datenschutzhinweise.

Sie können diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werden Ihre Daten gelöscht und unzugänglich aufbewahrt.

Diese Umfrage wird durch Frau Annemarie Pleße, Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Matrikelnummer 36937, ausgewertet, ohne dass die gesamten Fragebögen angezeigt werden können. Bei der Auswertung sind lediglich die Ergebnisse der Umfrage anonym als Datensatz ohne nachvollziehbaren Bezug zu einer Person verfügbar.

3. HINTS Fragebogen Teilbereiche

Tabelle 10: Teilbereiche HINTS Fragebogen (Public Use Dataset, 2018)

Name Teilbereich	Anzahl Fragen
A: Looking for Health Information	9
B: Using the Internet to find Information	11
C: Your Health Care	7
D: Medical Records	16
E: Caregiving	3
F: Medical Research	3
G: Your Overall Health	10
H: Health and Nutrition	5
I: Physical Activity, Excerise, and UV Exposure	6
J: Tobacco Products	10
K: Screening for Cancer	4
L: HPV Awareness	9
M: Your Cancer History	12
N: Beliefs About Cancer	5
O: You and Your Houshold	21

4. Nutzung von YouTube als Informationsquelle nach Fakultäten

Tabelle 11: Nutzung von YouTube als Informationsquelle nach Fakultäten

Kreuztabelle			Welcher Fakultät gehörst du an?								Gesamtsumme	
			AKS	ASIK	AMB	KFT	ET	GPW	PTI	WIFI		Keine Angabe
SMK 0	Ja	Anzahl	2	62	22	57	18	68	43	59	2	333
		% in Fakultät	28,6 %	66,7 %	50,0 %	51,4 %	48,6 %	70,8 %	53,8 %	49,6 %	100,0 %	56,5%

Nein	Anzahl	5	31	21	52	19	28	36	59	0	251
	% in Fakultät	71,4%	33,3%	47,7%	46,8%	51,4%	29,2%	45,0%	49,6%	0,0%	42,6%
Keine Angabe	Anzahl	0	0	1	2	0	0	1	1	0	5
	% in Fakultät	0,0%	0,0%	2,3%	1,8%	0,0%	0,0%	1,3%	0,8%	0,0%	0,8%
Gesamtsumme	Anzahl	7	93	44	111	37	96	80	119	2	589
	% in Fakultät	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5. Ergebnisse Kreuztabellen Hypothese (3)

Tabelle 12: Kreuztabelle SMK1Fitness und YOHA

			Hast du dir schon einmal ein YouTube-Video angeschaut, in dem Fitnessübungen vorgemacht wurden [SMK1Fitness]		Gesamtsumme
			Ja	Nein	
An wie vielen Tagen betreibst du innerhalb einer typischen Woche körperliche Aktivitäten, um deine Muskeln zu stärken (wie z. B. Gewichtheben oder Zirkeltraining oder Schwimmen)?	an keinen	Anzahl	131	58	189
		Erwartete Anzahl	151,1	37,9	189,0
		% in SMK1Fitness	69,3%	30,7%	100,0%
	1 Tag pro Woche	Anzahl	105	23	128
		Erwartete Anzahl	102,4	25,6	128,0
		% in SMK1Fitness	82,0%	18,0%	100,0%
	2 Tage pro Woche	Anzahl	98	14	112
		Erwartete Anzahl	89,6	22,4	112,0
		% in SMK1Fitness	87,5%	12,5%	100,0%
	3 Tage pro Woche	Anzahl	65	11	76
		Erwartete Anzahl	60,8	15,2	76,0
		% in SMK1Fitness	85,5%	14,5%	100,0%
	4 Tage pro Woche	Anzahl	35	6	41
		Erwartete Anzahl	32,8	8,2	41,0
		% in SMK1Fitness	85,4%	14,6%	100,0%

5 Tage pro Woche	Anzahl	20	1	21
	Erwartete Anzahl	16,8	4,2	21,0
	% in SMK1Fitness	95,2%	4,8%	100,0%
6 Tage pro Woche	Anzahl	4	0	4
	Erwartete Anzahl	3,2	,8	4,0
	% in SMK1Fitness	100,0%	0,0%	100,0%
7 Tage pro Woche	Anzahl	5	1	6
	Erwartete Anzahl	4,8	1,2	6,0
	% in SMK1Fitness	83,3%	16,7%	100,0%
Keine Angabe	Anzahl	8	4	12
	Erwartete Anzahl	9,6	2,4	12,0
	% in SMK1Fitness	66,7%	33,3%	100,0%
Gesamtsumme	Anzahl	471	118	589
	Erwartete Anzahl	471,0	118,0	589,0
	% in SMK1Fitness	80,0%	20,0%	100,0%

Tabelle 13: Kreuztabelle SMK1Ernährung und YOHA

			Hast du dir schon einmal ein YouTube-Video angeschaut, in dem Essen zubereitet/über Ernährung gesprochen wurde [SMK1Ernährung]			Gesamtsumme
			Ja	Nein	Keine Angabe	
An wie vielen Tagen betreibst du innerhalb einer typischen Woche	an keinen	Anzahl	142	46	1	189
		Erwartete Anzahl	148,2	39,1	1,6	189,0
		% in SMK1Ernährung	30,7%	37,7%	20,0%	32,1%
körperliche Aktivitäten, um deine Muskeln zu stärken (wie z. B. Gewichtheben oder Zirkeltraining oder Schwimmen)?	1 Tag pro Woche	Anzahl	87	39	2	128
		Erwartete Anzahl	100,4	26,5	1,1	128,0
		% in SMK1Ernährung	18,8%	32,0%	40,0%	21,7%
	2 Tage pro Woche	Anzahl	99	13	0	112
		Erwartete Anzahl	87,9	23,2	1,0	112,0
		% in SMK1Ernährung	21,4%	10,7%	0,0%	19,0%
	3 Tage pro Woche	Anzahl	61	14	1	76
		Erwartete Anzahl	59,6	15,7	,6	76,0
		% in SMK1Ernährung	13,2%	11,5%	20,0%	12,9%
	4 Tage pro Woche	Anzahl	35	6	0	41
		Erwartete Anzahl	32,2	8,5	,3	41,0
		% in SMK1Ernährung	7,6%	4,9%	0,0%	7,0%

5 Tage pro Woche	Anzahl	20	1	0	21
	Erwartete Anzahl	16,5	4,3	,2	21,0
	% in SMK1Er- nährung	4,3%	0,8%	0,0%	3,6%
6 Tage pro Woche	Anzahl	4	0	0	4
	Erwartete Anzahl	3,1	,8	,0	4,0
	% in SMK1Er- nährung	0,9%	0,0%	0,0%	0,7%
7 Tage pro Woche	Anzahl	5	1	0	6
	Erwartete Anzahl	4,7	1,2	,1	6,0
	% in SMK1Er- nährung	1,1%	0,8%	0,0%	1,0%
Keine Angabe	Anzahl	9	2	1	12
	Erwartete Anzahl	9,4	2,5	,1	12,0
	% in SMK1Er- nährung	1,9%	1,6%	20,0%	2,0%
Gesamtsumme	Anzahl	462	122	5	589
	Erwartete Anzahl	462,0	122,0	5,0	589,0
	% in SMK1Er- nährung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 14: Kreuztabelle SMK1Fitness und YOH3

			Hast du dir schon einmal ein YouTube Video angeschaut, in dem Fitnessübungen vorgemacht wurden [SMK1Fitness]		Gesamtsumme
			Ja	Nein	
Wie viele Tage treibst du in einer typischen Woche mindestens 30 Minuten mäßig intensiv Sport (z. B. zügiges Gehen, regelmäßiges Radfahren und regelmäßiges Schwimmen)?	an keinen	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	47 48,0 10,0%	13 12,0 11,0%	60 60,0 10,2%
	1 Tag pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	81 91,2 17,2%	33 22,8 28,0%	114 114,0 19,4%
	2 Tage pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	114 112,8 24,2%	27 28,2 22,9%	141 141,0 23,9%
	3 Tage pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	105 100,8 22,3%	21 25,2 17,8%	126 126,0 21,4%
	4 Tage pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	50 48,0 10,6%	10 12,0 8,5%	60 60,0 10,2%
	5 Tage pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	36 32,8 7,6%	5 8,2 4,2%	41 41,0 7,0%
	6 Tage pro Woche	Anzahl Erwartete Anzahl % in SMK1Fitness	16 16,0 3,4%	4 4,0 3,4%	20 20,0 3,4%

7 Tage pro Woche	Anzahl	15	1	16
	Erwartete Anzahl	12,8	3,2	16,0
	% in SMK1Fitness	3,2%	0,8%	2,7%
Keine Angabe	Anzahl	7	4	11
	Erwartete Anzahl	8,8	2,2	11,0
	% in SMK1Fitness	1,5%	3,4%	1,9%
Gesamtsumme	Anzahl	471	118	589
	Erwartete Anzahl	471,0	118,0	589,0
	% in SMK1Fitness	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 15: Kreuztabelle SMK1Ernährung und YOHS

			Hast du dir schon einmal ein YouTube-Video angeschaut, in dem Essen zubereitet/über Ernährung gesprochen wurde [SMK1Ernährung]			Gesamtsumme
			Ja	Nein	Keine Angabe	
Wie viele Tage treibst du in einer typischen Woche	an keinen	Anzahl	49	10	1	60
		Erwartete Anzahl	47,1	12,4	,5	60,0
		% in SMK1Ernährung	81,7%	16,7%	1,7%	100,0%
mindestens 30 Minuten mäßig intensiv Sport (z. B. zügiges Gehen, regelmäßiges Radfahren und regelmäßiges Schwimmen)?	1 Tag pro Woche	Anzahl	78	35	1	114
		Erwartete Anzahl	89,4	23,6	1,0	114,0
		% in SMK1Ernährung	68,4%	30,7%	0,9%	100,0%
	2 Tage pro Woche	Anzahl	117	23	1	141
		Erwartete Anzahl	110,6	29,2	1,2	141,0
		% in SMK1Ernährung	83,0%	16,3%	0,7%	100,0%

3 Tage pro Woche	Anzahl	100	25	1	126
	Erwartete Anzahl	98,8	26,1	1,1	126,0
	% in SMK1Ernährung	79,4%	19,8%	0,8%	100,0%
4 Tage pro Woche	Anzahl	47	13	0	60
	Erwartete Anzahl	47,1	12,4	,5	60,0
	% in SMK1Ernährung	78,3%	21,7%	0,0%	100,0%
5 Tage pro Woche	Anzahl	35	6	0	41
	Erwartete Anzahl	32,2	8,5	,3	41,0
	% in SMK1Ernährung	85,4%	14,6%	0,0%	100,0%
6 Tage pro Woche	Anzahl	15	5	0	20
	Erwartete Anzahl	15,7	4,1	,2	20,0
	% in SMK1Ernährung	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
7 Tage pro Woche	Anzahl	15	1	0	16
	Erwartete Anzahl	12,6	3,3	,1	16,0
	% in SMK1Ernährung	93,8%	6,3%	0,0%	100,0%
Keine Angabe	Anzahl	6	4	1	11
	Erwartete Anzahl	8,6	2,3	,1	11,0
	% in SMK1Ernährung	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
Gesamtsumme	Anzahl	462	122	5	589
	Erwartete Anzahl	462,0	122,0	5,0	589,0
	% in SMK1Ernährung	78,4%	20,7%	0,8%	100,0%

6. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Arbeit noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Zwickau, 19.08.2019 _____

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift