

Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes

Temmann, Linn Julia; Wiedicke, Annemarie; Reifegerste, Doreen; Scherr, Sebastian

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Konferenzbeitrag / conference paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Temmann, L. J., Wiedicke, A., Reifegerste, D., & Scherr, S. (2023). Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes. In D. Reifegerste, P. Kolip, & A. Wagner (Eds.), *Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022* (pp. 1-22). Bielefeld: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.88653>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext: Eine Mehrmethodenstudie am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes.

Linn Julia Temmann, Annemarie Wiedicke, Doreen Reifegerste & Sebastian Scherr

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Ludwig-Maximilians-Universität München, Universität Bielefeld,
Universität Augsburg

Zusammenfassung

Responsibility Framing in der medialen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen beeinflusst potenziell die Vorstellungen des Publikums darüber, wer für Ursachen und Lösungen von Gesundheitsproblemen verantwortlich ist. In der bisherigen Forschung hierzu wurden Frame-Inhalte und Framingeffekte zumeist getrennt voneinander untersucht. Mit einem multimethodischen Forschungsdesign bestehend aus 1) einer quantitativen Inhaltsanalyse von N = 1.044 Beiträgen aus überregionalen Print- und Onlinemedien zu Depression und Typ-2-Diabetes von 2011 bis 2020, sowie 2) einem Online-Experiment mit N = 1.088 Teilnehmenden beleuchten wir nun den gesamten Prozess des Responsibility Frame Settings. Die Ergebnisse zeigen, dass schon vor der Rezeption der Responsibility Frames auf Seiten der Rezipierenden einige Parallelen zu den Inhalten der untersuchten Medienberichterstattung erkennbar waren: Sowohl in den medialen als auch in den kognitiven Frames wird vornehmlich individuelle Verantwortung zugeschrieben, insbesondere für die Ursachen von Typ-2-Diabetes. Nach Rezeption der Responsibility Frames veränderten sich die Attributionen überwiegend in die Richtung des rezipierten Frames. Insgesamt lassen die Ergebnisse auf ein effektives Responsibility Frame Setting schließen, wenngleich einige Differenzen zwischen medialen und Publikumsframes bestehen. Wir diskutieren die Befunde im Hinblick auf methodische Herausforderungen, die Framingforschung sowie die praktische Gesundheitskommunikation.

Keywords: Responsibility Framing, Gesundheitsverantwortung, Frame Setting, Experiment, Inhaltsanalyse.

Summary

Responsibility framing in health coverage potentially influences audience perceptions of who is responsible for causes and solutions to health problems. Previous research on responsibility attribution in health settings has mostly examined frame content and framing effects separately. Using a multimethod research design consisting of 1) a quantitative content analysis of $N = 1,044$ articles from national print and online media on depression and type 2 diabetes from 2011 to 2020, and 2) an online experiment with $N = 1,088$ participants, we add to existing research by shedding light on the entire process of responsibility frame setting. Our results show that even before the reception of the responsibility frames, some parallels between recipient frames and the analyzed media coverage were already apparent: both media and cognitive frames primarily attributed individual responsibility, especially for the causes of type 2 diabetes. After reception of the responsibility frames, the attributions mostly transformed in the direction of the received frame. Overall, the results suggest that responsibility frame setting was effective, although this should be viewed against the background of some differences between media and audience frames. We discuss the findings in terms of methodological challenges, research on framing processes, and practical health communication.

Keywords: Responsibility framing, health responsibility, frame setting, experiment, content analysis

1 Hintergrund

Ob „Bleiben Sie in Bewegung“, „Ernähren Sie sich gesund“ (AOK, 2021) oder „Sorgen Sie für mehr Ruhe und Gelassenheit“ (Deutsche Diabetes Stiftung, 2023): Medieninhalte, die die Verantwortung des Individuums betonen – wie hier für die Vorbeugung bzw. Bewältigung von Typ-2-Diabetes und Depressionen – sind in unserem Medienalltag beinahe allgegenwärtig. Auch die kommunikationswissenschaftliche Forschung untermauert, dass Medienkommunikation im Gesundheitskontext überproportional häufig Individuen in die Verantwortung nimmt, vor allem indem sie individuelles Gesundheitsverhalten als Ursache und Lösung für Gesundheitsprobleme betonen und soziale sowie gesellschaftliche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten tendenziell ausblenden (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021). Es erscheint naheliegend, dass solche Inhalte in der Gesundheitskommunikation an den Rezipient:innen nicht spurlos vorübergehen: Ist man ihnen kontinuierlich ausgesetzt, können sie potenziell die Überzeugungen des Publikums beeinflussen, wer für Ursachen und Lösungen eines Gesundheitsproblems verantwortlich ist (Major & Jankowski, 2020).

1.1 Der kommunikationswissenschaftliche Framing-Ansatz

Mit diesem Prozess des Auswählens und Hervorhebens von Informationen sowie dessen Wirkung auf die Rezipient:innen beschäftigt sich der kommunikationswissenschaftliche Framing-Ansatz. Dieser konzeptualisiert Frames als Interpretationsmuster (Brüggemann, 2014), die durch Selektion und Salienz (Entman, 1993) eine bestimmte Auslegung eines Themas nahelegen und so beeinflussen, wie Menschen über dieses Thema denken (Matthes, 2009; B. Scheufele, 2004). Dabei unterscheidet die Framing-Forschung zwischen zwei Teilprozessen: 1) dem sogenannten *Frame Building*, also die Entstehung von Frames im Prozess der (journalistischen) Nachrichtenproduktion, und 2) dem sogenannten *Frame Setting* infolge der Rezeption medialer Frames, bei dem dieses die kognitiven Frames auf Seiten der Rezipient:innen verändern, ergänzen oder neue herausbilden (Scheufele, 2004; s. Abbildung 1 im Anhang). Mit diesen kognitiven Frames der Rezipient:innen können wiederum emotionale, verhaltens- oder einstellungsbezogene Effekte verbunden sein (Lecheler & de Vreese, 2019), etwa Schuldgefühle (Major, 2011) oder die Unterstützung

bestimmter gesundheitspolitischer Maßnahmen (Gollust et al., 2013; Major, 2018). Die kognitiven Frames der Rezipierenden zu Ursachen bzw. Lösungen von (Gesundheits-)Problemen werden im Folgenden in Anlehnung an Weiner (2006) als Verantwortungsattributionen bezeichnet. Die Attributionstheorie nach Weiner geht davon aus, dass solche Annahmen darüber, wer für ein Problem verantwortlich ist, grundlegend soziale Emotionen (etwa Ärger, Sympathie oder Mitleid) und dadurch soziales Verhalten (etwa Hilfe- oder Unterstützungsverhalten) prägen. Individuelle Attributionen lösen dabei tendenziell negative emotionale Reaktionen und eine geringere Hilfsbereitschaft aus, während Attributionen außerhalb der individuellen Kontrolle häufig zu mehr Sympathie bzw. Mitgefühl und Unterstützungsbereitschaft führen – dieser Mechanismus kann in vielen Kontexten nachgewiesen werden, u.a. auch im Gesundheitskontext (Rudolph et al., 2004).

1.2 Responsibility Frame Setting im Gesundheitskontext

Ein spezieller Subtyp von Nachrichtenframes ist dabei der so genannte *Responsibility Frame*: „This frame presents an issue or problem in such a way as to attribute responsibility for its cause or solution to either the government or to an individual or group“ (Semetko & Valkenburg, 2000, S. 96). Fragen der Verantwortung und somit Responsibility Frames sind in der medialen Darstellung vieler sozialer Probleme relevant, darunter Armut, Gewalt oder Klimawandel (Iyengar, 1991; Jang, 2013). Von besonderer Bedeutung sind Responsibility Frames jedoch auch im Gesundheitskontext, da sie potenziell beeinflussen können, welche Gesundheitsprobleme als sozial und politisch unterstützenswert betrachtet werden. Eine reichhaltige Forschungslandschaft innerhalb der Gesundheitskommunikation (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021) demonstriert, dass *Responsibility Framing* die Vorstellungen des Publikums darüber prägt, wer für Ursachen und Lösungen von Gesundheitsproblemen verantwortlich ist (Barry et al., 2013; Iyengar, 1991; Major & Jankowski, 2020; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Zudem beeinflusst es die Bereitschaft, politische Maßnahmen zur Unterstützung von Betroffenen zu befürworten (Gollust et al., 2010; Kim, 2015; Kim & Anne Willis, 2007). Selbiges gilt auch für die Verantwortungszuschreibungen (*Attributionen*) des Publikums: Experimentalstudien zeigen, dass die Betonung individueller Verantwortung bei Gesundheitsproblemen, also ein individuelles Responsibility Framing, dazu führen kann, dass die

Rezipierenden den Betroffenen die Verantwortung zuschreiben, deren gesundheitliche Probleme also als *selbstverschuldet* erachten (Major, 2009; Shen et al., 2012). Dies wiederum kann im Einklang mit Weiners Attributionstheorie mit einer verstärkten Stigmatisierung (Browne et al., 2013; Monteith & Pettit, 2011; Weiner, 2006) und einer geringeren sozialen und gesundheitspolitischen Unterstützung einhergehen (Barry et al., 2013; Coleman et al., 2011; Gollust et al., 2010). Mit Blick auf die Darstellung von Gesundheitsproblemen in den Medien zeigen Inhaltsanalysen tatsächlich, dass die mediale Berichterstattung zu Gesundheitsthemen zumeist Verantwortung auf individueller Ebene adressiert, während soziale und gesellschaftliche Verantwortung eher vernachlässigt werden – z. B. bei Adipositas (Bonfiglioli et al., 2007; Gearhart et al., 2012; Kim & Anne Willis, 2007), Diabetes mellitus (Stefanik-Sidener, 2013) oder Depression (Zhang et al., 2016).

Ein zentrales Versäumnis dieses Forschungsfeldes ist, dass der Prozesscharakter des Framings bislang häufig zu kurz kommt (Major & Jankowski, 2020) – also nur selten Frame Building (auf Medienseite) und Frame Setting (auf Rezipierendenseite) gemeinsam in den Blick genommen werden. Ein Systematic Review von Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021) konnte 56 Inhaltsanalysen und 12 Experimente identifizieren, kaum jedoch Studien, die Frame-Inhalte und Framingeffekte gemeinsam erforschen (eine der wenigen Ausnahmen: Barry et al., 2013). Weitgehend unklar bleibt folglich, 1) inwiefern sich mediale Responsibility Frames zu Gesundheitsthemen in den Verantwortungsattributionen der Rezipient:innen wiederfinden, und 2) wie sich die Rezeption von Responsibility Frames auf die Attributionen des Publikums auswirkt.

Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext betrachten darüber hinaus häufig die Verantwortung auf der individuellen versus gesellschaftlichen Ebene. Dabei lassen sie jedoch außer Acht, dass hinsichtlich der Verantwortung vor allem im Gesundheitskontext eine weitere Ebene bedeutsam ist: die Ebene des sozialen Netzwerks. *Sozial-ökologische Modelle des Gesundheitsverhaltens* (Moran et al., 2016; Sallis et al., 2008), *Soziale Gesundheitsdeterminanten* (Donkin et al., 2018; Marmot & Allen, 2014) sowie Forschung zu *sozialer Unterstützung* (Cohen et al., 2000; Holt-Lunstad & Uchino, 2015) untermauern, dass nicht nur Individuen und gesellschaftlichen Akteuren, sondern auch dem sozialen Netzwerk eine

Verantwortung für Gesundheit (und Krankheit) zukommt. Neuere Arbeiten zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext verorten Verantwortung – in Anlehnung an die genannten Modelle – daher auf drei anstelle von zwei Ebenen: der Ebene des Individuums, der gesellschaftlichen Ebene, und der Ebene des sozialen Netzwerks (Reifegerste et al., 2021). Erkenntnisse zur Darstellung und Wirkung von Responsibility Frames auf drei Ebenen, insbesondere eine gemeinsame Betrachtung von Medien- und Rezipierendenseite, liegen in der Forschung bislang kaum vor (Temmann, Wiedicke, Schaller, et al., 2021).

1.3 Ziele dieser Studie

Mit der vorliegenden Mehrmethodenstudie adressieren wir die dargelegten Forschungslücken, indem wir den Prozess des *Responsibility Frame Settings* in der medialen Berichterstattung zu Gesundheitsthemen empirisch nachzeichnen und die Ebene des sozialen Netzwerks als Einflussebene neben dem Individuum und der Gesellschaft in diesen Prozess integrieren. Da Framing-Prozesse anhand spezifischer Themen untersucht werden sollten (Brüggemann, 2014), fokussieren wir uns in unserer Studie auf *Depression* und *Typ-2-Diabetes* und formulieren die folgenden Forschungsfragen:

FF1: Wie schreiben deutsche Print- und Onlinemedien Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes zu?

FF2: Wie schreibt die deutsche Bevölkerung Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes zu?

FF3: Wie wirken die medialen Responsibility Frames auf die Attributionen des Publikums?

Depression und Typ-2-Diabetes wurden dabei als relevante Themen ausgewählt, weil es sich bei beiden um nicht-übertragbare Erkrankungen mit einer weltweit steigenden Prävalenz handelt, die darüber hinaus mit einer erheblichen Einschränkung der individuellen Lebensqualität einhergehen (Saeedi et al., 2019; World Health Organization, 2017). Sowohl Typ-2-Diabetes als auch Depression haben Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten auf allen drei Ebenen des Individuums, des sozialen Netzwerks und der Gesellschaft (Assari, 2017; Gariépy et al., 2016; Strom & Egede, 2012; Walker et al., 2014), sodass sie sich für eine Untersuchung des Responsibility Frame Settings auf diesen drei Ebenen besonders eignen.

2 Methode

Um den Prozess des Responsibility Frame Settings zu untersuchen, wurde ein mehrmethodisches Forschungsdesign gewählt. Zunächst wurde eine standardisierte Inhaltsanalyse von $N = 1,044$ Beiträgen aus überregionalen Print- und Onlinemedien zu Depression und Typ-2-Diabetes von 2011 bis 2020 durchgeführt (siehe Abbildung 2 im Anhang für den Selektionsprozess). Codiert wurden neben formalen Kategorien insbesondere die kausalen und lösungsbezogenen Responsibility Frames auf Ebene des Individuums, des sozialen Netzwerks sowie der Gesellschaft (siehe Tabelle 1 im Anhang für das Kategoriensystem). Zu den individuellen Responsibility Frames zählten dabei etwa Genetik, demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie individuelles Gesundheitsverhalten. Als netzwerkspezifisch wurden Frames codiert, wenn sie z. B. private und berufliche Konflikte als Ursachen oder (fehlende) soziale Unterstützung als Lösung (bzw. Lösungshindernis) thematisierten. Unter der gesellschaftlichen Ebene wurden unter anderem gesamtgesellschaftliche Entwicklungen oder (fehlender) Zugang zu medizinischer Versorgung subsumiert.

Auf Basis der in der Inhaltsanalyse identifizierten Responsibility Frames wurden dann realitätsnahe Stimuli konstruiert (einsehbar unter https://osf.io/d8zer/?view_only=804eddd843d14919bb6671ccce5c9713), deren Wirkung auf die Verantwortungsattributionen des Publikums in einem Online-Experiment mit $N = 1,088$ Teilnehmer:innen getestet wurde (siehe Tabelle 2 im Anhang für das 2x4-Experimentaldesign (e) und Tabelle 3 im Anhang für die gemessenen Attributions-Items). Die kausalen und lösungsbezogenen Verantwortungsattributionen für Depression und Typ-2-Diabetes wurden sowohl vor (Baseline) als auch nach (Posttest) Rezeption des Stimulus erfasst. Sie umfassten die Zustimmung zu Aussagen wie z. B. „Depressionen kann man dem modernen Leistungsdenken zuschreiben“ (kausale, gesellschaftliche Attribution) oder „Angehörige können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen“ (lösungsbezogene, netzwerkspezifische Attribution). Die Teilnehmer:innen waren dabei repräsentativ für Onliner:innen in Deutschland zwischen 18–75 Jahren hinsichtlich Alter, Bildung, Geschlecht (Alter: $M = 47.93$, $SD = 15.44$; Geschlecht: 50.1 Prozent weiblich identifiziert, 49.5 Prozent männlich identifiziert, 0.3 Prozent divers oder nicht identifiziert; Bildung: 33.2 Prozent (Fach-)Hochschulreife oder vergleichbar, 32.0

Prozent Mittlere Reife oder vergleichbar, 34.8 Prozent Hauptschulabschluss oder kein Abschluss).

3 Ergebnisse

Die untersuchte Berichterstattung adressiert – in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand – vornehmlich *individuelle* kausale Verantwortung, insbesondere beim Thema Diabetes (FF 1, s. Tabelle 4 im Anhang). In der Depressionsberichterstattung werden *netzwerkspezifische* Ursachen und Risikofaktoren vergleichsweise häufig betont. *Gesellschaftliche* kausale Verantwortung hingegen spielt für beide Erkrankungen eine eher untergeordnete Rolle in der Berichterstattung. Lösungsbezogene Verantwortung wird medial ebenfalls vor allem auf *individueller* Ebene zugeschrieben und signifikant häufiger in der Berichterstattung zu Typ-2-Diabetes. An zweiter Stelle folgen für beide Erkrankungen Zuschreibungen lösungsbezogener Verantwortung auf *gesellschaftlicher* Ebene. *Netzwerkspezifische* Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse hingegen werden eher selten herausgestellt, im Zusammenhang mit Depression jedoch signifikant häufiger als für Typ-2-Diabetes.

Weitgehend im Einklang mit dem Prozess des Responsibility Frame Settings weisen die Attributionen der deutschen Bevölkerung vor der Rezeption des Stimulus ein ähnliches Muster auf wie die Medienberichterstattung (FF2). Auch die deutsche Bevölkerung schreibt bei Diabetes stärker dem Individuum kausale Verantwortung zu, während sie bei Depression signifikant stärker das soziale Netzwerk und die Gesellschaft in der ursächlichen Verantwortung sieht (s. Abbildungen 3 und 4 im Anhang). Im Unterschied zur Medienberichterstattung sind gesellschaftliche und netzwerkspezifische Attributionen von Ursachen bei Depression gleichauf – gesellschaftliche Ursachen spielen also aus Sicht der Bevölkerung eine wichtigere Rolle, als die Medienberichterstattung dies nahelegt. Für die Lösungen von Typ-2-Diabetes sehen die Befragten ebenfalls signifikant stärker als bei Depression das Individuum in der Verantwortung, wohingegen bei Depression individuelle, netzwerkspezifische und gesellschaftliche Lösungen zu ähnlichen Teilen attribuiert werden.

Besonders auffällig ist dabei die Diskrepanz zwischen Medien- und Publikumsframes bei der Lösungsverantwortung für Typ-2-Diabetes und Depression: Während beim Publikum die individuelle

Lösungsverantwortung bei Typ-2-Diabetes die signifikant höchste Zustimmung erhält – auch im Vergleich zu Depression –, ist die individuelle Lösungsverantwortung bei Depression in der Berichterstattung besonders ausgeprägt. Kommen in der Berichterstattung individuelle und gesellschaftliche Lösungen für Typ-2-Diabetes nicht signifikant unterschiedlich oft vor, so sehen die Befragten das Individuum signifikant stärker in der Verantwortung, Typ-2-Diabetes zu bewältigen, als die gesellschaftliche Ebene.

Schließlich wurde im Sinne des Responsibility Frame Settings die Wirkung der Responsibility Frames auf die (Posttest-)Attributionen analysiert. Die vorbestehenden (Baseline-)Attributionen wurden dabei als Kovariaten konstant gehalten. Nach Rezeption der Responsibility Frames (FF3) veränderten sich die Attributionen leicht, aber signifikant in die Richtung des jeweiligen Frames (s. Abbildung 5 und Tabelle 5 im Anhang). Einzige Ausnahme war der netzwerkspezifische Responsibility Frame: Dieser löste im Vergleich zum gesellschaftlichen Frame keine signifikant stärkeren Attributionen zum sozialen Netzwerk aus. Diesen Befund erörtern wir ausführlicher in Temmann et al. (2021).

4 Diskussion

Die Ergebnisse der beiden Teilstudien – Inhaltsanalyse und Experiment – illustrieren den Prozess des Responsibility Frame Settings am Beispiel von Depression und Typ-2-Diabetes. Schon vor der Rezeption der Responsibility Frames waren ähnliche kognitive Attributionsmuster wie in der untersuchten Medienberichterstattung erkennbar, was darauf schließen lässt, dass die Attributionen in der Bevölkerung bereits das Ergebnis eines Frame-Setting-Prozesses sind. Dennoch ließen sich im Detail auch Diskrepanzen zwischen medialen und Publikumsframes erkennen, insbesondere in der lösungsbezogenen Verantwortung für Depression und Typ-2-Diabetes. Worauf die gefundenen Unterschiede tatsächlich zurückzuführen sind, kann nur mittels weiterführender Studien untersucht werden. Dennoch unterstreicht dieses Ergebnis, dass Frame Setting *keine* simple Übernahme von Frames in die Gedanken der Rezipient:innen darstellt (Scheufele, 2004). Denkbar ist etwa, dass nicht nur die bloße Häufigkeit der Responsibility Frames, sondern auch andere Frame-Merkmale wie z. B. ihre Überzeugungskraft (Aarøe, 2011) oder ihre Korrespondenz mit vorbestehenden Einstellungen (Chong & Druckman, 2007) im Frame-

Setting-Prozess eine Rolle spielen. Dennoch zeigt unsere Studie auch, dass die Attributionen des Publikums bereits nach einmaliger Exposition zu individuellen, netzwerkspezifischen und gesellschaftlichen Responsibility Frames signifikant in Richtung der Frames verstärkt wurden. Auch wenn diese Effekte nur im Querschnitt untersucht wurden und andere Frame-Merkmale nicht Inhalt dieser Studie waren, ist auf Basis der Vorher- und Nachher-Messung davon auszugehen, dass ein kontinuierliches, mediales Responsibility Framing die Verantwortungszuschreibungen der Bevölkerung entscheidend prägt – und somit potenziell auch ihre Wahrnehmung und Unterstützungsbereitschaft gegenüber Betroffenen von Gesundheitsproblemen wie Depression und Typ-2-Diabetes (Iyengar, 1991; Weiner, 2006).

Die Befunde dieser mehrmethodischen Studie zeigen außerdem, dass sowohl in den medialen als auch in den kognitiven Responsibility Frames themenspezifische Unterschiede bestehen. Diese passen dazu, dass Typ-2-Diabetes eher mit einem verhaltensspezifischen Stigma verknüpft ist („ungesunde“ Ernährung, hohes Körpergewicht, Bewegungsmangel; Browne et al., 2013; Himmelstein & Puhl, 2021), während bei Depression eher die Verantwortung von Familien fokussiert wird (Teghtsoonian, 2009).

Unsere Befunde sind vor dem Hintergrund einiger, vor allem methodischer, Limitationen zu interpretieren. Insbesondere konnten die Responsibility Frames nicht völlig parallel zu den Attributionen des Publikums operationalisiert werden. Um die Dimension der Kontrollierbarkeit, die im Rahmen der Attributionstheorie eine wichtige Rolle spielt (Weiner, 2006, S. 10), konstant zu halten, wurden genetische Ursachen und medizinische Lösungen auf der individuellen Ebene im Experiment ausgeklammert. Dies führte dazu, dass sich die in der Inhaltsanalyse erfassten Responsibility Frames und die im Experiment gemessenen Verantwortungszuschreibungen inhaltlich nicht vollständig entsprechen. Darüber hinaus war es eine Herausforderung, die unterschiedlichen Messniveaus in Inhaltsanalyse und Experiment (nominal bzw. dichotom versus metrisch) zu integrieren und gemeinsam zu interpretieren. Wir würden es begrüßen, wenn künftige Studien den Prozess des (Responsibility) Frame Settings genauer untersuchen und dabei auch methodologische Herausforderungen solcher Mehrmethodendesigns adressieren würden. Dem integrierten Prozessmodell des (Responsibility) Framings (Reifegerste et al., 2021; D. Scheufele, 1999) folgend könnte zudem ein nächster

Schritt sein, die Prozesse des Frame Buildings und Frame Settings zusammenhängend zu untersuchen – also gewissermaßen den Lebenszyklus von (Responsibility) Frames von ihrer Entstehung in der Redaktion bis hin zur Wirkung auf die Rezipient:innen nachzuvollziehen. Insgesamt leistet unsere Studie einen ersten wichtigen Beitrag, um den Prozess des Responsibility Frame Settings im Gesundheitskontext übergreifend zu verstehen.

Literaturverzeichnis

Aarøe, L. (2011). Investigating frame strength: the case of episodic and thematic frames. *Political Communication*, 28(2), 207–226. <https://doi.org/10.1080/10584609.2011.568041>

AOK (2021). *Depression erkennen und vorbeugen*. <https://www.aok.de/pk/depressionen/depressionen-erkennen-und-vorbeugen/>

Assari, S. (2017). Social determinants of depression: the intersections of race, gender, and socioeconomic status. *Brain Sciences*, 7(12), 156. <https://doi.org/10.3390/brainsci7120156>

Barry, C. L., Brescoll, V. L., & Gollust, S. E. (2013). Framing childhood obesity: How individualizing the problem affects public support for prevention: Framing childhood obesity prevention policies. *Political Psychology*, 34(3), 327–349. <https://doi.org/10.1111/pops.12018>

Bonfiglioli, C. M. F., Smith, B. J., King, L. A., Chapman, S. F., & Holding, S. J. (2007). Choice and voice: Obesity debates in television news. *The Medical Journal of Australia*, 187(8), 4. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01354.x>

Browne, J. L., Ventura, A., Mosely, K., & Speight, J. (2013). 'I call it the blame and shame disease': A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, 3(11), e003384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003384>

Brüggemann, M. (2014). Between frame setting and frame sending: How journalists contribute to news frames. *Communication Theory*, 24(1), 61–82. <https://doi.org/10.1111/comt.12027>

Chong, D., & Druckman, J. N. (2007). A theory of framing and opinion formation in competitive elite

environments. *Journal of Communication*, 57(1), 99–118. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00331.x>

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Hrsg.), *Social Support Measurement and Intervention* (S. 3–26). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001>

Coleman, R., Thorson, E., & Wilkins, L. (2011). Testing the effect of framing and sourcing in health news stories. *Journal of Health Communication*, 16(9), 941–954.

Deutsche Diabetes Stiftung (2023). *11 Tipps zur Prävention*. <https://www.diabetesstiftung.de/11-tipps-zur-praevention>

Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V., & Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

Gearhart, S., Craig, C., & Steed, C. (2012). Network news coverage of obesity in two time periods: An analysis of issues, sources, and frames. *Health Communication*, 27(7), 653–662. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.629406>

Gollust, S. E., Lantz, P. M., & Ubel, P. A. (2010). Images of illness: How causal claims and racial associations influence public preferences toward diabetes research spending. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(6), 921–959. <https://doi.org/10.1215/03616878-2010-034>

Gollust, S. E., Niederdeppe, J., & Barry, C. L. (2013). Framing the consequences of childhood obesity to increase public support for obesity prevention policy. *American Journal of Public Health*, 103(11), e96–e102.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301271>

Himmelstein, M. S., & Puhl, R. M. (2021). At multiple fronts: Diabetes stigma and weight stigma in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 38, e14387. <https://doi.org/10.1111/dme.14387>

Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. N. (2015). Social support and health. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5. Aufl., S. 183–204). Jossey-Bass.

Iyengar, S. (1991). *Is anyone responsible?: How television frames political issues*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226388533.001.0001>

Jang, S. M. (2013). Framing responsibility in climate change discourse: Ethnocentric attribution bias, perceived causes, and policy attitudes. *Journal of Environmental Psychology*, 36, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.07.003>

Kim, S.-H. (2015). Who is responsible for a social problem? News framing and attribution of responsibility. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 92(3), 554–558. <https://doi.org/10.1177/1077699015591956>

Kim, S.-H., & Anne Willis, L. (2007). Talking about obesity: News framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *Journal of Health Communication*, 12(4), 359–376. <https://doi.org/10.1080/10810730701326051>

Lecheler, S., & de Vreese, C. (2019). *News framing effects*. Routledge, Taylor & Francis Group. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5580101>

Major, L. H. (2009). Break it to me harshly: The effects of intersecting news frames in lung cancer and obesity coverage. *Journal of Health Communication*, 14(2), 174–188. <https://doi.org/10.1080/10810730802659939>

Major, L. H. (2011). The mediating role of emotions in the relationship between frames and attribution of responsibility for health problems. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 88(3), 502–522. <https://doi.org/10.1177/107769901108800303>

Major, L. H. (2018). Mental health news: How frames influence support for policy and civic engagement intentions. *Journal of Health Communication*, 23(1), 52–60.

Major, L. H., & Jankowski, S. M. (2020). *Health news and responsibility: How frames create blame*. Peter Lang.

Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

Matthes, J. (2009). What's in a frame? A content analysis of media framing studies in the world's leading communication journals, 1990–2005. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 86(2), 349–367. <https://doi.org/10.1177/107769900908600206>

Monteith, L. L., & Pettit, J. W. (2011). Implicit and explicit stigmatizing attitudes and stereotypes about depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(5), 484–505. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.5.484>

Moran, M. B., Frank, L. B., Zhao, N., Gonzalez, C., Thainiyom, P., Murphy, S. T., & Ball-Rokeach, S. J. (2016). An argument for ecological research and intervention in health communication. *Journal of Health Communication*, 21(2), 135–138. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1128021>

Reifegerste, D., Wiedicke, A., Temmann, L. J., & Scherr, S. (2021). Mut zur Lücke. Verantwortungszuschreibungen auf der Ebene sozialer Beziehungen als neuer Bereich der Framing-Forschung zu Gesundheitsthemen. *Publizistik*, 66, 255–276. <https://doi.org/10.1007/s11616-021-00652-5>

Rudolph, U., Roesch, S., Greitemeyer, T., & Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. *Cognition & Emotion*, 18(6), 815–848. <https://doi.org/10.1080/02699930341000248>

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes

- Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. (4. Aufl., S. 465–486). Jossey-Bass.
- Scheufele, B. (2004). Framing-Effekte auf dem Prüfstand. Eine theoretische, methodische und empirische Auseinandersetzung mit der Wirkungsperspektive des Framing-Ansatzes. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 52(1), 30–55. <https://doi.org/10.5771/1615-634x-2004-1-30>
- Scheufele, D. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103–122.
- Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A content analysis of press and television news. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>
- Shen, F., Lee, S., Sipes, C., & Hu, F. (2012). Effects of media framing of obesity among adolescents. *Communication Research Reports*, 29(1), 26–33.
- Stefanik-Sidener, K. (2013). Nature, nurture, or that fast food hamburger: Media framing of diabetes in the *New York Times* from 2000 to 2010. *Health Communication*, 28(4), 351–358. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.688187>
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M., & Weaver, J. (2016). Framing obesity: How news frames shape attributions and behavioral responses. *Journal of Health Communication*, 21(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Teghtsoonian, K. (2009). Depression and mental health in neoliberal times: A critical analysis of policy and discourse. *Social Science & Medicine*, 69(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.037>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Reifegerste, D., & Scherr, S. (2021). Verantwortungsattribution als Wirkung von Responsibility Frames: Eine Experimentalstudie unter Berücksichtigung der sozialen Netzwerkebene. *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGpuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020*. <https://doi.org/10.21241/SSOAR.74692>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Scherr, S., & Reifegerste, D. (2021). A systematic review of responsibility frames and their effects in the health context. *Journal of Health Communication*, 26(12), 828–838. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
- Walker, R. J., Smalls, B. L., Campbell, J. A., Strom Williams, J. L., & Egede, L. E. (2014). Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: A systematic review. *Endocrine*, 47(1), 29–48. <https://doi.org/10.1007/s12020-014-0195-0>
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781410615749>
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Zhang, Y., Jin, Y., Stewart, S., & Porter, J. (2016). Framing responsibility for depression: How U.S. news media attribute causal and problem-solving responsibilities when covering a major public health problem. *Journal of Applied Communication Research*, 44(2), 118–135. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1155728>

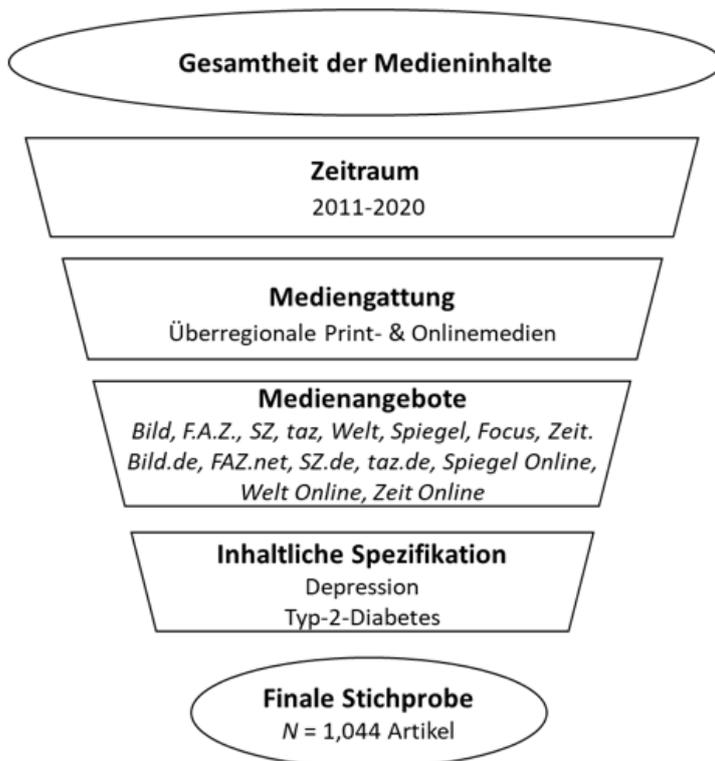
Abbildung 1.

Teilprozesse des Responsibility Framings in Anlehnung an Matthes, 2014.



Abbildung 2.

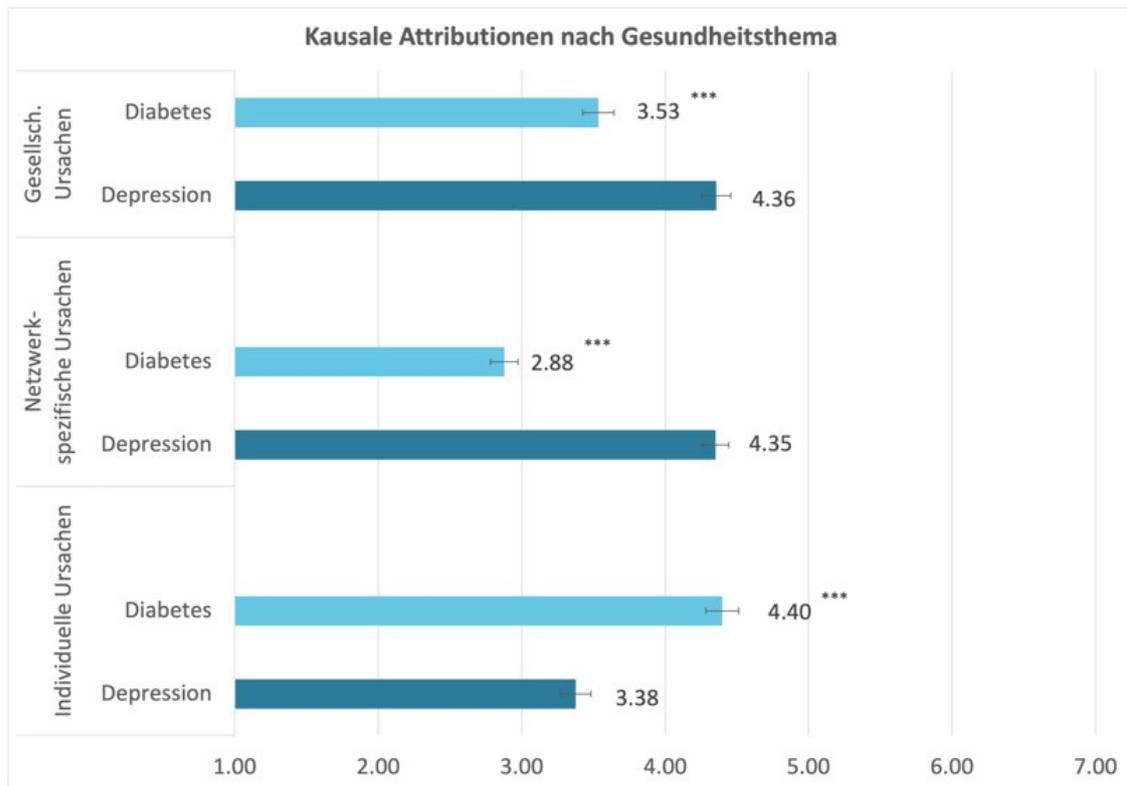
Selektionsprozess zur Bestimmung der Stichprobe der standardisierten Inhaltsanalyse.



Anmerkungen. N = 1,044 Beiträge, davon n = 755 zum Thema Depression und n = 289 zum Thema Typ-2-Diabetes. Oftmals differenziert die Medienberichterstattung nicht zwischen den verschiedenen Diabetes-Formen (Stefanik-Sidener, 2013). Jedoch tritt Typ-2-Diabetes im Vergleich zu Typ-1-Diabetes deutlich häufiger auf (RKI, 2017). Aus diesem Grund wurden auch solche Beiträge in die Stichprobe aufgenommen, die nicht explizit gemacht haben, dass Typ-2-Diabetes adressiert wird; während Beiträge, die explizit Typ-1-Diabetes thematisiert haben, ausgeschlossen wurden. Die Recherche der Beiträge erfolgt über die Volltextsuche über die Datenbank NexisUni und die Datenbanken des Fachinformationsdienstes adlr.link Als Suchbegriff wurden *depress* und *diabet* eingesetzt. Die Suche war beschränkt auf deutschsprachige Artikel. Voraussetzung für die Aufnahme eines Beitrags in die Stichprobe war, dass Depression oder Typ-2-Diabetes im Artikel mindestens als Hauptthema und nicht nur als Erwähnung oder in einer Aufzählung auftreten. Hauptthema bedeutet, dass ein Beitrag sich hauptsächlich mit dieser Thematik auseinandersetzt (Stefanik-Sidener, 2013). Quelle: Eigene Darstellung nach Rössler, 2017, S. 54.

Abbildung 3.

Mittelwertvergleich der vorbestehenden kausalen (Baseline-)Attributionen vor Rezeption der experimentellen Stimuli nach Gesundheitsthema.



Anmerkungen.

95%-Konfidenzintervall.

*** $p < .001$

Individuelle Ursachen: $t(1074, 49) = 12.88$, 2-seitiges $p < .001$.

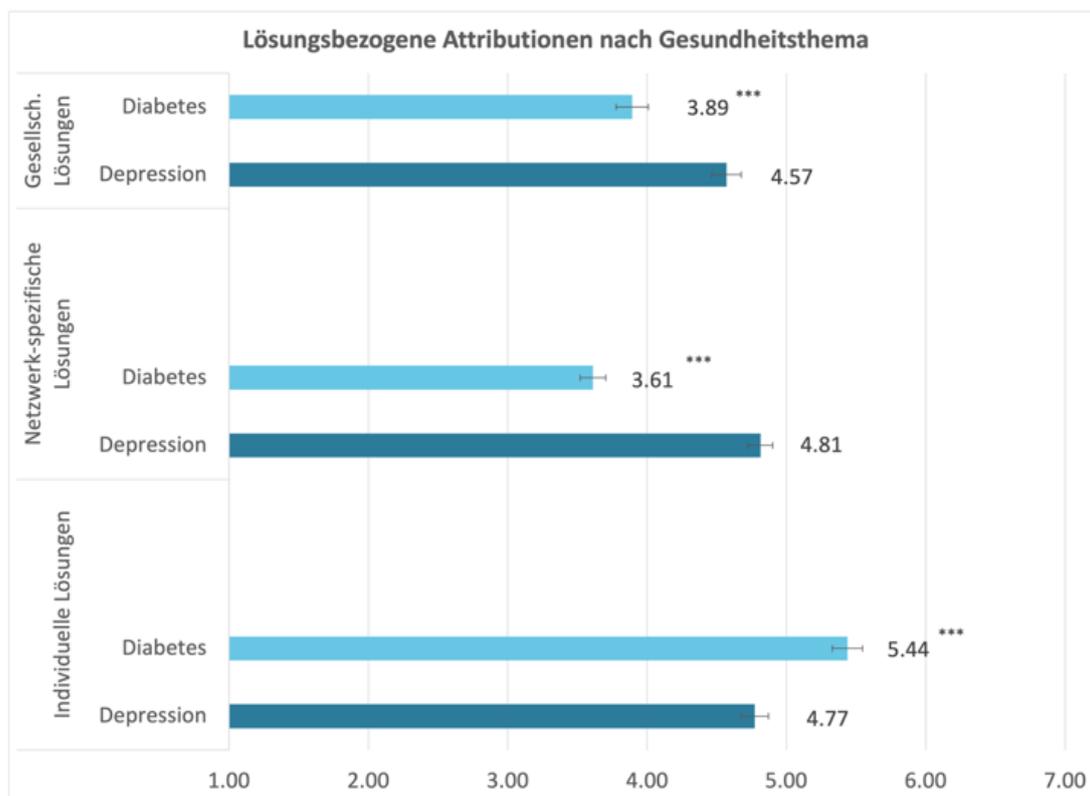
Netzwerkspezifische Ursachen: $t(1084, 13) = -21.68$, 2-seitiges $p < .001$.

Gesellschaftliche Ursachen: $t(1082, 21) = -10.85$, 2-seitiges $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Abbildung 4.

Mittelwertvergleich der vorbestehenden lösungsspezifischen (Baseline-)Attributionen vor Rezeption der experimentellen Stimuli nach Gesundheitsthema.



Anmerkungen.

95%-Konfidenzintervall.

*** $p < .001$.

Individuelle Lösungen: $t(1076, 72) = 9.00$, 2-seitiges $p < .001$.

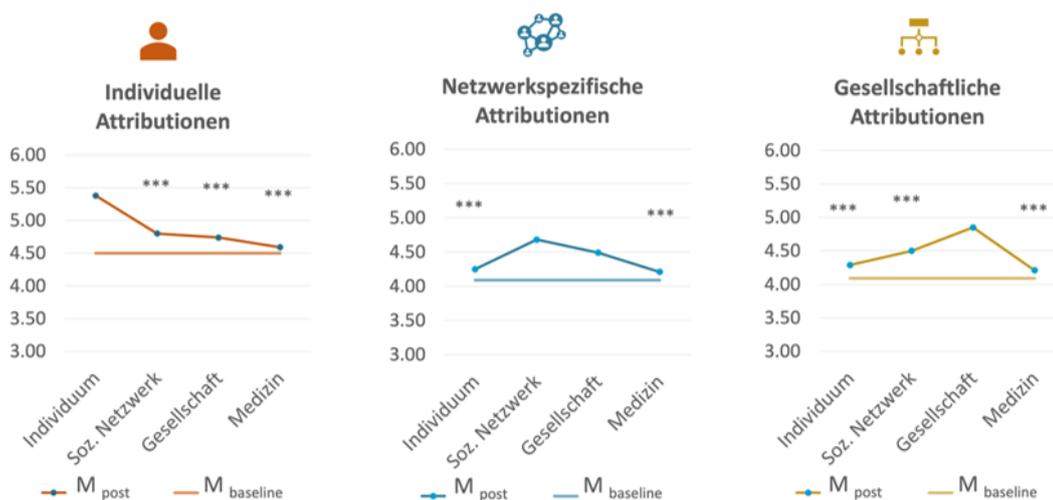
Netzwerk-spezifische Lösungen: $t(1086) = -18.52$, 2-seitiges $p < .001$.

Gesellschaftliche Lösungen $t(1086) = -8.46$, 2-seitiges $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Abbildung 5.

Mittelwerte der Attributionen nach Rezeption der Frames mit Baseline-Attributionen als Kovariaten.



Anmerkungen.

*** $p < .001$.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

Der Frame „Medizin“ diente als Kontrollgruppe.

Post-hoc-Tests mit Šidák-Korrektur.

MANCOVA-Ergebnisse s. Tabelle 5.

Tabelle 1.

Kategoriensystem und Reliabilität: Responsibility Frames in der Medienberichterstattung.

Kausale Verantwortung	Lösungsbezogene Verantwortung
Individuelle Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .87$) <ul style="list-style-type: none"> • Biologische bzw. Medizinische Ursachen • Genetik • Demographie • Individuelles Gesundheitsverhalten • Traumatische Ereignisse 	Individuelle Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .94$) <ul style="list-style-type: none"> • Änderung des individuellen Gesundheitsverhaltens • Medikation und Therapie
Netzwerkspezifische Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .75$) <ul style="list-style-type: none"> • Konflikte (privat und beruflich) • Traumatische Ereignisse innerhalb des sozialen Netzwerks (z. B. Tod eines Angehörigen) • Beruflicher Stress 	Netzwerkspezifische Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .68$) <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung (positive Folgen) • Soziale Unterstützung (negative Folgen) • Fehlende soziale Unterstützung • Stigmatisierung innerhalb des sozialen Netzwerks
Gesellschaftliche Ursachen und Risikofaktoren ($r_{\alpha} \geq .83$) <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbedingungen, Leistungsgesellschaft • Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen/ Rahmenbedingungen • Sozioökonomie 	Gesellschaftliche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bzw. -hindernisse ($r_{\alpha} \geq .78$) <ul style="list-style-type: none"> • (Ent-)Stigmatisierung • Wachsendes medizinisches Wissen • Fehlendes medizinisches Wissen • (Fehlender) Zugang zu medizinischer Versorgung

Anmerkungen. Die Codierung erfolgte durch fünf studentische Codierer:innen. Die Intercoder-Reliabilitäten wurden mittels ReCal berechnet (Freelon, 2017). Pro Beitrag konnten mehrere Responsibility Frames erfasst werden.

Die Kategorien basieren sowohl auf bisherigen Studien zum Responsibility Framing im Gesundheitskontext (u.a. Zhang et al., 2016) als auch auf theoretischen Überlegungen zur Rolle des sozialen Netzwerks für die Gesundheit (u.a. Sallis et al., 2008). Die Reliabilität war mit $\alpha \geq .68$ für alle Kategorien zufriedenstellend (Krippendorff, 2011).

Tabelle 2.

Gruppen des 2x4-Experimentaldesigns.

	Responsibility Frames			
	Individuum	Soziales Netzwerk	Gesellschaft	Kontrolle ¹
Dargestellte Ursachen und Lösungen	Ernährung, Bewegung, Gesundheitsverhalten	Beziehungsprobleme, Vorbilder, soziale Unterstützung	Leistungsgesellschaft, Lebensmittelindustrie, Arbeitgeber, Politik	–
Diabetes	<i>n</i> = 144	<i>n</i> = 142	<i>n</i> = 127	<i>n</i> = 133
Depression	<i>n</i> = 142	<i>n</i> = 133	<i>n</i> = 133	<i>n</i> = 134

Anmerkungen.

N = 1,088.

¹ Die Kontrollgruppe erhielt einen Artikel mit einem medizinischen Frame für Depression bzw. Typ-2-Diabetes, in dem keiner Instanz Verantwortung zugeschrieben wurde.

Tabelle 3.

Items, Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs-Alpha-Reliabilitätswerte für die individuellen, netzwerkspezifischen und gesellschaftlichen Attributionen.

Individuelle Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.835$		$\alpha = 0.871$	
Depression		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k ¹	Wer an Diabetes Typ 2 erkrankt, hat es sich meist selbst zuzuschreiben.	3.65	1.70	4.08	1.82
k	Diabetes Typ 2 wird vor allem durch das eigene Verhalten verursacht.	4.67	1.59	5.17	1.60
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil sie sich ungesund ernähren.	5.54	1.47	5.73	1.51
l ²	Betroffene sollten sich anstrengen, ihren Diabetes Typ 2 in den Griff zu bekommen.	5.25	1.54	5.46	1.57
l	Betroffene sollten selbst dazu beitragen, Diabetes Typ 2 zu verbessern.	4.87	1.63	5.36	1.65
l	Wenn Menschen sich gesünder ernähren, können sie Diabetes Typ 2 verbessern.	5.52	1.48	5.84	1.47
Individuelle Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.780$		$\alpha = 0.858$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Depressionen werden vor allem durch das eigene Verhalten verursacht.	4.43	1.54	4.64	1.51
k	Wer an einer Depression erkrankt, hat es sich meist selbst zuzuschreiben.	4.62	1.56	5.02	1.46
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil sie nicht gut mit Stress umgehen.	4.46	1.69	4.55	1.73
l	Betroffene sollten selbst dazu beitragen, Depressionen zu verbessern.	4.69	1.52	4.68	1.55
l	Wenn Menschen besser mit Stress umgehen, können sie Depressionen verbessern.	4.01	1.66	4.32	1.74
l	Betroffene sollten sich anstrengen, ihre Depressionen in den Griff zu bekommen.	4.56	1.49	4.90	1.55
Netzwerkspezifische Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.887$		$\alpha = 0.936$	

Depression		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil ihnen der Rückhalt von anderen fehlt.	4.45	1.58	4.81	1.62
k	Die Ursachen für Depressionen liegen häufig im familiären Umfeld.	5.19	1.42	5.35	1.39
l	Wenn Angehörige von Betroffenen mithelfen, können sie Depressionen verbessern.	4.17	1.48	4.29	1.52
k	Das Verhalten der Familie ist oft mitverantwortlich, dass jemand Depressionen bekommt.	4.35	1.54	4.47	1.53
k	Was die Familie tut, hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an einer Depression erkrankt.	4.44	1.51	4.50	1.49
l	Angehörige können einen Weg finden, einen depressiven Menschen zu unterstützen.	5.33	1.35	5.41	1.34
l	Es ist die Aufgabe von Familienmitgliedern, Betroffenen dabei zu helfen, Depressionen zu bewältigen.	4.74	1.58	4.86	1.50
l	Das familiäre Umfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	5.28	1.39	5.20	1.40
k	Die Ursachen für Depressionen liegen häufig im Arbeitsumfeld.	4.24	1.46	4.54	1.54
k	Wenn jemand Depressionen bekommt, ist das Arbeitsumfeld oft mitverantwortlich.	4.46	1.47	4.68	1.53
k	Das Verhalten der Arbeitskolleg:innen hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an einer Depression erkrankt.	4.36	1.54	4.55	1.51
l	Arbeitskolleg:innen können einen Weg finden, einen depressiven Menschen zu unterstützen.	4.72	1.40	4.85	1.45
l	Es ist die Aufgabe von Arbeitskolleg:innen, Betroffenen dabei zu helfen, Depressionen zu bewältigen.	3.63	1.65	3.99	1.64
l	Das Arbeitsumfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.92	1.45	4.92	1.47
Netzwerkspezifische Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.853$		$\alpha = 0.937$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil ihnen der Rückhalt von anderen fehlt.	2.66	1.52	3.80	1.85
l	Wenn Angehörige von Betroffenen mithelfen, können sie Diabetes Typ 2 verbessern.	4.72	1.56	5.07	1.56

k	Die Ursachen für Diabetes Typ 2 liegen häufig im familiären Umfeld.	3.46	1.63	3.98	1.73
k	Das Verhalten der Familie ist oft mitverantwortlich, dass jemand Diabetes Typ 2 bekommt.	3.39	1.66	3.96	1.75
k	Was die Familie tut, hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an Diabetes Typ 2 erkrankt.	3.31	1.75	4.02	1.72
l	Angehörige können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen.	5.08	1.44	5.16	1.56
l	Es ist die Aufgabe von Familienmitgliedern, Betroffenen dabei zu helfen, Diabetes Typ 2 zu bewältigen.	4.37	1.70	4.58	1.70
l	Das familiäre Umfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.71	1.63	4.86	1.66
k	Die Ursachen für Diabetes Typ 2 liegen häufig im Arbeitsumfeld.	2.38	1.37	3.55	1.81
k	Wenn jemand Diabetes Typ 2 bekommt, ist das Arbeitsumfeld oft mitverantwortlich.	2.56	1.45	3.74	1.82
k	Das Verhalten der Arbeitskolleg:innen hat einen Einfluss darauf, ob ein Mensch an Diabetes Typ 2 erkrankt.	2.40	1.50	3.39	1.85
l	Arbeitskolleg:innen können einen Weg finden, einen Menschen mit Diabetes Typ 2 zu unterstützen.	3.97	1.70	4.33	1.78
l	Es ist die Aufgabe von Arbeitskolleg:innen, Betroffenen dabei zu helfen, Diabetes Typ 2 zu bewältigen.	2.84	1.65	3.46	1.81
l	Das Arbeitsumfeld sollte besondere Rücksicht auf Betroffene nehmen.	4.13	1.62	4.35	1.71
Gesellschaftliche Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.780$		$\alpha = 0.858$	
Depression		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Depressionen werden vor allem durch die Gesellschaft verursacht.	4.43	1.54	4.64	1.51
k	Depressionen kann man dem modernen Leistungsdenken zuschreiben.	4.62	1.56	5.02	1.46
l	Die Politik sollte dazu beitragen, Depressionen zu verbessern.	4.46	1.69	4.55	1.73
l	Arbeitgeber und Institutionen sollten sich anstrengen, Depressionen in den Griff zu bekommen.	4.69	1.52	4.68	1.55
k	Menschen erkranken an Depressionen, weil ihnen Hilfsangebote fehlen.	4.01	1.66	4.32	1.74

I	Wenn die Gesellschaft sich ändert, kann sie Depressionen verbessern.	4.56	1.49	4.90	1.55
Gesellschaftliche Attributionen		Baseline		Posttest	
		$\alpha = 0.769$		$\alpha = 0.845$	
Typ-2-Diabetes		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
k	Diabetes Typ 2 wird vor allem durch die Gesellschaft verursacht.	2.99	1.63	3.66	1.86
k	Diabetes Typ 2 kann man dem Lebensmittelangebot zuschreiben.	4.28	1.68	4.66	1.74
I	Die Politik sollte dazu beitragen, Diabetes Typ 2 zu verbessern.	4.10	1.78	4.44	1.92
I	Arbeitgeber und Institutionen sollten sich anstrengen, Diabetes Typ 2 in den Griff zu bekommen.	3.62	1.71	4.03	1.82
k	Menschen erkranken an Diabetes Typ 2, weil ihnen die Strukturen für gesundes Verhalten fehlen (z. B. Radwege).	3.33	1.77	4.14	1.91
I	Wenn die Gesellschaft sich ändert, kann sie Diabetes Typ 2 verbessern.	3.95	1.80	4.45	1.82

Anmerkungen.

¹kausale Attributionen.

²lösungsbezogene Attributionen.

Die Items wurden aus der bestehenden Forschungsliteratur zu Verantwortungsattributionen im Gesundheitskontext abgeleitet (Corrigan et al., 2003; Major, 2018; Sun et al., 2016).

Tabelle 4.

Verantwortungszuschreibungen in der medialen Berichterstattung.

	Depression (n = 755)		Typ-2-Diabetes (n = 289)	
	n	% der Beiträge zu Depression	n	% der Beiträge zu Typ-2-Diabetes
Kausale Verantwortung				
<i>Individuum</i>	313	41.5	170	58.8
<i>Soziales Netzwerk</i>	255	33.8	5	1.7
<i>Gesellschaft</i>	134	17.8	46	15.9
Lösungsbezogene Verantwortung				
<i>Individuum</i>	543	71.9	163	56.4
<i>Soziales Netzwerk</i>	305	40.4	42	14.5
<i>Gesellschaft</i>	453	60.0	163	56.4

Anmerkung. N = 1,044 Beiträge. Pro Beitrag konnten mehrere Responsibility Frames erfasst werden.

Tabelle 5.

MANCOVA der (Posttest-)Attributionen nach Rezeption der Responsibility Frames.

Faktor	Attributionen (Posttest)						
	Individuelle Attribution		Netzwerkspezifische Attribution		Gesellschaftliche Attribution		Wilk's Λ
	F	η^2p	F	η^2p	F	η^2p	
Responsibility Frame	42.45***	0.11	20.00***	0.05	26.41***	0.07	0.75***
Kovariaten							
Individuelle Attribution (Baseline)	984.28***	0.50	10.28**	0.01	0.99	0.00	0.50***
Netzwerkspezifische Attribution (Baseline)	12.70***	0.01	637.84***	0.37	104.23***	0.09	0.59***
Gesellschaftliche Attribution (Baseline)	15.46***	0.01	1.27	0.00	245.61***	0.19	0.69***

Anmerkungen.

1 = stimme überhaupt nicht zu, 7 = stimme voll und ganz zu.

** $p < .01$.

*** $p < .001$.