



universität  
wien

# MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

**Gut beraten durch Arzt- und Krankenhausserien?  
Eine empirische Untersuchung zum Gesundheits- und  
Informationsverhalten aufgrund von Arzt- und  
Krankenhausserien**

verfasst von

Vera Cosima Haschkovitz, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, November 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Magisterstudium Publizistik- und Kommunikationswis-  
senschaft

Betreut von:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm



***„Gesundheit ist die erste Pflicht im Leben“***

-Oscar Wilde-



## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Menschen recht herzlich bedanken, die mich während der Erstellung dieser Magisterarbeit motiviert und unterstützt haben.

Ein außerordentlicher Dank gebührt Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm und MMag. Christiane Grill, die mich in meinem Vorgehen nicht nur tatkräftig unterstützt, sondern auch zuverlässig betreut haben. Jede noch so kleine Frage im Zuge des Schreibprozesses wurde geduldig angehört und lösungsorientiert beantwortet.

Weiters gilt mein Dank Martha und Nicole, die viel Zeit ins Korrekturlesen dieser Arbeit investiert haben. Dank euch sind jetzt auch noch die letzten Beistrich- und Rechtschreibfehler aus dieser Arbeit geflogen.

Auch bei meiner Schwester Vanessa möchte ich mich bedanken, die mich stets darin bestärkt hat, nicht den Kopf hängen zu lassen.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern, Melitta und Herbert. Ohne eure tadellose Unterstützung, in jeder erdenklichen Art und Weise, wäre ich nicht da, wo ich heute bin.

Überaus dankbar bin ich auch all meinen Freunden, die in den letzten Wochen und Monaten oft auf mich verzichten mussten und dennoch immer für mich da waren.

Von Herzen bedanken möchte ich mich noch bei meinem Freund Andreas. Danke, dass du mir immer wieder geduldig zugehört hast und mich in meinem Schreibblockaden stets liebevoll aufgemuntert und ertragen hast.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung .....</b>                                                                   | <b>1</b>  |
| <b>1.1. Erkenntnisinteresse .....</b>                                                        | <b>5</b>  |
| <b>1.2. Forschungsleitende Fragestellungen.....</b>                                          | <b>6</b>  |
| <b>1.3. Aufbau der Arbeit .....</b>                                                          | <b>7</b>  |
| <b>2. Gesundheit und Gesundheitskommunikation.....</b>                                       | <b>9</b>  |
| <b>2.1. Gesundheit .....</b>                                                                 | <b>9</b>  |
| <b>2.2. Gesundheitskommunikation .....</b>                                                   | <b>10</b> |
| <b>2.3. Gesundheitskompetenz .....</b>                                                       | <b>12</b> |
| <b>3. Mediennutzung .....</b>                                                                | <b>18</b> |
| <b>3.1. Entwicklung der Mediennutzungsforschung .....</b>                                    | <b>18</b> |
| <b>3.2. Ausgewählte Ansätze zur Mediennutzung .....</b>                                      | <b>19</b> |
| 3.2.1. Der Uses-and-Gratifications-Ansatz.....                                               | 19        |
| 3.2.2. Der handlungstheoretische Nutzenansatz.....                                           | 21        |
| 3.2.3. Die Theorie der Lebenswelt .....                                                      | 24        |
| 3.2.4. Der Erwartungs-Bewertungs-Ansatz .....                                                | 27        |
| 3.2.5. Der Information-Seeking-Ansatz .....                                                  | 28        |
| 3.2.6. Der Sense-Making-Ansatz.....                                                          | 31        |
| <b>3.3. Nutzungsmotive .....</b>                                                             | <b>32</b> |
| 3.3.1. Kognitive Motive.....                                                                 | 34        |
| 3.3.2. Affektive Motive .....                                                                | 36        |
| 3.3.3. Para-soziale Motive .....                                                             | 39        |
| 3.3.4. Unterhaltungsmotiv .....                                                              | 40        |
| <b>3.4. Mediennutzung hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Informationsverhaltens .....</b> | <b>40</b> |
| <b>4. Information und Unterhaltung.....</b>                                                  | <b>45</b> |
| <b>4.1. Information.....</b>                                                                 | <b>45</b> |
| <b>4.2. Unterhaltung .....</b>                                                               | <b>47</b> |
| <b>4.3. Das Zusammenspiel von Information und Unterhaltung.....</b>                          | <b>49</b> |
| <b>4.4. Die Entertainment-Education-Strategie .....</b>                                      | <b>54</b> |
| <b>5. Arzt- und Krankenhausserien .....</b>                                                  | <b>57</b> |
| <b>5.1. Entwicklung von Arzt- und Krankenhausserien .....</b>                                | <b>57</b> |

|                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5.2. Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf ZuseherInnen .....</b> | <b>60</b>  |
| <b>5.3. Angst und Angstbewältigung .....</b>                                | <b>65</b>  |
| 5.3.1. Angst.....                                                           | 66         |
| 5.3.2. Angstbewältigungsstile.....                                          | 68         |
| <b>6. Forschungsfragen &amp; Hypothesen.....</b>                            | <b>76</b>  |
| <b>7. Methodik.....</b>                                                     | <b>81</b>  |
| <b>7.1. Erhebungsmethode .....</b>                                          | <b>81</b>  |
| 7.1.1. Vorteile der Online-Befragung.....                                   | 81         |
| 7.1.2. Nachteile der Online-Befragung.....                                  | 82         |
| <b>7.2. Aufbau des Fragebogens.....</b>                                     | <b>83</b>  |
| 7.2.1. Auswahl des Untersuchungsmaterials .....                             | 84         |
| 7.2.1.1. Deutsche Arzt- und Krankenhausserien .....                         | 84         |
| 7.2.1.2. Amerikanische Arzt- und Krankenhausserien .....                    | 85         |
| 7.2.2. Fragebogendimensionen.....                                           | 87         |
| 7.2.3. Einsatz standardisierter Tests .....                                 | 90         |
| 7.2.3.1. Gesundheitsvorsorgeverhalten.....                                  | 90         |
| 7.2.3.2. Motivtest .....                                                    | 91         |
| 7.2.3.3. Monitoring/Blunting .....                                          | 93         |
| 7.2.3.4. Ängstlichkeit.....                                                 | 94         |
| <b>7.3. Auswertungsverfahren .....</b>                                      | <b>94</b>  |
| <b>7.4. Samplebeschreibung .....</b>                                        | <b>95</b>  |
| 7.4.1. Rekrutierung der ProbandInnen .....                                  | 95         |
| 7.4.2. Sample .....                                                         | 96         |
| 7.4.2.1. Geschlecht.....                                                    | 96         |
| 7.4.2.2. Alter .....                                                        | 97         |
| 7.4.2.3. Nationalität.....                                                  | 97         |
| 7.4.2.4. Bildung .....                                                      | 98         |
| 7.4.2.5. Beruf .....                                                        | 99         |
| <b>8. Ergebnisse.....</b>                                                   | <b>101</b> |
| <b>8.1. Deskriptivstatistische Ergebnisse.....</b>                          | <b>101</b> |
| 8.1.1. Gesundheitsverhalten .....                                           | 101        |
| 8.1.2. Informationsverhalten.....                                           | 104        |
| 8.1.3. Arzt- und Krankenhausserienkonsum .....                              | 105        |

|                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>8.2. Überprüfung der Hypothesen.....</b>                               | <b>106</b> |
| 8.2.1. Hypothese 1 .....                                                  | 107        |
| 8.2.1. Hypothese 2 .....                                                  | 109        |
| 8.2.2. Hypothese 3 .....                                                  | 110        |
| 8.2.3. Hypothese 4 .....                                                  | 110        |
| 8.2.4. Hypothese 5 .....                                                  | 111        |
| 8.2.5. Hypothese 6 .....                                                  | 112        |
| 8.2.6. Hypothese 7 .....                                                  | 113        |
| 8.2.7. Hypothese 8 .....                                                  | 115        |
| 8.2.8. Hypothese 9 .....                                                  | 116        |
| 8.2.9. Hypothese 10 .....                                                 | 117        |
| 8.2.10. Hypothese 11 .....                                                | 118        |
| 8.2.11. Hypothese 12 .....                                                | 118        |
| 8.2.12. Hypothese 13 .....                                                | 121        |
| 8.2.13. Hypothese 14 .....                                                | 121        |
| <b>8.3. Weiterführende Ergebnisse .....</b>                               | <b>123</b> |
| 8.3.1. Allgemeine und spezielle Fernsehnutzungsmotive .....               | 123        |
| 8.3.2. Weiterführende Informationssuche aufgrund von Bildung .....        | 127        |
| 8.3.3. Gesundheitsvorsorge aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien ..... | 127        |
| 8.3.4. Lernen aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien .....              | 128        |
| <b>9. Fazit.....</b>                                                      | <b>131</b> |
| <b>10. Literaturverzeichnis.....</b>                                      | <b>134</b> |
| 10.1. Print.....                                                          | 134        |
| 10.2. Online.....                                                         | 139        |
| <b>11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>                      | <b>144</b> |
| 11.1. Abbildungsverzeichnis .....                                         | 144        |
| 11.2. Tabellenverzeichnis.....                                            | 144        |
| <b>12. Anhang .....</b>                                                   | <b>147</b> |
| 12.1. Online- Fragebogen.....                                             | 147        |
| 12.2. Abstract.....                                                       | 162        |
| 12.3. Curriculum Vitae.....                                               | 164        |



# 1. Einleitung

*„In einer generell hoch mediatisierten Gesellschaft, in der jedwede Kommunikation im Alltag, im Beruf und in der Freizeit, in Politik, Wirtschaft und Kunst mehr und mehr mittels Medien geschieht, ist es naheliegend, dass auch Angelegenheiten von Gesundheit und Krankheit medial vermittelt und kommuniziert werden.“<sup>1</sup>*

Das Gesundheits-und Informationsverhalten hat sich im Laufe der letzten Jahre innerhalb der Gesellschaft grundlegend verändert. Die stetige Zunahme an Informationen über Gesundheitsthemen resultiert vor allem aus dem fundamentalen Rollenwandel im Gesundheitssystem. Die Fortschritte und Gesetze der heutigen Medizin erfordern eine aktive Rolle der PatientInnen<sup>2</sup>. Das paternalistische Bild von PatientInnen als bloße BefehlsempfängerInnen ist Geschichte. Heutzutage wird von PatientInnen verlangt Verantwortung im Behandlungsprozess zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen. Zudem sollen PatientInnen über ein großes Maß an Wissen und Können hinsichtlich Gesundheitsangelegenheiten verfügen.

Dieser Rollenwandel hat u.a. dazu geführt, dass das Thema Gesundheit einen immer wesentlicheren Teil im öffentlichen Diskurs einnimmt. Das Spektrum erstreckt sich dabei von fiktionalen bzw. non-fiktionalen Gesundheitsformaten im Fernsehen über eigenständige Ressorts in diversen Tages- und Wochenzeitungen bis hin zu Ratgeberforen im Internet, Gesundheit-Apps am Smartphone und verschiedensten Gesundheits- und Präventionskampagnen in der Werbung.

Wie der Titel bereits verrät, liegt der Fokus dieser Arbeit, neben dem Gesundheits-und Informationsverhalten, auf Arzt- und Krankenhausserien, die Gesundheitsthemen weitestgehend fiktional und unterhaltend aufbereiten. Ein Ziel der vorliegenden Magisterarbeit ist es herauszufinden, ob auch Arzt- und Krankenhausserien bei der Informationsver-

---

<sup>1</sup> Nerverla, Irene/ Brichta, Mascha/ Kamp, Hans-Christian/ Lüdecke Dieter K. (2007): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. In: Rössler, Patrick (Hrsg.): Medien und Gesundheit. Band 2. München: Verlag Reinhard Fischer. S.7.

<sup>2</sup> Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wurde die gendergerechte, verkürzte Schreibweise mit „Binnen-I“ verwendet und konsistent im Text fortgesetzt.

sorgung zu Gesundheitsthemen eine Rolle spielen bzw. sie uns in Gesundheitsangelegenheiten gut beraten.

In der Kommunikationswissenschaft wurden die Begriffe Information und Unterhaltung lange Zeit als Gegensätze betrachtet. Das Gegenteil von Unterhaltung hieß nicht Langeweile, wie heute angenommen, sondern Information. Mit Seriosität wurden demnach ausschließlich Informationsangebote verbunden. Unterhaltungsangebote hingegen wurden ohne nähere Betrachtung als unseriös erachtet. Aktuelle Forschungen zeigen jedoch, dass sich auch Unterhaltungsangebote dazu eignen, Informationen erfolgreich an die RezipientInnen zu transportieren.

Das Genre Arzt- und Krankenhausserie macht es sich seit den sechziger Jahren zur Aufgabe (mehr oder minder) medizinisch relevante Themen für ein möglichst breites Publikum interessant und unterhaltsam aufzubereiten. Das Potenzial mithilfe von Arzt- und Krankenhausserien das Denken über die Gesundheit der ZuseherInnen zu fördern, rückte jedoch erst kürzlich in das Interesse der kommunikationswissenschaftlichen Forschung.

Arzt- und Krankenhausserien bilden seit den sechziger Jahren bis heute einen fixen, nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil im deutschsprachigen Fernsehen. Den ersten großen Erfolg dieses Formates konnte die Serie „Emergency Room“ in den neunziger Jahren erzielen. Durch die spektakuläre und neuartige Erzählweise zog sie eine außergewöhnliche große Zuschauerzahl in den Bann und gilt deswegen heute noch als Mutter aller nachfolgenden Arzt- und Krankenhausserien.

Doch was macht dieses Genre eigentlich so besonders? Die Meinungen gehen dabei weit auseinander. Während die einen Arzt- und Krankenhausserien den Seifenopern zuordnen und diese somit für reinen Schwachsinn erklären, sehen andere darin das Potenzial gesundheitsrelevante Informationen ohne moralischen Zeigefinger zu transportieren. Während die ORF-Publikumsratsstudie im Jahr 2006 noch erhob, dass fiktionale Arzt- und Krankenhausserien nicht zu den Informationsquellen bei Gesundheitsthemen zählen<sup>3</sup>,

---

<sup>3</sup> Vgl. ORF Medienforschung (2006): Publikumsratsstudie 2006-Gesundheit in den ORF-Medien. In: [http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien\\_gesundheit.htm](http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien_gesundheit.htm) [12.01.2015, 12:35]

sind sich zahlreiche ÄrztInnen heute sicher, dass zumindest aus manchen amerikanischen Arzt- und Krankenhausserien etliches gelernt werden kann.<sup>4</sup>

Diese Ansicht wird im Zuge von Seminaren an diversen medizinischen Hochschulen unterstrichen. Jürgen Schäfer -Kardiologe, Internist, Endokrinologe und Diabetologe- rief ein Projekt an der Universität Marburg ins Leben, mit dem Inhalt, gemeinsam mit StudentInnen Episoden von „Dr. House“ auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Er ist der Meinung, dass

*„(...) die Krankheitsbilder hervorragend recherchiert sind und tatsächlich von klinischer Bedeutung. Manchmal muss ich selbst noch einmal ein Buch aufschlagen oder in aktuellen Studien nach den teils ungewöhnlichen Symptomen forschen.“<sup>5</sup>*

Dieses Seminar löste auch einen Trend in Österreich aus. Hier werden inzwischen ebenfalls Vorlesungen dieser Art öffentlich zugänglich angeboten.<sup>6</sup> Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die Besonderheit bzw. Faszination an Arzt- und Krankenhausserien neben der Unterhaltung auch mit Sicherheit im relativ hohen Informationsgehalt liegt. Vor allem in den amerikanischen Arzt- und Krankenhausserien, deren DrehbuchautorInnen vermehrt selbst aus dem medizinischen Metier kommen, stecken etliche realistische Informationen. Dank aufwendiger und kostspieliger Produktionen setzen sie den Klinik- bzw. Praxisalltag äußerst realitätsnah um. Demzufolge verschwimmen allerdings auch die Grenzen zwischen Fakt und künstlerischer Freiheit soweit, dass es für Laien sehr schwierig wird noch zwischen Wahrheit und Fiktion zu unterscheiden.<sup>7</sup> Dadurch entsteht die Gefahr, dass Gesundheitsthemen in einer nicht der Realität entsprechenden Art und Weise wiedergegeben werden.<sup>8</sup> Das verzerrte Bild wird bei häufigem Konsum von Arzt- und Krankenhausserien zu einer Gefahr für PatientInnen und ihre Umwelt. Philip Eisen-

---

<sup>4</sup> Vgl. Witte, Felicitas (2010): US-Arztserien im Reality-Check. In: <http://derstandard.at/1271377683381/US-Arztserien-im-Reality-Check> [25.01.2015, 12:45]

<sup>5</sup> Kalteis, Fritz (2014): Herz und Schmerz – TV-Ärzte. In: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/portal/gesundheitsportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.690191> [29.01.2015, 11:53]

<sup>6</sup> Zoidl, Franziska (2014): Eine Abrechnung mit Dr. House. In: <http://derstandard.at/2000001546498/Eine-Abrechnung-mit-Dr-House> [04.05.2015, 12:53]

<sup>7</sup> Vgl. ebd., 2010. [25.01.2015, 13:00]

<sup>8</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.62ff.

burger, Notfallmediziner in Wien, schildert dieses Problem anhand des folgenden Beispiels:

*„In jeder Serie wird reanimiert, aber ausnahmslos falsch. Das Um und Auf bei der Reanimation ist nicht irgendein Medikament, sondern ordentlich reinzudrücken. Bloß: Da liegen echte Schauspieler, die sich ungern versehentlich die Rippen brechen lassen. Der Fernsehkonsument hat also tausendfach falsch ausgeführte Reanimationen gesehen und wird es im Ernstfall ebenso falsch machen.“<sup>9</sup>*

Grobe Fehler, wie im Zitat beschrieben, sind jedoch in amerikanischen Arzt- und Krankenhausserien mittlerweile zur Ausnahme geworden. Das resultiert u.a. auch daraus, dass DrehbuchautorInnen in Amerika, im Vergleich zu Deutschland, von der Gesundheitsbehörde medizinische Beratung zur Seite gestellt bekommen.<sup>10</sup> Aus diesem Grund sehen vermutlich auch amerikanische Neurowissenschaftler in Fernsehserien ein starkes, potenzielles Instrument, um die Öffentlichkeit über Erste Hilfe o.ä. aufzuklären.<sup>11</sup>

Auch im deutschsprachigen Raum gibt es viele Befürworter, die ebenfalls diverse Potenziale in Arzt- und Krankenhausserien sehen. Kai Witzel, Leiter eines Zentrums für minimalinvasive Chirurgie in Hünfeld, ist der Meinung, dass PatientInnen mithilfe von Arzt- und Krankenhausserien mutiger in Sachen medizinischer Hilfeleistungen werden.<sup>12</sup> Jürgen Schäfer ist sogar davon überzeugt, dass RezipientInnen, die Arztserien, wie etwa „Dr. House“, regelmäßig verfolgen, den Notarzt bei medizinischen Notfällen früher kontaktieren.<sup>13</sup> Auch Fromm und Baumann sehen einen weiteren Vorteil in Arzt- und Krankenhausserien. Mithilfe solcher Sendungen können sogar desinteressierte Menschen, die im

---

<sup>9</sup> Kalteis, Fritz (2014): Herz und Schmerz – TV-Ärzte. In: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/portal/forumgesundheitsportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.690191> [29.01.2015, 11:30]

<sup>10</sup> Vgl. Schäfer, Jürgen R. (2012): Housemedizin. Die Diagnosen von »Dr.House«. Weinheim: WILEY-VCH Verlag. S.40.

<sup>11</sup> Vgl., ebd., 2014.

<sup>12</sup> Vgl. Kretschmer, Julia/ Weidlich, Sven (2015): Wie Arztserien Patienten verwirren. In: <http://www.fnp.de/nachrichten/panorama/Wie-Arztserien-Patienten-verwirren;art685,1388683> [02.07.2015, 15:30]

<sup>13</sup> Vgl. Schweitzer, Jan (2011): Realistische Arztserien. Doktor spielen. In: <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/03/Aerzte-am-Filmset> [02.07.2015, 15:30]

Alltag nicht gezielt nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen erreicht werden.<sup>14</sup>

Zum direkten Zusammenhang von Gesundheits- und Informationsverhalten mit der Nutzung von Arzt- und Krankenhausserien gibt es im deutschsprachigen Raum noch recht wenige Forschungen. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es besonders für die Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, hinsichtlich ihrer Funktion die Massen zu erreichen, aber auch für die Gesundheitswissenschaften, hinsichtlich ihrer Funktion die Gesundheit zu fördern, von großer Wichtigkeit, einen weiteren Beitrag zur Nutzung von Fernsehunterhaltungsangeboten, wie Arzt- und Krankenhausserien, zu leisten.

### **1.1. Erkenntnisinteresse**

Nachdem auch im Jahr 2015 noch nahezu täglich Arzt- und Krankenhausserien im Nachmittags- bzw. Hauptabendprogramm ZuseherInnen dazu einladen, den Klinik- bzw. Praxisalltag hautnah mitzuerleben, liegt die Vermutung nahe, dass sich die Einstellung der RezipientInnen gegenüber dem Nutzen und den enthaltenen Informationen in Arzt- und Krankenhausserien verändert hat. Es wird vermutet, dass die vorliegende Studie ein anderes Resultat erzielt als die Publikumsratsstudie des ORF im Jahr 2006, in welcher nur 10 % der Befragten meinten, aus solchen Sendungen lernen zu können.<sup>15</sup>

Ziel dieser Magisterarbeit ist es nun im Zuge einer Nutzungsstudie herauszufinden, wie ZuseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien mit ihrer Gesundheit umgehen und welchen Informationsnutzen sie aus diesen Serien für sich beziehen können. Methodisch wird dabei mit einem standardisierten Online-Fragebogen operiert. Dabei werden RezipientInnen nicht nur zu ihrem Gesundheitszustand und ihrem Interesse und Informationsverhalten bezüglich Gesundheitsthemen befragt, sondern auch zu ihren konkreten Nutzungsmotiven von Arzt- und Krankenhausserien und ihrer Einschätzung des Lern- bzw. Informationsgehalt solcher Sendungen. Abschließend werden die beiden Komponenten, der Konsum von Arzt- und Krankenhausserien und das Gesundheits- und Informationsverhalten, miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei soll herausgefunden werden, ob der

---

<sup>14</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva (2010): Dumm und krank oder schlau und gesund durch die Flimmerkiste?. In: Public Health Forum, 18. Jg., Heft 68. S.2.e2.

<sup>15</sup> Vgl. ORF Medienforschung (2006): Publikumsratsstudie 2006-Gesundheit in den ORF-Medien. In: [http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien\\_gesundheit.htm](http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien_gesundheit.htm) [12.01.2015, 12:35]

Konsum von Arzt- und Krankenhausserien Auswirkungen auf das Gesundheits- und Informationsverhalten hat.

## **1.2. Forschungsleitende Fragestellungen**

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die zwei folgenden zentralen Fragestellungen:

- Welche Zusammenhänge lassen sich hinsichtlich des Konsums von Arzt- und Krankenhausserien und dem Gesundheits- und Informationsverhalten feststellen?
- Welche Unterschiede lassen sich zwischen Viel- und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien hinsichtlich ihres Gesundheits- und Informationsverhalten feststellen?

Folgende zusätzliche Leitfragen wurden von der Autorin zu Beginn der Arbeit entwickelt, die ebenfalls mithilfe dieser Arbeit zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führen sollen:

- Wie sehr sind ZuseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien an ihrer eigenen Gesundheit interessiert? Wie gesundheitsbewusst sind sie und wie informieren sie sich im Alltag über Gesundheitsthemen? Welches Medium wird dabei am häufigsten genutzt?
- Welche Personengruppe (Alter, Geschlecht, Bildung, Gesundheitszustand) interessiert sich am meisten für Arzt- und Krankenhausserien? Welche Informationen können RezipientInnen aus Arzt- und Krankenhausserien beziehen? Welche Arzt- und Krankenhausserien sind für RezipientInnen besonders glaubwürdig gestaltet und beinhalten ihrer Meinung nach auch medizinische Informationen?
- Welche Zuwendungsmotive liegen Arzt- und Krankenhausserien zugrunde? Welche Rolle spielen dabei im Speziellen die kognitiven und emotionalen Seh motive?

### 1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Magisterarbeit ist eingeteilt in 12 Kapitel. Den Ausgangspunkt der Arbeit stellt das erste Kapitel dar, welches neben einer sehr ausführlichen Einleitung, das Erkenntnisinteresse und die Darlegung der zentralen Forschungsfragen beinhaltet.

Im zweiten Kapitel soll mithilfe der beiden Begriffsdefinitionen von Gesundheit und Gesundheitskommunikation und der Vorstellung des Konzepts der Gesundheitskompetenz die richtige Verortung des zu bearbeitenden Themas garantiert sein.

Das dritte Kapitel setzt sich mit den klassischen Mediennutzungstheorien der Kommunikationswissenschaft auseinander. Zu den zentralen theoretischen Konzepten zählen dabei der Uses-and-Gratifications-Ansatz nach Katz et.al. sowie der handlungstheoretische Nutzenansatz nach Renckstorf in Verbindung mit der Theorie der Lebenswelt nach Schütz. Zur Vollständigkeit wird auch die Weiterentwicklung des klassischen Nutzenansatzes, der Erwartungs- und Bewertungsansatz nach Palmgreen, kurz skizziert. Ferner werden auch noch explizit Nutzungstheorien zur Informationssuche hervorgehoben: der Information-Seeking-Ansatz nach Atkin und der Sense-Making-Ansatz nach Dervin.

Das vierte Kapitel befasst sich mit dem Zusammenspiel von Mediennutzung und Gesundheits- sowie Informationsverhalten. Der Fokus liegt dabei auf Entertainment Education. Dieser Ansatz besagt, dass gesundheitsspezifische Informationen erfolgreich in medialen Unterhaltungsangeboten integriert werden können. Hierfür bedarf es an einer Neubestimmung der beiden Begriffe Information und Unterhaltung. Nachdem sich die vorliegende Arbeit grundlegend auf die These Jürgen Grimms stützt, welche besagt, dass „*Unterhaltung nur dann als Unterhaltung funktionieren kann, wenn ganz bestimmte Informationsprozesse stattfinden*“<sup>16</sup> widmet sich die Autorin diesem Thema sehr ausführlich.

Das fünfte Kapitel setzt sich im Detail mit der Entstehung und Entwicklung des Genres Arzt- und Krankenhausserie auseinander. Zudem wird mithilfe aktueller Studien versucht einen Überblick über den bereits festgestellten Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf RezipientInnen zu geben. Nachdem Ängstlichkeit nicht nur in Zusammenhang mit Gesundheit, sondern auch im Zusammenhang mit Arzt- und Krankenhausserien eine zent-

---

<sup>16</sup> Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.10. [29.10.2015, 22:49]

rale Rolle spielt, wird sie in diesem Kapitel näher erläutert und im empirischen Teil der Arbeit dann als psychosoziale Messgröße erhoben.

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche und vorhandenen Theorien werden im sechsten Kapitel die zentralen Hypothesen der vorliegenden Magisterarbeit dargelegt.

Der empirische Teil dieser Arbeit ist im siebten Kapitel beschrieben und setzt sich gleich zu Beginn mit den Vor- und Nachteilen des Erhebungsinstruments auseinander. Neben dem Aufbau des Fragebogens und der Samplebeschreibung werden auch die Fragebogendimensionen und die zum Einsatz gekommenen standardisierten Tests erläutert. Abschließend wird in diesem Kapitel noch in Kürze auf die zur Anwendung gekommenen Auswertungsmethoden eingegangen.

Das achte Kapitel präsentiert und interpretiert schlussendlich die erhobenen Untersuchungsergebnisse der internetgestützten Befragung. Zudem werden die im Vorfeld generierten Hypothesen überprüft werden.

Das neunte Kapitel umfasst ein ausführliches Fazit und einen kurzen Ausblick auf die Zukunft.

Die Literatur- und Internetquellen werden zur Nachvollziehbarkeit im zehnten Kapitel alphabetisch angeführt. Das elfte Kapitel beinhaltet das Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.

Im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit, dem Anhang, befindet sich der Online-Fragebogen, das Abstract in deutscher und englischer Fassung und der Lebenslauf der Autorin.

## 2. Gesundheit und Gesundheitskommunikation

*„Es gibt kein anderes Thema mit so einem hohen Anteil an Ich-Beteiligung und Engagement wie das Thema Gesundheit und Medizin.“<sup>17</sup>*

### 2.1. Gesundheit

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 lässt sich Gesundheit als „(...) Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definieren.<sup>18</sup>

Dieser Ansatz wurde aufgrund der Begrifflichkeiten „Zustand“ und „völlig“, welche sehr starr und festgelegt wirken, stark kritisiert. Überdies wurde Gesundheit lange Zeit als Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden gesehen, sodass Gesundheit primär mit Negativität verbunden wurde.<sup>19</sup>

Eine Überarbeitung des Begriffs erfolgte durch den Soziologen Aaron Antonovsky in den siebziger Jahren. Er stellte dem Konzept der Pathogenese das Konzept der Salutogenese entgegen. Während unter Pathogenese die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten verstanden wird, setzt sich die Salutogenese mit der Entstehung und Entwicklung von Gesundheit auseinander. Antonovsky rückte damit nicht nur die Behandlung von Gesundheit erstmalig in den Mittelpunkt, sondern brach auch die starre Dichotomie von „kranksein“ und „gesundsein“ auf.<sup>20</sup>

*„Gesundheit und Krankheit schließen sich in Antonovskys Modell nicht aus, sondern bilden die Pole eines Kontinuums (health ease/disease-continuum), auf dem sich der Gesundheitszustand flexibel bewegt.“<sup>21</sup>*

---

<sup>17</sup> Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Taunusstein: Driesen Verlag. S.13.

<sup>18</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung) [25.01.2015, 17:57]

<sup>19</sup> Vgl. Morschitzky, Hans/ Hartl, Thomas (2010): Die Angst vor Krankheit verstehen und überwinden. Ostfildern: Patmos Verlag. S.12.

<sup>20</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.16.

<sup>21</sup> Ebd., 2011: S.16.

Antonovskys Modell trug auch zur Sensibilisierung eines gesundheitsorientierten Ansatzes bei, der sich nicht nur in der Definition der WHO von 1986 widerspiegelt, sondern auch in der Gesundheitsförderung.<sup>22</sup>

Angelehnt an Antonovskys Konzeption dehnte der deutsche Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann den Gesundheitsbegriff noch weiter aus. Er definiert Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren. Ferner beeinflussen gesellschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen die Gesundheit jedes Einzelnen und müssen Hurrelmann zufolge individuell mitberücksichtigt werden.<sup>23</sup>

## 2.2. Gesundheitskommunikation

Die wohl bekannteste Definition der Gesundheitskommunikation, die aus dem englischsprachigen Raum der „Health Communication“ entspringt, stammt von Kreps und Thornton aus dem Jahr 1984 und besagt, dass der Bereich der Gesundheitskommunikation sich *„mit allen Interaktions- und Kommunikationsprozessen von Personen im Rahmen der Gesundheitsversorgung“*<sup>24</sup> beschäftigt.

Als wesentlicher Faktor wird hierbei die Kommunikation gesehen, die für das Funktionieren eines Gesundheitssystems zuständig ist. An diesem Ansatz wird kritisiert, dass er sich sehr stark auf die interpersonale Form von Gesundheitskommunikation bezieht. Renata Schiavo rückt zwar ebenfalls die Gesundheitsversorgung vorrangig in den Mittelpunkt, weitet die Definition jedoch aus:

*„Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, int-*

---

<sup>22</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.17.

<sup>23</sup> Vgl. ebd., 2011: S.17f.

<sup>24</sup> Ebd., 2011: S.19.

*roduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes.*“<sup>25</sup>

Im deutschsprachigen Raum bezieht sich die Definition von Gesundheitskommunikation vor allem auf die Kommunikationsmaßnahmen (Gesundheitsförderung) über Massenmedien. Diese Definition greift insofern zu kurz, da vom klassischen, einseitigen Stimulus-Response Kommunikationsmodell ausgegangen wird, das bekanntlich einige wichtige Elemente des Kommunikationsvorganges außer Acht lässt. Kommunikation im Gesundheitsbereich benötigt, um erfolgreich zu sein, eine wechselseitige Kommunikation. Hierbei muss die KommunikatorInnen- als auch die RezipientInnenseite gleichermaßen mitberücksichtigt werden. Hurrelmann und Leppin definierten dieses sogenannte interaktionistische Verständnis wie folgt:

*„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind.“*<sup>26</sup>

Gesundheitskommunikation kann über ganz unterschiedliche Kanäle und Wege transportiert werden. Hurrelmann unterscheidet grob zwischen einer direkt-personalen und einer indirekt-medialen Kommunikation.<sup>27</sup> Fromm et.al. ergänzen dies um ein weiteres Modell, nämlich um die Peer-Kommunikation mit Familienangehörigen und Freunden.<sup>28</sup>

Über die Jahre hinweg, hat sich die einseitige, belehrende Gesundheitskommunikation zu einer wechselseitigen, gegenseitig beeinflussenden Kommunikation entwickelt. Begrün-

---

<sup>25</sup> Schiavo, Renata (2007): Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass. S.7.

<sup>26</sup> Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation- eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber. S.11.

<sup>27</sup> Vgl. ebd., 2001: S.10.

<sup>28</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.37.

den lässt sich dieser Wandel mit dem Web 2.0. Zeitalter.<sup>29</sup> Durch die rasante Weiterentwicklung des Internets und dem kontinuierlichen Anstieg an medizinischem Wissen können sich AkteurInnen des Gesundheitswesens (PatientInnen, KundInnen, BürgerInnen, LeistungserbringerInnen, KostenträgerInnen) mittlerweile schneller denn je über Gesundheit informieren und austauschen. Gleichzeitig stehen die Beteiligten jedoch auch vor immer größer werdenden Herausforderungen, wenn es heißt, die relevanten, richtigen sowie vertrauenswürdigen Inhalte aus der immer größer werdenden Informationsflut herauszufiltern.<sup>30</sup>

### **2.3. Gesundheitskompetenz**

Das Konzept der Gesundheitskompetenz nimmt sich genau dieser Herausforderung an. Ziel ist es, Menschen mit einer Art Werkzeugkoffer für diverse Gesundheitsangelegenheiten auszustatten. Denn Studien belegen, dass nur wenige Menschen über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen. Zu diesem Umdenken, Menschen mit Grundkompetenzen zu versorgen, führte unter anderem die Einführung der evidenzbasierten Medizin. Seither müssen PatientInnen von medizinischen Fachleuten über alle möglichen Behandlungsoptionen evidenzbasiert aufgeklärt werden und auf dieser Basis dann eine informative Einwilligung geben. Das führt dazu, dass PatientInnen im Behandlungsprozess eine aktive Rolle einnehmen (müssen).<sup>31</sup>

Der Begriff der Gesundheitskompetenz leitet sich aus dem englischen Termini „Health Literacy“ ab. Im deutschen Sprachgebrauch haben sich neben der Gesundheitskompetenz auch Begriffe wie Gesundheitsmündigkeit oder Gesundheitsbildung durchgesetzt, da es keine einheitliche Übersetzung des englischen Begriffs gibt. Das Wort „Literacy“ lässt sich aus dem Englischen mit „Lese- und Schreibfähigkeit“ übersetzen. Das Ziel der Ge-

---

<sup>29</sup> Vgl. Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage. München/Weinheim: Juventa Verlag. S.198.

<sup>30</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.12.

<sup>31</sup> Vgl. Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag. S.160.

sundheitskompetenz ist es folglich, Menschen in Gesundheitsangelegenheiten genauso grundlegend wie im Lesen und Schreiben auszubilden.<sup>32</sup>

*„Gesundheits-Kompetenz ist die Fähigkeit jedes Einzelnen, im täglichen Leben die richtigen Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit und auf die Vermeidung von Krankheiten auswirken, aber auch selbstständig aktiv Gesundheitsvorsorge zu betreiben.“<sup>33</sup>*

Sørensen et.al. greifen auf den englischen Terminus der „Health Literacy“ zurück und verstehen unter Gesundheitskompetenz, dass Menschen das Wissen und die Motivation besitzen, signifikante Gesundheitsinformationen aller Art zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Diese Fähigkeit ist vor allem relevant, um die eigene Gesundheit sowie die Gesundheit der Angehörigen zu fördern und im alltäglichen Leben adäquate Entscheidungen in Bezug auf Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu treffen.<sup>34</sup>

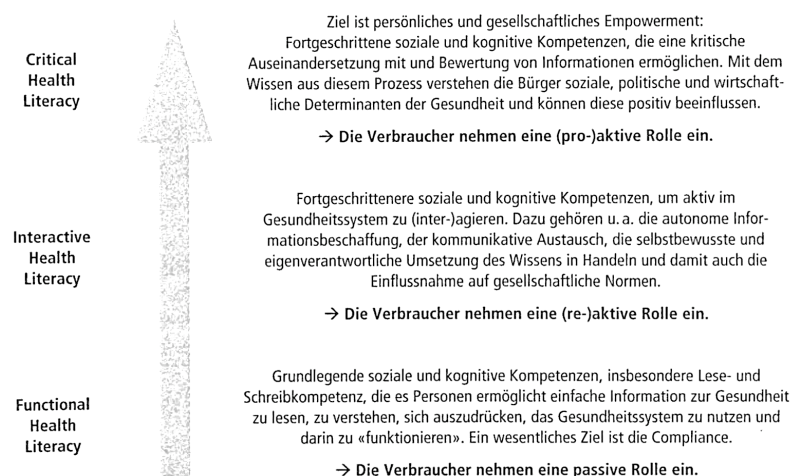


Abbildung 1: Ebenen der Health Literacy<sup>35</sup>

<sup>32</sup> Vgl. Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag. S.160.

<sup>33</sup> Steinmaßl-Wirrer, Monika (2009): Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: <http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand> [04.05.2015, 20:29]

<sup>34</sup> Vgl. Pelikan, Jürgen/ Röthlin, Florian/ Ganahl, Kristin (2012): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe. Wien: Vortragsreihe des LBIHPR. Online abrufbar unter: [http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe\\_GM/Vortragsunterlagen/jour\\_fixe2011\\_pelikanroethlin.pdf](http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe_GM/Vortragsunterlagen/jour_fixe2011_pelikanroethlin.pdf) S.14. [08.11.2015, 16:52]

<sup>35</sup> Vgl. ebd., 2014: S.161.

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, besteht die Health Literacy aus drei Ebenen, die aufeinander aufbauen. Um Gesundheitskompetenz innerhalb einer Gesellschaft messen zu können, wurde eine Vielzahl an Instrumenten entwickelt. Für die Erhebung der funktionalen Health Literacy, die sich zum Ziel gesetzt hat VerbraucherInnen mit grundlegenden sozialen und kognitiven Kompetenzen auszustatten, wurden beispielsweise der REALM Test (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) oder der TOFLA Test (Test of Functional Health Literacy in Adults) entwickelt. Während das TOFLA Instrument die Fähigkeiten von PatientInnen misst, häufig genutzte Formulierungen des Gesundheitssystems verstehen und lesen zu können, erhebt der REALM Test die Kompetenz von PatientInnen medizinische Begriffe lesen und dabei korrekt betonen zu können.<sup>36</sup>

Ein mögliches Instrument, die interaktive und kritische Health Literacy zu messen, bietet der sogenannte European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Die europäische Studie zur Gesundheitskompetenz wurde im Zeitraum von 2009-2012 in folgenden acht europäischen Ländern durchgeführt: Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen und Spanien. Der Test umfasst 47 Items und liefert erstmals vergleichbare Daten innerhalb Europas. Die Items decken Fragen zur Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung ab. Dabei wird untersucht, ob die Inhalte dieser drei Themenblöcke leicht aufzufinden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden sind. Das Antwortschema folgt einer Vierer-Skala, die von „sehr schwer“ (very difficult) bis „sehr einfach“ (very easy) reicht. Die nachfolgende Grafik listet die Subdimensionen übersichtlich auf.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Vgl. Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag. S.161.

<sup>37</sup> Vgl. ebd., 2014: S.162.

| Gesundheitskompetenz         | Finden/erlangen von gesundheitsrelevanter Information                                     | Verstehen von gesundheitsrelevanter Information                                                 | Beurteilen von gesundheitsrelevanter Information                                                | Umsetzen von gesundheitsrelevanter Information                                                |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Krankheitsbewältigung</b> | 1) Fähigkeit zu medizinischen oder klinisch relevanten Information zu gelangen (4 Fragen) | 2) Fähigkeit medizinische Information und deren Bedeutung zu verstehen (4 Fragen)               | 3) Fähigkeit medizinische Informationen zu interpretieren und evaluieren (4 Fragen)             | 4) Fähigkeit fundierte Entscheidungen in medizinischen Fragen zu treffen (4 Fragen)           |
| <b>Prävention</b>            | 5) Fähigkeit zu Informationen bezüglich Risikofaktoren zu erlangen (4 Fragen)             | 6) Fähigkeit Informationen und deren Bedeutung bezüglich Risikofaktoren zu verstehen (3 Fragen) | 7) Fähigkeit Informationen bezüglich Risikofaktoren zu interpretieren und evaluieren (5 Fragen) | 8) Fähigkeit die Relevanz von Informationen bezüglich Risikofaktoren zu beurteilen (3 Fragen) |
| <b>Gesundheitsförderung</b>  | 9) Fähigkeit sich über Gesundheitsbelange zu informieren (5 Fragen)                       | 10) Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen und deren Bedeutung zu verstehen (4 Fragen)    | 11) Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu interpretieren und zu evaluieren (3 Fragen) | 12) Fähigkeit sich eine reflektierte, gesundheitsrelevante Meinungen zu bilden (4 Fragen)     |

Abbildung 2: Subdimensionen der Gesundheitskompetenz<sup>38</sup>

Kritik erfährt der Test aufgrund der methodischen Vorgehensweise, die nur eine sehr limitierte Aussagekraft zulässt. Laut Sørensen et.al. weisen die Fragestellungen in Kombination mit der einseitigen Auswertungsmöglichkeit schwerwiegende Lücken auf.

*„Wenn die Testperson die Frage mit „very easy“ beantwortet, wird diese Antwort als positiv gewertet. Ein Bürger, der verstanden hat, welche Information er für eine informierte Entscheidung bräuchte, würde konsequenterweise „very difficult“ ankreuzen und damit negativ ausgewertet werden.“<sup>39</sup>*

Folglich könnten, laut Sørensen et.al, BürgerInnen, obgleich sie das jeweilige Problem verstanden haben, eine niedrige Health Literacy testiert bekommen. Die Ergebnisse des HLS-EU-Q zeigen jedoch klar auf, dass die Gesundheitskompetenz innerhalb Europas eine große Herausforderung darstellt. Die zum Teil erschreckend schlechten Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass adäquate Gegenmaßnahmen getroffen werden müssen. Darun-

<sup>38</sup> Pelikan, Jürgen/ Röthlin, Florian/ Ganahl, Kristin (2012): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe. Wien: Vortragsreihe des LBIHPR. Online abrufbar unter: [http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe\\_GM/Vortragsunterlagen/jour\\_fixe2011\\_pelikanroethlin.pdf](http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe_GM/Vortragsunterlagen/jour_fixe2011_pelikanroethlin.pdf) S.16. [08.11.2015, 16:56]

<sup>39</sup> Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag. S.162.

ter fällt hauptsächlich das Gesundheits- und Sozialsystem einfacher zu gestalten, sodass sich BürgerInnen darin nicht nur besser, sondern auch schneller zu Recht finden. Ferner müssen nicht nur die BürgerInnen, sondern auch die professionellen EntscheidungsträgerInnen und Fachkräfte der medizinischen Berufsgruppe in Gesundheitsangelegenheiten von Grund auf besser ausgebildet werden.<sup>40</sup>

Erschreckend ist das Ergebnis vor allem in Bezug auf die tatsächlich vorhandene Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung Europas. Während in den Niederlanden weniger als 29% der Bevölkerung eine inadäquate bzw. problematische Gesundheitskompetenz aufweisen, sind es in Österreich mehr als 56%. Mit diesem Ergebnis schneidet Österreich im Durchschnitt sogar schlechter als die anderen Mitgliedsländer (47,6%) ab.<sup>41</sup>

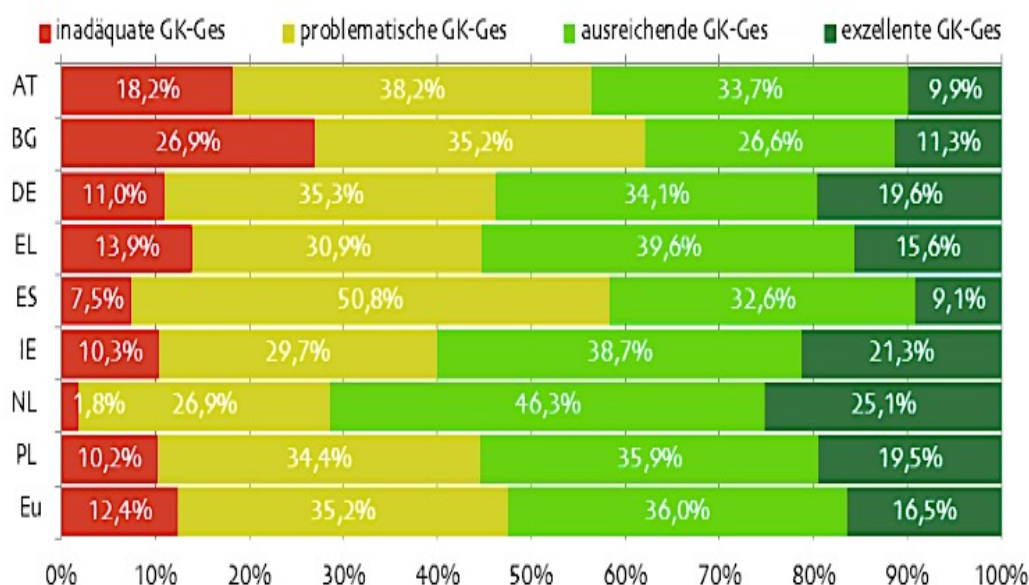


Abbildung 3: Gesundheitskompetenz-Index<sup>42</sup>

Begründen lässt sich das Ergebnis dadurch, dass die Gesundheitskompetenz eng mit der selbstwahrgenommenen Gesundheit verbunden ist. Das bedeutet, dass Menschen, die ihre eigene Gesundheit als schlecht einschätzen, tendenziell auch eine schlechtere Gesund-

<sup>40</sup> Vgl. Sørensen, Kristine (2013): HLS EU Gesundheitskompetenz. In: <https://www.youtube.com/watch?v=xlxGiI-bnmg> [16.09.2015, 14:08]

<sup>41</sup> Vgl. ebd., 2013.

<sup>42</sup> Vgl. Pelikan, Jürgen/ Ganahl, Kristin/ Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. In: <https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.576364&action=b&cacheability=PAGE> [15.10.2015, 14:06]

heitskompetenz aufweisen, als Menschen, die ihre Gesundheit als gut einschätzen. Ebenso konnte mithilfe der Erhebung herausgefunden werden, dass 40% der TeilnehmerInnen mit Schwierigkeiten konfrontiert sind, wenn es darum geht, in einem medizinischen Notfall zu wissen was zu tun ist oder zu verstehen, was medizinische Fachleute sagen. Auch bei Fragen zur Krankheitsprävention, z.B. welche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden sollen, oder zu entscheiden, ob man eine Grippeimpfung braucht, hatten 42% Schwierigkeiten. 49% der TeilnehmerInnen gaben bei Fragen nach der Entscheidung bezüglich der Gesundheitsförderung Probleme an. Hierzu wurde z.B. gefragt, ob die Packungsbeilagen von Nahrungsmitteln verstanden werden, oder wie sich politische Entscheidungen auf die eigene Gesundheit auswirken.<sup>43</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die HLS-EU-Studie zu dem Ergebnis kommt, dass die Gesundheitskompetenz bei nahezu jedem/r zweiten Befragten eine Herausforderung darstellt. Das Risiko für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz ist bei Menschen mit einer Langzeiterkrankung, mit niedrigem Bildungsstand, die in finanziellen Schwierigkeiten stecken oder über 75 Jahre alt sind sogar noch höher.<sup>44</sup>

Aus diesem Grund muss nicht nur in Europa, sondern auch international die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als Herausforderung des 21. Jahrhunderts debattiert werden. Vor allem Massenmedien bieten mit ihrer Möglichkeit, ein breites Publikum anzusprechen, an, das Wissenschaftsverständnis und die Gesundheitskompetenz der Gesellschaft nachhaltig zu fördern.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Vgl. Sørensen, Kristine (2013): HLS EU Gesundheitskompetenz. In: <https://www.youtube.com/watch?v=xlxGiI-bnmq> [16.09.2015, 14:08]

<sup>44</sup> Vgl. ebd., 2013.

<sup>45</sup> Vgl. Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag. S.159f.

### 3. Mediennutzung

Dieses Kapitel schafft einen Überblick über die kommunikationstheoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit. Zu Beginn des Kapitels wird der Gegenstandsbereich der Mediennutzung kurz erläutert. Im Weiteren werden all jene kommunikationswissenschaftlichen Ansätze, Theorien und Überlegungen zusammengetragen, die zur Ermittlung der vorangestellten Forschungsfragen benötigt werden.

#### 3.1. Entwicklung der Mediennutzungsforschung

Die kommunikationswissenschaftliche Mediennutzungsforschung geht der zentralen Frage nach, was Menschen mit den Medien machen. Uwe Hasebrink zufolge lässt sich ihr Gegenstandsbereich in drei Teile gliedern: Medienauswahl, Medienrezeption und Medienaneignung.<sup>46</sup>

| Mediennutzung im engeren Sinn (Medienkontakte) |                            |                                 |
|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| <i>prä-kommunikative Phase</i>                 | <i>kommunikative Phase</i> | <i>post-kommunikative Phase</i> |
| Medienauswahl                                  | Medienrezeption            | Medienaneignung                 |

Abbildung 4: Gegenstandsbereich der Nutzungsforschung<sup>47</sup>

Generell wird unter dem Begriff der Mediennutzung verstanden, dass RezipientInnen bewusst mit einem Medienangebot in Kontakt treten. Die drei Bereiche Medienauswahl, Medienrezeption und Medienaneignung unterscheiden sich durch die zeitliche Abfolge im Kommunikationsprozess. Die in der präkommunikativen Phase angesiedelte Medienauswahl untersucht die Nutzungsmotive von RezipientInnen bei der Entscheidung für ein bestimmtes Medienangebot. Die Medienrezeption analysiert die während der Nutzung auftretenden emotionalen und kognitiven Verarbeitungsvorgänge. Die Medienaneignung

<sup>46</sup> Vgl. Hasebrink, Uwe (2003): Nutzungsforschung. In: Bentele, Günter/ Brosius, Hans-Bernd/ Jarren, Otfried (Hrsg.): Öffentliche Kommunikation. Handbuch Kommunikations- und Medienwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.101.

<sup>47</sup> Ebd., 2003: S.102.

erfasst in der postkommunikativen Phase, wie NutzerInnen das Rezipierte in ihr eigenes Weltbild integrieren und welche Konsequenzen sie daraus ziehen.<sup>48</sup>

Die Mediennutzungsforschung hat sich in der Kommunikationswissenschaft als eigenständiger Forschungsansatz recht spät etabliert. Das resultiert vor allem daraus, dass in den Sozialwissenschaften lange Zeit das Bild eines homogenen, passiven und den Medien hilflos ausgesetzten Publikums vorherrschte. Obwohl bereits die frühe Propagandatheorie vermutete, dass sich Medienangebote unterschiedlich auf RezipientInnen auswirken können, wurde der Ansatz lange Zeit nicht weiter erforscht. Den Grundgedanken für einen publikumszentrierten Ansatz lieferte die amerikanische Kommunikationsforscherin Herta Herzog in den frühen vierziger Jahren. Sie stellte erstmals nicht mehr die Frage nach der Medienwirkung in den Mittelpunkt, sondern jene nach den Gratifikationen von RezipientInnen im Zusammenhang mit der Mediennutzung.<sup>49</sup>

## **3.2. Ausgewählte Ansätze zur Mediennutzung**

### **3.2.1. Der Uses-and-Gratifications-Ansatz**

Der bekannteste Ansatz, um die mediale Selektionsentscheidung von RezipientInnen zu erklären, ist der Uses-and-Gratifications-Ansatz (im Weiteren mit U&G Ansatz abgekürzt). Zu den Vorläufern zählen, wie eingangs beschrieben, die frühen, meist rein deskriptiven und theorieleeren, Hörfunk- und Fernsehnutzungsstudien.

Katz, Blumler und Gurevitch, die sich selbst als bloße Weiterentwickler des U&G Ansatzes verstanden, thematisierten ihn bereits in den Anfängen der vierziger Jahre. Seine Blütezeit erfuhr der Ansatz jedoch erst viel später, in den siebziger bzw. achtziger Jahren, in Zusammenhang mit der Programmervielfachung des Kabelfernsehens in den USA.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Hasebrink, Uwe (2003): Nutzungsforschung. In: Bentele, Günter/ Brosius, Hans-Bernd/ Jarren, Otfried (Hrsg.): Öffentliche Kommunikation. Handbuch Kommunikations- und Medienwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.102.

<sup>49</sup> Beck, Klaus (2015): Kommunikationswissenschaft. 4., überarbeitete Auflage. München und Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.202f.

<sup>50</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.60f.

Im Kern geht der klassische U&G Ansatz von einem aktiven Publikum aus, welches sich Medienangeboten zielgerichtet zuwendet.<sup>51</sup> Die zentrale Grundannahme lautet dabei, dass Menschen dies nur tun, um ihre persönlichen Bedürfnisse zu befriedigen.<sup>52</sup> Der U&G Ansatz sieht in MedienkonsumentInnen aktive InformationsverarbeiterInnen und ProblemlöserInnen, die ihre Medienentscheidungen nicht triebgesteuert oder unbewusst, sondern funktional treffen.<sup>53</sup> Zudem stehen Medien in direkter Konkurrenz mit anderen Bedürfnisbefriedigungsquellen. Nachdem Gratifikationen, wie etwa Hunger oder Kälte, nicht durch den Konsum von Medien befriedigt werden können, beschränken sich U&G Studien auf Bedürfnisse

*„(...) die eine potenzielle Befriedigung durch Mediennutzung zulassen, wie z.B. Informationshunger, Einsamkeit, Langweile oder soziales Orientierungsbedürfnis.“<sup>54</sup>*

Da sich menschliche Bedürfnisse jedoch nicht von Außen erschließen lassen, können Bedürfnisse nur im Zuge der Selbstauskunft ermittelt werden. Das eröffnet die vierte und letzte Grundannahme des U&G Ansatzes, dass RezipientInnen sich ihrer Nutzungsmotive bewusst sind und diese auch benennen können.<sup>55</sup>

Der klassische Ansatz nach Katz et.al. lässt sich folgendermaßen abbilden.<sup>56</sup>

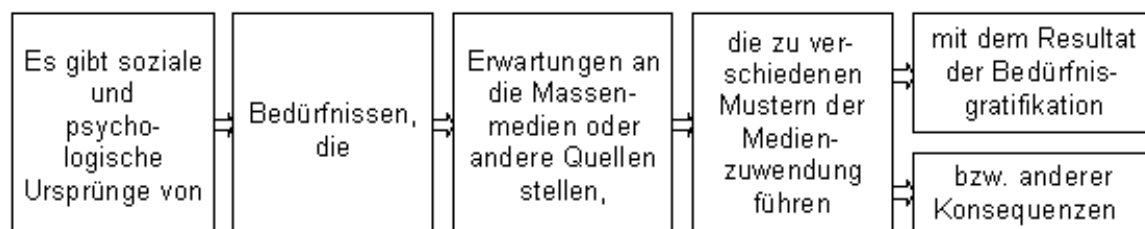


Abbildung 5: Grundelemente des U&G-Ansatzes<sup>57</sup>

<sup>51</sup>Vgl. Hasebrink, Uwe (2003): Nutzungsforschung. In: Bentele, Günter/ Brosius, Hans-Bernd/ Jarren, Otfried (Hrsg.): Öffentliche Kommunikation. Handbuch Kommunikations- und Medienwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.112.

<sup>52</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.61.

<sup>53</sup> Vgl. ebd., 2007: S.61.

<sup>54</sup> Ebd., 2007: S.62.

<sup>55</sup> Vgl. ebd., 2007: S.63.

<sup>56</sup> Vgl. ebd., 2003: S.113.

<sup>57</sup> Schenk, Michael (2002): Medienwirkungsforschung. 2., vollständige überarbeitete Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck. S.632.

Kritik erfuhr der Ansatz vor allem aufgrund der letzten Grundannahme, dass MedienkonsumentInnen sich ihrer Nutzungsmotive bewusst sind und diese auch benennen können. Dieser Punkt wird von diversen AutorInnen stark angezweifelt, weil sich das Mediennutzungsverhalten, ähnlich wie das Alltagsverhalten, stetig verändert und sich aus zahlreichen teils unbewussten teils habitualisierten Ritualen sowie Gewohnheiten zusammensetzt.<sup>58</sup>

Auch die Annahme, dass es für ZuseherInnen zu jedem beliebigen Zeitpunkt ein entsprechendes mediales Angebot gibt, wird bekrittelt. ZuseherInnen können das Medienangebot nicht gestalten, sondern lediglich daraus auswählen. Das wiederum bedeutet, dass die Bedürfnisse der RezipientInnen möglicherweise teilweise bzw. nur annähernd befriedigt werden können. Auch wenn sich die Auswahl im Zuge des Internets immens vergrößert hat und Angebote nahezu perfekt die Bedürfnisse von RezipientInnen erfüllen, wird vom U&G Ansatz vernachlässigt, wo RezipientInnen zu diesem Angebot gelangen. Laut Schweiger unterstellt der Ansatz, „*dass Rezipienten möglichst vollständige Informationen über alle Alternativen zum Zeitpunkt der Selektionsentscheidung zur Verfügung haben.*“<sup>59</sup>

Zudem wird kritisiert, dass es der Forschung nach wie vor an einer ausgearbeiteten Theorie der Bedürfnisse und einer Methodologie, „*(...) die eine nachträgliche Rationalisierung der Mediennutzung durch die Befragten vermeidet (...)*“<sup>60</sup>, fehle.

### **3.2.2. Der handlungstheoretische Nutzenansatz**

Der handlungstheoretische Nutzenansatz nach Renckstorf und Teichert knüpft am U&G Ansatz an und bezieht zusätzlich zum aktiven Publikum auch das Konzept des symbolischen Interaktionismus mit ein. Die Grundvorstellung eines aktiven Publikums, das Medien intentional und selektiv nutzt, lassen sich Burkart zufolge wie folgt zusammenfassen:

---

<sup>58</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.66.

<sup>59</sup> Ebd., 2007: S.72.

<sup>60</sup> Beck, Klaus (2015): Kommunikationswissenschaft. 4., überarbeitete Auflage. München und Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.207.

- „das Publikum der Massenkommunikation ist als aktives Element im Massenkommunikationsprozeß [sic!] zu begreifen, es ist weit davon entfernt, „passiv“ zu rezipieren. Mediennutzung muß [sic!] im Gegenteil als ein aktives und zielorientiertes Handeln gesehen werden;
- die Zielgerichtetheit des Rezipienten-Handelns resultiert nicht einfach aus bestehenden Prädispositionen (Einstellungen und normativen Erwartungen), sondern erklärt sich aus dem Zustand der individuellen menschlichen Bedürfnislage: die Massenmedien und ihre Inhalte stellen eine Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung dar;
- die Massenmedien stehen als Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung allerdings in unmittelbarer Konkurrenz zu anderen Gratifikationsinstanzen (wie etwa Primärgruppen), d.h., Mediennutzung stellt nur eine von mehreren Handlungsalternativen dar, die als potenziell funktional äquivalent (gleichwertig) angesehen werden müssen.“<sup>61</sup>

Der Ansatz des symbolischen Interaktionismus betrachtet den Menschen in einer aktiven Wechselbeziehung mit der Umwelt.<sup>62</sup> Das bedeutet, dass der Mensch nicht nur in einer natürlichen, sondern auch in einer symbolischen Welt lebt und Gegenständen, wie etwa Personen, Objekten, Ereignissen, erst nach primärer bzw. sekundärer Erfahrung eine Bedeutung zuschreibt. Ereignisse, Personen und Objekte gewinnen für Menschen demnach erst an Bedeutung, wenn sie in menschliche Handlungszusammenhänge miteingeschlossen werden. Bedeutungen können dabei nicht als fixiert betrachtet werden, denn sie definieren sich immer wieder neu. Der Mensch schafft sich durch seine Bedeutungszuweisungen eine subjektive Wirklichkeit. Diese subjektive Wirklichkeit basiert wiederum auf den eigenen Erfahrungen und Handlungen.<sup>63</sup>

*„Die Aktivität des Rezipienten ist in diesem Ansatz nicht auf die Selektionsentscheidung begrenzt, sondern die Nutzung selbst wird als aktives (Medien-)*

---

<sup>61</sup> Burkart, Roland (2002): Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien/ Köln/Weimar: Böhlau Verlag. S.223.

<sup>62</sup> Vgl. ebd., 2002: S.153.

<sup>63</sup> Vgl. ebd., 2002: S.224.

*Handeln verstanden: Menschen handeln den Medien gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen, die sie ihnen zumessen.*<sup>64</sup>

RezipientInnen wählen infolgedessen nicht nur aus einem Angebot aus, sondern interpretieren dieses zugleich. Das unterstreicht erneut, dass nicht die Medien über die Wirkung und Botschaft entscheiden, wie die klassische Medienwirkungsforschung annahm, sondern die RezipientInnen selbst.<sup>65</sup>

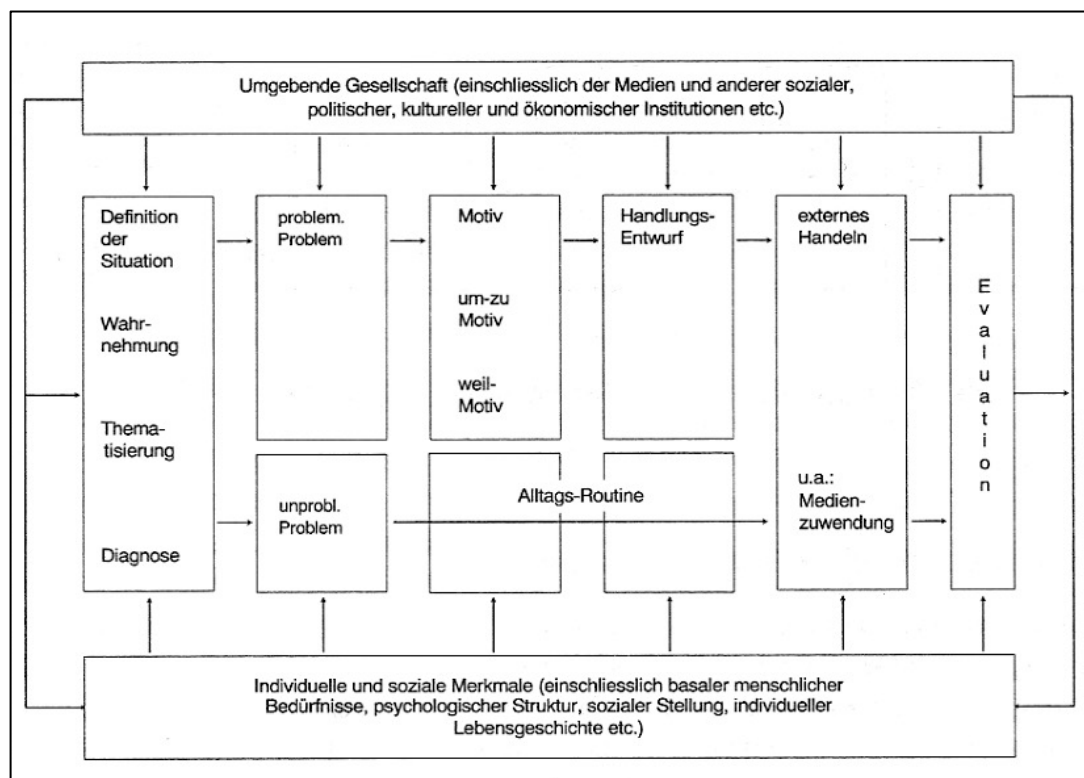


Abbildung 6: Handlungstheoretischer Nutzenansatz<sup>66</sup>

Die Einbettung des Nutzenansatzes in das soziologische Konzept des sozialen Handelns nahm vorwiegend Karsten Renckstorff vor. Der klassische Nutzenansatz, wie zuvor beschrieben, geht von einem bewussten Vorgang hinsichtlich der Motive von RezipientInnen aus. Renckstorff bringt jedoch in seinem Modell zum Ausdruck, dass sich die Bedürf-

<sup>64</sup> Beck, Klaus (2015): Kommunikationswissenschaft. 4., überarbeitete Auflage. München und Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.206.

<sup>65</sup> Vgl. ebd., 2015: S.206.

<sup>66</sup> Vgl. Renckstorff, Karsten (1989): Mediennutzung als soziales Handeln. Zur Entwicklung einer handlungstheoretischen Perspektive in der empirischen (Massen) Kommunikationsforschung. Zitiert nach: Kaase, Max/Schulz, Winfried (Hrsg.): Massenkommunikation - Theorien, Methoden, Befunde. Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie, Sonderheft 30.Opladen. S.332.

nisse auch aus individuellen und sozialen Merkmalen ableiten lassen, die auf psychologischer Struktur, sozialer Stellung und individueller Lebensgeschichte basieren. Diese Motive, wie in der Abbildung 7 zu sehen ist, benennt Renckstorf, in Anlehnung an die phänomenologische Sozialtheorie von Alfred Schütz, in Um-zu-Motive und Weil-Motive.<sup>67</sup>

### 3.2.3. Die Theorie der Lebenswelt

Der Wiener Soziologe Alfred Schütz begründet in seiner Theorie der Lebenswelt „*das Handeln des Menschen in der alltäglichen Lebenswelt als primären Sinnbereich und Bereich der Praxis*“. <sup>68</sup> Seine Ideen bauen auf der Phänomenologie Edmund Husserls und der verstehenden Soziologie Max Webers auf. Das Hauptproblem sieht Schütz in der Sinnhaftigkeit des (sozialen) Handelns in der Alltagswelt.

Die alltägliche Lebenswelt beschreibt der Soziologe, zusammen mit Thomas Luckmann, in seinem Werk „Strukturen der Lebenswelt“ als Wirklichkeitsbereich, „*(...) in dem uns natürliche und gesellschaftliche Gegebenheiten als die Bedingung unseres Lebens unmittelbar begegnen, als Vorgegebenheiten, mit denen wir fertig zu werden versuchen müssen*“. <sup>69</sup> Um in dieser alltäglichen Lebenswelt, die von verschiedensten Faktoren beeinflusst wird zu überleben, müssen wir handeln. Handlungen erschließen sich nach Schütz aufgrund von Erlebnissen und Erfahrungen, die Individuen entweder selbst machen oder vom Wissensvorrat der Mitmenschen erhalten. Jede Handlung ist demnach motiviert und geschieht aus einem bestimmten Antrieb heraus.<sup>70</sup>

Nach Schütz gründet jede Erfahrung und jede Handlung in Relevanzstrukturen. Er unterscheidet einerseits zwischen einer auferlegten und motivierten thematischen Relevanz und andererseits zwischen einer interpretativen und motivationalen Relevanz. Alle drei Relevanzstrukturen, thematisch, interpretativ und motivational, sind jedoch eng miteinander verflochten.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> Vgl. Sicking, Peter (2000): Leben ohne Fernsehen. Eine qualitative Nichtfernseherstudie. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag. S.25f.

<sup>68</sup> Ebd., 2000: S.27.

<sup>69</sup> Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.447.

<sup>70</sup> Vgl. ebd., 2003: S.450.

<sup>71</sup> Vgl. ebd., 2003: S.305.

Auch wenn Schütz die motivationalen Relevanzen ursprünglich als allgemeine Phänomene definierte, eignen sie sich auch für die Untersuchung von Nutzungsmotiven. Die motivationale Relevanz unterscheidet zwischen zwei Motivationsketten, die sich wiederum hinsichtlich einer Zeitdimension unterscheiden. *„Die erste ist die vom Handlungsentwurf in die Zukunft bestimmte Motivationskette, die zweite die biographische, durch sedimentierte Motive bestimmte »Einstellung«.*“<sup>72</sup>

Schütz unterscheidet zwischen dem Handeln als Prozess (Zukunft) und der Handlung als abgeschlossenes Ereignis (Vergangenheit). *„Handeln bestimmt Schütz als einen aktuell ablaufenden Verhaltensprozess, dem ein Entwurf bzw. Plan des jeweils Handelnden zu Grunde liegt.“*<sup>73</sup> Der Handlungsplan, beispielsweise ein Haus zu bauen, gliedert sich wiederum in weitere Teilhandlungen auf, die im Falle eines Hausbaus bedeuten würden, die Kosten zu kalkulieren und die Größe des Hauses zu bestimmen. Mithilfe dieser Teilhandlungen wird versucht das Handlungsziel zu realisieren. Wenn ein Handlungsentwurf gewollt wird, erfolgt die Umsetzung. Die erfolgte Umsetzung bestimmt Schütz als Handlung bzw. als Ergebnis des Handelns. Die Handlung gründet folglich im Hinblick auf die Zeitdimension in die Vergangenheit.<sup>74</sup>

Aufgrund dieser Tatsache unterscheidet Schütz zwischen einem Um-zu-Motiv des Handelns und einem Weil-Motiv der Handlung. Während Um-zu-Motive zukunftsorientiert sind und den Zweck des Handelns ergründen, sind Weil-Motive vergangenheitsbedingt und geben Aufschluss über den Entwurf des Handelns.

*„Während des Handelns sind dem Handelnden die Weil-Motive seines Handelns nicht zugänglich, da er sich allein an seinem zukünftig zu realisierenden Handlungsziel, an dem Um-zu-Motiv seines Handelns orientiert. Erst nachdem das Handeln abgeschlossen ist, kann er sich seiner Handlung reflexiv zuwenden und nach den Weil-Motiven seines Handelns fragen, also nach den Gründen, die ihn dazu bewogen haben, so und nicht anders zu handeln.“*<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.287.

<sup>73</sup> Krallmann, Dieter/ Ziemann, Andreas (2001): Grundkurs Kommunikationswissenschaft. Mit einem Hypertext-Vertiefungsprogramm im Internet. München: Wilhelm Fink Verlag. S.184.

<sup>74</sup> Vgl. ebd., 2001: S.184f.

<sup>75</sup> Ebd., 2001: S.186.

Das Weil-Motiv motiviert demnach beides: das Um-zu-Motiv und den Handlungsentwurf. Schütz erklärt den Unterschied dieser beiden Zusammenhänge anhand eines konkreten Beispiels. Er geht davon aus, dass in der Umgangssprache dem Wort „Motiv“ zwei unterschiedliche Begriffsgruppen zu Grunde liegen, die unterschieden werden müssen. Das bedeutet, dass das Motiv eines Mörders einerseits lauten kann, das Geld des Opfers zu bekommen. Andererseits kann das Motiv zum Mord auch durch die Umgebung in welcher der Täter aufwuchs oder durch Kindheitserfahrungen motiviert sein. Ersteres beschreibt ein klassisches Um-zu-Motiv: um das vorher definierte Ziel (Geld) zu erreichen, vollzieht der Täter sein handeln und mordet. Letzteres beschreibt ein echtes Weil-Motiv, welches auf den Standpunkt des Handelnden, nämlich auf seine Kindheitserfahrungen und seine Umgebung, verweist.<sup>76</sup>

In Fernsehnutzungsstudien wird hauptsächlich nach Um-zu-Motiven anstelle nach Weil-Motiven gefragt, da erstere von RezipientInnen selbst leichter zu beantworten sind. Weil-Motive sind in der Lebensgeschichte der RezipientInnen begründet und sind den RezipientInnen meist selbst gar nicht bewusst. Für die Interpretation von empirischen Studien ist es jedoch wichtig zu wissen, welche Fernsehnutzungsmotive abgefragt werden möchten. Wird direkt nach den Gründen der Rezeption einer bestimmten Sendung gefragt, erhält man größtenteils Um-zu-Motive. Vorsicht ist jedoch bei einfachen Formulierungen, wie „Ich sehe fern, weil...“, geboten. Hier handelt es sich ebenfalls um ein Um-zu-Motiv, das sich jedoch auch als Weil-Motiv ausdrücken lässt.<sup>77</sup> Das geschieht, wenn der Handlungsablauf rückwirkend, aus einer unterschiedlichen Zeitperspektive, betrachtet wird. Schütz definiert solche Weil-Motive als unechte Weil-Motive. Echte Weil-Motive lassen sich ausschließlich mithilfe standardisierter Tests, die psychosoziale Persönlichkeitsmerkmale erfassen, untersuchen.<sup>78</sup>

Warum eine bestimmte Sendung jemanden unterhält, hängt im Sinne von Schütz von der thematischen Relevanz ab. Beim Konsum von Arzt- und Krankenhausserien könnte die thematische Relevanz lauten „krank zu sein“ oder „Angst davor haben zu erkranken“. Im

---

<sup>76</sup> Vgl. Krallmann, Dieter/ Ziemann, Andreas (2001): Grundkurs Kommunikationswissenschaft. Mit einem Hypertext-Vertiefungsprogramm im Internet. München: Wilhelm Fink Verlag. S.187.

<sup>77</sup> Das trifft auch auf den Nutzungsmotivkatalog der vorliegenden Arbeit zu. Viele der angegebenen Motive wurden der besseren Verständlichkeit mit „weil“ formuliert, obwohl es sich natürlich auch hierbei um reine Um-zu-Motive nach Schütz handelt.

<sup>78</sup> Vgl. Langer, Mario (2007): Fernseh motive und Psychosoziale Dispositionen. Empirische Befunde zur Zuwendungsattraktivität informierender und unterhaltender Genres. Wien: Diplomarbeit. S.26ff.

empirischen Teil dieser Arbeit wird u.a. aufgrund dessen zwischen ängstlichen und nicht-ängstlichen sowie schwer bzw. chronisch erkrankten und nicht schwer bzw. nicht chronisch erkrankten Personen unterschieden.

### 3.2.4. Der Erwartungs-Bewertungs-Ansatz

Zur Vollständigkeit wird auch der Erwartungs-und Bewertungsansatz nach Palmgreen kurz skizziert. Der Ansatz zählt zu den Weiterentwicklungen des klassischen U&G-Ansatzes. Das ursprüngliche Prozessmodell wurde von Galloway und Meek entwickelt, obwohl auch unabhängig von diesen beiden van Leuven zeitgleich daran forschte. Bekannt wurde der Ansatz jedoch erst durch Palmgreen und Rayburn.<sup>79</sup>

Nachdem RezipientInnen Medienangebote aufgrund von bestimmten Erwartungen auswählen, macht es Sinn zwischen einer gesuchten „Gratifications Sought“ (GS) und einer tatsächlich erhaltenen „Gratifications Obtained“ (GO) Gratifikation zu unterscheiden, da sich die Mediennutzung häufig nicht anhand eines einzelnen Motivs erklären lässt.<sup>80</sup> Schweiger verdeutlicht das anhand des folgenden Beispiels:

*„Stellen wir uns einen Fernsehzuschauer vor, der informative, nicht-unterhaltende Nachrichten bevorzugt und stattdessen eine Infotainment-orientierte Nachrichtensendung sieht. In einer Befragung würde er für das Motiv Unterhaltung einen geringen GS-Wert und einen hohen GO-Wert angeben und die Sendung wohl kaum mehr ansehen. Andererseits gibt es durchaus Fälle, in denen zunächst niedrig gesteckte Erwartungen in einem positiven Sinn erfüllt werden („Ich habe mich sehr amüsiert, obwohl es keine deutsche Filmkomödie war“).“<sup>81</sup>*

Eine einfache GS und GO Differenzierung reicht demnach nicht aus. Aus diesem Grund liegt dem Erwartungs-und Bewertungsansatz nach Palmgreen die sozialpsychologische Expectancy-Value-Theorie nach Fishbein und Ajzen zu Grunde. Diese geht davon aus,

---

<sup>79</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.86.

<sup>80</sup> Vgl. ebd., 2007: S.86.

<sup>81</sup> Ebd., 2007: S.86.

dass sich Einstellungen gegenüber einem Ereignis, Objekt oder Verhalten anhand von zwei Dimensionen, Erwartungen und Bewertungen, darstellen lassen.<sup>82</sup>

*„Verhalten bzw. Verhaltensabsichten, oder auch Einstellungen, ergeben sich demnach als Funktion 1. einer Erwartung (oder Vorstellung) – d.i. die Wahrscheinlichkeit, dass ein Objekt eine bestimmte Eigenschaft besitzt oder ein Verhalten eine bestimmte Folge nach sich zieht und 2. einer Bewertung – der Stärke einer affektiven Einstellung, positiv oder negativ, gegenüber dieser Eigenschaft oder der Folge des Verhaltens.“<sup>83</sup>*

Das bedeutet, dass der aktive Nutzer nicht nur in der Lage ist, seine Bedürfnisse und Motive zu erkennen und benennen, sondern auch im Stande ist eine rationale Selektivitätsentscheidung zu treffen. Wenn RezipientInnen ihre gesuchten und erhaltenen Gratifikationen miteinander vergleichen, wird ihnen der daraus gezogene Nutzen bewusst. Wenn der Nutzen groß genug ist, werden sie sich, bei selbiger Bedürfnislage, wiederholt diesem Medienangebot zuwenden.<sup>84</sup>

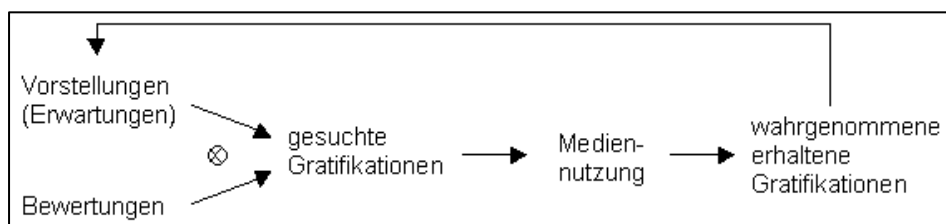


Abbildung 7: Erwartungs- und Bewertungs-Ansatz nach Palmgreen<sup>85</sup>

### 3.2.5. Der Information-Seeking-Ansatz

Der Information-Seeking-Ansatz nach Atkin und der Sense-Making-Ansatz nach Dervin befassen sich im Vergleich zum U&G-Ansatz nicht mit der selektiven, sondern mit der informationsorientierten Zuwendung zu Medieninhalten, wie aktuelle Informationen, On-

<sup>82</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.86.

<sup>83</sup> Schenk, Michael (2002): Medienwirkungsforschung. 2., vollständige überarbeitete Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck. S.638.

<sup>84</sup> Vgl. Beck, Klaus (2015): Kommunikationswissenschaft. 4., überarbeitete Auflage. München und Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.204f.

<sup>85</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.89. Zitiert nach: Palmgreen, P. (1984): Der „Uses and Gratifications Approach“. Theoretische Perspektiven und praktische Relevanz. In: Rundfunk und Fernsehen, Heft 32. S.56.

line-Medien, Alltagsprobleme oder etwa Gesundheit. Die beiden Theorien verdeutlichen, dass ein hoher quantitativer Medienkonsum von RezipientInnen nicht gleich bedeuten muss, dass eine Wissensaufnahme oder etwa ein Bildungsprozess stattfindet. Der Informationstransfer kann aus verschiedensten sozialen und kognitiven Gründen beeinträchtigt werden, sodass der Frage nachgegangen werden muss

*„wieso bestimmte Rezipienten in bestimmten sozialen Situationen spezifische Informationen in den Medien oder anderen Kanälen aktiv suchen bzw. sich bestimmten Medieninhalten aktiv zuwenden.“<sup>86</sup>*

Der Kommunikationswissenschaftler Charles Atkin, welcher u.a. selbst im Bereich der Gesundheitskommunikation forschte, geht in seinem prozessorientierten Modell davon aus, dass RezipientInnen erst dann zielgerecht nach Informationen suchen, sobald sie vor einem persönlichen Problem stehen und die im Zusammenhang stehende Information für sie an zentrale Bedeutung gewinnt.<sup>87</sup> Medieninhalte weisen Atkin zufolge nur dann einen instrumentellen Wert für NutzerInnen auf, wenn von ihnen eine Orientierungs-, Entscheidungs- oder Lebensbewältigungshilfe ausgeht. Eine Informationssuche bzw. Informationsaufnahme ist nur dann garantiert, wenn der Informationswert größer ist, als der Aufwand der Informationsbeschaffung.<sup>88</sup>

*„Der wichtigste Motivationsfaktor ist die instrumentelle Nützlichkeit der Informationsquelle im Zusammenhang mit der Diskrepanz zwischen dem augenblicklichen Informationsstand und dem Informationsbedarf.“<sup>89</sup>*

---

<sup>86</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.108.

<sup>87</sup> Vgl. Atkin, Charles (1973): Instrumental Utilities and Information Seeking. In: Clarke, Peter (Hrsg.): New Models for Mass Communication Research. Beverly Hills/ London: Sage Publications Inc. S.205.

<sup>88</sup> Vgl. ebd., 2015: S.109.

<sup>89</sup> Ebd., 2015: S. 109.

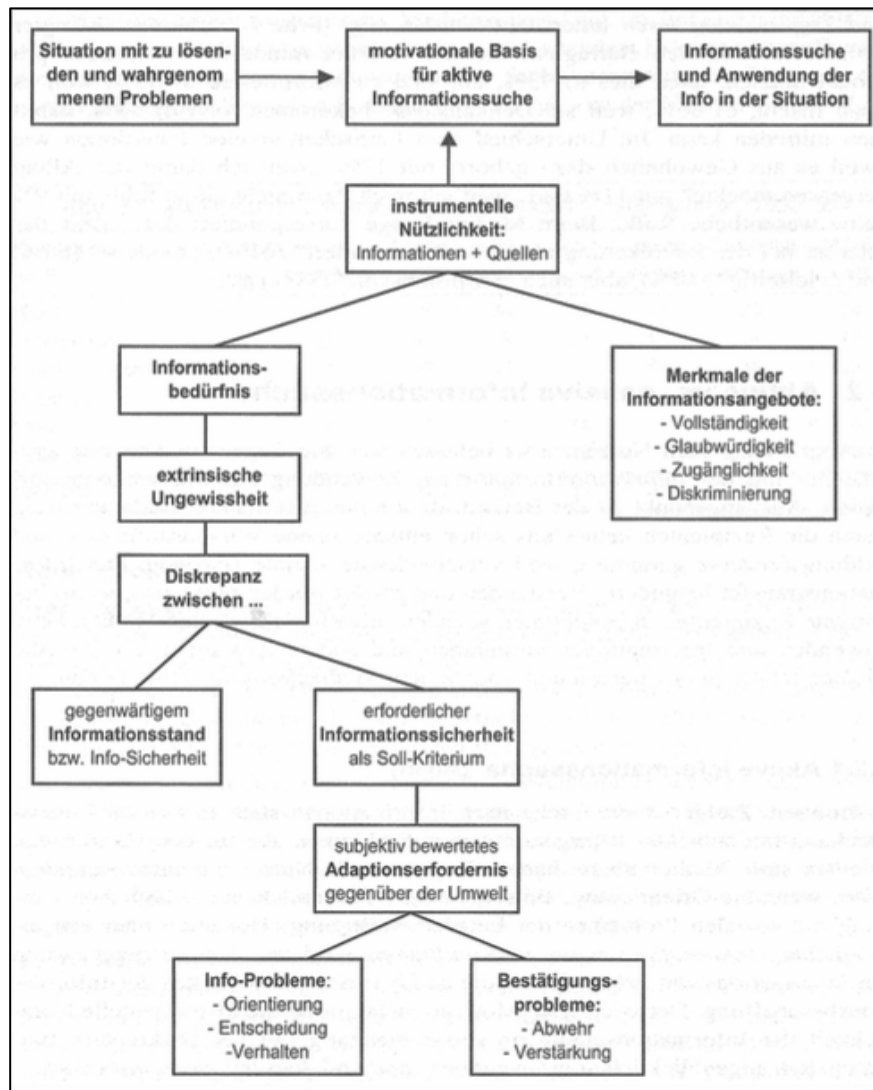


Abbildung 8: Prozessmodell der aktiven Informationssuche<sup>90</sup>

Wie aus der Abbildung oberhalb ersichtlich wird, hängt der Informationsbedarf von unbewussten Adaptionserfordernissen gegenüber der Umwelt im öffentlichen und privaten Sektor ab. Atkin unterscheidet dabei zwischen folgenden vier Adaptionsproblemen<sup>91</sup>:

- 1) Cognitive Adaption
- 2) Affective Adaption
- 3) Behavioral Adaption
- 4) Defensive Adaption

<sup>90</sup> Vgl. Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.110.

<sup>91</sup> Vgl. Atkin, Charles (1973): Instrumental Utilities and Information Seeking. In: Clarke, Peter (Hrsg.): New Models for Mass Communication Research. Beverly Hills/ London: Sage Publications Inc. S.208.

Die kognitive Anpassung erfolgt aufgrund von Orientierungsunsicherheit, die affektive Anpassung als Entscheidungsbildung. Die Verhaltensanpassung tritt in Kraft, um alle möglichen Handlungsalternativen abzuwägen und die defensive Anpassung erfolgt, um soziale Unterstützung und Bestätigung zu erfahren. Für die empirische Anwendung interessiert ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren auf Ebene der Person, des Problems, des Informationsangebots und der vorherrschenden Situation.<sup>92</sup>

### 3.2.6. Der Sense-Making-Ansatz

Einen weiteren Ansatz zur Mediennutzung hinsichtlich der Informationssuche entwickelte die amerikanische Kommunikationswissenschaftlerin Brenda Dervin. Sie geht in ihrem Ansatz von einer situationalen Gegebenheit aus.<sup>93</sup>

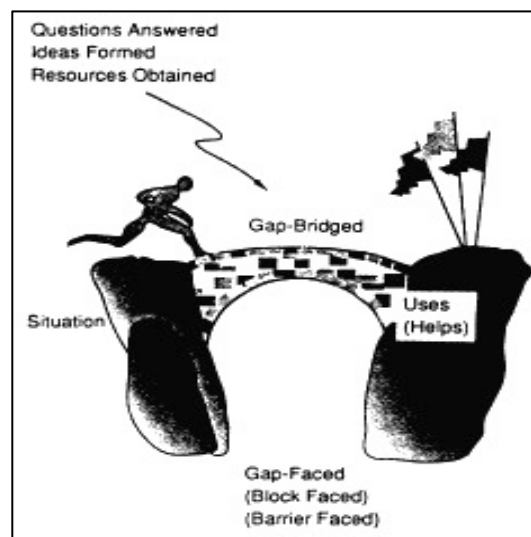


Abbildung 9: Sense-Making-Ansatz<sup>94</sup>

Wie in der Abbildung zu sehen ist, konstruierte Dervin einen Ansatz aus Perspektive des Betroffenen. MediennutzerInnen versuchen mithilfe von Informationen ihre offenen Fragen zu beantworten. „*Information wird in dieser Perspektive durch die Handelnden im*

<sup>92</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.109.

<sup>93</sup> Vgl. ebd., 2015: S.111.

<sup>94</sup> Vgl. Dervin, Brenda (1989): Audience as Listener and Learner, Teacher and Confidante: The Sense-Making Approach. In: Rice, Ronald E./ Atkin, Charles K. (Hrsg.): Public Communication Campaigns. Second Edition. California/London/New Dehli: Sage Publications, Inc. S.78.

*jeweils für sie relevanten sozialen Kontext konstruiert.*<sup>95</sup> Die Information selbst wird dabei als eine objektive und kontextunabhängige Ressource verstanden, die von Medien übermittelt werden kann.

Nachdem Dervin zufolge MediennutzerInnen nach Informationen suchen, die ihrer sozialen Situation, in denen sie sich befinden und den Problemen, mit denen die Situation verknüpft ist, entsprechen, unterscheidet sie zwischen vier Typen von Problemsituationen im Alltag.<sup>96</sup>

- 1) *„Entscheidungsprobleme mit mehreren Alternativen,*
- 2) *Beängstigungssituation, wo kein Weg gesehen wird,*
- 3) *Blockierungssituation, wenn die angestrebte Lösung durch ein Hindernis blockiert wird,*
- 4) *Problemsituation bei Handlungszwang durch Umwelt.*<sup>97</sup>

Im Zuge der vorliegenden Arbeit ist das hinsichtlich der Nutzungsmotive von Arzt- und Krankenhausserien ein interessanter Ansatz. Demzufolge könnte angenommen werden, dass erkrankte Menschen aufgrund ihrer gegebenen Situationslage (krank zu sein) Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu nicht-erkrankten Menschen differenzierter bzw. häufiger nutzen.

### **3.3. Nutzungsmotive**

Um die Mediennutzung erklären zu können, müssen Mediennutzungsmotive identifiziert und gruppiert werden. Die U&G-Forschung blickt mittlerweile auf eine Vielzahl an Nutzungsmotiven. In Anlehnung an die Bedürfnishierarchie nach Maslow, die ausschließlich menschliche Bedürfnisse und Motivationen systematisiert, entwickelte die Mediennutzungsforschung eigene Bedürfniskataloge. Diese inventarisieren ausschließlich Motive die RezipientInnen auch effektiv von Medien erhalten können. Beispiele für Gratifikationskataloge liefern u.a. McQuail et.al, Blumler sowie Greenberg in ihren Studien aus den

---

<sup>95</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.111.

<sup>96</sup> Vgl. ebd., 2015: S.111.

<sup>97</sup> Ebd., 2015: S.111.

siebziger Jahren. McQuail et.al. fassten vier zentrale Fernsehnutzungsmotive zusammen, die sich zum Teil auch mit Blumlers Vergleichsstudie zur Fernseh- und Zeitungsnutzung im Jahr 1979 deckten.<sup>98</sup>

- *„Unterhaltung/Eskapismus: Ablenkung von Problemen und einem tristen Alltag (,diversion’),*
- *persönliche Beziehungen zu anderen Menschen durch Anschlusskommunikation oder parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren (,personal relationships’),*
- *Entwicklung und Selbstversicherung einer persönlichen Identität (,personal identity’) und*
- *Umweltbeobachtung, die Suche nach inhaltlicher Orientierung durch Informationen und Nachrichten (,surveillance’).*“<sup>99</sup>

Neben Umweltbeobachtung, Ablenkung und persönlicher Identität fügte Blumler seinem Bedürfniskatalog noch die Neugier (,curiosity’) hinzu. Auch Greenberg entwickelte im Zuge einer britischen TV-Studie einen eigenen Bedürfniskatalog. Seine Motive lauteten dabei:

- *„Entspannung (,relaxation’)*
- *Geselligkeit (,companionship’)*
- *Gewohnheit (,as a habit’)*
- *Zeitfüller (,pass time’)*
- *Selbstfindung (,learn about myself’)*
- *Spannung (,arousal’)*
- *Eskapismus (,forget, as a means of diversion’)*
- *Information (,learn about things’)*“<sup>100</sup>

Nachdem viele dieser Motive immer wieder vorkommen und teilweise auch sehr ähnliche Gratifikationen aufweisen, lassen sich die oben genannten Bedürfnisse in Gruppen klassi-

---

<sup>98</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.80.

<sup>99</sup> Ebd., 2007: S.80.

<sup>100</sup> Ebd., 2007: S.80.

fizieren. In der Literatur wird dabei mehrheitlich unter kognitiven, affektiven, sozialen und identitätsstiftenden Motiven unterschieden. Schweiger lehnt sich ebenfalls dieser Unterscheidung an und skizziert die Bedürfnisse folgendermaßen:

- *„Kognitive Bedürfnisse: Suche nach Informationen und Wissen, Orientierung, Umweltbeobachtung;*
- *Affektive Bedürfnisse: Entspannung, Erholung, Ablenkung, Verdrängen von Problemen, Bekämpfung von Langeweile, Suche nach affektiver Erregung;*
- *Soziale Bedürfnisse: parasoziale Beziehungen, Anschlusskommunikation;*
- *Identitätsbedürfnisse: Selbstfindung, Suche nach Rollenvorbildern, Identifikation, Bestärkung von Werthaltungen, sozialer Vergleich der eigenen Situation mit der Situation von Medienakteuren.“*<sup>101</sup>

Als Basis für die vorliegende Arbeit dient der Motivkatalog von Jürgen Grimm, der viele Parallelen zu Schweigers Motivkatalog aufweist. Jürgen Grimm entwickelte seinen Motivkatalog für eine Nutzungsstudie zum Erziehungsfernsehen „Super Nanny“ und für eine Nutzungsstudie zu Talkshows. Neben kognitiven, affektiven und para-sozialen Bedürfnissen fragt der Katalog auch ein eigenständiges Unterhaltungsbedürfnis ab. Ferner kann im Zuge multivariater Verfahren auch ein Index für alltagszugewandte sowie alltagsabgewandte Sehmotive gebildet werden.<sup>102</sup> Im nächsten Kapitel wird auf die in Grimms Katalog vorkommenden Motive anhand von Schweiger und Bonfadellis Erklärungen dazu näher eingegangen.

### **3.3.1. Kognitive Motive**

*„Kognitive Bedürfnisse: Resultieren aus Orientierungs-und Entscheidungsproblematik des Handelnden gegenüber der Umwelt und umfassen Subdimensionen wie unspezifische Neugier, Kontrolle der Umwelt, Lernen, Realitätsex-*

---

<sup>101</sup> Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.80.

<sup>102</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2005): Nutzungsmotive zum Erziehungsfernsehen: Operationalisierungen. Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2005-02.

*plorierung, Wissenserweiterung und Handlungsanweisung sowie Selbsterfahrung.* „<sup>103</sup>

Damit ein Mensch handlungsfähig ist, benötigt er Informationen über alle relevanten Wissens- und Lebensbereiche. Das menschliche Bedürfnis nach Information stellt auch den Grundbaustein einer funktionierenden Demokratie dar.<sup>104</sup>

Zu Beginn der Mediennutzungsforschung wurde das kognitive Nutzungsmotiv primär im Zusammenhang mit der Nachrichtenforschung untersucht. Im Zuge der Medienvervielfachung und der Informationsüberlastung gewannen jedoch Untersuchungen zum Nutzungsmotiv von Information auch in weiteren Bereichen, wie zum Beispiel in der Unterhaltungsforschung, an Bedeutung. Charles Atkin unterscheidet in seinem Information-Utility-Ansatz zwischen folgenden zwei zentralen kognitiven Motivgruppen: einem instrumentellen Nutzen, wie bereits in Kapitel 3.2.5. näher erläutert wurde, der nicht während sondern erst nach der Rezeption im Vordergrund steht und den spontanen Bedürfnissen die sofort nach dem Medienkonsum Befriedigung verlangen.<sup>105</sup>

Laut Schweiger erfolgt nur ein Teil der informationsorientierten Mediennutzung aufgrund von persönlicher Betroffenheit oder einem instrumentellen Nutzen. Ihm zufolge rezipieren Menschen Informationen u.a. auch, um augenblickliche Gratifikationen zu erhalten, die erstmals keiner längerfristigen Lernintention dienen. Hierzu zählen beispielsweise Langeweile, Einsamkeit oder etwa spontane Neugier. Schweiger fasst diese augenblicklichen Gratifikationen unter dem Begriff kognitiver Stimulationshunger zusammen.<sup>106</sup>

Jürgen Grimm unterscheidet in seinem Motivkatalog zwischen der kognitiven Stimulierung und der kognitiven Reflexion. Während die kognitive Stimulierung die Neugier erfasst, untersucht die kognitive Reflexion die Orientierung im Alltagsleben.<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.83.

<sup>104</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.92.

<sup>105</sup> Vgl. ebd., 2007: S.94ff.

<sup>106</sup> Vgl. ebd., 2007: S.97f.

<sup>107</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2001): Irritation und Orientierung. Empirische Befunde zur Wirkung von Daily Talks. Online abrufbar unter:

[http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112\\_2.pdf](http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112_2.pdf) [13.10.2015, 12:50]

### 3.3.2. Affektive Motive

*„Affektive Bedürfnisse: Ihnen unterliegen Probleme der individuumszentrierten Stimmungskontrolle wie Entspannung und Rekreation durch Unterhaltung; Ablenkung, Entlastung oder sogar Verdrängung von Umweltanforderungen (Eskapismus); aber auch Spannungssuche und Excitement als Zeitvertreib.“<sup>108</sup>*

Affektive Motive werden Schweiger zufolge weitestgehend mit Unterhaltung gleichgesetzt. Unterhaltung wird dabei als ein Prozess verstanden, in dem man Freude bzw. Vergnügen erlebt oder auch ein besseres Verständnis von der Welt erhält. Nach Werner Fröh können jedoch nicht nur die Unterhaltungsangebote als unterhaltsam betrachtet werden, sondern jeglicher Medieninhalt. Die Begründung liegt in den Medien, die ihm zufolge, lediglich Unterhaltungspotenziale liefern. Im Fokus steht demnach die Frage, „(...) ob Unterhaltung nun ein Motiv für die Mediennutzung ist oder ob darunter eine Erlebnisqualität während der Mediennutzung zu verstehen ist.“<sup>109</sup> Die meisten Unterhaltungstheorien lassen sich einer der beiden Perspektiven zuordnen. Eine dieser Theorien ist die Mood-Management-Theorie nach Zillmann, die besagt, dass Unterhaltung entweder unangenehme Emotionen vermindern oder angenehme Emotionen verstärken kann.

Grimm bezeichnet diese Motivgruppe nicht als affektiv, sondern als emotional, da in seinem Motivkatalog das Unterhaltungsmotiv als eigenständiges Motiv abfragt wird, wie in Kapitel 3.3.4. näher erläutert wird. Grimm unterscheidet bei den emotionalen Motiven zwischen emotional-stimulierenden und emotional-reflektierenden Motiven. Erstere Motivgruppe dient zur Erzielung eines Erlebniswertes. Die emotional-reflektierenden Motive hingegen erfassen das Gefühlsmanagement.<sup>110</sup>

Schweiger gliedert die affektiven Motive in positive und negative. Während auf der negativen Seite die beiden Motive Zeitvertreib und Eskapismus stehen, umfassen die positiven Motive Emotionen wie Erheiterung, Spannung, Entspannung, Heile Welt und Liebe

<sup>108</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.83.

<sup>109</sup> Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.107.

<sup>110</sup> Grimm, Jürgen (2001): Irritation und Orientierung. Empirische Befunde zur Wirkung von Daily Talks. Online abrufbar unter:  
[http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112\\_2.pdf](http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112_2.pdf) [13.10.2015, 12:55]

u.v.m.. Hierbei muss hervorgehoben werden, dass sich die positiven und negativen Motive wechselseitig bedingen können.<sup>111</sup>

*„Wer sich langweilt oder vom Alltag abschalten will, kann diesen Zustand nicht nur mittels affektiver Motive zu beheben versuchen, sondern auch durch die Suche nach kognitiver oder sozialer Befriedigung, beispielsweise durch das Lesen einer Fachzeitschrift.“<sup>112</sup>*

Das unterstreicht auch wieder wie schwierig es eigentlich ist Mediennutzungsmotive empirisch zu erfassen. Nachdem im Zuge des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit untersucht wird, ob Arzt- und Krankenhausserien eher genutzt werden, um daraus etwas zu lernen (kognitives Bedürfnis) oder um sich davon abzulenken (eskapistisches Bedürfnis), wird nachstehend auf das Eskapismuskonzept und seinem Gegensatz, die Kultivierungshypothese, näher eingegangen.

Unter dem Eskapismuskonzept wird im Allgemeinen die Flucht vor der Realität verstanden. Das bedeutet Menschen, die nicht wirklich zufrieden sind mit ihrem Leben, suchen nach Fluchtmöglichkeiten. Eine nahestehende Option hierfür ist das Fernsehen, in denen Menschen in die Illusion einer zufriedenen und glücklicheren Fernsehwelt eintauchen können und somit ihre Probleme bei Seite schieben bzw. für den Moment ganz vergessen können.<sup>113</sup>

Vor allem audiovisuelle Medien bieten die Möglichkeit RezipientInnen zu fesseln und emotional anzusprechen.<sup>114</sup> Nach Schenk lässt sich ein eskapistischer Medieninhalt wie folgt beschreiben:

*„(1) Er lädt den Zuschauer ein, seine wirklichen Probleme zu vergessen, (2) sich passiv zu entspannen, (3) erzeugt Emotionen, (4) lenkt ab von den Nor-*

---

<sup>111</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 110.

<sup>112</sup> Ebd., 2007: S.111.

<sup>113</sup> Vgl. ebd., 2007: S.246.

<sup>114</sup> Vgl. ebd., 2007: S.111f.

*men und Regeln der Realität, (5) bietet Vergnügen und stellvertretende Erfüllung von Wünschen.* <sup>115</sup>

Schweiger zufolge geht man jedoch mittlerweile nicht mehr von einer Realitätsflucht als Folge gesellschaftlicher Veränderungen oder einer Überforderung des Individuums aus, sondern sieht Eskapismus als ein Grundbedürfnis an. <sup>116</sup>

*„Ob eskapistische Mediennutzung bei einer Person ‚krankhafte‘ Züge angenommen hat oder im unbedenklichen, durchschnittlichen Bereich liegt, hängt vom Umfang der Mediennutzung ab.“* <sup>117</sup>

Hierbei lässt sich auch die Brücke zum gegenteiligen Konzept schlagen: zu George Gerbners Kultivierungsforschung. Verschiedenste Studien weisen einen Zusammenhang zwischen Vielsehen und einer ängstlichen, depressiven, resignierten oder einsamen Stimmung bzw. Persönlichkeit auf. <sup>118</sup> Der Diskurs rund um die Thematik Angst und Fernsehen entflammte in den neunziger Jahren, als der amerikanische Medienforscher George Gerbner den Zusammenhang zwischen aggressiven und gewaltsamen Fernsehinhalten und der Angst der RezipientInnen untersuchte. <sup>119</sup>

Die Kultivierungshypothese geht davon aus, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen Aspekte der sozialen Wirklichkeit eher so sehen, wie sie in der Fernsehwelt dargestellt werden. Dadurch kann es zu einer verzerrten Wahrnehmung der realen Umwelt kommen. <sup>120</sup> Zentrale Ergebnisse der Vielseherforschung sind, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen tendenziell eine höhere Ängstlichkeit, Passivität und Unsicherheit aufweisen. <sup>121</sup> Bekrittelt wird der Ansatz vor allem aufgrund der unvorsichtigen kausalen Interpretation der Ergebnisse.

---

<sup>115</sup> Schenk, Michael (2002): Medienwirkungsforschung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck. S.629.

<sup>116</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.113.

<sup>117</sup> Ebd., 2007: S.113.

<sup>118</sup> Vgl. ebd., 2007: S.113.

<sup>119</sup> Vitouch, Peter (2000): Fernsehen und Angstbewältigung. Zur Typologie des Zuschauerhaltens. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.128.

<sup>120</sup> Bommert, Hanko/ Dirksmeier, Christel/ Kleyböcker, Ralf (2000): Differentielle Medienrezeption. Münster: Lit Verlag. S.7.

<sup>121</sup> Vgl. Vitouch, Peter (2000): Fernsehen und Angstbewältigung. Zur Typologie des Zuschauerhaltens. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.21ff.

Das Eskapismus-Konzept geht im Vergleich zur Kultivierungshypothese von der umgekehrten Perspektive aus. Sie besagt, dass ängstliche und frustrierte Menschen das Fernsehen nutzen, um vor einer unangenehmen Situation in der Realität zu flüchten oder um nachkontrollieren zu können, dass BetrügerInnen tatsächlich zur Verantwortung gezogen werden. Doch auch hier ist die Wirkungsrichtung nicht bestimmt. Heutzutage wird das Eskapismus-Konzept nicht mehr isoliert untersucht, sondern im Zuge ausführlichere Konzepte. Ein Möglichkeit Eskapismus als Nutzungsmotiv zu erheben, ist, wie es auch in Grimms Motivkatalog der Fall ist, im Zuge der Stimmungsregulierung.<sup>122</sup>

### 3.3.3. Para-soziale Motive

*„(...) Basieren auf dem Wunsch nach Geselligkeit und sozialem Kontakt mit und Anerkennung durch andere Menschen. Medien liefern dafür Anlässe und Themen für Gespräche; sie ermöglichen Identifikation mit Medienakteuren; (...)“<sup>123</sup>*

Menschen konsumieren Medien in den unterschiedlichsten sozialen Konstellationen. Dabei regen Medien die Menschen zum Austausch und zur Interaktion an. Im Zuge dessen wird den Menschen ermöglicht, Teil einer sozialen Gruppe bzw. einer gesamten Gesellschaft zu werden. Massenmedien können jedoch auch das Bedürfnis nach sozialen Kontakten ergänzen bzw. ersetzen. Das wird dann unter der parasozialen Interaktion verstanden. ZuseherInnen von TV-Serien reagieren nicht nur passiv, sondern auch aktiv auf die darin vorkommenden MedienakteurInnen. Bei der parasozialen Interaktion handelt es sich demnach um eine illusionierte Face-to-Face-Kommunikation.<sup>124</sup>

*„Gerade für Menschen mit wenigen sozialen Kontakten ist das Fernsehen mit seinem reichhaltigen Angebot an Figuren für parasoziale Interaktionen bzw. Beziehungen attraktiv.“<sup>125</sup>*

---

<sup>122</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.113.

<sup>123</sup> Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S.83.

<sup>124</sup> Vgl. ebd., 2007: S.120f.

<sup>125</sup> Ebd., 2007: S.246.

Doch auch hier stellt sich ähnlich wie beim Eskapismus die Frage, ob es sich bei der parasozialen Interaktion um ein Motiv handelt oder um eine Kompensation, in diesem Fall, sozialer Kontakte.<sup>126</sup>

#### **3.3.4. Unterhaltungsmotiv**

Die Unterhaltung wird in Grimms Motivkatalog als eigenständiges Bedürfnis erhoben, da dieses Motiv lediglich eine Oberkategorie darstellt, die eine Vielzahl anderer Motive nach sich zieht. Grimms Meinung nach wissen ProbandInnen häufig selbst nicht, was genau das Unterhaltungsbedürfnis letztendlich ausgemacht hat.<sup>127</sup>

### **3.4. Mediennutzung hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Informationsverhaltens**

Analog zur Geschichte der Mediennutzungsforschung widerspiegelt sich auch in der Medizinkommunikation der Paradigmenwechsel von den passiven zu den aktiven AkteurInnen. Auch in der Medizin herrschte lange Zeit das Bild vom „(...) *Patienten als Befehlsempfänger in einem paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis* (...)“<sup>128</sup> vor.

Wie bereits in der Einleitung erläutert, führte, neben medizinischen, sozialen und politischen Veränderungen, die rasante Weiterentwicklung des Internets zu einer aktiveren PatientInnenrolle. Das Internet bot für Laien nicht nur eine unbegrenzte Fülle an Gesundheitsinhalten, sondern auch die Möglichkeit, Gesundheitsinformationen erstmals ohne Kontaktaufnahme zur Expertise (zumindest ansatzweise) verstehen zu können. Die daraus entstehende Eigenverantwortlichkeit bringt aber auch Gefahren mit sich, da jede Person mit Internetzugang im Stande ist gesundheitsbezogene Inhalte zu veröffentlichen. Nicht

---

<sup>126</sup> Vgl. Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.127.

<sup>127</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2001): Irritation und Orientierung. Empirische Befunde zur Wirkung von Daily Talks. Online abrufbar unter:  
[http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112\\_2.pdf](http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112_2.pdf) [13.10.2015, 13:55]

<sup>128</sup> Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.69f.

jeder wird und kann dieser Verantwortung dabei gerecht werden.<sup>129</sup>

*„Manche Patienten könnten beispielsweise mit den aus der Eigenverantwortung resultierenden kommunikativen Anforderungen überfordert sein, was Unsicherheiten und Informationsdefizite hervorbringen kann, die zu einem kontraproduktiven oder sogar risikobehafteten Gesundheitsverhalten führen.“<sup>130</sup>*

Voraussetzung für einen nachhaltigen und positiven Effekt dieser veränderten aktiven PatientInnenrolle im Gesundheitssystem sind kompetente Menschen die Entscheidungen aufgrund einer fundierten Informationsbasis treffen. Das bedeutet, dass sie nicht nur die eigene aktive Suche nach Gesundheitsinformationen in den Entscheidungsprozess miteinfließen lassen, sondern nach wie vor auch Empfehlungen der Gesundheitsexpertise einholen. Dieses sogenannte „shared decision making“ Modell zwischen dem medizinischen Fachpersonal und PatientInnen löst somit Schritt für Schritt das veraltete paternalistische ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis ab.<sup>131</sup>

Laut einer Umfrage der Österreichischen Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation (ÖAPG) im Jahr 2009 sind 47,5% der österreichischen Bevölkerung „sehr“ an ihrer Gesundheit und an der Vermeidung von Krankheiten interessiert. Das Alter spielt dabei keine aussagekräftige Rolle. Sowohl die ältere, als auch die jüngere Population ist sehr hoch an Gesundheitsinformationen interessiert. Signifikant ist der Unterschied jedoch hinsichtlich des Geschlechts. Während 63% der befragten Frauen „sehr“ an Gesundheit interessiert sind, sind es bei den befragten Männern nur 29%. Auch das Desinteresse ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während 25% der befragten Männer „wenig“ oder „gar nicht“ an Gesundheit interessiert sind, sind es bei den befragten Frauen lediglich 3%.<sup>132</sup>

---

<sup>129</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.70ff.

<sup>130</sup> Ebd., 2011: S.71.

<sup>131</sup> Vgl. ebd., 2011: S.71.

<sup>132</sup> Vgl. Steinmaßl-Wirrer, Monika (2009): Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: <http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand> [04.05.2015, 20:29]

Ausschlaggebend für ein ausgeprägtes Gesundheitsinformationsinteresse bzw. -verhalten sind nach Fromm et.al. zum einen der eigene Gesundheitszustand und zum anderen das Gesundheitsbewusstsein. Diejenigen, die aktiv nach Informationen suchen, haben auch häufiger einen konkreten Anlass dafür. *„Je schlechter also das eigene Befinden, desto höher das Interesse und desto intensiver werden Gesundheitsinformationen gesucht.“*<sup>133</sup> Diese Annahme ist in der Literatur jedoch umstritten. Neverla et.al. stellten im Zuge einer Untersuchung zur Mediennutzung im Krankheitsfall fest, *„dass es keinen zwingenden Zusammenhang zwischen Erkrankung und Informationsbedarf bzw. Informationsverhalten gibt.“*<sup>134</sup> Vor allem für die westlichen Kulturen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass im Krankheitsfall nach weiterführenden Informationen gesucht wird, um richtige Entscheidungen treffen zu können. Laut Neverla et.al. muss das jedoch nicht der Fall sein, denn eine Erkrankung kann auch das Gegenteil hervorrufen, so dass ein Rückzug stattfindet und Informationen gemieden werden.<sup>135</sup>

Während die Umfrage der ÖAPG von 300 Personen ergab, dass Gesundheitsinteresse nur in geringem Maße eine Frage des Alters ist, resultiert aus dem oben genannten Beispiel auch, dass Menschen höheren Alters im Vergleich zu Jüngeren, aufgrund ihres vermehrt schlechten Befindens, häufiger an Gesundheitsthemen interessiert sind. Die Suche nach Informationen hängt jedoch auch von einem stark ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein ab.<sup>136</sup> Nach Härle erlangen medizinische Themen überhaupt erst an Bedeutung,

*„wenn die Gesundheit des potenziellen Zuschauers angeschlagen ist, ein Freund oder Verwandter zu den Betroffenen zählt, altersbedingt Einschränkungen erlebt werden, oder Kinder da sind, die gesundheitlichen Schutz bedürfen.“*<sup>137</sup>

Weitere Determinanten für die unterschiedliche Entwicklung eines Gesundheits- und In-

---

<sup>133</sup> Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.78.

<sup>134</sup> Neverla, Irene/ Mascha, Brichta/ Kamp, Hanns-Christian/ Lüdecke, Dieter K. (2007): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. In: Rössler, Patrick (Hrsg.): Medien und Gesundheit. Band 2. München: Verlag Reinhard Fischer. S.29.

<sup>135</sup> Vgl. ebd., 2007: S.29.

<sup>136</sup> Vgl. ebd., 2011: S.78.

<sup>137</sup> Härle, Monika (2001): Fernsehen- das Leitmedium der Gesundheitskommunikation? In: Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber. S.183f.

formationsverhaltens stellen die soziodemographischen Merkmale, Geschlecht und Bildung dar. Laut Fromm et.al. interessieren sich Frauen im Allgemeinen deutlich mehr als Männer für Gesundheitsthemen und nutzen die jeweiligen Informationsquellen aktiver. Jüngere interessieren sich stärker für Fitness- und Wellnessangebote, während sich ältere Menschen mehr für medizinische Fragen begeistern. Jüngere Menschen konsultieren bei leichten Beschwerden eine Apothekerin oder einen Apotheker. Erst bei gravierenden Schmerzen und je älter die Menschen sind, werden eine Ärztin oder etwa ein Arzt aufgesucht. Die persönlichen Eigenschaften und der Grad der Bildung spielen hinsichtlich der Quellenpräferenz eine zentrale Rolle. Menschen mit einem sehr hohen ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein bevorzugen auch ein breiteres Spektrum an Themen und Informationen und favorisieren demnach die Kommunikation via Internet und/oder lesen Artikel aus Zeitungen und Fachzeitschriften. Menschen hingegen, die eher wenig gesundheitsorientiert sind, bedienen sich eher den traditionellen Medien, wie Fernsehen und Radio. Sie konsumieren Gesundheitsformate vorrangig zur Entspannung und Unterhaltung und nicht zur gezielten Informationssuche. Menschen, die höher gebildet sind und ein besonders großes Interesse an Gesundheitsinformationen besitzen, nutzen auch medizinische Fachliteratur.<sup>138</sup> Auch die Erhebung der ÖAGP im Jahr 2009 zeigt, dass das persönliche Gesundheitsinteresse maßgeblich über die Wahl der Quelle bestimmt. Interessierte Frauen beziehen ihre Gesundheitsinformationen mehrheitlich über den Arzt bzw. die Ärztin ihres Vertrauens. An zweiter Stelle rangieren bei Frauen alle anderen Medien, wie Tageszeitungen, Fachzeitschriften, TV, Radio oder Internet. Männer beziehen im Vergleich zu Frauen jedoch ihre Informationen primär über Tageszeitungen, Radio und TV, bevor sie den Arzt bzw. die Ärztin ihres Vertrauens konsultieren.<sup>139</sup> Bei Personen, die nur wenig an Gesundheit interessiert sind, sind lediglich 6% an Informationen durch den Arzt ihres Vertrauens interessiert. Zudem kam heraus, dass die an Gesundheit wenig Interessierten überhaupt kaum nach Informationen suchen.<sup>140</sup>

Ein markantes Unterscheidungsmerkmal hinsichtlich der Bildung lässt sich laut ÖAGP Umfrage ausschließlich bei der Informationssuche via Internet feststellen. Tendenziell nutzten mehr MaturantInnen und UniversitätsabsolventInnen das Internet zu Recherche-

---

<sup>138</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.78.

<sup>139</sup> Vgl. Steinmaßl-Wirrer, Monika (2009): Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: <http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand> [04.05.2015, 20:29]

<sup>140</sup> Vgl. ebd. 2009.

zwecken. Bei allen anderen Fällen war weder das Alter noch der Grad der Bildung für das Interesse ausschlaggebend.<sup>141</sup>

Nachdem die Studie aus dem Jahr 2006 ist, muss dieses Resultat als veraltet betrachtet werden. Das Internet bezüglich Gesundheitsthemen zu befragen ist in allen Alters- und Bildungsgruppen in den letzten Jahren immens angestiegen. Die deutsche Studie „Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen“ von Baumann et.al. hat ergeben, dass sich 38% der Gesamtbevölkerung Deutschlands und mehr als jede/r zweite/r InternetnutzerIn bei Fragen rund um das Thema Gesundheit bereits dem Internet widmet. Für das Ausmaß der Internetnutzung spielen vor allem das Alter und der soziökonomische Status eine zentrale Rolle. Hinsichtlich des Alters nützen eher jüngere als ältere Personen das Internet. Beim sozioökonomischen Status korreliert die Nutzung des Internets mit der sozialen Lage (Unter-, Mittel-, Oberschicht) signifikant. Hinsichtlich des Geschlechts lassen sich jedoch keinerlei Unterschiede aufweisen.<sup>142</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Resultate der oben genannten Studien allesamt ergaben, dass der Großteil der Bevölkerung sehr an ihrer eigenen Gesundheit interessiert ist. Welches Medium zur Informationsversorgung primär herangezogen wird, hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab. Neben Alter lassen sich auch Unterschiede in den soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen feststellen. Ob für das generelle Interesse an Gesundheitsthemen auch der eigene Gesundheitszustand ausschlaggebend ist, bleibt jedoch fraglich. Bei der Wahl der Quelle spielt neben dem Interesse auch die Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins eine zentrale Rolle. Im Zuge des empirischen Teils dieser Arbeit werden die hier beschriebenen Determinanten zum Teil erneut überprüft, um Aussagen über das allgemeine Gesundheits- und Informationsverhalten von Befragten tätigen zu können.

---

<sup>141</sup> Vgl. Steinmaßl-Wirrer, Monika (2009): Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: <http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand> [04.05.2015, 20:29]

<sup>142</sup> Vgl. Baumann, Eva/ Czerwinski, Fabian (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, Jan/Braun, Bernard/ Meier, Jürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Online abrufbar unter: [http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaoarticles/201503-Beitrag.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201503-Beitrag.pdf) [06.10.2015, 12:35]

## 4. Information und Unterhaltung

Information und Unterhaltung bilden die Grundbausteine medialer Kommunikation. Sie wurden lange Zeit in der Kommunikationswissenschaft als Gegensätze behandelt. Diese Ansicht hat sich jedoch in den letzten Jahren deutlich verändert. Neueste Forschungsansätze, die von „Edutainment“ und „Infotainment“ sprechen, zeigen klar auf, dass Unterhaltung und Information in der Realität eng miteinander verbunden sind. Eine Strategie, die dabei besonders hervorgehoben werden muss, ist die der Entertainment-Education. Das Konzept ermöglicht es gesundheitsbezogene Botschaften ohne moralisch erhobenen Zeigefinger, in unterhaltende, fiktionale Medieninhalte erfolgreich zu integrieren. Bevor im Detail auf die historische Entwicklung der Strategie und auf die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung eingegangen wird, setzt sich die Autorin zuerst mit den Begriffen der Information und Unterhaltung auseinander und erläutert in einem weiteren Schritt das Zusammenspiel der beiden Bereiche.

### 4.1. Information

Der Begriff „Information“, welcher sich aus dem lateinischen „informatio“ ableiten lässt, bedeutet in seinem Ursprung „Formung“ bzw. „Bildung durch Unterweisung“. Das dazugehörige Verb „informare“ wird ebenfalls mit „formen“, „eine Gestalt geben“ und „durch Unterweisung bilden“ übersetzt.<sup>143</sup> Im alltäglichen Sprachgebrauch wird Information zumeist als Synonym für „Auskunft“, „Nachricht“ oder „Belehrung“ verwendet.

Der Informationsbegriff blickt auf eine sehr lange historische Vergangenheit. Je nach Tätigkeitsbereich, ob in der Wirtschaft, in der Nachrichtentechnik oder in der Informatik, wird der Begriff auf unterschiedlichste Art und Weise definiert. Nachdem der gesamte Verlauf der Geschichte des Informationsbegriffs in der Kommunikationswissenschaft den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde, werden nur die wichtigsten Stationen kurz aufgezählt.

Historisch betrachtet diente der Informationsbegriff nicht nur in der Kybernetik und in

---

<sup>143</sup> Wahrig-Burfeind, Renate (2007): Fremdwörterlexikon. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. S.425.

der Informationstheorie bereits als Grundbegriff, sondern auch in der mathematischen Wahrscheinlichkeitstheorie. Die beiden Nachrichtentechniker Shanon und Weaver entwickelten eine Theorie der Information.

*„Shanon und Weaver (1963) entwickelten eine mathematische Theorie der Information, in der Information als Maßgröße für die Ungewissheit des Eintretens von Ereignissen definiert wird. (...) In der Kybernetik (Wiener 1963) müssen Informationen und informelle Prozesse im Kontext kybernetischer Systeme interpretiert werden.“<sup>144</sup>*

Unter den kybernetischen Systemen werden Steuerungs- und Kontrollsysteme verstanden, die neben Energie und Materie auch Information als Grundkomponente betrachten. Sozusagen Wissenseinheiten, die man von A nach B befördern kann.<sup>145</sup> In der soziologischen Systemtheorie bildete sich das Denken zu abstrakten Beschreibungen weiter. Die Systemtheorie interpretiert Zusammenhänge zwischen dem gesellschaftlichen Teilsystem Massenkommunikation und dem globalen sozialen Gesamtsystem.<sup>146</sup>

In der Kommunikationswissenschaft prägte Niklas Luhmann, Vertreter der Theorie der sozialen Systeme, den dynamischen Informationsbegriff, „(...), *demzufolge Informationen keine objektiven Entitäten sind, die man in Gänze von A nach B transportieren könnte* (...).“<sup>147</sup> Der Informationsprozess findet bei Luhmann erst bei der Distribution statt, also erst dann, wenn der Rezipient versteht und bereit ist, sich zu verändern. „*Information ist ein zweistelliger Begriff, der den Kommunikationsinhalt mit dem Rezipienten verbindet und durch dessen informationellen Endzustand definiert ist.*“<sup>148</sup> Mit anderen Worten werden im medialen Bereich Informationen als Prozesse gesehen, die durch Medienangebote angeregt werden und sich erst in einem zweiten Schritt in RezipientInnen vollziehen.

---

<sup>144</sup> Biewendt, Thomas (2008): Information und Unterhaltung im Fernsehen. Begriffserklärung, Problemfelder, Methoden. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller. S.6.

<sup>145</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.23. [07.10.2015, 10:12]

<sup>146</sup> Vgl. ebd., 2008: S.6.

<sup>147</sup> Grimm, Jürgen (2014): Informationsmischung und Narration: Ein Modell zur Erklärung von Entertainment-Education-Effekten. In: Baumann, Eva/ Hastall, Matthias R./ Rossmann Constanze/ Sowka Alexandra (Hrsg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag. S.292f.

<sup>148</sup> Ebd., 2014: S.293.

## 4.2. Unterhaltung

Der Begriff der Unterhaltung kam laut Duden erstmals im 18. Jahrhundert vor. Das Verb „unterhalten“ lässt sich einerseits mit „die Existenz einer Person oder einer Sache sichern, bewahren“ oder andererseits mit „die Zeit vertreiben“, „sich erfreuen“, „ein Gespräch führen“ übersetzen.<sup>149</sup> Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff Unterhaltung vorwiegend mit Attributen, wie lustig, spannend oder humorvoll assoziiert.<sup>150</sup>

In der Kommunikationswissenschaft wurde dem Themenkomplex Unterhaltung lange Zeit nur sehr wenig Beachtung geschenkt. Erst in den achtziger Jahren begann sich die Forschung näher damit auseinanderzusetzen. In den Mittelpunkt rückte dabei vor allem das damalige Leitmedium Fernsehen. Unterhaltung wurde aber keineswegs erst durch das Fernsehen erfunden. Massenmediale Unterhaltungsangebote, wie das Vereinstheater, das Varieté oder den Zirkus, gab es auch schon lange Zeit davor.<sup>151</sup>

In der Literatur taucht zum Thema Unterhaltung immer wieder die Frage auf, ob Unterhaltung eine subjektive Empfindung oder eine individuell interpretierte Sinneswahrnehmung ist. Die Unterhaltung kann ebenso wenig wie die Information auf einen einzigen Begriff reduziert werden, vielmehr ist sie ein variabler Bereich der immer im Zusammenhang mit den ZuseherInnen betrachtet werden muss. Auch der anerkannte Medienwissenschaftler Louis Bosshart ist der Meinung, dass Unterhaltung ein unbestimmter Begriff ist.<sup>152</sup>

Bosshart führte gemeinsam mit Kommunikationswissenschaftlerin Ursula Dehm einige Studien zum Unterhaltungsphänomen durch. Für die beiden hängt Unterhaltung vor allem von den individuellen Bedürfnissen, Stimmungen und Vorlieben der ZuseherInnen ab.<sup>153</sup> Dehm geht in ihren Fernsehunterhaltungsstudien auch grundlegend davon aus, dass Un-

---

<sup>149</sup> Vgl. Duden (2007): Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. 4., neu bearbeitete Auflage. Mannheim/Leipzig/Wien/ Zürich: Dudenverlag. S.313.

<sup>150</sup> Vgl. Biewendt, Thomas (2008): Information und Unterhaltung im Fernsehen. Begriffserklärung, Problemfelder, Methoden. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller. S.9.

<sup>151</sup> Vgl. ebd., 2008: S.10.

<sup>152</sup> Bosshart, Louis (1979): Dynamik der Fernseh-Unterhaltung. Eine kommunikationswissenschaftliche Analyse und Synthese. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz. S.18f.

<sup>153</sup> Vgl. Klöppel, Moritz (2008): Infotainment. Zwischen Bildungsanspruch und Publikumserwartung- Wie unterhaltsam darf Information sein?. Marburg: Tectum Verlag. S.14.

terhaltung erst dann unterhaltend ist, wenn sie den RezipientInnen Spaß macht, alles andere würde zu Ärger führen und wäre demnach auch keine Unterhaltung mehr.<sup>154</sup>

Bosshart zufolge muss Unterhaltung aus einer anthropologischen Sichtweise eine Artikulations-, Befreiungs- und Integrationsfunktion erfüllen. Das bedeutet, dass moderne Unterhaltung innerste Wünsche und Hoffnungen zum Ausdruck bringt (Artikulationsfunktion), Ängste und Zwänge vermindert (Befreiungsfunktion) und soziale Kontrolle durch Wertevermittlung erhöht (Integrationsfunktion).<sup>155</sup>

Auch Jürgen Grimm beschäftigt sich in seinen wissenschaftlichen Arbeiten mit einer theoretischen Neubestimmung des Unterhaltungsbegriffs. Dafür erweiterte er Bossharts Unterhaltungsdefinition um eine Orientierungsfunktion. Nach Grimm muss Unterhaltung immer auch eine Orientierungsfunktion für das Alltagsleben, in Form von Informationen, beinhalten und in weiterer Instanz diese auch erfüllen.<sup>156</sup>

In Anlehnung an Ursula Dehm schreibt auch der renommierte Kommunikations- und Medienwissenschaftler Werner Früh der Unterhaltung keinen eindeutigen Begriff zu, sondern definiert Unterhaltung ebenfalls als angenehmes Erleben, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht<sup>157</sup>:

*„Unterhaltung durch Fernsehen entsteht als angenehm erlebte Makroemotion im Zuge eines transaktionalen Informationsverarbeitungsprozesses unter der Bedingung, dass bestimmte personale, mediale und situative bzw. gesellschaftliche Faktoren kompatibel sind und der Rezipient außerdem die Gewissheit hat, die Situation souverän zu kontrollieren.“<sup>158</sup>*

---

<sup>154</sup> Vgl. Dehm, Ursula (1984): Fernsehunterhaltung. Zeitvertreib, Flucht oder Zwang? Eine sozial-psychologische Studie zum Fernsehüberleben. Mainz: v. Hase & Koehler Verlag. S.221ff.

<sup>155</sup> Vgl. Bosshart, Louis (1979): Dynamik der Fernseh-Unterhaltung. Eine kommunikationswissenschaftliche Analyse und Synthese. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz. S.29f.

<sup>156</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.20. [07.10.2015, 10:20]

<sup>157</sup> Vgl. Klöppel, Moritz (2008): Infotainment. Zwischen Bildungsanspruch und Publikumserwartung- Wie unterhaltsam darf Information sein?. Marburg: Tectum Verlag. S.15.

<sup>158</sup> Früh, Werner (2002): Unterhaltung durch Fernsehen. Eine molare Theorie. Unter Mitarbeit von Anne-Katrin Schulze und Carsten Wunsch. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S.240.

### 4.3. Das Zusammenspiel von Information und Unterhaltung

Die deutsche Kommunikationswissenschaftlerin Ursula Dehm stellte im Zuge ihrer Dissertation bereits in den achtziger Jahren einen Zusammenhang zwischen Unterhaltung und Information fest. Wie bereits zuvor erwähnt, ging sie in ihrer Arbeit davon aus, dass eine Sendung nur dann unterhaltend sein kann, wenn sie den RezipientInnen auch Spaß macht. Jede Sendung die für KonsumentInnen keinen Spaß macht, führt zu Ärger und in weiterer Folge zu einer Ablehnung dieser Sendung. Das Gegenteil von Unterhaltungssendungen sind der Autorin zufolge nicht nicht-unterhaltende Sendungen und auch nicht, wie früher oft angenommen, Informationssendungen, sondern einfach Sendungen, die einen nicht unterhalten.<sup>159</sup>

Ein interessantes Ergebnis im Zuge der Studie ist, dass sich die Dichotomie von Information und Unterhaltung auch in den Antworten der Befragten zu Fernsehsendungen widerspiegelt. Dehm konnte hierbei insbesondere einen Unterschied hinsichtlich der Bildung feststellen. Angehörige von höheren Bildungs- und Berufsgruppen definierten die Fernsehunterhaltung, als einen angenehmen, aber unwichtigen Zeitvertreib. Zudem übernehmen Unterhaltungssendungen für diese Personengruppe auch nur selten die Funktion der Information und Umweltorientierung. Noch deutlicher zeigt sich das Resultat bei der Untersuchung von Fernsehsendungen, die einen nicht unterhalten. Bildungshöhere Menschen betiteln solche Sendungen als Informationssendungen und empfinden „*keinen Ärger und keine Langeweile, sondern betonen, daß [sic!] sie durch diese Sendungen Anregungen zum Nachdenken und neue Informationen erhalten.*“<sup>160</sup> Spannend ist das Resultat vor allem im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit. Auch bei Arzt- und Krankenhausserien kann vermutet werden, dass Menschen mit einem höheren Bildungsstand diese als reine Unterhaltungssendung bezeichnen und demnach auch der Meinung sind daraus keine medizinischen Informationen beziehen zu können.

Dass das Unterhaltungserleben tatsächlich nicht im Gegensatz zum Informationserleben steht, konnte Dehm im Zuge einer explorativen Vorstudie im Jahr 2002 zu den subjektivi-

---

<sup>159</sup> Vgl. Dehm, Ursula (1984): Fernsehunterhaltung. Zeitvertreib, Flucht oder Zwang? Eine sozial-psychologische Studie zum Fernsehüberleben. Mainz: v. Hase & Koehler Verlag. S.223.

<sup>160</sup> Vgl. ebd., 1984: S.224.

ven TV-Erlebnisweisen von RezipientInnen erneut feststellen.<sup>161</sup> Auch Jürgen Grimm ist der Meinung, dass *„Unterhaltung nur dann als Unterhaltung funktionieren kann, wenn ganz bestimmte Informationsprozesse stattfinden“*.<sup>162</sup>

Auch in der professionellen Medienbranche, im Fernsehen, werden Unterhaltung und Information noch klar voneinander abgegrenzt. Nachrichtenverantwortliche wollen auf keinen Fall mit Unterhaltungsverantwortlichen in Verbindung gebracht werden und die Unterhaltungsverantwortlichen nicht mit Nachrichtenverantwortlichen. Das geht vorwiegend aus der Entwicklung des Privatfernsehens hervor. Öffentlich-rechtliche Fernsehanstalten befürchteten, in der Entstehungsphase der Privatsender, mit ihrem übermäßigen Angebot an Unterhaltung nicht mehr mithalten zu können.<sup>163</sup>

*„Das Bild vom Zuschauer ist hier von einer schier unersättlichen „Unterhaltungsgier“ dominiert, indes müssten „Informationen“ den Zuschauern aktiv und häufig mühsam nahe gebracht werden.“*<sup>164</sup>

Beweise dafür, dass Unterhaltung auch durch das Integrieren von Informativen noch unterhaltsam wirkt, liefern, Grimm zufolge, die altbekannten Märchen der Gebrüder Grimm. Das weltberühmte Märchen „Der Froschkönig“ vermittelt neben einem Hoffnungs-Informativ, dass sich mancher Frosch doch noch in einen Prinzen verwandelt, auch ein kritisches Informativ, nämlich, dass man dem äußeren Schein nicht trauen sollte, da sich ja bekanntlich auch etwas anderes dahinter verstecken könnte.<sup>165</sup>

Auch die Geschichte von „Frau Holle“ belehrt Kinder: nämlich, dass es sich auszahlt gut bzw. brav zu sein. Während „Goldmarie“ für ihre guten Taten beschenkt und beglückt wird, wird „Pechmarie“ für ihre schlechten Taten bestraft. Vor allem Kinder, deren Lebensweg zum Erwachsenwerden aus vielen Regeln und Verboten besteht, können daraus lernen, dass brav zu sein zwar anstrengend sein kann, sich im Endeffekt jedoch als richti-

---

<sup>161</sup> Vgl. Dehm, Ursula/ Storll, Dieter (2003): TV-Erlebnisfaktoren. Ein ganzheitlicher Forschungsansatz zur Rezeption unterhaltender und informierender Fernsehangebote. In: Media Perspektiven, Heft 9. S.426.

<sup>162</sup> Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.10. [07.10.2015, 10:30]

<sup>163</sup> Vgl. ebd., 2015: S.10.

<sup>164</sup> Ebd., 2015: S.10.

<sup>165</sup> Vgl. ebd., 2015: S.13.

ger Weg erweist.<sup>166</sup> Ebenso aus dem Märchen „Rapunzel“ können laut Grimm mehrere Informative gewonnen werden. Die beiden wichtigsten sind seiner Meinung nach, dass „*ungerechte und harte Strafgewalt böse ist*“ und dass sich „*die Liebe gegen das Böse durchsetzt*“. Ersteres ist ein Aufruf gegen Sippenhaft, willkürliche Lagerstrafen und der Todesstrafe. In Anbetracht der derzeitigen Lage in Syrien ist dieses Informativ mehr als aktuell. Letzteres soll ZuseherInnen dazu ermutigen schwierige Alltagssituationen zu überwinden.<sup>167</sup>

Im Laufe der Geschichte lassen sich weitere Beispiele für informative Unterhaltung beobachten. Im 17. und 18. Jahrhundert transportierten Kolporteure Bücher, Kalender und Zeitschriften durchs Land. Die Befehlshaber machten sich Sorgen und vermuteten, dass dieser Lesestoff die Sitten der BürgerInnen verderben oder zur Revolution anstacheln könnte. Kolporteure trugen in den Augen der Obrigkeit unkontrollierte Information in die Gesellschaft hinein. Genau diese Angst herrscht auch heute noch vor, aber diesmal bei Fernsehen und Internet.<sup>168</sup>

*„Das Misstrauen gegenüber einer fragwürdigen Form der Informationsverbreitung, die zu „falschen“ Rezeptionsweisen und prompt auch zu „falschen“ Erkenntnissen führe, lieferte damals Argumente gegen die „Lesesucht“ wie sie heute in ähnlicher Weise gegen „Fernsehabhängigkeit“ oder „Internetverwahrlosung“ vorgebracht werden.“<sup>169</sup>*

Als man versuchte nützliche Erkenntnisse in die Lektüren einzubauen, verbesserte sich zwar das Image des Kolporteurs wieder, jedoch die Begeisterung des Publikums blieb aus. Sie waren nicht daran interessiert anstelle von fiktionalen Erzählungen, neuerdings Ideen zur moralischen Lebensgestaltung zu lesen. Grimm zufolge lässt sich diese Abneigung mit dem psychologischen Konzept der Reaktanz erklären, welches eintritt, sobald sich das Publikum bevormundet fühlt oder das Dargebotene als Bedrohung der eigenen Selbständigkeit erlebt wird. Die plötzliche Abneigung aufgrund von Bevormundung erfuhr auch eines der ersten Entertainment-Education-Projekte in Indien. Was Entertain-

---

<sup>166</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.11. [07.10.2015, 10:30]

<sup>167</sup> Vgl. ebd., 2015: S.12.

<sup>168</sup> Vgl. ebd., 2015: S.13f.

<sup>169</sup> Ebd., 2015: S.14.

ment-Education genau bedeutet und woher das Konzept stammt wird im nachfolgenden Kapitel näher erläutert.<sup>170</sup>

Grundsätzlich wird unter der Entertainment-Education-Strategie das gezielte Einsetzen von gesundheitsbezogenen bzw. prosozialen Themen in mediale Unterhaltungsangebote verstanden. Der indische Informationsminister, Vasant Sathe, lieferte nach einer Mexikoreise die Idee dazu, die, bis dato sehr erfolgreiche, indische Soap „Hum Log“, mit Rat-schlägen zur Empfängnisverhütung und Warnungen vor der Armutsfalle zu bereichern. Die Umsetzung missglückte jedoch, weil die zu implementierte Botschaft im Wider-spruch mit der Information stand, die in weiterer Folge das Unterhaltungserlebnis be-stimmt.<sup>171</sup>

Die Soap „Hum Log“ vermittelte bislang den ZuseherInnen lediglich die Botschaft „*ro-mantische Liebe ist schön*“. Mit der implementierten Botschaft zur Empfängnisverhütung entwickelte sich die Botschaft zu „*Achtung, Liebe ist gefährlich! Es besteht ein Sozialri-siko und ein Gesundheitsrisiko oben drein.*“<sup>172</sup> Erst als „Hum Log“ edukative Botschaften wie Familienwerte, sozialer und ökonomischer Aufstieg und Erfolg einbaute, wurde die Serie extrem erfolgreich. Solche Phänomene stellte Jürgen Grimm auch in der Untersu-chung von Talkshows fest.<sup>173</sup>

Aber nicht nur Märchen und Soaps liefern Informationen über Unterhaltung. Auch fiktio-nale Unterhaltungsangebote können hilfreiche Informative beinhalten, wie auch das nach-stehende Zitat erläutert:

*„Wenn ich am Abend einen Actionfilm anschaue, weil ich tagsüber Konflikte mit meinem Chef hatte, der mir ein Gefühl von Frustration und Ohnmacht vermittelt, so werde ich durch das Unterhaltungserlebnis zusammen mit Arnold Schwarzenegger oder Vin Diesel daran erinnert: „Yes, I can!“<sup>174</sup>*

---

<sup>170</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnü- gen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.14f. [07.10.2015, 10:30]

<sup>171</sup> Vgl. ebd., 2015: S.15.

<sup>172</sup> Ebd., 2015: S.16.

<sup>173</sup> Vgl. ebd., 2015: S.16.

<sup>174</sup> Grimm, Jürgen (2014): Informationsmischung und Narration: Ein Modell zur Erklärung von Entertain- ment-Education-Effekten. In: Baumann, Eva/ Hastall, Matthias R./ Rossmann Constanze/ Sowka Alexandra

Arzt- und Krankenhausserien gelingt es ebenfalls Aspekte der Gesundheitskommunikation in ihrer Sendung zu implementieren, das beweisen u.a. die Entertainment-Education Medienwirkungsexperimente zu den Fernsehserien „Emergency Room“ und „Der Bergdoktor“. Die Studien von Grimm, Grill, Enzminger und Rosenzweig zeigen, dass Arzt- und Krankenhausserien, abhängig von der Art der Dramaturgie, zu einem positiven Gesundheitsverhalten beitragen können.<sup>175</sup>

*„Die intrinsische Motivation zur Sendungsnutzung wächst in dem Maße, in dem die gesundheitsbezogenen Informationen eine Orientierungsleitung für die Zuschauer erbringen. Dabei spielen nicht nur die medizinischen Informationen im engeren Sinne eine Rolle, sondern vor allem die Sendung als Gesamtinformativ, das auf diese oder jene Weise die kognitive und/oder emotionale Disposition zu gesundheitsförderlichem Verhalten tangiert.“<sup>176</sup>*

Die angeführten Beispiele zeigen deutlich, dass das Integrieren von Informativen in Unterhaltungssendungen, sofern sie richtig platziert werden, sehr erfolgreich sein kann. Aus diesem Grund bedarf es nach Grimm an einem Neuverständnis von Unterhaltung und Information. Der Grundgedanke, dass Unterhaltungsangebote ausschließlich „unterhaltend“ auf ZuseherInnen wirken und keine Informationen vermitteln können, ist schlicht und ergreifend veraltet. Vor diesem Hintergrund liefert Grimm eine informationstheoretische Neubestimmung von Unterhaltung und postuliert dabei folgende sechs Aspekte:

- *„Information und Unterhaltung können nicht überschneidungsfrei voneinander abgegrenzt werden.*
- *Der Unterhaltungswert einer Sendung hängt nicht nur von Emotionen, sondern wesentlich von Informationen ab. Unterhaltung ist Information.*
- *Informativen Gehalt hat die Unterhaltung primär im lebensweltlichen Bezugsrahmen des Rezipienten.*

---

(Hrsg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag. S.293.

<sup>175</sup> Vgl. Baumann, Eva/ Hastall, Matthias R./ Rossmann Constanze/ Sowka Alexandra (2014): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag. S.257-303.

<sup>176</sup> Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.32. [07.10.2015, 10:30]

- *Im Kern handelt es sich bei der „Mischung von Information und Unterhaltung“ um ein Integrationsproblem verschiedener Informationsebenen.*
- *Eine störungsfreie Kommunikation gelingt dann, wenn die das Unterhaltungserlebnis konstituierenden Informationen, die der Rezipient aktiv aufsucht, mit der vom Kommunikator intendierten (edukativen Informationsvermittlung) im Einklang stehen oder diese stützen.*
- *Optimiertes Entertainment-Education zeichnet sich dadurch aus, dass der Informationsgehalt (z.B. Politik, Gesundheitswesen) sinnvoll verknüpft werden kann.*<sup>177</sup>

#### 4.4. Die Entertainment-Education-Strategie

Die vorangegangenen Beispiele zeigen auf, dass mithilfe des richtigen Einsatzes der Entertainment-Education-Strategie gesundheitsfördernde Botschaften erfolgreich an RezipientInnen weitergegeben werden können. Unter dem Begriff Entertainment-Education wird demnach das gezielte Einsetzen von gesundheitsbezogenen bzw. prosozialen Themen in mediale Unterhaltungsangebote verstanden. Das Konzept geht auf den mexikanischen Fernsehproduzenten Miguel Sabido zurück, welcher in der lateinamerikanischen Soap „Simplemente Maria“ erstmals bewusst gesundheitsfördernde und prosoziale Themen integrierte.<sup>178</sup>

Nach Fromm et.al. löst das Fernsehen eher selten ein direktes Wirkungspotential auf Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen der RezipientInnen aus. Sicher ist indes, laut den AutorInnen, dass das Fernsehen zu einer Auseinandersetzung und Reflexion mit Gesundheitsthemen anregt.<sup>179</sup> Dass das Fernsehen jedoch sehr wohl ein direktes Wirkungspotenzial auf Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen von RezipientInnen hinsichtlich der Gesundheitsförderung bewirken kann, zeigt die Entertainment-Education-Strategie.

---

<sup>177</sup> Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. S.32. [07.10.2015, 10:30]

<sup>178</sup> Vgl. Lampert, Claudia (2010): Entertainment-Education als Strategie für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum, 18. Jg., Heft 68. S.20.e1.

<sup>179</sup> Vgl. Fromm, Bettina/ Baumann, Eva/ Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.41.

Das Entertainment-Education-Konzept greift im Vergleich zum „Infotainment“ oder etwa dem „Social Marketing“ auf pädagogische Interessen zurück. Darüber hinaus lässt sich die Strategie jedoch keiner bestimmten Kommunikationstheorie zuordnen. *„Entertainment-education is not a theory of communication. Rather, it is a communication strategy to bring about behavioral and social change.“*<sup>180</sup> Das Ziel besteht demnach darin, RezipientInnen auf bestimmte Themen bewusst aufmerksam zu machen und ihr Verhalten positiv zu verstärken bzw. sogar zu verändern. Das Konzept lehnt sich primär an der Theorie des sozialen Lernens nach Bandura an,

*„(...) der zufolge soziales Verhalten im Wesentlichen durch die Beobachtung von Modellen, deren Imitation und den Einfluss von Belohnung, Bestrafung und sozialen Normen erlernt wird.“*<sup>181</sup>

Ausschlaggebend für den Erfolg der sozialen Lerntheorie ist die Attraktivität des Modells. Das bedeutet in Hinblick auf Education Entertainment und die Vermittlung von gesundheitsfördernden Inhalten via Medien, dass die erwünschten Handlungsmodelle von positiven Charakteren verkörpert werden müssen und für RezipientInnen ein hohes Identifikationspotenzial anbieten. Die Verantwortung für das eigene Handeln, das Gefühl der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) erhöht sich zusätzlich durch geeignete Rollenmodelle. Evaluationsstudien bestätigen, dass einige der bereits umgesetzten Entertainment-Education-Projekte, vor allem in Entwicklungsländern, gesundheitsfördernde Potenziale bewirken konnten.<sup>182</sup>

*„Die Stärken des Ansatzes liegen den Studien zufolge zum einen in der Sensibilisierung der Rezipienten für bestimmte Gesundheitsthemen und zum anderen in der Förderung interpersonaler (Peer-) Kommunikation über gesundheitsrelevante Themen.“*<sup>183</sup>

---

<sup>180</sup> Singhal, Arvind/ Cody, Michael J./ Rogers, Everett M./ Sabido, Miguel (2004): Entertainment- Education and Social Change. History, Research, and Practice. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. S.5.

<sup>181</sup> Lampert, Claudia (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 51. Jg., Heft 3-4. S.463.

<sup>182</sup> Vgl. ebd., 2003: S.461f.

<sup>183</sup> Lampert, Claudia (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 51. Jg., Heft 3-4. S.461.

Die USA beschäftigte sich bereits in den sechziger Jahren mit der Frage, wie gesundheitsfördernde und prosoziale Botschaften ohne erhobenen, moralischen Zeigefinger über Medien vermittelt werden können. Zu einem der ersten Fernsehangebote, welches mit dem Entertainment-Education-Ansatz arbeitete, zählt die „Sesame Street“, die Kindern in kleinen Episoden soziale und gesundheitliche Themen spielerisch näherbringt.<sup>184</sup>

In den siebziger Jahren gelang es den „Hollywood Lobbyists“ mit dem „Harvard Alcohol Project“ den Verzicht auf den Konsum von Alkohol in über 160 Sendungen zu integrieren. Die „Hollywood Lobbyists“ machten DrehbuchautorInnen und ProduzentInnen darauf aufmerksam, künftig auf gesundheitsrelevante Themen zu achten und diese in ihren Unterhaltungsprogrammen realistischer darzustellen.<sup>185</sup>

Auch Arzt- und Krankenhausserien beinhalten gesundheitsfördernde Elemente, wie die oben bereits beschriebenen Studien zu den TV-Serien „Der Bergdoktor“ und „Emergency Room“ aufzeigten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Arzt- und Krankenhausserien zum medizinischen Detailwissen, Arztvertrauen und zur Gesundheitsvorsorge beitragen, sofern die Art der Narration und die implementierte Information zusammenpassen.<sup>186</sup>

---

<sup>184</sup> Vgl. ebd., 2003: S.461f.

<sup>185</sup> Vgl. ebd., 2003: S.462.

<sup>186</sup> Grimm, Jürgen (2014): Informationsmischung und Narration: Ein Modell zur Erklärung von Entertainment-Education-Effekten. In: Baumann / Hastall / Rossmann / Sowka [Hrsg.]: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S.300f.

## 5. Arzt- und Krankenhausserien

*„Wenn sich Dr. House, Meredith Grey, McDreamy oder Dr. Cox gegenseitig an Gurgel und Arztkittel gehen, sind Millionen Zuseher mit dabei.“<sup>187</sup>*

### 5.1. Entwicklung von Arzt- und Krankenhausserien

Bereits seit den fünfziger Jahren flimmern Arzt- und Krankenhausserien erfolgreich über die Wohnzimmerbildschirme der ZuseherInnen. Zur Geburtsstunde des Fernsehens entstanden zwischen 1949 und 1960 im nationalsozialistischen Deutschland etliche Arztfilme. Auch in Amerika erlangte zu dieser Zeit das Gesundheitswesen immer mehr Aufmerksamkeit und produzierte die allererste Krankenhausserie „Medic“. Hierbei wurden erstmals echte Ärzte und Schwestern sowie operative Eingriffe und Geburten gezeigt. Auch die nachfolgende Serie „Dr. Kildare“ erlangte in Amerika mithilfe seiner soapopera-ähnlichen Erzählweise großen Erfolg. Sie wurde einige Jahre später auch im deutschsprachigen Raum ausgestrahlt. Im deutschen Fernsehen entstanden ebenfalls Serien, jedoch waren diese, anders als bei den amerikanischen Vorreitern, eine Mischung aus deutscher Familienserie und Groschenromanformat.<sup>188</sup>

*„Der Klischee-Arzt aus den Heftchenromanen, gut, edel und selbstlos in einer heilen Welt wirkend, bestimmt das Arztbild, als 1967 mit Landarzt Dr. Brock zum ersten Mal ein Humanmediziner in Serie im deutschen Fernsehen auftritt.“<sup>189</sup>*

Ein Jahr nach der Ausstrahlung von „Landarzt Dr. Brock“ hielt die erste deutsche Krankenhausserie das „Hafenkrankenhaus“ Einzug.<sup>190</sup> Neben zahlreichen anderen Sendungen in den siebziger Jahren erzielte der ZDF mit der Produktion der „Schwarzwaldklinik“ im Jahr 1985 den Durchbruch. Diese Serie ähnelt vor allem den Arztfilmen der fünfziger

---

<sup>187</sup> Kalteis, Fritz (2014): Herz und Schmerz – TV-Ärzte. In: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/portal/forumgesundheitsportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.690191> [19.09.2015, 12:33]

<sup>188</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.18.

<sup>189</sup> Vgl. ebd. 2008: S.18.

<sup>190</sup> Vgl. Rossmann, Constanze (2002): Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien. In: Brosius, Hans-Bernd (Hrsg.): Angewandte Medienforschung. Schriftenreihe des Medien Instituts Ludwigshafen. München: Verlag Reinhard Fischer. S.16.

Jahre. Das Arztbild wird hierbei als heldenhaft, übermenschlich und stets attraktiv dargestellt. Das Erzählkonzept der „Schwarzwaldklinik“ ist grundsätzlich dem Heimatfilm zuzuordnen. Serien, wie „Der Landarzt“ oder „Der Bergdoktor“, griffen ebenfalls die Elemente des Heimatfilms auf und kombinierten diese mit dem Familienfilm, wie das auch schon bei „Landarzt Dr. Brock“ der Fall war.<sup>191</sup> Weitere Arztserien, wie „Dr. Stefan Frank“ oder „OP ruft Dr. Bruckner“ gehen aus der Trivalliteratur der Groschenromane des 19. und 20. Jahrhunderts hervor. Das Arztbild wird auch hier noch stark idealisiert dargestellt. Der meist männliche Chefarzt in den Serien ähnelt einem allwissenden Halbgott in Weiß.<sup>192</sup>

Anfang der neunziger Jahre begannen dann private deutsche Sender eigene Arzt- und Krankenhausserien zu produzieren. 1992 wurde z.B. erstmals „Der Bergdoktor“ ausgestrahlt, später folgten Serien wie „Christiane B.- Notärztin im Einsatz“ oder die „Stadtklinik“. Nachdem das Genre zu Beginn sehr männlich dominiert war, übernahmen ab 1995 auch immer mehr Frauen die Hauptrolle, wie z.B. bei „Für alle Fälle Stefanie“ oder „Am liebsten Marlene“. Doch auch hier herrscht noch das Bild einer „(...) Friede-Freude-unser-Doktor-wird's-schon-richten-Ideologie (...)“<sup>193</sup> vor.

In den neunziger Jahren war jedoch eine Auffrischung des Genres zu beobachten. Den Arzt- mit dem Heimatfilm zu kombinieren, wie es beispielweise in der „Schwarzwaldklinik“ üblich war, verlor zu dieser Zeit an Anziehungskraft. Die beiden US-amerikanischen Produktionen „Emergency Room“ und „Chicago Hope“ sorgten für Aufwind, indem sie medizinisch relevante Fragestellungen und erstmals Krankheitsbilder, wie Aids oder Alzheimer, geschickt in den Mittelpunkt rückten.<sup>194</sup>

Vor allem „Emergency Room“ gelang es mithilfe modernster Technik und Realismus den Klinikalltag einer Notaufnahme auch für ein junges Publikum (20-29 Jährige) extrem interessant zu machen. Auch das zuvor langfristig dominierende Klischee der Halbgötter in Weiß konnte mithilfe dieser Serie (endlich) aufgebrochen werden.<sup>195</sup>

---

<sup>191</sup> Vgl. Rossmann, Constanze (2002): Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien. In: Brosius, Hans-Bernd (Hrsg.): Angewandte Medienforschung. Schriftenreihe des Medien Instituts Ludwigshafen. München: Verlag Reinhard Fischer. S.16.

<sup>192</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.18f.

<sup>193</sup> Ebd., 2008: S.20.

<sup>194</sup> Vgl. ebd., 2008: S.20.

<sup>195</sup> Vgl. ebd., 2008: S.21.

Das erfolgreiche Format „Emergency Room“ ebnete den Weg für alle nachfolgenden Arzt- und Krankenhausserien des 21. Jahrhunderts. Produktionen, wie etwa „Scrubs- die Anfänger“, „Dr. House“, „Grey’s Anatomy“, „Nip/Tuck Schönheit hat ihren Preis“ oder die Nachkömmlinge, wie „Private Practice“ oder „Saving Hope“ eroberten den internationalen Fernsehmarkt. Die medizinischen Fälle dieser Serien werden dabei immer authentischer und eindrucksvoller. Auch die Darstellung des Arzt- und Patientenbildes verändert sich. Nach Hurth verliert das Arztpersonal zu dieser Zeit allmählich komplett sein „Halbgott in Weiß“-Image und auch PatientInnen passen sich dem hektischen Klinikalltag an und verzichten auf Redseligkeiten mit dem Chefpersonal.<sup>196</sup>

Dies zeigt sich vor allem bei „Scrubs- die Anfänger“. Die darin vorkommenden ÄrztInnen werden chaotisch und keineswegs fehlerfrei dargestellt, ganz im Gegenteil, es scheint so, als würden sie Menschen, wie du und ich, verkörpern. Mit extra viel Humor und Zynismus versehen, erzielte die Serie große Erfolge. Mit Comedy punktete ebenfalls die vielgesehene RTL-Produktion „Doctor’s Diary- Männer sind die beste Medizin“ im Jahr 2008. Aber auch traditionelle, deutsche Produktionen, wie „Bettys Diagnose“ oder das Spin-Off von „In aller Freundschaft“ zu „In aller Freundschaft- die jungen Ärzte“ erzielen am deutschen Fernsehmarkt wieder gute Einschaltquoten.

Obwohl sich das Genre der Arzt-und Krankenhausserie seit den fünfziger Jahren stark differenziert und weiter entwickelt hat, haben alle Serien eines gemeinsam: Sie bieten ZuseherInnen eine gewisse Form von Lebenshilfe an.

*„(...) Die Patienten der Serienwelt sind exemplarisch Leidende, die Darstellung ihrer Zipperlein enthält die tröstliche Botschaft, dass sich die eigenen Krankheiten der Zuschauer vor dem „Leidenshintergrund“ der TV-Patienten geradezu wohltuend abheben. Andererseits wird dabei auch der egalisierende Effekt vermittelt: Niemand bleibt vom Schicksal verschont, auch andere haben Probleme und Krankheiten, die das Leben bedrücken.“<sup>197</sup>*

---

<sup>196</sup> Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.22.

<sup>197</sup> Ebd., 2008: S.16.

## 5.2. Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf ZuseherInnen

Dass Arzt- und Krankenhausserien einen Einfluss auf ZuseherInnen bewirken können, wurde bereits in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt. Gründe können in der Gesundheitsinformationsgewinnung im 21. Jahrhundert gesehen werden. Gesundheitsinformationen werden heutzutage neben den klassischen Wegen, über die Familie oder etwa dem Arzt des Vertrauens, auch über das Internet, diversen Smartphone-Apps und zu guter Letzt über Fernsehserien bezogen werden.<sup>198</sup>

Letzteres kritisieren vor allem die medizinischen Fachleute, die aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien, mit zu hohen Erwartungen seitens der PatientInnen zu kämpfen haben. Dieses Phänomen kann jedoch nicht den Serien allein zur Last gelegt werden. Zu solch einem Effekt führt vor allem auch die allgemeine mediale Berichterstattung über das Gesundheitswesen. Insbesondere Mitte der neunziger Jahre wurde Hurth zufolge das medizinische Berufsbild in den Medien stark in die Mangel genommen. Das Arztpersonal wurde darin als überdrüssig, habgierig und gefühllos bezeichnet.<sup>199</sup>

Dass dem heute nicht mehr so ist, zeigen Studien zu den vertrauensvollsten Berufsgruppen der Welt. Laut der „GfK Trust in Professions“ Studie im Jahr 2014 genießen auf allen Kontinenten weltweit Krankenschwestern/Krankenpfleger, Ärztinnen/Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker mitunter das höchste Vertrauen. Lediglich Feuerwehrbedienstete und Lehrerinnen und Lehrer genießen ähnlich hohes Vertrauen auf den Plätzen vier und fünf.<sup>200</sup>

Die ersten Wirkungsstudien zum Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien wurden in den neunziger Jahren durchgeführt. Sie untersuchten das Arztbild in Arzt- und Krankenhausserien und bekamen das Resultat, dass ein stereotypes Arztbild (mächtig, allwissend, autoritär, aber dennoch fürsorglich) quer durch alle Sendungen vorherrscht. Auch die Kommunikationswissenschaftlerin, Constanze Rossmann, kommt im Zuge ihrer Forschungsarbeit „Die heile Welt des Fernsehens“ im Jahr 2002 erneut zu diesem Ergebnis.

---

<sup>198</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.23.

<sup>199</sup> Vgl. ebd., 2008: S.23ff.

<sup>200</sup> Vgl. GfK Verein (2014): Trusts in Professions 2014. Online abrufbar unter: [http://www.gfk.com/Documents/Press-Releases/2014/GfK\\_Trust%20in%20Professions\\_e.pdf](http://www.gfk.com/Documents/Press-Releases/2014/GfK_Trust%20in%20Professions_e.pdf) S.8. [17.09.2015, 13:44]

Mithilfe einer schriftlichen Erhebung befragte Rossmann PatientInnen zu ihrem persönlichen Arztbild. Rossmann operierte dabei mit der Kultivierungsforschung und unterschied in ihrer Untersuchung zwischen Viel- und WenigseherInnen.<sup>201</sup> Auch im Zuge der vorliegenden Untersuchung wird ebenfalls diese Unterscheidung getroffen werden. Der Kultivierungsansatz nach George Gerbner geht davon aus, dass VielseherInnen die Realität eher so wahrnehmen, wie sie im Fernsehen dargestellt wird. Constanze Rossmann fügt dem hinzu

*„dass die Menschen der modernen Gesellschaft einen Großteil ihrer Erfahrungen aus der Fernsehwelt ziehen und ihre Realität aus den medial vermittelten Botschaften rekonstruieren. (...) Eine wesentlicher Punkt ist die Annahme einer langfristigen Formung von Weltbildern, Normen und Werten anstatt kurzfristiger Wirkungen – das Fernsehen wird als zentrale Sozialisationsinstanz verstanden.“<sup>202</sup>*

Interessant an den Studienresultaten ist, dass die Zufriedenheit mit dem medizinischen Fachpersonal bei einem erhöhten Arzt- und Krankenhausserienkonsum steigt. Mithilfe Rossmanns Studie lässt sich auch der so genannte „Heile-Welt-Effekt“ bestätigen, den Arzt- und Krankenhausserien vermitteln. Zudem schätzen VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen das Arztpersonal auch in der Realitätserfahrung tendenziell positiver ein. Nach Rossmann sind die Einflüsse von Arztserien demnach generell positiv zu interpretieren. Sie schlussfolgert, dass die gesunden VielseherInnen in einer Ärztin bzw. einem Arzt noch immer die Halbgöttin bzw. den Halbgott in Weiß sieht, die kranken VielseherInnen im Vergleich dazu jedoch eine große Portion Vertrauen zum Arztbesuch mitbringen.<sup>203</sup>

Zu ähnlichen Resultaten kommt auch die Fachhochschule Fulda, welche den Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf die Erwartungshaltung von PatientInnen im Krankenhaus untersucht. Dabei kam heraus, dass VielseherInnen die Gespräche mit dem Pflege-

---

<sup>201</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.26.

<sup>202</sup> Rossmann, Constanze (2003): Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten. Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 51. Jg., Heft 3-4. S.501.

<sup>203</sup> Vgl. ebd., 2003: S.519.

personal überwiegend für nicht ausreichend bewerteten, WenigseherInnen hingegen waren mit den Unterhaltungen zufrieden.<sup>204</sup>

Einen weiteren positiven Einfluss im Zuge des Arzt- und Krankenhausserienkonsums konnte die Untersuchung am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung in Hannover verzeichnen.<sup>205</sup> ProbandInnen bekamen hier ausgewählte Ausschnitte der Serie „Schwarzwaldklinik“ gezeigt, die das Thema Organspende zustimmend thematisierte. Nach Rezeption war die Einstellung der ProbandInnen zur Organspende deutlich positiver als vor dem Film.<sup>206</sup>

Im Zuge einer weiteren Studie konnte wiederum eine erhöhte Lernbereitschaft während des allgemeinen Konsums von TV-Serien hinsichtlich medizinischer Fachbegriffe festgestellt werden.<sup>207</sup> Ebenfalls interessant ist das Ergebnis einer Studie des Instituts für Journalistik und Kommunikationsforschung im Jahr 2010 an der Hochschule für Musik, Theater und Medien in Hannover. Die Studie setzte sich mit der allgemeinen Nutzung und Bewertung US-amerikanischer Serien auseinander. An der Studie nahmen insgesamt 3404 deutsche StudentInnen teil, die im Durchschnitt ein Alter von 24 Jahren aufwiesen.<sup>208</sup> Die beliebteste Serie zu diesem Zeitpunkt war bei beiden Geschlechtern die Comedy-Krankenhausserie „Scrubs - die Anfänger“. Unter Frauen war die mit Abstand häufigste genannte Lieblingsserie „Grey’s Anatomy“, bei Männern hingegen die Mystery-Serie „Lost“. Interessant ist, dass sich unter den beliebtesten Serien vorwiegend amerikanische und keine deutschen Produktionen befanden.<sup>209</sup>

Dieses Ergebnis widersetzt sich dem Konzept der „cultural proximity“, das davon ausgeht, dass lokale Unterhaltungsangebote gegenüber globalen grundsätzlich favorisiert

---

<sup>204</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.27.

<sup>205</sup> Vgl. ebd., 2008: S.30f.

<sup>206</sup> Vgl. Gassmann, Christoph/ Vorderer Peter/ Wirth, Werner (2003): Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende-Bereitschaft. In: Medien & Kommunikationswissenschaft. 51. Jg., Heft 3-4. S.491.

<sup>207</sup> Vgl. Schäfer, Jürgen R. (2012): Housemedizin. Die Diagnosen von »Dr. House«. Weinheim: Wiley-VCH Verlag. S.35.

<sup>208</sup> Vgl. Schlütz, Daniela/ Schneider, Beate (2014): Does cultural capital compensate for cultural discount? Why German students prefer US-American TV series. In: Marinescu, Valentina/ Branea, Silvia/ Mitu, Bianca (Hrsg.): Critical reflections on audience and narrativity. New connections, new perspectives. Stuttgart: Ibidem-Verlag. S.12.

<sup>209</sup> Vgl. Junklewitz, Christian (2010): Studie: Nutzung und Bewertung US-amerikanischer Serien. Ergebnis einer Umfrage des IJK Hannover 2010. In: <http://www.serienjunkies.com/news/studie-nutzung-28303.html> [16.10.2015, 11:46]

werden. Eine mögliche Begründung für die Bevorzugung amerikanischer Produktionen ist, Schlütz und Schneider zufolge, im Fortschritt der Globalisierung zu sehen. Das Angebot an amerikanischen Produktionen wird aufgrund der Globalisierung in deutschen Fernsehsendern immer größer. Nachdem deutsche Produktionen teilweise teurer kommen als ausländische, werden immer mehr übernommen. Eine weitere Erklärung für die Beliebtheit US-amerikanischer Serien könnte in der kulturunspezifischen bzw. kulturübergreifenden Aufbereitung der Inhalte liegen.<sup>210</sup> Als Begründung können auch die Antworten auf die Frage nach den Attributen, die TeilnehmerInnen den amerikanischen und deutschen Serien zuordnen sollen, gesehen werden. Die Befragten gaben im Zusammenhang mit amerikanischen Serien Eigenschaftswörter, wie „modern“, „aufregend“, „überraschend“ und „vielschichtig“ an. Bei den deutschen Serien hingegen wurden Attribute, wie „traditionell“, „ruhig“, „vorhersehbar“ und „überschaubar“ genannt.<sup>211</sup> Wie das nachfolgende Zitat zeigt, spielt auch die Bildung eine zentrale Rolle:

*„We found that the respondents distinctively preferred US-American TV series to German ones. The answers to both open-ended and closed-ended questions showed that US-American programs were the respondents’ favorites. We suspect that this preference depends at least partly on their better education.“<sup>212</sup>*

Im Zuge der Untersuchung wurden ebenfalls Unterschiede hinsichtlich des Alters und des Geschlechts entdeckt. Während 81% der 14- bis 49-Jährigen ausländische Produktionen als Lieblingsserie bezeichneten, waren es bei deutschen Produktionen 72% der über 50-Jährigen. Hinsichtlich des Geschlechts sahen Frauen generell mehr Serien als Männer und bevorzugten im Vergleich zu ihnen auch häufiger deutsche Serien.<sup>213</sup> Im empirischen Teil dieser Arbeit wird überprüft, ob sich dieser Unterschied auch speziell bei Arzt- und Krankenhausserien feststellen lässt.

---

<sup>210</sup> Vgl. Schlütz, Daniela/ Schneider, Beate (2014): Does cultural capital compensate for cultural discount? Why German students prefer US-American TV series. In: Marinescu, Valentina/ Branea, Silvia/ Mitu, Bianca (Hrsg.): Critical reflections on audience and narrativity. New connections, new perspectives. Stuttgart: Ibidem-Verlag. S.9.

<sup>211</sup> Vgl. Junklewitz, Christian (2011): Frauen schauen mehr Serien. In: <http://www.serienjunkies.com/news/frauen-schauen-serien-36784.html> [16.10.2015, 11:47]

<sup>212</sup> Ebd., 2014: S.20.

<sup>213</sup> Vgl. ebd., 2011.

Wie bereits in Kapitel 4.3. näher erläutert, konnte Jürgen Grimm zahlreiche positive Einflüsse hinsichtlich des Arzt- und Krankenhausserienkonsums feststellen. Im Zuge seiner Wirkungsstudien ließ sich auch die Begründung für die Popularität von Arzt- und Krankenhausserien benennen. Die Hinwendung zu den Serien liegt ihm zufolge nicht in der Liebe oder in der „Action“, sondern vor allem in der Angst vor einer Krankheit bzw. in der Hoffnung auf Genesung.<sup>214</sup>

Auch Kai Witzel, Leiter eines Zentrums für minimalinvasive Chirurgie in Hünfeld, untersuchte Angst und den Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf ZuseherInnen. Im Fokus stand dabei die Angst vor Operationen. Sein Ziel war es, die Angst vor einer Operation in Zusammenhang mit dem individuellen Arzt- und Krankenhausserienkonsum zu erheben. Zu diesem Zweck befragte er insgesamt 162 PatientInnen vor und nach ihrem stationären Aufenthalt. Konkret wurden sie dabei zur ihren Fernsehgewohnheiten und zu ihrer Angst vor einer Operation an der Gallenblase oder eines Leistenbruchs befragt.<sup>215</sup> Auch in dieser Untersuchung tritt ein Kultivierungseffekt auf. PatientInnen, die sich häufig Arzt- und Krankenhausserien ansehen, sind ängstlicher vor Operationen und unzufriedener mit den Visiten, fühlen sich aber im Vergleich zu den nicht regelmäßigen ZuseherInnen im Krankenhaus besser umsorgt. Laut Witzel et.al. wird „ (...) *die durch eine virtuelle TV-Welt begünstigte Angst eben durch diese Traumweltfaktoren besser verarbeitet.*“<sup>216</sup>

Dass ein häufiger Konsum von Arzt- und Krankenhausserien zu einer gesteigerten Krankheitsangst bei RezipientInnen führen kann, zeigt auch die belgische Studie rund um den Forscher Jan Van Mierlo. Sein Team untersuchte, ob der Konsum von Arzt- und Krankenhausserien die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit beeinflusst. Demnach wurden 1.300 Teenager zu ihren Fernsehgewohnheiten und zu ihren Krankheitsängsten befragt.<sup>217</sup> Auch hier scheint Angst bzw. Furcht eine zentrale Rolle zu spielen. Jene Jugendlichen, die Arztserien häufig konsumierten, litten mehr unter Furcht, als jene, die

---

<sup>214</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter: <http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf>. [30.10.2015, 00:13] S.32.

<sup>215</sup> Vgl. Tuffs, Annette (2009): Mehr Angst vor der OP, unzufriedener mit der Visite. In: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 1-2. S.A34.

<sup>216</sup> Witzel, K./ Kaminski, C./ Struve, G./ Koch, H.J. (2008): Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. In: NeuroGeriatric, 2. Jg., Heft 5. S.1.

<sup>217</sup> Vgl. Römer, Anke (2008): Arztserien fördern die Angst vor Krankheiten. In: [http://www.psychologie-heute.de/archiv/detailansicht/news/arztserien\\_foerdern\\_die\\_angst\\_vor\\_krankheiten/](http://www.psychologie-heute.de/archiv/detailansicht/news/arztserien_foerdern_die_angst_vor_krankheiten/) [07.10.2015, 23:19]

ganz andere Fernsehsendungen bevorzugten. Warum dem so ist, ist jedoch reine Interpretationssache, da die Richtung des Einflusses nicht eindeutig festgestellt werden konnte.<sup>218</sup>

Aus diesem Grund erfahren viele dieser Medienwirkungsstudien in der Kommunikationswissenschaft berechtigte Kritik. Ursache- und Wirkungszusammenhänge sind kausal sehr schwer zu interpretieren, da die Kausalität immer in zwei unterschiedliche Richtungen ausfallen kann. Damit Einflüsse festgestellt werden können, müssen vor allem die individuellen Medien- und RezipientInnenmerkmale mitberücksichtigt und unterschieden werden.<sup>219</sup>

Nachdem der Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien in den oben geschilderten Studien des öfteren Parallelen mit der Angst aufweist, wird im nächsten Kapitel spezifisch auf die Angst und Angstbewältigung eingegangen.

### **5.3. Angst und Angstbewältigung**

Nachdem Angst im Zusammenhang mit Arzt- und Krankenhausserien eine zentrale Rolle spielt, wird in dieser Arbeit neben den allgemeinen soziodemographischen und soziologischen Merkmalen auch die psychosoziale Disposition Ängstlichkeit untersucht. Die Angst vor dem Tod zählt zu den Urängsten der Menschheit. Die bloße Sorge ernsthaft zu erkranken ist ganz natürlich. Erst wenn die Angst vor Krankheiten überhand nimmt und das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigt, spricht man von einer extremen Krankheitsangst. Im Fachjargon wird solch eine Angst als Hypochondrie bezeichnet. Sie ist schwer zu erkennen und bedarf einer professionellen Behandlung.<sup>220</sup>

Die Zunahme der Angst vor Krankheiten resultiert u.a. auch aus dem plötzlichen Dasein der unbegrenzten Fülle an Informationen zu Gesundheitsthemen im Internet. Menschen,

---

<sup>218</sup> Vgl. Uhlmann, Berit (2010): Machen Arztserien krank?. In: <http://www.sueddeutsche.de/wissen/frage-der-woche-machen-arztserien-krank-1.407981> [01.02.2015; 12:15]

<sup>219</sup> Vgl. Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag. S.29.

<sup>220</sup> Vgl. Hartl, Thomas (2012): Hypochondrie: Krankheitsangst und wie man sie überwindet. In: <http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.688999> [15.10.2015, 14:23]

die zu einer Krankheitsangst neigen, verfallen dem Internet und verstärken dadurch ihre Ängste noch zusätzlich.<sup>221</sup>

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht jedoch nicht die spezifische Angst zu erkranken, sondern die allgemeine psychosoziale Disposition Ängstlichkeit. Aus diesem Grund folgt zu Beginn des Kapitels eine Begriffsdefinition von Angst. Die Skizzierung der Entstehung und die unterschiedlichen Formen von Angst sollen zu einem besseren Verständnis beitragen. Den Abschluss des Kapitels bilden zwei Angstbewältigungsstile, die mithilfe zweier standardisierter Skalen im Detail beschrieben werden.

### 5.3.1. Angst

Das Wort „Angst“, welches sich aus dem althochdeutschen „angust“ bzw. aus dem lateinischen Hauptwort „angustiae“ ableiten lässt, bedeutete in seinem Ursprung „Enge“, „Enge der Brust“. Unter dem Zeitwort „angere“ wird „die Kehle zuschnüren“ bzw. „das Herz beklemmen“ verstanden. Demnach bezeichnet Angst einen Zustand, in dem einem die Kehle zugeschnürt wird bzw. einem die Luft wegbleibt.<sup>222</sup>

Angst zählt, wie auch Ekel, Freude, Furcht, Trauer, Überraschung und Wut zu den primären Emotionen. Nach Morschitzky ist Angst *„in die Zukunft gerichtet und tritt auf als Reaktion auf bedrohlich, ungewiss oder unkontrollierbar beurteilte Ergebnisse, Situationen und Vorstellungen.“*<sup>223</sup>

Biologisch betrachtet ist die Angstreaktion ein sinnvolles und obligatorisches Alarmsignal, dass das Überleben der Menschheit sichert. Angst tritt auch in der Tierwelt auf, wie Charles Darwin im Jahr 1872 anschaulich darstellte. Darwin sprach erstmalig von panikartiger Angst bei Menschen und bildete aufgrund dessen die theoretische Grundlage für die neurobiologische Untersuchung von Angstzuständen. Wenn lediglich Herzklopfen, weiche Knie, Muskelzittern, Atemnot oder feuchte Hände aufgrund von einer Gefahrensi-

---

<sup>221</sup> Vgl. Obermüller, Eva (2014): Hypochondrie, eine echte Krankheit. In: <http://science.orf.at/stories/1744305/> [07.02.2015, 12:52]

<sup>222</sup> Vgl. Morschitzky, Hans (2009): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. New York, Wien: Springer Verlag. S.1.

<sup>223</sup> Ebd., 2009: S.1.

tuation auftreten, ist das noch keine Angststörung, sondern viel eher intellektuelle Besorgtheit.<sup>224</sup>

Demnach gibt es unterschiedliche Formen der Angst, die einer Unterscheidung bedürfen. Die Anfänge der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Angst gehen auf Sigmund Freud zurück. Er unterschied zwei Formen der Angst und prägte damit die begriffliche Trennung zwischen dem habituellen Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit und dem emotionalen Zustand der Angst.<sup>225</sup> Ersteres besagt, dass ängstliche Personen bestimmte Situationen bedrohlicher wahrnehmen und einen stärkeren Angstanstieg empfinden als nicht-ängstliche Personen. Der emotionale Zustand Angst charakterisiert sich durch spezielle Ausprägungen, wie physiologischen, verhaltensmäßig-expressiven und subjektiven Parametern. Krohne unterscheidet in seinen Arbeiten zur Angstforschung zwischen der aktuellen Angstemotion (state) und dem Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit (trait) und definiert diese wie folgt:

*„Die aktuelle Angstemotion (state) ist ein mit bestimmten Situationsveränderungen intraindividuell variierender affektiver Zustand des Organismus, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erlebnis des Bedrohtwerdens und verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist. Das Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit (trait) bezeichnet die intraindividuell relativ stabile, aber interindividuell variierende Tendenz, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und hierauf mit einem erhöhten Angstzustand zu reagieren.“<sup>226</sup>*

Krohne weist in seinem Werk auch auf die Wichtigkeit der Unterscheidung der Begriffe Angst, Furcht und Stress hin<sup>227</sup>:

*„Angst soll ausgelöst werden, wenn eine Situation als gefährlich erlebt wird, ohne daß [sic!] momentan angemessen reagiert werden kann. Furcht soll da-*

---

<sup>224</sup> Vgl. Morschitzky, Hans (2009): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. New York, Wien: Springer Verlag. S.1f.

<sup>225</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.4ff.

<sup>226</sup> Ebd., 1996: S.8.

<sup>227</sup> Vgl. ebd., 1996: S.18.

*gegen dann vorliegen, wenn derartigen Situationen Reaktionen möglich sind. Streß [sic!] bezeichnet in neueren psychologischen Theorien (z.B. von Lazarus) eine spezifische Beziehung zwischen Umwelt und Person, in der Anforderungen vorliegen, die die Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person stark beanspruchen.*“<sup>228</sup>

Angst, Furcht und Stress beziehen sich größtenteils auf emotionale Zustände; das Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit bezieht sich vorwiegend auf die spezifische, angstausslösende Situation. Zum Bereich der angstausslösenden Situationen zählen die Bewertungsängstlichkeit, die soziale Ängstlichkeit und die Angst vor physischer Verletzung. Darüber hinaus lassen sich Krohne zufolge noch weitere bereichsspezifische Angstneigungen, wie beispielsweise die Mathematikängstlichkeit oder die Sportwettkampfsängstlichkeit, unterscheiden. Zu den angstausslösenden Situationen zählen im Groben die „selbstwert- bzw. ichbedrohenden“ (z.B. Prüfungen) und „physisch bedrohlichen“ (z.B. Operationen) Angstneigungen. Die Angst vor medizinischen Eingriffen, Operationen oder etwa Zahnarztbesuchen wurde über die Jahre hinweg intensiv untersucht und bildet die oben genannte Kategorie „Angst vor physischer Verletzung“. <sup>229</sup> Im empirischen Teil dieser Arbeit wird die psychosoziale Disposition Ängstlichkeit mithilfe eines standardisierten Kurztests von Grimm erhoben.<sup>230</sup>

### 5.3.2. Angstbewältigungsstile

Die Bewältigung von Angst, Stress und anderen emotionalen Zuständen wird in der Wissenschaft unter dem Begriff „Coping“ subsumiert. Der Bewältigungsakt von Angst bzw. Stress umfasst die zwei zentralen Aspekte Informationssuche und Emotionsregulierung. Angstbewältigung Krohne zufolge

*„(...) umfaßt [sic!] jene kognitiven oder verhältnismäßigen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Bedrohungsquelle zu kontrollieren und den*

---

<sup>228</sup> Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.18.

<sup>229</sup> Vgl. ebd., 1996: S.11ff.

<sup>230</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (1999): Fernsehgewalt. Zuwendungsattraktivität – Erregungsverläufe – Sozialer Effekt. Zur Begründung und praktischen Anwendung eines kognitiv-physiologischen Ansatzes der Medienrezeptionsforschung am Beispiel von Gewaltdarstellungen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.253.

*durch diese Quelle ausgelösten emotionalen Zustand mit seinen verschiedenen (somatischen und kognitiven) Komponenten zu regulieren.*“<sup>231</sup>

Das bekannteste Angstbewältigungskonzept ist das Repression-Sensitizations-Konstrukt (in dieser Arbeit kurz R-S-Konstrukt genannt). Das R-S-Konstrukt setzt sich in seiner ursprünglichen Form aus einer wahrnehmungspsychologischen und einer klinischen, psychoanalytischen Perspektive zusammen. Der wahrnehmungspsychologische Ansatz geht auf die funktionalistische Verhaltensinterpretation von Brunswik zurück.<sup>232</sup> Im Jahre 1947 begründete er den sogenannten personenzentrierten Ansatz. *„Ziel des Ansatzes ist der Nachweis der Manifestation von Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Rigidität) in Prozessen des Wahrnehmens, Erinnerns oder Denkens.*“<sup>233</sup>

Der psychoanalytische Ansatz hingegen geht auf Freuds Angstabwehrmechanismen zurück.<sup>234</sup> Freud entwickelte im Zuge seiner Forschungen zwei Angsttheorien. Seine erste Theorie besagt, wenn sexuelle Spannung blockiert wird, ist sie die Ursache für die Entwicklung von neurotischer Angst. Als Nachweis gelten hierfür klinische Beobachtungen. Menschen, die Störungen im Sexualverhalten aufwiesen, gerieten häufiger in den Zustand der Angst. Freuds zweite Angsttheorie interpretiert die vorherigen Beobachtungen anders und stellt die Triebimpulse in den Vordergrund. Wenn Triebe (mehrheitlich sexuell) nicht befriedigt oder gar gesellschaftlich tabuisiert werden, dann erzeugen sie direkte Angst. Im Zuge dieser Tabuisierung wird ein Mechanismus der Unterdrückung bzw. Verdrängung in den Gang gesetzt, welcher wiederum erneut Angst erzeugt und nur mithilfe von Angstabwehrmechanismen ausrangiert werden kann.<sup>235</sup>

Bruner führte im Jahr 1951 in seiner „Hypothesen-Informationen-Theorie“ der Wahrnehmung den wahrnehmungspsychologischen und den psychoanalytischen Ansatz zusammen.<sup>236</sup> Das Konstrukt in seiner heutigen Form entwickelte Byrne im Jahr 1961. In seiner Theorie der Angstabwehr unterscheidet er zwischen „Repressors“ und „Sensitizers“.

---

<sup>231</sup> Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.80.

<sup>232</sup> Vgl. ebd., 1996: S.118.

<sup>233</sup> Vgl. ebd., 1996: S.117.

<sup>234</sup> Vgl. ebd., 1996: S.118.

<sup>235</sup> Vgl. ebd., 1996: S.179f.

<sup>236</sup> Vgl. ebd., 1996: S.118.

*„Es bezeichnet die Variable Tendenz von Personen, ihre Aufmerksamkeit einem potenziell angstausslösenden Sachverhalt zuzuwenden (Sensitization) bzw. diese von ihm abzuziehen (Repression).“<sup>237</sup>*

Die erste Messskala zum R-S-Konstrukt bestand aus 156 Items. Mithilfe von Barry und Nelson führte Byrne im Jahr 1963 eine Revision durch und reduzierte die Anzahl der Skala auf 127 Items, die einerseits repressive andererseits sensitive Tendenzen ansprechen. Die Antwort erfolgt anhand einer Wahr-Falsch-Skala, die in Richtung Sensitization ausgewertet wird.<sup>238</sup> Dieser Vorgang brachte dem theoretischen Konstrukt sehr viel Kritik ein. Einerseits weil die sensitiven Items klar überwiegen und diese sich nicht auf Strategien der Angstbewältigung beziehen, sondern auf allgemeine unangenehme, bedrohliche Sachverhalte. Auch die Methodik wird scharf bekrittelt, weil

*„(...) die Skala durchgängig sehr hoch (...) mit Tests der Ängstlichkeit korrelierte, so daß [sic!] insbesondere die wichtige Frage nicht beantwortet werden konnte, ob es sich bei Personen mit niedrigen Werten auf dieser Skala (oder in einem Ähnlichkeitstest) um Individuen mit einer verdrängten bzw. vermeidend bewältigten Angstproblematik oder um wirklich angstfreie Menschen handelt.“<sup>239</sup>*

Das von Byrne operationalisierte eindimensionale bipolare Persönlichkeitskonstrukt regte zu einer Vielzahl an empirischen Untersuchungen an. Im Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Arbeit sind dabei vor allem die zahlreichen Erkenntnissen zu den gesundheitsrelevanten Variablen interessant. Hierbei wurde

*„ (...) die Streßbelastung [sic!] vor und nach Operationen, die Güte und Schnelligkeit der Erholung nach einem chirurgischen Eingriff, die Bereitschaft, gesundheitsrelevante Information aufzunehmen, sich einer möglicherweise bedrohlichen Diagnose auszusetzen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, untersucht.“<sup>240</sup>*

---

<sup>237</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.116.

<sup>238</sup> Vgl. ebd., 1996: S.95.

<sup>239</sup> Ebd., 1996: S.96.

<sup>240</sup> Ebd., 1996: S.122.

Byrne, Steinberg und Schwartz stellten im Jahr 1968 fest, dass ein Krankheitssymptom einen Gefahrenreiz darstellt, dieser jedoch hinsichtlich seiner Bedeutung nicht exakt bestimmbar ist. Ihre Hypothese dazu lautete, dass Sensitizer im Vergleich zu Represser gegenüber Krankheitssymptomen ein stärkeres Gesundheitsverhalten aufweisen. Im Zuge der Auswertung von Krankenakten einer studentischen Stichprobe lies sich die Hypothese verifizieren. Sensitizer gehen im Vergleich zu Represser häufiger zum Arzt bzw. zur Ärztin, sind öfter krank und weisen auch insgesamt mehr Beeinträchtigungen und Schmerzen auf. Thelen entdeckte im Jahr 1969 im Zuge einer studentischen Untersuchung, dass die Sensitizer im Unterschied zu den Represser häufiger psychotherapeutische Beratung aufsuchten und diese auch weniger häufig abbrachen. Hill und Gardner stellten im Jahr 1980 fest, dass Sensitizer im Vergleich zu Represser eher das Angebot über ein Erkrankungsrisiko aufgeklärt zu werden annehmen. Die typischen Merkmale eines Repressers, gehemmter Emotionsausdruck und die Verleugnung psychosozialer Probleme, wurden zuletzt im Jahr 1994 u.a. als Risikofaktor für die Entstehung einer Krebserkrankung diskutiert. Einen weiteren interessanten Zusammenhang stellten Rofé, Lewin und Ladeh im Jahr 1977 bei Frauen vor und nach ihrer Entbindung fest. Während Represser im Vergleich zu Sensitizer signifikant häufiger den Wunsch äußerten kurz vor der Geburt alleine zu sein, wiesen Sensitizer vor der Geburt signifikant mehr Angst auf.<sup>241</sup> Ein mehrdimensionaler Ansatz, welcher die Angstbewältigungsdisposition ebenfalls mitberücksichtigt, ist das zweidimensionale Konzept von Repression und Sensitization nach Byrne und Krohne.<sup>242</sup> Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, lassen sich damit vier konkrete Angstbewältigungstypen unterscheiden:

|                         |                    | Defensivität bzw. Angstleugnung<br>(Soziale Erwünschtheit SDS)  |                                               |
|-------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                         |                    | niedrig (SDS<9)                                                 | hoch (SDS >=9)                                |
| Ängstlichkeit<br>(STAI) | niedrig<br>(T<=55) | 1 Nicht-Defensive<br>flexibler<br>situations<br>adaptiver Modus | 2 Represser<br>rigid<br>vermeidender<br>Modus |
|                         | hoch (T>55)        | 3 Sensitizer<br>rigid<br>überwachender Modus                    | 4 Hochängstliche<br>inkonsistenter<br>Modus   |

Abbildung 10: Das Konzept von Repression- Sensitization nach Krohne<sup>243</sup>

<sup>241</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.132f.

<sup>242</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2013): Repression-Sensitization Scale nach Byrne-Krohne. Test-Dokumentation (deutsche Version) und Erläuterungen. - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper.

<sup>243</sup> Vgl. ebd., 2013.

Die vier Personengruppen ergeben sich nach Medianisierung der Werteverteilungen auf der Ängstlichkeitsskala nach Laux et.al. und der Sozialen Erwünschtheit-Skala nach Crown und Marlowe.<sup>244</sup> Die Ängstlichkeitsskala misst tendenziell, ob Personen eine Situation als bedrohlich erleben. Die soziale Erwünschtheit-Skala hingegen erhebt die Angstleugnung bzw. Defensivität von Personen.<sup>245</sup>

Personen, die eine hohe Ängstlichkeit in Bewertungssituationen und eine hohe Defensivität in selbstwertrelevanten Situationen aufweisen und zudem auch noch eine Tendenz zur Meidung von Bewertung aufweisen, reagieren den Autoren zufolge emotionsregulierend. Es wird angenommen, dass solche Personen versuchen sich selbst zu beruhigen, indem sie ihr Versagen herunterspielen. Gelingt das jedoch nicht, steigert sich wiederum die Ängstlichkeit. Diese Personengruppe wird demnach als „hochängstlich“ bezeichnet.<sup>246</sup> Sie weisen einen instabilen Modus auf und handeln emotionsregulierend und ineffektiv.<sup>247</sup> Sensitizer weisen eine hohe Ängstlichkeit und eine niedrige Defensivität auf. Das bedeutet, sie schätzen zwar viele Situationen als bedrohlich ein, wehren jedoch ihre Ängstlichkeit nicht ab.<sup>248</sup> „Von Sensitizern wird erwartet, daß [sic!] sie, verglichen mit den anderen Gruppen, Informations- und Verhaltenskontrolle auszuüben versuchen.“<sup>249</sup> Represser reagieren gegensätzlich und weisen demnach eine geringe Ängstlichkeit, jedoch eine hohe Defensivität auf. Die höchste Bewältigungseffektivität erreicht, wie in Abbildung 10 zu sehen ist, die Gruppe der Nicht-Defensiven.<sup>250</sup>

Ein Angstbewältigungskonzept, das dem R-S-Konstrukt in seiner Ursprungsform sehr ähnelt, ist die Behavioral Style Scale nach Suzanne Miller (im Weiteren mit MBSS abgekürzt). Anstelle der Begriffe „Repression“ und „Sensitization“ führt Miller die Begriffe „Monitoring“ und „Blunting“ ein. Entwickelt wurde das Konzept zum konkreten Bewältigungsmodus Informationssuche. Um das Erregungslevel bei PatientInnen vor medizinischen Eingriffen möglichst gering zu halten, muss das Informationsverhalten vorab bekannt sein. Dabei geht Miller grundsätzlich davon aus, dass sich das Informationsverlan-

---

<sup>244</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.136.

<sup>245</sup> Vgl. ebd., 1996: S.138

<sup>246</sup> Vgl. ebd., 1996: S.138.

<sup>247</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2013): Repression-Sensitization Scale nach Byrne-Krohne. Test-Dokumentation (deutsche Version) und Erläuterungen. - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper.

<sup>248</sup> Vgl. ebd., 1996: S.138.

<sup>249</sup> Ebd., 2013.

<sup>250</sup> Vgl., ebd., 2013.

gen bei Personen individuell unterscheidet. In ihrem Ansatz unterscheidet sie demnach zwischen InformationssucherInnen (Monitorer) und InformationsvermeiderInnen (Blunter). Während die sogenannten Monitorer aktiv nach bedrohungsrelevanten Informationen suchen, versuchen Blunter das weitestgehend zu vermeiden. Dieses Verhalten lässt sich nicht nur ausschließlich bei physischen Bedrohungssituationen messen, wie z.B. bei einem Besuch beim Zahnarzt sondern auch bei Prüfungssituationen.<sup>251</sup>

Im Zuge diverser Experimente konnten Miller und Mangan in den neunziger Jahren bereits feststellen, dass die Monitorer kein prinzipiell höheres Stresslevel aufweisen als die Blunter. Die Tendenz zur Informationssuche verstärkt sich durch die Anspannung bei Bedrohungssituationen. Sobald Monitorer in bedrohlichen Situationen mit relevanten Informationen versorgt werden, nimmt ihr Stresspegel ab. Bei Blunter wiederum nimmt der Stresspegel ab, sofern sie keine Informationen in Stresssituationen erhalten.<sup>252</sup> In Millers selbstkonzipierten Fragebogen werden vier hypothetische Stresssituationen beschrieben, „(...) die sich alle durch einen geringen Grad von Kontrollmöglichkeit für die betroffenen Person auszeichnen.“<sup>253</sup> Die vier Szenarien sehen bei Miller, in deutscher Übersetzung, wie folgt aus<sup>254</sup>:

- Stellen Sie sich vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt haben, aber trotzdem gehen müssen. Was von dem Folgenden würden Sie tun? Kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen.
- Stellen Sie sich lebhaft vor, dass Sie von einer Gruppe bewaffneter Terroristen in einem öffentlichen Gebäude als Geisel gefangen sind. Kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen.
- Stellen Sie sich lebhaft vor, dass es, durch einen großen Einbruch in den Umsätzen, Gerüchte über Entlassungen in Ihrer Abteilung gibt. Ihr Chef hat eine Bewertung Ihrer Arbeit des vergangenen Jahres vorgenommen. Die Entschei-

---

<sup>251</sup> Vgl. Klier, Andreas (2005): Validierung eines Messinstrumentes zur Bestimmung von Informationsverhalten – die Miller Behavioral Style Scale. Konstanz: Diplomarbeit. S.8.

<sup>252</sup> Vgl. ebd., 2005: S.8.

<sup>253</sup> Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.97.

<sup>254</sup> Ebd., 2005: S.76.

dung über Entlassungen wird in ein paar Tagen bekannt gegeben. Kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen.

- Stellen Sie sich lebhaft vor, dass Sie in einem Flugzeug sitzen, 30 Minuten vom Ziel entfernt. Plötzlich sinkt das Flugzeug schnell ab, wird dann aber wieder abgefangen. Kurze Zeit später sagt der Kapitän, dass alles in Ordnung sei und der restliche Flug möglicherweise etwas ruckelig werde. Sie allerdings sind nicht überzeugt, dass alles in Ordnung ist. Kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen.

Jeder Situationsbeschreibung folgen acht Antwortmöglichkeiten, in denen jeweils vier Monitoring- (Informationssucher) und vier Blunting- (Informationsvermeider) Reaktionen der Bewältigung beschrieben sind. Die ProbandInnen wählen daraus so viele Antwortmöglichkeiten aus, wie eben auf sie zutreffen. Ob ProbandInnen nun zu den InformationssucherInnen oder zu den InformationsvermeiderInnen zählen, resultiert aus den Scores, die sich wiederum aus den über alle Situationen markierten Monitoring- bzw. Blunting- Items ermittelt. Es kann aber auch ein einheitlicher Monitoring-Blunting-Score errechnet werden.<sup>255</sup>

Kritikern zufolge bildet die Errechnung des Scores auch das Hauptproblem der Miller Behavioral Style Scale. Aber auch die rein fiktiv vorgegebenen und unkontrollierbaren Situationen werden bekrittelt. Denn auch diese können keine definitive Aussage darüber treffen,

*„ob eine Person, die in der MBSS viele Blunting-Aussagen bejaht, dies auf Grund einer (eher situationsunspezifischen) habituellen Verhaltenstendenz oder der von ihr wahrgenommen situativen Anforderungen tut.“<sup>256</sup>*

Der Fortschritt der MBSS liegt aber im Vergleich zum R-S Konstrukt nach Byrne in der Begriffsdefinition von Bewältigung. Millers Situationsbeschreibungen beziehen sich direkt auf vermeidende bzw. zuwendende Strategien im Umgang mit der Bedrohung.

---

<sup>255</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.97.

<sup>256</sup> Ebd., 1996: S.97.

Das R-S Konstrukt hingegen verwendet größtenteils konstruktferne und theorielose Items. Miller übernimmt für ihre Skala den Bewältigungsbegriff von Lazarus und „*betrachtet somit „bewußt“ [sic!] (intentional) eingesetzte Maßnahmen der Bewältigung.*“<sup>257</sup>

---

<sup>257</sup> Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

## 6. Forschungsfragen & Hypothesen

Basierend auf den Ergebnissen der Literatur und den vorhandenen Theorien werden in diesem Kapitel der Arbeit die im Vorfeld generierten Hypothesen dargelegt. Die beiden zentralen Forschungsfragen, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen und die auch gleichzeitig die Reihenfolge der Überprüfung der Hypothesen bestimmen, sollen hierbei zur Erinnerung noch einmal erwähnt sein:

### Forschungsfrage 1:

Welche Zusammenhänge lassen sich konkret hinsichtlich des Konsums von Arzt- und Krankenhausserien und dem Gesundheits- und Informationsverhalten feststellen?

**H1: Je höher das Interesse an Gesundheitsthemen (gesunde Lebensweise, Krankheiten, Gesundheitsvorsorge), desto höher ist der Konsum von Arzt- und Krankenhausserien.**

**Begründung:** Auch wenn bei vielen Arzt- und Krankenhausserien Humor, Zynismus und Liebesbeziehungen stark im Vordergrund stehen, findet jedes Seriensetting in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus statt. In jeder dieser Serien kommen medizinische Fachbegriffe vor, werden Krankheitsdiagnosen gestellt und diverse medizinische Geräte zur Schau gestellt. Nachdem die Gesundheit in allen diesen Serien eine zentrale Rolle spielt, wird vermutet, dass ein erhöhter Konsum auch positiv mit dem Interesse an Gesundheitsthemen korreliert.

**H2: Je größer der Arzt- und Krankenhausserienkonsum, desto größer ist die Suche nach weiterführenden Informationen.**

**Begründung:** Aus der Literaturrecherche und den vorhandenen Theorien ergibt sich, dass Gesundheitsthemen, aufgrund der hohen Betroffenheit (die Wahrscheinlichkeit einmal im Leben zu erkranken ist hoch), generell zu einer Informationssuche anregen. Hurth geht in ihrer Arbeit sogar soweit, dass sie sagt, dass es tatsächlich kein anderes Thema mit so einem hohen Anteil an Ich-Beteiligung und Engagement gibt, wie das Thema Gesundheit

und Medizin. Im Online-Fragebogen der vorliegenden Arbeit interessiert vor allem, ob schon ein- oder mehrere Male nach Rezeption einer Arzt- oder Krankenhausserie die Ärztin/Apothekerin oder der Arzt/Apotheker des Vertrauens aufgesucht worden ist. Ferner soll herausgefunden werden, ob das Internet zur weiterführenden Informationssuche schon mal genutzt wurde oder ein Austausch innerhalb des Freundes- oder Familienkreises stattgefunden hat.

**H3: Menschen, die häufig krank werden, weisen die Disposition auf, Arzt- und Krankenhausserien öfter zu rezipieren.**

**H4: Menschen, die häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen, weisen ebenfalls die Disposition auf, Arzt- und Krankenhausserien öfter zu rezipieren.**

**Begründung:** Dieser Ansatz ist in der Literatur etwas umstritten. Während die einen der Meinung sind, dass chronisch Erkrankte sich aufgrund von ihrer Situation automatisch mehr für Gesundheitsthemen interessieren, meinen die anderen, dass eine Erkrankung zu einem natürlichen Ablehnungsverhalten gegenüber Gesundheitsthemen führen kann. Die thematische Relevanz nach Schütz, der Information-Seeking-Ansatz nach Atkin und der Sense-Making-Ansatz nach Dervin würden wiederum für den oben genannten Zusammenhang sprechen. Die Autorin vermutet in diesem Punkt, dass Arzt- und Krankenhausserien öfter von Menschen konsumiert werden, die häufig krank werden bzw. häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen.

**H5: Umso jünger Personen sind, desto häufiger nutzen sie amerikanische Arzt- und Krankenhausserien.**

**H6: Umso älter Personen sind, desto häufiger nutzen sie deutsche Arzt- und Krankenhausserien.**

**Begründung:** Im Zuge der Literaturrecherche ist die Autorin über die Annahmen der „cultural proximity“ gestoßen, die davon ausgeht, dass einheimische Produktionen gegenüber globalen bevorzugt werden. Das konnte jedoch im Zuge einer Studie zur Nutzung und Bewertung US-amerikanischer Serien bereits widerlegt werden. Das Resultat dieser Studie zeigte, dass junge RezipientInnen im Vergleich zu älteren ZuseherInnen häufiger US-amerikanische Serien verfolgen. Ältere RezipientInnen hingegen tendieren

dazu deutsche Produktionen öfter zu konsumieren. Mithilfe der Hypothesen H3 und H4 soll herausgefunden werden, ob sich dieses Ergebnis auch bei Arzt- und Krankenhausserien bestätigen lässt.

**H7: „Monitorer“ nutzen im Vergleich zu „Blunter“ Arzt- und Krankenhausserien mehr zu kognitiven Zwecken (wie z.B. zur Orientierung im Alltag oder aus Neugier).**

**Begründung:** Monitorer sind nach der Miller Behavioral Style Scale diejenigen, die in Bedrohungssituationen Informationen hohe Aufmerksamkeit schenken und sich direkt auf Informationssuche begeben. Demnach wird angenommen, dass Monitorer im Vergleich zu Blunter Arzt- und Krankenhausserien mehr für kognitive Zwecke nutzen.

**H8: „Blunter“ nutzen im Vergleich zu „Monitorer“ Arzt- und Krankenhausserien mehr zu emotionalen Zwecken (wie z.B. zur Entspannung oder um Probleme zu vergessen).**

**Begründung:** Blunter sind nach der Miller Behavioral Style Scale diejenigen, die in Bedrohungssituationen Informationen weitestgehend vermeiden. Aus diesem Grund wird vermutet, dass Blunter im Vergleich zu Monitorer Arzt- und Krankenhausserien mehr zu emotionalen als zu kognitiven Zwecken nutzen.

### **Forschungsfrage 2:**

Welche Unterschiede lassen sich zwischen Viel- und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien hinsichtlich ihres Gesundheits- und Informationsverhalten feststellen?

**H9: VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien einen gesünderen Lebensstil und ein intensiveres Vorsorgeverhalten auf.**

**Begründung:** Nachdem das Vielsehen einer Serie eine intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten der Serie impliziert, wird vermutet, dass durch einen hohen Arzt- und Kran-

kenhausserienkonsum VielseherInnen einen gesünderen Lebensstil und ein intensiveres Vorsorgeverhalten als WenigseherInnen aufweisen. Da innerhalb der Serien die ZuseherInnen des Öfteren darauf hingewiesen werden sich gesund zu ernähren bzw. ungesunde Dinge, wie Alkohol und Zigaretten, weitestgehend zu vermeiden.

**H10: VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Disposition auf, ängstlicher zu sein.**

**Begründung:** Vielsehen und Ängstlichkeit sind eng miteinander verflochten, wie in Kapitel 3.3.2. bereits näher erläutert wurde. Nachdem die zentrale Annahme der Kultivierungshypothese lautet, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen aufgrund ihres erhöhten Fernsehkonsums (in diesem Fall erhöhter Arzt- und Krankenhausserienkonsum) ängstlicher sind, wird auch hierbei dieser Zusammenhang vermutet.

**H11: VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Disposition auf, sich generell mehr über Gesundheitsthemen zu informieren.**

**Begründung:** Es wird vermutet, dass ein hoher Arzt- und Krankenhausserienkonsum mit einem hohen Grundinteresse an Gesundheitsthemen positiv korreliert. Dass das Vielsehen von Arzt- und Krankenhäusern dabei einen signifikanten Unterschied ausmacht, ging aus der Literaturrecherche mehrfach hervor.

**H12: Jüngere VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien nutzen im Vergleich zu älteren WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien das Internet häufiger als Informationsquelle in Gesundheitsangelegenheiten.**

**Begründung:** Die Literaturrecherche hat ergeben, dass das Internet rund um das Thema Gesundheit bei jüngeren Menschen im Vergleich zu älteren Menschen einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Auch bei vielen der im Untersuchungsmaterial angegebenen Arzt- und Krankenhausserien ist das angestrebte Zielpublikum meist ein jüngeres. Aus diesem Grund vermutet die Autorin hierbei einen signifikanten Unterschied.

**H13: VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien schätzen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Serien glaubwürdiger ein.**

**H14: VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien sind im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien häufiger der Meinung, dass diese Serien auch medizinische Informationen vermitteln.**

**Begründung:** Die letzten beiden Hypothesen H13 und H14 fragen nach dem Glaubwürdigkeits- und Lerngehalt der Arzt- und Krankenhausserien. Die Glaubwürdigkeit und das Vielsehen stehen in einem ähnlich engen Zusammenhang, wie das Vielsehen und die Ängstlichkeit. Nachdem VielseherInnen ihre eigene Realität eher so wahrnehmen, wie sie in der Fernsehwelt dargestellt wird, wird vermutet, dass diese Personengruppe den Serien nicht nur größere Glaubwürdigkeit zuspricht, sondern auch häufiger der Meinung ist, dass aus diesen Serien medizinische Informationen bezogen werden können.

## 7. Methodik

Die vorangestellten Forschungsfragen und Hypothesen sollen nun im Zuge einer quantitativen Online-Befragung zu einer Verifizierung oder Falsifizierung führen.

### 7.1. Erhebungsmethode

Für die Erhebung der Daten wurde die Methode der internetgestützten Befragung angewandt. Die technische Umsetzung des Fragebogens erfolgte mit der EFS Survey Software von Questback.

Die Online-Befragung fand im Zeitraum vom 18. August 2015 bis zum 14. September 2015 statt. Die durchschnittliche Ausfülldauer des Fragebogens betrug in etwa 21 Minuten. Insgesamt nahmen 584 Personen an der Befragung teil. Nach der Datenbereinigung und dem Ausschluss der vorzeitigen AbbrecherInnen blieben schlussendlich 371 vollständig ausgefüllte Fragebögen übrig, die in die weitere Datenanalyse eingingen.

Bevor der Fragebogen online ging, wurde aufgrund der fehlenden Rücksprachemöglichkeit bei dieser Erhebungsmethode vorab noch ein Pre-Test, durchgeführt an einer kleinen Gruppe an jüngeren und älteren ProbandInnen. Mithilfe der Methode des lauten Denkens konnten Mehrdeutigkeiten und Unklarheiten aufgedeckt und im Zuge der Überarbeitung beseitigt werden.

#### 7.1.1. Vorteile der Online-Befragung

Ein wesentlicher Vorteil der Online-Befragung liegt in den geringen Erhebungskosten.<sup>258</sup> Im Gegenzug zur klassischen Papier- und Bleistiftbefragung entstehen durch die Verbreitung des Internets keine etwaigen Druck- oder Versandkosten. Ein weiterer Vorteil des Online-Fragebogens ist, dass die Befragung zielgruppenspezifischer schneller verteilt werden kann. Ein weiteres großes Potenzial internetgestützter Befragungen besteht in der

---

<sup>258</sup> Vgl. Kahnwald, Nina/ Köhler, Thomas (2009): Die Sifa-Langzeitstudie: Design und Umsetzung einer Online-Erhebung zur Tätigkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.292.

direkten Verfügbarkeit der erhobenen Daten. Das macht nicht nur zeitlich gesehen für die Erhebenden einen Unterschied, sondern die Methodik bewährt sich auch hinsichtlich der Fehlerquellen, die mithilfe des Online-Programms sofort korrigiert werden können. Zudem bieten Online-Befragungen eine multimediale Präsentationsmöglichkeit.<sup>259</sup> Der Fragebogen kann mit der Kombination aus Video, Abbildungen und Geräuschen nicht nur die Verständlichkeit komplexer Sachverhalte vereinfachen, sondern auch die Interessantheit der Befragung erhöhen.<sup>260</sup>

Eine internetgestützte Befragung bietet aber nicht nur Vorzüge für die Erhebenden, sondern auch für die Befragten.<sup>261</sup> Hierbei wird vor allem das Prinzip der Alokalität und Asynchronität hervorgehoben, das bedeutet, dass die Zugänglichkeit zum Fragebogen komplett orts- und zeitunabhängig erfolgen kann.<sup>262</sup>

### **7.1.2. Nachteile der Online-Befragung**

Der mitunter größte Nachteil der Online-Befragung besteht darin, dass Menschen um teilnehmen zu können, onlinefähig sein müssen. Dadurch besteht die Gefahr, dass nicht alle TeilnehmerInnen der Grundgesamtheit erreicht werden und lediglich eine selektive Stichprobe daraus entnommen wird.<sup>263</sup>

Die Onlineaffinität hat sich jedoch über die letzten Jahre wieder um einiges gesteigert. Das Internet wird immer mehr zu einem fixen Bestandteil des täglichen Lebens (Stichwort: Internetnutzung am Smartphone). Das unterstreicht auch die Erhebung der Statistik Austria zur Internetnutzung in Österreich im Jahr 2014. Zu diesem Zeitpunkt verfügten bereits 81% der Haushalte über einen Internetzugang.<sup>264</sup>

---

<sup>259</sup> Vgl. Pötschke, Manuela (2009): Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.77.

<sup>260</sup> Ebd., 2009: S.78.

<sup>261</sup> Vgl. ebd., 2009: S.78.

<sup>262</sup> Vgl. Kahnwald, Nina/ Köhler, Thomas (2009): Die Sifa-Langzeitstudie: Design und Umsetzung einer Online-Erhebung zur Tätigkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.292.

<sup>263</sup> Vgl. ebd., 2009: S.292.

<sup>264</sup> Statistik Austria (2015): IKT-Einsatz in Haushalten 2014. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/energie\\_umwelt\\_innovation\\_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html) [6.10.2015, 19:33]

Ein weiterer wesentlicher Nachteil ist die Abwesenheit einer Zuständigen/eines Zuständigen während der Beantwortung der Fragen. Dies kann im Vergleich zur Papier- und Bleistiftbefragung zu einer geringeren Beendigungsquote führen. Aus diesem Grund muss vorab auf eine benutzerfreundliche und unmissverständliche Anwendung geachtet werden.<sup>265</sup>

Aufgrund der vorangestellten Vor- und Nachteile erschien die Erhebungsmethode im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung und für den Rahmen der Magisterarbeit dennoch am geeignetsten.

## **7.2. Aufbau des Fragebogens**

Bevor nun im Detail auf das Untersuchungsmaterial, den Aufbau des Fragebogens und auf die Samplebeschreibung eingegangen wird, folgt zu Beginn des Kapitels zur Vollständigkeit eine wissenschaftliche Definition zum Instrument des Fragebogens:

*„Ein Fragebogen ist eine mehr oder weniger standardisierte Zusammenstellung von Fragen, die Personen zur Beantwortung vorgelegt werden mit dem Ziel, deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrundeliegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden. Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück zwischen Theorie und Analyse dar.“<sup>266</sup>*

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass das Erhebungsinstrument Fragebogen in der vorliegenden Arbeit die Brücke zwischen der Theorie und der Empirie schlägt.

---

<sup>265</sup> Vgl. Kahnwald, Nina/ Köhler, Thomas (2009): Die Sifa-Langzeitstudie: Design und Umsetzung einer Online-Erhebung zur Tätigkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.293.

<sup>266</sup> Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S.16.

### 7.2.1. Auswahl des Untersuchungsmaterials

Die Autorin entschied sich im Online-Fragebogen folgende zehn Arzt- und Krankenhausserien zur Auswahl anzugeben. Alle Serien die in der untenstehenden Liste angeführt sind, wurden während der Erstellung dieser Arbeit im österreichischen Kabel- bzw. Satellitenfernsehen auf diversen Sendern ausgestrahlt. Dies geschah entweder aufgrund von brandneuen Folgen oder Wiederholungen. Im Anschluss an die Liste werden die Inhalte der einzelnen Sendungen kurz erläutert.

- Bettys Diagnose
- In aller Freundschaft - die jungen Ärzte
- Der Bergdoktor
- Doctor's Diary - Männer sind die beste Medizin
- Grey's Anatomy
- Dr. House
- Scrubs - die Anfänger
- Private Practice
- Emergency Room - Die Notaufnahme
- Saving Hope

#### 7.2.1.1. Deutsche Arzt- und Krankenhausserien

„*Bettys Diagnose*“ ist eine Produktion des deutschen ZDF, die seit 09.01.2015 wöchentlich ausgestrahlt wird. In dieser Serie dreht sich alles um die Krankenschwester und Leiterin der Aufnahmestation der Aachener Karlsklinik Betty. Mit Leib und Seele setzt sie sich gemeinsam mit ihrer Kollegin Lizzy für ihre PatientInnen gegen den Krankenhausapparat ein.<sup>267</sup>

Die Krankenhausserie „*In aller Freundschaft-die jungen Ärzte*“ ist ein Spin-off von der nach wie vor erfolgreichen Serie „*In aller Freundschaft*“. Sie wird wöchentlich seit dem

---

<sup>267</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015): Bettys Diagnose. In: <http://www.fernsehserien.de/bettys-diagnose> [16.10.2015, 20:25]

22.01.2015 im ARD ausgestrahlt. Im Fokus der Geschichten steht das junge Ärzteteam rund um den gutaussiehenden Oberarzt Dr. Niklas Ahrend.<sup>268</sup>

Die Arztserie der „*Bergdoktor*“ ist mit Abstand die älteste Arzt- und Krankenhausserie in diesem Sample. Seit dem Jahr 2008 werden bereits zum zweiten Mal stetig neue Folgen produziert. Das Setting spielt im ländlichen Bergdorf Ellmau und im Fokus steht der Chirurg Dr. Martin Gruber. Nachdem der Doktor einige Zeit im Ausland verbrachte, kehrt er zurück in seine Berge und hat dabei mit den unterschiedlichsten privaten Konflikten zu kämpfen. Doch seine PatientInnen lässt er dabei nie im Stich. Jedes noch so kleine Wehwehchen behandelt er mit außergewöhnlich viel Geduld und Empathie.<sup>269</sup>

Die Arzt- bzw. Krankenhausserie „*Doctor's Diary - Männer sind die beste Medizin*“ umfasst drei Staffeln zu je acht Episoden die von 2008-2010 einmal wöchentlich ausgestrahlt wurden. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurde die Serie gerade wiederholt. In dieser Serie dreht sich alles um die chaotische Assistenzärztin Margarete „Gretchen“ Hase. Ihre Beziehungsprobleme, familiären Konflikte und der Spitalsalltag werden auf eine sehr humoristische Art und Weise erzählt. Doch auch ernsthafte und nachdenkliche Themen werden im Zuge der Serie angesprochen.<sup>270</sup>

#### **7.2.1.2. Amerikanische Arzt- und Krankenhausserien**

„*Grey's Anatomy*“ wurde erstmals in Deutschland am 14.03.2006 ausgestrahlt. Bis dato kommt die Serie auf 12 Staffeln mit insgesamt 268 Episoden. Zentral im Mittelpunkt der Geschichte steht die Assistenzärztin Meredith Grey die sich zusammen mit ihren KollegInnen durch den stressigen Klinikalltag kämpft. Das Leben aller Charaktere ist dabei von erbarmungslosen Konkurrenzkämpfen, nervenaufreibenden Nachtdiensten, heimlichen Lieben, belastenden Liebeskummer und Krankheiten sowie Tod geprägt.<sup>271</sup>

---

<sup>268</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015a): In aller Freundschaft- Die jungen Ärzte. In: <http://www.fernsehserien.de/in-aller-freundschaft-die-jungen-aerzte> [16.10.2015, 20:30]

<sup>269</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015b): Der Bergdoktor. In: <http://www.fernsehserien.de/der-bergdoktor> [16.10.2015, 20:33]

<sup>270</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015c): Doctor's Diary – Männer sind die beste Medizin. In: <http://www.fernsehserien.de/doctors-diary-maenner-sind-die-beste-medizin> [16.10.2015, 20:45]

<sup>271</sup> Vgl. Hoffmann, Sandra (2010): Wie TV-Serien das Arztimage beeinflussen. In: <https://www.thieme.de/viamedici/hippocampus-das-ist-witzig-1647/a/aerzteserien-5268.htm> [16.10.2015, 21:30]

Die Serie „*Dr. House*“ umfasst acht Staffeln mit 177 Episoden. Obwohl die Serie bereits im Jahr 2012 endete, wurden die einzelnen Staffeln zum Erhebungszeitraum wiederholt ausgestrahlt. Dr. House hebt sich vor allem im Zuge seines mürrischen Charakters von all den anderen typischen Arzt- und Krankenhausserien Ärzten ab. Obwohl er asozial, unfreundlich und eigenbrötlerisch dargestellt wird, gelingt es ihm mit seinen herausragenden medizinischen Kenntnissen, gemeinsam mit seinem Team, (fast) ausnahmslos alle PatientInnen zu heilen.<sup>272</sup> Die klinischen Fälle sind echten MedizinerInnen zufolge außergewöhnlich gut recherchiert.<sup>273</sup>

Bei „*Scrubs- die Anfänger*“ dreht sich alles rund um den hektisch-chaotischen Alltag von JungmedizinerInnen. John Dorian „J.D.“ steht dabei mit seinen unsinnigen Tagträumen im Mittelpunkt der Serie. Die ersten Gehversuche der angehenden MedizinerInnen werden mit einer perfekten Mischung aus Humor, Slapstick und Tragik erzählt. Närrisches Oberarztpersonal und seltsame PatientInnen runden den Inhalt der Serie ab. Zum Zeitpunkt der Erhebung lief die Serie nur noch zur Wiederholung. Mit 9 Staffeln und insgesamt 182 Episoden endete die Serie bereits im Jahr 2010.<sup>274</sup>

„*Private Practice*“ ist die Spin-off Serie zur *Grey’s Anatomy*. Die Erstausstrahlung erfolgte im deutschen Fernsehen am 13.02.2008. Die Serie umfasst 111 Episoden aufgeteilt auf sechs Staffeln. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurde *Private Practice* gerade wiederholt. Im Fokus der Serie steht die ausgebildete Gynäkologin Addison Montgomery, die aufgrund von privaten Problemen vom Seattle Grace Hospital (*Grey’s Anatomy*) genug hat und einen Neuanfang in der Privatklinik ihrer früheren StudienkollegInnen in Santa Monica wagt.<sup>275</sup>

Die wohlbekannteste Arzt- und Krankenhausserie „*Emergency Room – Die Notaufnahme*“ wurde von 1994 bis 2009 im deutschen Fernsehen ausgestrahlt.<sup>276</sup> Aufgrund der neuartigen Erzählweise und den Anspruch auf Realitätsnähe erzielte die Serie große Er-

---

<sup>272</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015d): Dr. House. In: <http://www.fernsehserien.de/dr-house> [17.10.2015, 11:30]

<sup>273</sup> Vgl. ebd., 2010.

<sup>274</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015e): Scrubs- Die Anfänger. In: <http://www.fernsehserien.de/scrubs> [19.10.2015, 10:21]

<sup>275</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015f): Private Practice. In: <http://www.fernsehserien.de/private-practice> [19.10.2015, 10:33]

<sup>276</sup> Vgl. Fernsehserien.de (2015g): Emergency Room- Die Notaufnahme. In: <http://www.fernsehserien.de/emergency-room> [19.10.2015, 11:15]

folge und erklärt auch warum die Serie im Jahr 2015 nach wie vor als Wiederholung angeboten wird. Im Mittelpunkt dieser Serie steht der stressige Klinikalltag eines amerikanischen Krankenhauses. Mit bis zu zwanzig unterschiedlichen Handlungssträngen pro Folge werden darin erstmals tabuisierte Themen wie ungewollte Schwangerschaft, Selbstmord und Drogen- sowie Alkoholmissbrauch angesprochen. Emergency Room fasziniert aufgrund der vielen medizinischen Fachbegriffe und dem täuschend echten Klinikalltag, der durch examinierte Krankenschwestern als Laienschauspielerinnen noch zusätzlich verstärkt wird.<sup>277</sup>

Die kanadische Krankenhausserie „*Saving Hope*“ wurde erstmals im Jahr 2013 im deutschen Fernsehen ausgestrahlt. Sie umfasst bisher 49 Episoden in vier Staffeln. Im Fokus der Serie steht der Chefchirurg Dr. Charlie Harris, der auf dem Weg zu seiner Hochzeit einen Autounfall erleidet und ins Koma fällt. In seinem komatösen Zustand erlebt er die Geschehnisse des Krankenhauses weiterhin so mit, als ob er nach wie vor dabei sei, doch keiner ihn bemerkt.<sup>278</sup>

### 7.2.2. Fragebogendimensionen

Der Fragebogen umfasst insgesamt 34 Fragen (siehe Anhang) mit folgendem Inhalt:

- **Mehrere Fragen zum Gesundheitsverhalten**

Der Fragebogen der vorliegenden empirischen Untersuchung stellt zum Einstieg allgemeine Fragen zum Gesundheitsverhalten. Die ProbandInnen werden dazu aufgefordert, die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit, die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsbewusstseins und die durchschnittliche Anzahl an Erkrankungen und Arztbesuchen innerhalb eines Jahres anzugeben. Zudem werden die TeilnehmerInnen zu ihrem derzeitigen Gesundheitszustand und zum Gesundheitszustand eines nahen Angehörigen befragt.

---

<sup>277</sup> Vgl. Hoffmann, Sandra (2010): Wie TV-Serien das Arztimage beeinflussen. In: <https://www.thieme.de/viamedici/hippocampus-das-ist-witzig-1647/a/aerzteserien-5268.htm> [19.10.2015, 11:08]

<sup>278</sup> Vgl. Serienjunkies.com (2015): Saving Hope. Arzt im Koma sieht Geister. In: <http://www.serienjunkies.de/saving-hope/> [19.10.2015, 11:23]

- **Mehrere Fragen zum Informationsverhalten**

Nach den Einstiegsfragen zum Gesundheitsverhalten folgen Fragen zum Informationsverhalten. Hierbei werden drei grundsätzliche Fragen zum Interesse an Gesundheitsthemen (Krankheiten, gesunde Lebensweise, Gesundheitsvorsorge) gestellt, die den Testungen zum Gesundheitsverhalten von Jürgen Grimm entnommen wurden.<sup>279</sup> Ob das Gesundheitsvorsorgeverhalten bei ProbandInnen eine zentrale Rolle spielt, wird im Zuge eines standardisierten Instruments nach Grimm erhoben, welches im Kapitel 7.2.3.1. im Detail erläutert wird. Zudem wird in diesem Teilbereich erörtert, welche Informationsquellen für Gesundheitsthemen am häufigsten herangezogen werden.

- **Eine Frage zur generellen Fernsehnutzung**

Mithilfe der Fernsehnutzung soll festgestellt werden, wie viel Zeit pro Tag dem Medium Fernsehen gewidmet wird. Unter Fernsehen wird hierbei auch die Fernsehnutzung via Internet miteingeschlossen, da vor allem jüngere RezipientInnen im Jahr 2015 bereits gänzlich auf das klassische Fernsehen verzichten und Serien ausschließlich über Online Anbieter wie „Netflix“, „Sky Go“, „Maxdome“ oder „Amazon Prime Instant Video“ beziehen.<sup>280</sup>

- **Eine Frage zu den allgemeinen Fernsehnutzungsmotiven**

Nachdem man aus den verschiedensten Bedürfnissen heraus Fernsehen kann, soll mithilfe dieser Frage eine erste Tendenz hierzu eingeholt werden. Diese Fragenbatterie wurde aus Grimms Nutzungsstudie zum Erziehungsfernsehen „Super Nanny“ entnommen.<sup>281</sup>

- **Eine Frage zum Konsum von Arzt- und Krankenhausserien**

In diesem Teilbereich des Fragebogens wird nach dem Konsum der angegebenen Arzt- und Krankenhausserien gefragt. Aufgrund dieser Antworten wird

---

<sup>279</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2014): Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

<sup>280</sup> Vgl. Wendel, Martin (2014): Netflix, Amazon und Co: Streaming-Angebote in Österreich im Überblick. In: <http://derstandard.at/2000008512517/Vom-Medien-Albanien-zum-Netflix-Land-Video-on-Demand-Oesterreich> [22.10.2015, 23:29]

<sup>281</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2006): Super Nannys. Ein TV-Format und sein Publikum. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. S. 237.

im empirischen Teil der Arbeit eine Unterscheidung hinsichtlich Viel- und WenigseherInnen erfolgen.

- **Jeweils eine Frage zu den spezifischen Zuwendungsmotiven bzw. zu den spezifischen Ablehnungsmotiven von Arzt- und Krankenhausserien**

Mithilfe dieser beiden Fragen soll festgestellt werden, welche Zuwendungs- bzw. Ablehnungsmotive den Arzt- und Krankenhausserien zu Grunde liegen. Die Nutzungsmotive werden mithilfe eines standardisierten Motivtests erhoben, den Grimm im Rahmen mehrerer Nutzungsstudien erarbeitet hat (siehe Kapitel 7.2.3.2.).

- **Mehrere Fragen zum Glaubwürdigkeits- und Lerngehalt der gesehenen Arzt- und Krankenhausserien**

In diesem Teil des Fragebogens werden die ProbandInnen gebeten, anzugeben für wie glaubwürdig sie die einzelnen Serien halten. Ferner wird mithilfe der Forced-Choiced-Fragetechnik gefragt, ob Arzt- und Krankenhausserien medizinische Informationen vermitteln. Wird diese Frage mit Ja beantwortet, müssen die ProbandInnen angeben, auf welche Serien das insbesondere zu trifft. Zudem werden vier kurze Fragen zur weiterführenden Informationssuche nach Rezeption einer Serie gestellt. Diese Fragen können mit „trifft nicht zu“ oder „trifft zu“ beantwortet werden. Zum Abschluss dieses Teilbereichs wird eine Frage zum Lerngehalt der Arzt- und Krankenhausserien gestellt. Die TeilnehmerInnen sollen dabei auf einer Skala von 1-5 angeben, wie sehr sie zustimmen bzw. nicht zustimmen, dass mithilfe von Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann, beispielsweise „die medizinischen Fachbegriffe des Arztpersonals besser zu verstehen“ oder „zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall einen Menschen wiederbelebt“.

- **Mehrere Fragen zu den Angstbewältigungsstilen Monitoring/Blunting und Represser/Sensitizer**

Gegen Ende des Fragebogens befinden sich mehrere Fragen zu den beiden Angstbewältigungsstilen Monitoring/Blunting und Represser/Sensitizer. Für das R-S-Konstrukt beinhaltet der Fragebogen einen Kurztest zur sozialen Er-

wünschtheit und einen STAI-Test zur Messung der Ängstlichkeit. Mithilfe dieser beiden standardisierten Skalen können verschiedene Angstbewältigungstypen erklärt werden (siehe Kapitel 7.2.3.3.).

- **Mehrere Fragen zu den soziodemographischen Daten**

Am Ende des Fragebogens werden die soziodemographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Bildung, Beruf und ob im medizinischen Bereich tätig oder nicht, abgefragt.

### **7.2.3. Einsatz standardisierter Tests**

In diesem Kapitel werden die zum Einsatz gekommenen standardisierten Tests hinsichtlich ihrer Auswertungsmethode kurz erläutert.

#### **7.2.3.1. Gesundheitsvorsorgeverhalten**

Der Test zum Gesundheitsvorsorgeverhalten wurde 2014 von Jürgen Grimm entwickelt und kam bereits in unterschiedlichen Projekten zur Anwendung.<sup>282</sup> Im Vergleich zur Testung nach Grimm wurden die Antwortmöglichkeiten mithilfe einer fünfstufigen und nicht achtfünftigen Skala beantwortet. Die Items, die darin abgefragt werden, lassen sich in folgende zwei Gruppen einteilen:

- *Gesunder Lebensstil:*
  - Ich achte auf gesunde Ernährung.
  - Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.
  - Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.
  - Ich betreibe Sport.
  - Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.
- *Medizinische Prävention:*
  - Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.

---

<sup>282</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2014): Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

- Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.

Das Item „Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.“ ist ein Einzel-Item und wird Grimm zufolge nicht in die Index-Bildung miteinbezogen. Berechnet werden die Inhalte mithilfe eines Summen-Index.<sup>283</sup>

#### **7.2.3.2. Motivtest**

Die Nutzungsmotive wurden ebenfalls größtenteils aus Testungen von Jürgen Grimm entnommen. Er entwickelte im Jahr 2005 für die Untersuchung von Talkshows<sup>284</sup> und zur Untersuchung des Erziehungsfernsehens „Super Nanny“<sup>285</sup> einen Motivkatalog. Die Motive wurden für die vorliegende Untersuchung leicht adaptiert übernommen. Der Katalog umfasst 18 Nutzungsmotive, die sich dem Autor zufolge in sechs Haupt-Motivgruppen einteilen lassen:

- **Kognitiv-stimulierende Motive (Neugier)**
  - weil man Dinge sehen kann, die man sonst nicht sieht
  - weil da Menschen wie du und ich gezeigt werden
  - weil mich die medizinischen Inhalte interessieren
  - weil die geschilderten Situationen und Krankengeschichten direkt aus dem Leben gegriffen sind
- **Kognitiv-reflektierende Motive (Vergleichen, Lernen)**
  - weil ich sehen will, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen
  - weil ich dabei etwas über die Behandlungsmöglichkeiten lernen will
  - weil ich dabei etwas über Dinge erfahre, die für mich wichtig sein könnten
- **Emotional-stimulierende Motive (Emotionserregung)**
  - um etwas zu erleben, das mir mein Alltag nicht bietet

<sup>283</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2014): Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

<sup>284</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2005): Nutzungsmotive zu Talkshows. Operationalisierungen. – Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2005-01.

<sup>285</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2005a): Nutzungsmotive zum Erziehungsfernsehen: Operationalisierungen. Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2005-02.

- weil ich etwas Spannendes erleben möchte
- weil ich dabei kurzzeitig meine Probleme vergessen kann
- **Emotional-reflektierende Motive (Emotionskontrolle)**
  - um zu erfahren, wie man mit seinen Gefühlen und seinen inneren Konflikten besser umgehen kann
  - um abzuschalten
  - um in eine andere Stimmung zu kommen
  - weil mir die Serien ein Gefühl der heilen Welt vermitteln
- **Para-soziale Motive**
  - weil man sich über die einzelnen Charaktere so schön aufregen kann
  - weil ich die vorkommenden Charaktere richtig toll finde
  - weil ich es mir gerne mit meinen Freunden gemeinsam ansehe
- **Unterhaltungsmotiv**
  - um mich zu unterhalten

Zusätzlich kann auch ein eigener Index für die Motive der Alltagszugewandtheit und die Motive der Alltagsabgewandtheit gebildet werden:

- **Motive der Alltagszugewandtheit:**
  - weil da Menschen wie du und ich gezeigt werden
  - weil ich sehen will, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen
- **Motive der Alltagsabgewandtheit:**
  - um abzuschalten
  - um etwas zu erleben, dass mir mein Alltag nicht bietet

Die einzelnen Nutzungsmotive werden auf einer Skala von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 5= „stimme voll und ganz zu“ bewertet. Für die Berechnung wird ein Summenindex gebildet. *„Die Indizes zu den Motiv-Gruppen werden jeweils als Summe der Zustim-*

*mungen zu den einschlägigen Items, prozentuiert am jeweils max. erreichbaren Wert, gebildet.*<sup>286</sup>

### **7.2.3.3. Monitoring/Blunting**

Nachdem die durchgeführte Befragung sehr umfangreich ist, konnten bei der Auswertung im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht alle erhobenen Aspekte berücksichtigt werden. Aus diesem Grund entschied sich die Autorin lediglich eine Unterscheidung zwischen „Monitorer“ und „Blunter“ durchzuführen. Die Vorgehensweise der Miller Behavioural Style Scale wurde bereits in Kapitel 5.3.2.2. erläutert. Zur Erinnerung soll die Vorgehensweise hierbei noch einmal erwähnt sein: Jeder Situationsbeschreibung folgen acht Antwortmöglichkeiten, in denen jeweils vier Monitoring- (InformationssucherInnen) und vier Blunting- (InformationsvermeiderInnen) Reaktionen der Bewältigung beschrieben sind. Die ProbandInnen können daraus so viele Antwortmöglichkeiten auswählen, wie auf sie zutreffen. Ob ProbandInnen nun zur Gruppe der InformationssucherInnen oder zur Gruppe der InformationsvermeiderInnen zählen, resultiert aus den Scores, die sich wiederum aus den über alle Situationen markierten Monitoring- bzw. Blunting-Items ermitteln.<sup>287</sup> Für den Fragebogen wurden folgende zwei der vier möglichen Bedrohungssituationen übernommen<sup>288</sup>:

- Stellen Sie sich vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt haben, aber trotzdem gehen müssen. Was von dem Folgenden würden Sie tun?
- Stellen Sie sich lebhaft vor, dass Sie in einem Flugzeug sitzen, 30 Minuten vom Ziel entfernt. Plötzlich sinkt das Flugzeug schnell ab, wird dann aber wieder abgefangen. Kurze Zeit später sagt der Kapitän, dass alles in Ordnung sei und der restliche Flug möglicherweise etwas ruckelig werde. Sie allerdings sind nicht überzeugt, dass alles in Ordnung ist.

---

<sup>286</sup> Grimm, Jürgen (2005): Nutzungsmotive zum Erziehungsfernsehen: Operationalisierungen. Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2005-02.

<sup>287</sup> Vgl. Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin/ Köln/ Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S.97.

<sup>288</sup> Vgl. Grimm, Jürgen (2014): Monitor / Blunter Style Scale nach Miller. Test-Dokumentation (deutsche Version). - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-01.

#### **7.2.3.4. Ängstlichkeit**

Auch wenn lediglich die MBSS in dieser Auswertung zur Anwendung kommt, wurde die Repression-Sensitizations-Skala nach Byrne-Krohne nicht sinnlos im Fragebogen erhoben, da die Disposition Ängstlichkeit, welche ein Teil dieses Tests ist, in Hinblick auf die im Vorfeld generierten Hypothesen gemessen werden soll. Hierbei kommt das State-Trait-Angstinventar, welches von Spielberger et.al. in den achtziger Jahren entwickelt wurde, zum Einsatz.

Für die vorliegende Arbeit kommt die verkürzte und deutsche Fassung von Grimm mit lediglich zehn von zwanzig Aussagen zum Einsatz. Im Unterschied zu Grimms Skala wurde auch hier wieder eine fünfstufige anstatt achtstufige Skala verwendet. Für die Berechnung werden die Items 3, 4 und 7 umgekehrt codiert, da diese die allgemeinen Angsttendenzen in negativer Ausprägung wiedergeben. Nach der Umcodierung werden die Codes über alle Trait-Statements hinweg zum Testwert dazu addiert.<sup>289</sup>

### **7.3. Auswertungsverfahren**

Zur Überprüfung der Hypothesen und zur Auswertung der deskriptivstatistischen und weiterführenden Ergebnisse wurde das Statistiksoftwareprogramm „SPSS 22“ verwendet. Nach der Datenbereinigung wurde der Datensatz von der Fragebogensoftware „Unipark“ in das Statistikprogramm „SPSS“ exportiert. Bevor mit den Analysen begonnen wurde, wurden die Variablen zu leichteren Nachvollziehbarkeit umbenannt. Für die Erhebung der Untersuchungsergebnisse kamen folgende Analysemethoden zum Einsatz:

- Bei intervallskalierten Variablen wurde mehrheitlich mit Mittelwertvergleichen gearbeitet. Sofern die Stichprobe unabhängig und normalverteilt war kam der T-Test zum Einsatz, wick die Normalverteilung jedoch zu stark ab, wurde der Mann-Whitney-U-Test bzw. der Kruskal-Wallis-Test zusätzlich dazu angewandt.

---

<sup>289</sup> Grimm, Jürgen (2014): Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02.

- Wenn der Einfluss von mehr als einer unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable untersucht wurde, wurden Korrelationen nach Pearson und Spearman berechnet. Um mögliche Störvariablen auszuschließen wurden zudem auch Partialkorrelationen gerechnet.
- Bei nominal- oder ordinalskalierten Variablen wurden mehrheitlich Häufigkeitsauszählungen bzw. Kreuztabellen mit anschließendem Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

## **7.4. Samplebeschreibung**

### **7.4.1. Rekrutierung der ProbandInnen**

Um eine große Streuung an ProbandInnen zu erlangen, wurde der Fragebogen via Email im Arbeitsumfeld sowie im Familien- und Freundeskreis versendet. Ferner wurde die Befragung auf Anfrage in Foren wie „netdoktor.at“ und „kleiderkreisl.at“ veröffentlicht. Weiters wurde der Fragebogen über die Social-Media-Plattform Facebook verbreitet. Das soziale Netzwerk bietet mit seiner „Gruppen“- und „Seiten“ Funktion die Möglichkeit, sich zu einzelnen Themen intern und darüber hinaus spezifisch zu vernetzen. Mithilfe der Suchfunktion ließen sich dadurch zahlreiche unterschiedliche Gruppen und Seiten ausfindig machen, in denen der Fragebogen ohne Probleme veröffentlicht werden konnte. Zusätzlich verbreitete sich der Fragebogen auch über den „Teilen“- Button auf den individuellen Profilseiten der Vernetzten. Zur Nachvollziehbarkeit der Verteilung des Fragebogens werden die Namen dieser Gruppen und Seiten hier aufgelistet:

- Gruppe „Deutsche in Österreich“
- Gruppe „Serien – TV junkies, Film Fans und andere Kloppies!“
- Gruppe „Uni Wien“
- Gruppe „Kultur-und Sozialanthropologie Uni Wien“
- Gruppe „Institut für Theater-, Film- und Medienwissenschaft (Universität Wien)“
- Gruppe „Informatik Masterstudien Univie“
- Gruppe „Publizistik Masterstudien Univie“
- Gruppe „Publizistik Erfahrungsaustausch & Umfragen & Jobangebote Univie“

- Gruppe „PuK Magister“
- Gruppe „ESC Volunteers 2015“
- Gruppe „ESC 2015 - Press Center Volunteers“
- Gruppe „In aller Freundschaft UND die jungen Ärzte“
- Gruppe „Der Bergdoktor und die Bergretter“
- Gruppe „Umfragen“
- Gruppe „Studierendenbefragungen Österreich“
- Gruppe „Study Life and Work- Umfragen und Fragen zu Abschlussarbeiten“
- Seite „Serienfuchs“
- Seite „Serien Fans Germany“

Leider gab es ausschließlich von „Der Bergdoktor“ und von „In aller Freundschaft - die jungen Ärzte“ eine eigene deutschsprachige Fangruppe. Dies wird, sofern es in den Ergebnissen einen relevanten Unterschied macht, selbstverständlich in der Analyse mitberücksichtigt werden.

#### **7.4.2. Sample**

Die Grundgesamtheit der Stichprobe setzt sich aus allen verfügbaren deutschsprachigen und onlinefähigen Personen zusammen. Nach Brosius et.al. handelt es sich bei dieser Stichprobenziehung um eine willkürliche, da „(...) *die Merkmalsträger nach ihrer Verfügbarkeit ohne besondere Systematik ausgewählt*“<sup>290</sup> werden. Eine Stichprobenziehung auf diese Art und Weise hat zur Folge, dass keine repräsentativen bzw. allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können. Nach der Datenbereinigung und dem Ausschluss der vorzeitigen Abbrüche beläuft sich das Sampling auf insgesamt 371 Personen. Die Stichprobe setzt sich dabei aus folgenden soziodemographischen Daten zusammen:

##### **7.4.2.1. Geschlecht**

Unter den 371 ProbandInnen befinden sich 117 Männer (31,5%) und 254 Frauen (68,5%). Besonders auffallend ist bei diesem Ergebnis, dass Frauen in dieser Umfrage deutlich

---

<sup>290</sup> Brosius, Hans-Bernd/ Koschel, Friederike/ Haas, Alexander (2009): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. 5.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.79.

überrepräsentiert sind. Mögliche Begründungen für diese Unausgewogenheit könnten einerseits darin liegen, dass Frauen die Zielgruppe von Arzt- und Krankenhausserien sind und demnach auch vom Fragebogen eher angesprochen worden sind, andererseits kann eine Erklärung hierfür sein, dass Frauen im Vergleich zu Männer eine aktivere Internetaffinität aufweisen.

**Tabelle 1: Häufigkeitstabelle: Geschlecht**

| N=371       | Geschlecht |         |                 |                     |
|-------------|------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N          | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| männlich    | 117        | 31,5    | 31,5            | 31,5                |
| weiblich    | 254        | 68,5    | 68,5            | 100                 |
| Gesamtsumme | 371        | 100     | 100             |                     |

#### 7.4.2.2. Alter

Der Mittelwert des Alters liegt bei 31 Jahren und der Median bei 27 Jahren. Der/die jüngste ProbandIn ist 13 Jahre alt, der/die älteste ProbandIn ist 80 Jahre alt. Wie in Tabelle 2 zu sehen ist sind die meisten Personen der Gesamtstichprobe zwischen 19 und 35 Jahre alt. Die Gruppe, die den zweithöchsten Wert aufweist, ist zwischen 36 und 59 Jahre alt. Unter der 10%-Grenze liegen die über 60-Jährigen und die unter 18-Jährigen.

**Tabelle 2: Häufigkeitstabelle: Altersgruppen**

| N=371       | Altersgruppen |         |                 |                     |
|-------------|---------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N             | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| <18         | 20            | 5,4     | 5,4             | 5,4                 |
| 19-35       | 264           | 71,2    | 71,2            | 76,5                |
| 36-59       | 73            | 19,7    | 19,7            | 96,2                |
| >60         | 14            | 3,8     | 3,8             | 100                 |
| Gesamtsumme | 371           | 100     | 100             |                     |

#### 7.4.2.3. Nationalität

Von den 371 befragten TeilnehmerInnen geben 253 Personen (68,2%) an aus Österreich zu sein. Weitere 107 Personen (28,8%) kommen aus Deutschland. Lediglich 6 Proban-

dInnen (1,6%) geben an aus dem Nachbarland der Schweiz zu kommen und weitere 5 Personen (1,3%) gehören sonstigen Nationen an.

**Tabelle 3: Häufigkeitstabelle: Nationalität**

| N=371       | <b>Nationalität</b> |         |                 |                     |
|-------------|---------------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N                   | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| Österreich  | 253                 | 68,2    | 68,2            | 68,2                |
| Deutschland | 107                 | 28,8    | 28,8            | 97                  |
| Schweiz     | 6                   | 1,6     | 1,6             | 98,7                |
| Sonstige    | 5                   | 1,3     | 1,3             | 100                 |
| Gesamtsumme | 371                 | 100     | 100             |                     |

#### 7.4.2.4. Bildung

**Tabelle 4: Häufigkeitstabelle: Bildung**

| N=371                                           | <b>Bildung</b> |         |                 |                     |
|-------------------------------------------------|----------------|---------|-----------------|---------------------|
|                                                 | N              | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| keinen Pflichtschulabschluss                    | 2              | 0,5     | 0,5             | 0,5                 |
| Pflichtschulabschluss                           | 18             | 4,9     | 4,9             | 5,4                 |
| Lehr-/ Berufsschulabschluss                     | 55             | 14,8    | 14,8            | 20,2                |
| Matura/Abitur                                   | 103            | 27,8    | 27,8            | 48                  |
| Kolleg                                          | 5              | 1,3     | 1,3             | 49,3                |
| Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universität) | 166            | 44,7    | 44,7            | 94,1                |
| Sonstiges und zwar:                             | 22             | 5,9     | 5,9             | 100                 |
| Gesamtsumme                                     | 371            | 100     | 100             |                     |

Der Großteil der Befragten besitzt mit insgesamt 44,7% (166 Personen) einen Hochschulabschluss. Weitere 103 Personen (27,8%) verfügen über einen Matura- bzw. Abiturabschluss. 1,3% (5 Personen) der Befragten weisen einen Kollegabschluss auf. 14,8% (55 Personen) der Umfragebeteiligten absolvierten eine Lehr- bzw. Berufsschule. 18 Personen (4,9%) verfügen über einen Pflichtschulabschluss und lediglich zwei Personen

(0,5%) geben an gar keinen Pflichtschulabschluss erworben zu haben. Das bedeutet, dass drei Viertel aller TeilnehmerInnen über einen Matura- bzw. Abiturabschluss (73,8%, 274 Personen) verfügt. Das „Sonstiges-Feld“, welches 22 TeilnehmerInnen (5,9%) ausgefüllt haben, wurde bei dieser Frage nicht mitberücksichtigt.

#### 7.4.2.5. Beruf

**Tabelle 5: Häufigkeitstabelle: Beruf**

| N=371                           | Beruf |         |                 |                     |
|---------------------------------|-------|---------|-----------------|---------------------|
|                                 | N     | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| Schüler/In                      | 23    | 6,2     | 6,2             | 6,2                 |
| Student/In der Studienrichtung: | 130   | 35      | 35              | 41,2                |
| Angestellte/R                   | 167   | 45      | 45              | 86,3                |
| Selbstständig/Freiberuflich     | 16    | 4,3     | 4,3             | 90,6                |
| Hausfrau/-mann                  | 8     | 2,2     | 2,2             | 92,7                |
| Pensionist/In/Rentner/In        | 15    | 4       | 4               | 96,8                |
| Arbeitssuchend                  | 12    | 3,2     | 3,2             | 100                 |
| Gesamtsumme                     | 371   | 100     | 100             |                     |

Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, verfügen 167 der Befragten (45%) über ein Angestelltenverhältnis. Weitere 130 Personen (35%) geben an zurzeit zu studieren. Die drittgrößte Gruppe mit 6,2% (23 Personen) geben in der Kategorie Beruf an noch Schüler bzw. Schülerin zu sein. Unterhalb der 10%-Grenze befinden sich die Selbstständigen bzw. Freiberuflichen (16 Personen, 4,3%), die in Rente bzw. in Pension lebenden (15 Personen, 4%) und die Gruppe der Arbeitssuchenden (12 Personen, 3,2%). Den kleinsten Prozentsatz weisen diejenigen auf, die hauptberuflich ihren Haushalten nachgehen (8 TeilnehmerInnen, 2,2%).

Damit sicher gestellt werden kann, dass die Mehrheit der Befragten über keinen beruflichen medizinischen Background verfügt, wurden im Fragebogen alle diejenigen die derzeit angestellt oder selbstständig/freiberuflich arbeiten (183 Personen, 49,3%) gefragt, ob

sie derzeit einer medizinischen Tätigkeit nachgehen. Diese Frage konnte mit Ja oder Nein beantwortet werden. Diejenigen die, die Frage mit Ja ankreuzten wurden aufgefordert, ihre konkrete Tätigkeit anzugeben.

**Tabelle 6: Häufigkeitstabelle: Medizinische Tätigkeit**

| N=183       | Medizinische Tätigkeit |         |                 |                     |
|-------------|------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N                      | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| Ja          | 37                     | 10      | 20,2            | 20,2                |
| Nein        | 146                    | 39,4    | 79,8            | 100                 |
| Gesamtsumme | 183                    | 49,3    | 100             |                     |

Wie in der Tabelle oberhalb ersichtlich wird, sind von 183 Befragten lediglich 37 Personen im medizinischen Bereich tätig. Das bedeutet, dass von der Gesamtstichprobe der 371 Personen, nur ein ganz geringer Prozentsatz fertig ausgebildet und tagtäglich mit medizinischen Gesundheitsthemen konfrontiert ist. Die größte Gruppe darunter bilden die Gesundheits-und KrankenpflegerInnen (7), dicht gefolgt von den ÄrztInnen (4) und den Physio (2) - und ErgotherapeutInnen (4). Zudem wurde der Fragebogen von mehreren OrdinationsgehilfInnen, medizinischen ForscherInnen und GesundheitsjournalistInnen beantwortet. Ebenso genannt wurden Verwaltungstätigkeiten im Gesundheitsministerium, im Krankenhaus oder in der Versicherung. Ferner wurden auch der Beruf des Rettungssanitäters und der Beruf der Altenpflege genannt.

Auch die Gruppe der Studierenden wurde dazu aufgefordert ihr Studienfach im Zuge einer offenen Frage anzugeben. Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, studieren insgesamt 130 Personen. Unter all den befragten Studierenden befinden sich lediglich 23 Personen mit einem medizinischen Studienschwerpunkt. Unter diesen 23 befinden sich 11 Humanmedizinstudierende, drei Gesundheits-und Krankenpflegestudierende, zwei Pflegestudierende, drei Psychologiestudierende, zwei Biomedizin- und Biotechnologiestudierende, ein Veterinärmedizinistudierende/r und ein Rettungssanitäterstudierende/r.

Nachdem insgesamt lediglich 60 von 371 ProbandInnen (16%) tagtäglich mit Gesundheitsthemen konfrontiert sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dadurch nicht beeinträchtigt werden.

## 8. Ergebnisse

Zu Beginn dieses Kapitels werden noch einige deskriptivstatistische Auswertungen, die für die weitere Analyse von Bedeutung sind, dargelegt. Zu Gunsten der Übersicht unterteilen sich diese Auswertungen in die Bereiche Gesundheitsverhalten, Informationsverhalten und Arzt- und Krankenhausserienkonsum. Im Anschluss daran folgt die Überprüfung der im Vorfeld generierten Hypothesen. Zum Abschluss werden noch einige weiterführende Ergebnisse, die sich im Zuge der Auswertung überraschenderweise ergeben haben, erläutert.

### 8.1. Deskriptivstatistische Ergebnisse

#### 8.1.1. Gesundheitsverhalten

Zur Dimension Gesundheitsverhalten wurden im Fragenbogen mehrere spezifische Fragen gestellt. Zum einen mussten die Befragten ihre eigene Gesundheit auf einer intervallskalierten Skala von 1=„gar nicht wichtig“ bis 5=„sehr wichtig“ einschätzen, zum anderen das eigene Gesundheitsbewusstsein von 1=„gar nicht gesundheitsbewusst“ bis 5=„sehr gesundheitsbewusst“ beurteilen. Wie in Tabelle 7 zu sehen ist, ist für den Großteil der Befragten die eigene Gesundheit sehr wichtig. Überraschenderweise geben lediglich 0,8% (3 Personen) der Befragten an, dass ihnen ihre Gesundheit gar nicht bzw. eher nicht wichtig ist. Auch die Mitte wird nur von 5,4% (20 Personen) der Befragten angekreuzt.

**Tabelle 7: Häufigkeitstabelle: Einschätzung der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit**

| N=371             | Wichtigkeit der eigenen Gesundheit |         |                 |                     |
|-------------------|------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|                   | N                                  | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| gar nicht wichtig | 2                                  | 0,5     | 0,5             | 0,5                 |
| 2                 | 1                                  | 0,3     | 0,3             | 0,8                 |
| 3                 | 20                                 | 5,4     | 5,4             | 6,2                 |
| 4                 | 110                                | 29,6    | 29,6            | 35,8                |
| sehr wichtig      | 238                                | 64,2    | 64,2            | 100                 |
| Gesamtsumme       | 371                                | 100     | 100             |                     |

Im Vergleich dazu ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitsbewusstseins zurückhaltender. Mehr als die Hälfte der Befragten (207 Personen, 55,8%) gibt an nur „eher“ gesundheitsbewusst zu sein. Die höchstmögliche Kategorie „sehr gesundheitsbewusst“ kreuzten nur 13,5% (50 Personen) der Umfragebeteiligten an. Der Anteil an Personen, die gar nicht bzw. eher nicht gesundheitsbewusst sind, ist jedoch mit 4,9% (18 Personen) ebenfalls äußerst gering ausgefallen. Etwa ein Viertel der Befragten (25,9%, 96 Personen) schätzen sich als mittelmäßig gesundheitsbewusst ein.

**Tabelle 8: Häufigkeitstabelle: Selbsteinschätzung des Gesundheitsbewusstseins**

| N=371                        | Selbsteinschätzung des Gesundheitsbewusstseins |         |                 |                     |
|------------------------------|------------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|                              | N                                              | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| gar nicht gesundheitsbewusst | 7                                              | 1,9     | 1,9             | 1,9                 |
| 2                            | 11                                             | 3       | 3               | 4,9                 |
| 3                            | 96                                             | 25,9    | 25,9            | 30,7                |
| 4                            | 207                                            | 55,8    | 55,8            | 86,5                |
| sehr gesundheitsbewusst      | 50                                             | 13,5    | 13,5            | 100                 |
| Gesamtsumme                  | 371                                            | 100     | 100             |                     |

Um den Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen zu ermitteln wurde nach der durchschnittlichen Anzahl an Erkrankungen und Arztbesuchen innerhalb eines Jahres gefragt. Interessant an diesem Ergebnis ist, dass 22 ProbandInnen (5,9%) angeben, kein einziges Mal pro Jahr zum Arzt zu gehen.

**Tabelle 9: Häufigkeitstabelle: Anzahl der Erkrankungen pro Jahr**

| N=371       | Anzahl der Erkrankungen pro Jahr |         |                 |                     |
|-------------|----------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N                                | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| nie         | 37                               | 10      | 10              | 10                  |
| 1-3 Mal     | 274                              | 73,9    | 73,9            | 83,8                |
| 4-6 Mal     | 48                               | 12,9    | 12,9            | 96,8                |
| 7-9 Mal     | 10                               | 2,7     | 2,7             | 99,5                |
| häufiger    | 2                                | 0,5     | 0,5             | 100                 |
| Gesamtsumme | 371                              | 100     | 100             |                     |

Rund drei Viertel der Befragten (73,9%, 274 Personen) erkrankten ein- bis dreimal pro Jahr. 12,9% (48 Personen) geben an vier- bis sechsmal pro Jahr zu erkranken und weitere 10% (37 Personen) erkrankten innerhalb eines ganzen Jahres nie. Die Kategorien sieben- bis neunmal und häufiger kreuzten lediglich 3,2% (12 Personen) der Beteiligten an.

**Tabelle 10: Häufigkeitstabelle: Anzahl der Arztbesuche pro Jahr**

| N=371       | Anzahl der Arztbesuche pro Jahr |         |                 |                     |
|-------------|---------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|             | N                               | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| nie         | 22                              | 5,9     | 5,9             | 5,9                 |
| 1-3 Mal     | 202                             | 54,4    | 54,4            | 60,4                |
| 4-6 Mal     | 98                              | 26,4    | 26,4            | 86,8                |
| 7-9 Mal     | 28                              | 7,5     | 7,5             | 94,3                |
| häufiger    | 21                              | 5,7     | 5,7             | 100                 |
| Gesamtsumme | 371                             | 100     | 100             |                     |

Wie in der Tabelle oberhalb zu sehen ist, suchen mehr als die Hälfte der Befragten (54,4%, 202 Personen) im Durchschnitt ein- bis dreimal pro Jahr eine Ärztin oder einen Arzt auf. Weitere 26,4% (98 Personen) gehen vier- bis sechs Mal pro Jahr zu einer Ärztin bzw. zu einem Arzt. 13,2 % der Befragten (49 Personen) suchen sogar sieben- bis neunmal oder häufiger Fachleute im medizinischen Bereich auf. 5,9 % (22 Personen) der Beteiligten gehen kein einziges Mal pro Jahr zum Arzt. Ferner wurde im Bezug auf die Dimension Gesundheitsverhalten noch gefragt, ob der derzeitige Gesundheitszustand durch eine schwere oder chronische Erkrankung beeinträchtigt ist. Wie Tabelle 11 zeigt, leiden rund ein fünftel der ProbandInnen (19,1%, 71 Personen) unter einer schweren bzw. chronischen Erkrankung. In etwa drei Viertel der Befragten (78,7%, 292 Personen) geben demnach an gesund zu sein. Acht von 371 Personen machten dazu gar keine Angabe.

**Tabelle 11: Häufigkeitstabelle: Chronische Erkrankung**

| N=371        | Chronische Erkrankung |         |                 |                     |
|--------------|-----------------------|---------|-----------------|---------------------|
|              | N                     | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| Ja           | 71                    | 19,1    | 19,1            | 19,1                |
| Nein         | 292                   | 78,7    | 78,7            | 97,8                |
| Keine Angabe | 8                     | 2,2     | 2,2             | 100                 |
| Gesamtsumme  | 371                   | 100     | 100             |                     |

Zusammenfassend lässt sich die Stichprobe in Bezug auf das Gesundheitsverhalten nicht nur als sehr gesundheitsbewusst, sondern auch als sehr gesund beschreiben. Lediglich ein Fünftel der gesamten Stichprobe leidet an einer chronischen oder schweren Erkrankung. Auch dürften sich unter der Stichprobe nur sehr wenige krankheitsängstliche Menschen befinden, da die höchste Kategorie „7-9 Mal oder häufiger“ fachmedizinisches Personal aufzusuchen bzw. durchschnittlich pro Jahr zu erkranken nur sehr selten angegeben wurde.

### 8.1.2. Informationsverhalten

Eine weitere Dimension, die analysiert werden soll, ist das Informationsverhalten der ZuseherInnen. Wie in der nachfolgenden Abbildung zu sehen ist, ist das am häufigsten genutzte Medium, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren das Internet. Den zweitgrößten Mittelwert weist der Arzt bzw. die Ärztin des Vertrauens auf. Der Familien- und Freundeskreis spielt ebenfalls bei der Informationsgewinnung über Gesundheitsthemen eine wichtige Rolle. Interessant ist, dass das Internet sehr stark genutzt wird, jedoch soziale Medien dabei weitestgehend auf der Strecke bleiben, sie werden mit Abstand am wenigsten für Gesundheitsangelegenheiten genutzt. Auch die klassischen Medien Fernsehen und Radio befinden sich innerhalb dieser Stichprobe sehr weit hinten.

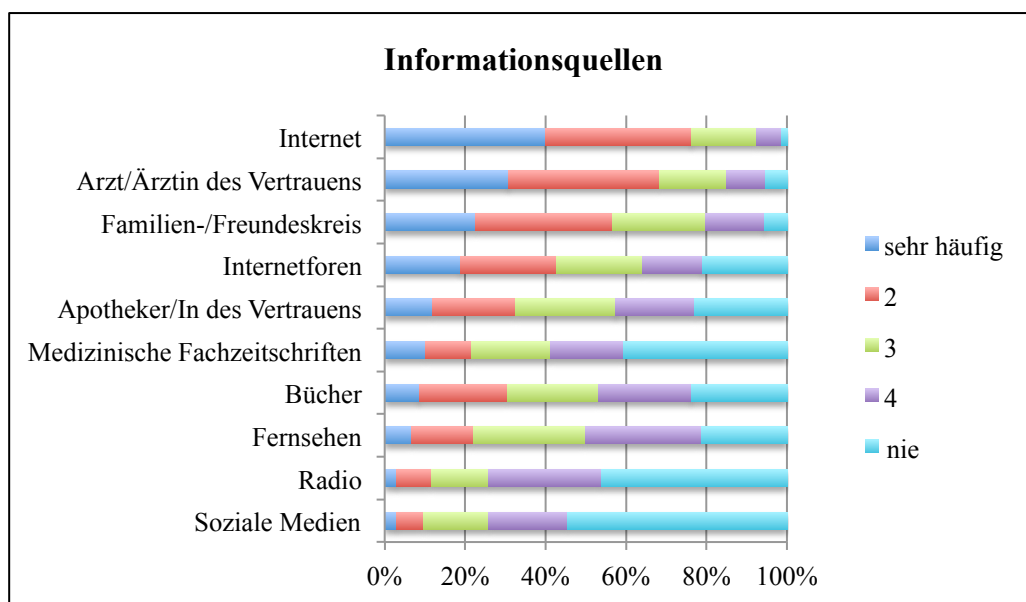


Abbildung 11: Informationsquellen

### 8.1.3. Arzt- und Krankenhausserienkonsum

Um alle Hypothesen der zweiten übergeordneten Forschungsfrage im Anschluss überprüfen zu können bedarf es an einer Unterteilung der Stichprobe in Viel- und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien. Nachdem der Serienkonsum mithilfe einer ordinalskalierten Skala von 1=„nie“ bis 5=„(fast) immer“ im Fragebogen abgefragt wurde, werden die Befragten mithilfe des Medians, der bei 1,8 liegt, in zwei Gruppen geteilt. Hierbei wird der Median ausnahmsweise zur ersten Gruppe dazu gezählt, da andersrum die Stichprobe nicht der Tatsache entsprochen hätte. Nachdem der Median bereits einen Wert von 1,8 aufweist, bedeutet das, dass die Mehrheit der Befragten nur sehr selten Arzt- und Krankenhausserien konsumiert. Hätte man den Median zur ersten Gruppe gezählt, hätte man den Eindruck erhalten, dass sich mehr Viel- als WenigseherInnen in der Gesamtstichprobe befinden. Der geringe Konsum von Arzt- und Krankenhausserien resultiert möglicherweise aus dem immer kleiner werdenden Angebot an Arzt- und Krankenhausserien in den letzten Jahren.

**Tabelle 12: Häufigkeitstabelle: Viel- und WenigseherInnen**

| N=371           | Viel- und WenigseherInnen |         |                 |                     |
|-----------------|---------------------------|---------|-----------------|---------------------|
|                 | N                         | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozente |
| WenigseherInnen | 197                       | 53,1    | 53,1            | 53,1                |
| VielseherInnen  | 174                       | 46,9    | 46,9            | 100                 |
| Gesamtsumme     | 371                       | 100     | 100             |                     |

Wie in Tabelle 12 zu sehen ist, zählen knapp mehr als die Hälfte 53,1% (197 Personen) der Befragten zu den WenigseherInnen und 46,9% (174 Personen) der TeilnehmerInnen zu den VielseherInnen. Nachdem der Median jedoch bereits bei 1,8 liegt, sei hier noch einmal hervorgehoben, dass davon ausgegangen werden kann, dass der Großteil der SeherInnen die angegebenen Arzt- und Krankenhausserien eher selten rezipiert. Ein möglicher Grund für dieses Resultat könnte darin liegen, dass der Fragebogen nicht wirklich viele „Hardcore-Fans“ erreicht hat. Eine andere mögliche Erklärung könnte hierfür auch lauten, dass die Befragten auf diese Frage sozial erwünscht antworteten, um nicht den Anschein zu erwecken, zu viele dieser Serien zu konsumieren.

Die nachstehende Abbildung visualisiert, wie häufig, die angegebenen Serien von den Befragten konsumiert worden sind.

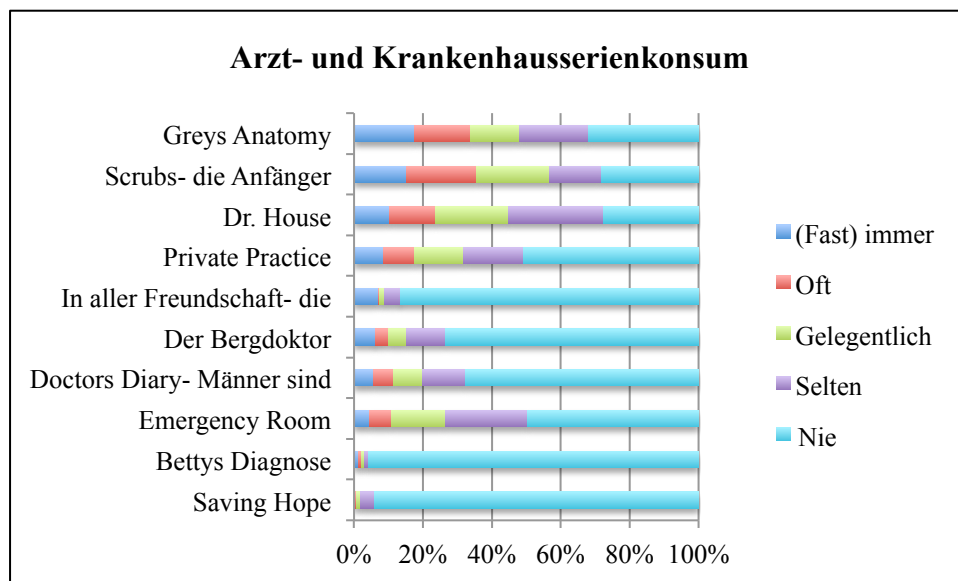


Abbildung 12: Grafische Darstellung des Arzt- und Krankenhausserienkonsums

Die Arzt- und Krankenhausserie, die am häufigsten „(fast) immer“ von den Befragten konsumiert wird, ist die US-amerikanische Serie „Grey’s Anatomy“, dicht gefolgt von den ebenfalls US-amerikanischen Serien „Scrubs - die Anfänger“ und „Dr. House“. Die graphische Darstellung zeigt ganz klar auf, dass amerikanische Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu deutschen Arzt- und Krankenhausserien wesentlich häufiger „(fast) immer“ rezipiert werden. Ferner unterstreicht die Grafik, dass sehr viele der angegebenen Arzt- und Krankenhausserien von den Befragten grundsätzlich „nie“ konsumiert werden. Das „Sonstige-Feld“ wurde bei der Auswertung nicht mitberücksichtigt, da lediglich sehr alte und keine aktuellen Serien genannt wurden.

## 8.2. Überprüfung der Hypothesen

Um feststellen zu können, ob Zusammenhänge hinsichtlich des generellen Konsums von Arzt- und Krankenhausserien und dem Gesundheits- und Informationsverhalten bestehen bzw. sich Unterschiede zwischen Viel- und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien hinsichtlich des Gesundheits- und Informationsverhalten eruieren lassen, wur-

den die Hypothesen im Zuge diverser Auswertungsmethoden einer Überprüfung unterzogen.

### 8.2.1. Hypothese 1

*Je höher das Interesse an Gesundheitsthemen (gesunde Lebensweise, Krankheiten, Gesundheitsvorsorge), desto höher ist der Arzt- und Krankenhausserienkonsum.*

Das Interesse an Gesundheitsthemen wird im Fragebogen mithilfe einer intervallskalierten Skala von 1= „gar nicht interessiert“ bis 5= „sehr interessiert“ abgefragt. Das Informationsinteresse zu Gesundheitsthemen setzt sich im Fragebogen aus den Fragen nach dem Interesse an Informationen zu Krankheiten, zu einer gesunden Lebensweise und zur Gesundheitsvorsorge zusammen. Im Zuge der ersten Hypothese möchte herausgefunden werden, ob ein hohes Interesse an Gesundheitsthemen mit einem hohen Arzt- und Krankenhausserienkonsum positiv korreliert. Für die Berechnung der beiden Variablen wurde daher vorab ein Summenindex gebildet. Zur Überprüfung kommt hierbei die Pearson-Korrelation zur Anwendung.

**Tabelle 13: Korrelation zwischen Gesundheitsinteresse und Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| N=371<br>Korrelation |                                |                         | Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Pearson-Korrelation  | Interesse an Gesundheitsthemen | Korrelationskoeffizient | <b>,193</b>                       |
|                      |                                | Sig. (2-Seitig)         | ,000                              |
|                      |                                | N                       | 371                               |

Nachdem bei einer relativ großen Stichprobe (ab 100 ProbandInnen), wie das auch bei der vorliegenden Arbeit der Fall ist, das Signifikanzniveau keine gute Einschätzung mehr über das Ergebnis der Korrelationsanalyse angibt, wird hierbei stattdessen die Höhe der Korrelationskoeffizienten interpretiert. Dabei folgt man den Empfehlungen von Andy Field. Bei einer Korrelationsanalyse ist ein schwacher Zusammenhang gegeben, wenn der Wert rund um  $\pm 0,10$  beträgt, ein mittlerer Zusammenhang wenn der Wert rund um  $\pm$

0,30 liegt und ein großer Zusammenhang kann interpretiert werden, wenn sich der Wert rund um  $\pm 0,50$  bewegt. Das jeweilige Vorzeichen bestimmt dabei die Richtung des Zusammenhangs.<sup>291</sup>

Wie in Tabelle 13 ersichtlich wird, besteht hierbei ein schwacher Zusammenhang. Die erste Hypothese kann somit bestätigt werden: Je höher das Interesse an Gesundheitsthemen, desto höher ist auch der Konsum von Arzt- und Krankenhausserien. An dieser Stelle muss jedoch betont werden, dass Korrelationen lediglich Beobachtungen zwischen zwei Variablen feststellen und keine Aussage über die Richtung der Kausalität treffen können. Denkbar ist, dass diese beiden Variablen von einer hier nicht beobachteten Drittvariable abhängen. In diesem Beispiel wäre es beispielsweise möglich, dass Menschen, die häufig krank werden oder sogar ihrem Gesundheitszustand nach chronisch krank sind, die Richtung des Ergebnisses maßgebend beeinflussen. Um das zu überprüfen, werden im Zuge der Partialkorrelation die möglichen Störvariablen im Hintergrund mitberechnet.

**Tabelle 14: Partialkorrelation zwischen Selbsteinschätzung Kranksein, Gesundheitsinteresse und Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| Kontrollvariable             |                                | Partialkorrelation      | Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Selbsteinschätzung Kranksein | Interesse an Gesundheitsthemen | Korrelationskoeffizient | <b>0,189</b>                      |
|                              |                                | Sig. (2-seitig)         | ,000                              |
|                              |                                | df                      | 368                               |

**Tabelle 15: Partialkorrelation zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsinteresse und Arzt- und Krankenhausserien**

| Kontrollvariable   |                                | Partialkorrelation      | Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Gesundheitszustand | Interesse an Gesundheitsthemen | Korrelationskoeffizient | <b>0,187</b>                      |
|                    |                                | Sig. (2-seitig)         | ,000                              |
|                    |                                | df                      | 360                               |

<sup>291</sup> Vgl. Field, Andy (2013): Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 4th Edition. London/California/New Dehli/ Singapore: Sage Publications Ltd. S.270f.

Wie die beiden Partialkorrelationen oberhalb zeigen, macht der Umstand, dass Menschen häufig krank werden oder sogar chronisch krank sind, keinen signifikanten Unterschied aus. Dadurch bleibt der Zusammenhang zwischen den beiden oben genannten Variablen aufrecht und Hypothese 1 kann somit als bestätigt betrachtet werden.

### 8.2.1. Hypothese 2

*Je größer der Arzt- und Krankenhausserienkonsum, desto größer ist auch die Suche nach weiterführenden Informationen.*

Mithilfe dieser Hypothese möchte dem Titel der vorliegenden Magisterarbeit „Gut beraten durch Arzt- und Krankenhausserien?“ ein Stückchen näher gekommen werden. Es soll hierbei herausgefunden werden, ob Arzt- und Krankenhausserien ProbandInnen insofern beraten, sodass ZuseherInnen nach Rezeption einer Serie beginnen, nach weiterführenden Informationen zu suchen. Die Suche nach weiterführenden Informationen wurde im Fragebogen mithilfe des Forced-Choice-Verfahrens (trifft nicht zu oder trifft zu) untersucht. Die ProbandInnen wurden bei dieser Frage gebeten, anzugeben, ob sie im Anschluss an eine Arzt- oder Krankenhausserie schon ein- oder mehrere Male im Internet nach weiterführenden Informationen gesucht haben, den Arzt/Apotheker bzw. die Ärztin/Apothekerin des Vertrauens diesbezüglich konsolidiert haben oder sich mit ihrem Freundes- oder Familienkreis darüber ausgetauscht haben. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen wird mithilfe einer Pearson-Korrelation berechnet.

**Tabelle 16: Korrelation zwischen Arzt- und Krankenhausserienkonsum und weiterführender Informationssuche**

| N=371               |                                   |                         | Weiterführende Informationssuche |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Korrelation         |                                   |                         |                                  |
| Pearson-Korrelation | Arzt- und Krankenhausserienkonsum | Korrelationskoeffizient | <b>0,307</b>                     |
|                     |                                   | Sig. (2-seitig)         | 0,000                            |
|                     |                                   | N                       | 371                              |

Wie in Tabelle 16 ersichtlich wird, besteht nach Andy Field zwischen diesen beiden Variablen ein mittlerer Zusammenhang. Je mehr Arzt- und Krankenhausserien konsumiert werden, desto mehr regt es dazu an, nach weiterführenden Informationen zu suchen. And-

rerseits könnte das Ergebnis auch so auch interpretiert werden, dass Menschen mit einem höheren Informationsverhalten auch einfach mehr Serien zu diesem Thema rezipieren. Nachdem das Resultat jedoch bestätigt, dass die vermuteten Zusammenhänge existieren, kann Hypothese H2 klar verifiziert werden.

### 8.2.2. Hypothese 3

*Menschen, die häufig krank werden, weisen die Disposition auf, Arzt- und Krankenhausserien öfter zu rezipieren.*

Für die dritte Hypothese wurde im Fragebogen konkret nach der durchschnittlichen Anzahl an Erkrankungen pro Jahr gefragt. Als Antwortmöglichkeit konnten die Befragten zwischen „nie“, „1-3 Mal“, „4-6 Mal“, „7-9 Mal“ und „häufiger“ auswählen. Um die Hypothese überprüfen zu können, wird eine Korrelation nach Spearman durchgeführt. Wie in der nachfolgenden Tabelle zu sehen ist, lässt sich auch hier ein schwacher Zusammenhang feststellen, im Sinne von: je häufiger man krank ist, desto häufiger konsumiert man Arzt- und Krankenhausserien. Auch die dritte Hypothese kann damit als bestätigt betrachtet werden.

**Tabelle 17: Korrelation zwischen durchschnittlich pro Jahr krank und Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| N=371        |                                 |                         | Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|--------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Korrelation  |                                 |                         |                                   |
| Spearman-Rho | Durchschnittlich pro Jahr krank | Korrelationskoeffizient | <b>0,160</b>                      |
|              |                                 | Sig. (2-seitig)         | 0,002                             |
|              |                                 | N                       | 371                               |

### 8.2.3. Hypothese 4

*Menschen, die häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen weisen, ebenfalls die Disposition auf, Arzt- und Krankenhausserien öfter zu rezipieren.*

Damit H4 überprüft werden kann, wurde im Fragebogen nach den durchschnittlichen Arztbesuchen innerhalb eines Jahres gefragt. Auch hier konnten die Befragten zwischen

„nie“, „1-3 Mal“, „4-6 Mal“, „7-9 Mal“ und „häufiger“ auswählen. Mithilfe der Darstellung der deskriptivstatistischen Ergebnisse im Kapitel 8.1.1. konnte bereits ermittelt werden, dass mehr als die Hälfte der Befragten (54,4%, 202 Personen) im Durchschnitt „ein- bis dreimal“ pro Jahr eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht. Damit herausgefunden werden kann, ob diejenigen, die häufig zum Arzt gehen, auch Arzt- und Krankenhausserien öfter rezipieren, kommt auch hier wieder eine Spearman Korrelation zum Einsatz.

**Tabelle 18: Korrelation zwischen Arztbesuche pro Jahr und Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| N=371        |                      | Arzt- und Krankenhausserienkonsum |              |
|--------------|----------------------|-----------------------------------|--------------|
| Korrelation  |                      |                                   |              |
| Spearman-Rho | Arztbesuche pro Jahr | Korrelationskoeffizient           | <b>0,132</b> |
|              |                      | Sig. (2-seitig)                   | 0,110        |
|              |                      | N                                 | 371          |

Wie in Tabelle 18 zu sehen ist, besteht auch zwischen diesen beiden Variablen ein schwacher Zusammenhang. Somit gilt auch die vierte Hypothese als bestätigt.

#### 8.2.4. Hypothese 5

*Umso jünger Personen sind, desto häufiger konsumieren sie amerikanische Arzt- und Krankenhausserien.*

Nachdem im Zuge der Literaturrecherche herausgefunden werden konnte, dass diversen Studien zufolge jüngere Personen US-amerikanische Serien den einheimischen (deutschen) Serien vorziehen, soll auch im Rahmen dieser Studie herausgefunden werden, ob sich dieses Resultat auch explizit beim Konsum von Arzt- und Krankenhausserien widerspiegelt.

Um die Hypothese überprüfen zu können, müssen die ProbandInnen zunächst mithilfe des Medians in eine jüngere und ältere Personengruppe geteilt werden. Nachdem der Median der Stichprobe bei 27 Jahren liegt, muss mit der Bezeichnung „alt“ in diesem Zusammenhang sehr vorsichtig umgegangen werden, da bereits Personen ab 27 Jahren zur älteren Personengruppe zählen. Alle Befragten unter 27 Jahren zählen somit zu den jün-

geren ProbandInnen dieser Untersuchung. Ferner muss für die Korrelation ein Summenindex über alle amerikanischen Arzt- und Krankenhausserien gebildet werden.

**Tabelle 19: Korrelation zwischen Alter und amerikanischem Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| N=371               |       |                         | Amerikanischer Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|---------------------|-------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Korrelation         |       |                         |                                                  |
| Pearson-Korrelation | Alter | Korrelationskoeffizient | <b>-0,239</b>                                    |
|                     |       | Sig. (2-seitig)         | 0,000                                            |
|                     |       | N                       | 371                                              |

Die Vermutung, dass umso jünger die ZuseherInnen sind, desto häufiger nutzen sie amerikanische Arzt- und Krankenhausserien, kann, wie in der Tabelle oberhalb zu sehen ist, bestätigt werden. Nachdem das auch zugleich bedeutet, dass ältere Personen weniger amerikanische Arzt- und Krankenhausserien konsumieren, deckt sich das Ergebnis mit der im Theorieteil beschriebenen Studie. Auch bei Arzt- und Krankenhausserien bevorzugen jüngere ProbandInnen die amerikanischen Produktionen gegenüber den einheimischen.

#### 8.2.5. Hypothese 6

*Umso älter Personen sind, desto häufiger konsumieren sie deutsche Arzt- und Krankenhausserien.*

Ob sich die sechste Hypothese mehr oder minder auch umgekehrt bestätigen lässt, umso älter Personen sind, desto häufiger konsumieren sie deutsche Arzt- und Krankenhausserien, wird ebenfalls im Zuge einer Pearson-Korrelation, nach dem obigen Schema, berechnet. Wie in Tabelle 20 zu erkennen ist, ist zwar strenggenommen ein Zusammenhang gegeben, jedoch ist dieser bei einem Wert von 0,102 so gering, dass im Grunde keine wertvollen Informationen mehr daraus gelesen werden können. Die Hypothese kann bestenfalls in der Tendenz als bestätigt wahrgenommen werden.

**Tabelle 20: Korrelation zwischen Alter und deutschem Arzt- und Krankenhausserienkonsum**

| N=371               |       |                         | Deutscher Arzt- und Krankenhausserienkonsum |
|---------------------|-------|-------------------------|---------------------------------------------|
| Korrelation         |       |                         |                                             |
| Pearson-Korrelation | Alter | Korrelationskoeffizient | <b>0,102</b>                                |
|                     |       | Sig. (2-seitig)         | 0,049                                       |
|                     |       | N                       | 371                                         |

### 8.2.6. Hypothese 7

*„Monitorer“ nutzen im Vergleich zu „Bluntern“ Arzt- und Krankenhausserien mehr zu kognitiven Zwecken (wie z.B. zur Orientierung im Alltag oder aus Neugier).*

Um Hypothese 7 überprüfen zu können, müssen die ProbandInnen zunächst in die Gruppen der Monitorer (InformationssucherInnen) und Blunter (InformationsvermeiderInnen) eingeteilt werden und ein Summenindex über die jeweiligen relevanten Nutzungsmotive gebildet werden. Für die Unterscheidung zwischen Monitorer und Blunter wird zunächst jeweils ein eigener Summenindex gebildet. Wenn ProbandInnen mehr Monitoring- als Blunting-Items ankreuzten, zählen sie in dieser Untersuchung zu den Monitorer. Wenn die Umfrageteiligen umgekehrt mehr Blunting- als Monitoring-Items ankreuzten, zählen sie zu den Blunter. Zur Folge hat diese Auswertungsmethode, dass ein Mischtyp, der genau gleich viele Blunting- und Monitoring-Items aufweist, übrig bleibt, der jedoch nicht in die weitere Analyse miteinbezogen wird.

**Tabelle 21: Häufigkeitstabelle: Monitorer und Blunter**

| N=371       | Monitorer und Blunter |         |                 |                    |
|-------------|-----------------------|---------|-----------------|--------------------|
|             | N                     | Prozent | Gültige Prozent | Kumulative Prozent |
| Mischtyp    | 59                    | 15,9    | 15,9            | 15,9               |
| Blunter     | 96                    | 25,9    | 25,9            | 41,8               |
| Monitorer   | 216                   | 58,2    | 58,2            | 100                |
| Gesamtsumme | 371                   | 100     | 100             |                    |

Das Verhältnis der Monitorer und Blunter wird in Tabelle 21 ersichtlich. Mehr als die Hälfte der Befragten (216 Personen, 58,2%) zählen zu den Monitorer. Lediglich ein Viertel der ProbandInnen sind Blunter (96 Personen, 25,9%) und die restlichen 15,9% (59 Personen) machen den sogenannten Mischtyp aus. Das Ergebnis verdeutlicht, dass die gesamte Stichprobe aus wesentlich mehr Monitorer als Blunter besteht.

Damit H7 überprüft werden kann, müssen von den insgesamt 18 abgefragten Nutzungsmotiven vorab alle kognitiven Motive herausgefiltert werden. In Kapitel 7.2.3.2. kann abgelesen werden, welche Nutzungsmotive zu den kognitiv-stimulierenden und welche zu den kognitiv-reflektierenden Motiven zählen. Für die jeweilige Gruppe wurde wieder ein Summenindex gebildet. Im Zuge eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test, wie in der Tabelle unterhalb zu sehen ist, lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Monitorer und Blunter in Bezug auf kognitiv-stimulierende Motive feststellen. Es besteht jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen Monitorer und Blunter hinsichtlich der kognitiv-reflektierenden Motive. Hierbei kann bestätigt werden, dass Monitorer im Vergleich zu Blunter Arzt- und Krankenhausserien mehr zur kognitiv-reflektierenden Bedürfnissen nutzen. Das bedeutet im Detail, dass Monitorer im Vergleich zu Blunter Arzt- und Krankenhausserien mehr nutzen, „um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen,“ „weil sie darin etwas über die Behandlungsmöglichkeiten lernen können“ und sie dabei „etwas über Dinge erfahren, die für sie wichtig sein könnten“.

**Tabelle 22: Mittelwertvergleich: Kognitive Motive nach Monitorer und Blunter**

| N=305, N <sub>1</sub> =212, N <sub>2</sub> =93                                                                                                                       | Monitorer | Blunter | T-Test |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|--------|
| <b>Kognitive Stimulation: Neugier</b>                                                                                                                                | 2,31      | 2,11    | n.s.   |
| <b>Kognitive Reflexion: Orientierung</b>                                                                                                                             | 2,04      | 1,78    | *      |
| Skala 1=„stimme überhaupt nicht zu“, 5=„stimme voll und ganz zu“;<br>Werte: p <sub>1</sub> = 0,12, p <sub>2</sub> =0,04; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |           |         |        |

### 8.2.7. Hypothese 8

*„Blunter“ nutzen im Vergleich zu „Monitorer“ Arzt- und Krankenhaus-serien mehr zu emotionalen Zwecken (wie z.B. zur Entspannung oder um Probleme zu vergessen).*

Ob Blunter im Vergleich zu Monitorer Arzt- und Krankenhausserien mehr zu emotionalen Zwecken nutzen, soll im Zuge der Überprüfung der achten Hypothese herausgefunden werden. Nachdem Blunter, der Definition nach, Informationen weitestgehend aus dem Weg gehen, wird vermutet, dass sie Arzt- und Krankenhausserien primär zur emotionalen als zu kognitiven bzw. informierenden Zwecken nutzen.

**Tabelle 23: Mittelwertvergleich: Emotionale Motive nach Blunter und Monitorer**

| N=305, N <sub>1</sub> =93, N <sub>2</sub> =212                                                                                                                      | Blunter | Monitorer | T-Test |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|--------|
| <b>Emotionale Stimulation: Erlebniswert</b>                                                                                                                         | 2,27    | 2,34      | n.s.   |
| <b>Emotionale Reflexion: Gefühlsmanagement</b>                                                                                                                      | 2,17    | 2,26      | n.s.   |
| Skala 1=„stimme überhaupt nicht zu“, 5=„stimme voll und ganz zu“;<br>Wert: p <sub>1</sub> = 0,34, p <sub>2</sub> =0,44; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |         |           |        |

Wie aus Tabelle 23 hervorgeht, lässt sich jedoch im Mittelwertvergleich und anschließendem T-Test kein signifikanter Unterschied feststellen. Das bedeutet, Blunter nutzen im Vergleich zu Monitorer Arzt- und Krankenhausserien nicht vermehrt zur emotionalen Bedürfnisbefriedigung. Mit anderen Worten Blunter nutzen im Vergleich zu Monitorer diese Serien nicht signifikant häufiger, um z.B. „ihre Probleme dadurch kurzzeitig zu vergessen“, „um abzuschalten“ oder „um zu erfahren, wie man mit seinen Gefühlen und inneren Konflikten besser umgehen kann“.

### 8.2.8. Hypothese 9

*VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien einen gesünderen Lebensstil und ein intensiveres Vorsorgeverhalten auf.*

Auch die Hypothese H9 wird mithilfe eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test überprüft. Hierbei soll herausgefunden werden, ob VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien einen gesünderen Lebensstil und ein intensiveres Vorsorgeverhalten aufweisen. Im Fragebogen wurden die Befragten dazu aufgefordert anhand einer fünfstufigen Skala anzugeben, ob sie beispielsweise auf eine gesunde Ernährung achten oder Vorsorgeuntersuchungen als wichtig empfinden. Auch wenn die Verteilung nach dem Kolomogorov-Smirnov-Test nicht exakt der Normalverteilung entspricht, wurde für die Auswertungen dennoch der T-Test angewandt. Der T-Test ist sehr robust gegenüber Normalverteilungsverletzungen und kann aufgrund des zentralen Grundwertsatzes und einer Stichprobengröße von 371 ProbandInnen ohne Bedenken trotzdem angewandt werden.

**Tabelle 24: Mittelwertvergleich: Gesundheitsvorsorge nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=371, N <sub>1</sub> =182,<br>N <sub>2</sub> =189                                                                                                                    | VielseherInnen | WenigseherInnen | T-Test |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|
| <b>Gesunder Lebensstil</b>                                                                                                                                            | 3,78           | 3,73            | n.s.   |
| <b>Medizinische Prävention</b>                                                                                                                                        | 4,05           | 3,77            | **     |
| Skala 1= „stimme überhaupt nicht zu“, 5= „stimme voll und ganz zu“;<br>Werte: p <sub>1</sub> =0,42, p <sub>2</sub> =0,00; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |                |                 |        |

Wie in Tabelle 24 zu sehen ist, kann die Hypothese sowohl verifiziert als auch falsifiziert werden. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, der besagt, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen einen gesünderen Lebensstil aufweisen. Wie oberhalb zu sehen ist, weisen beide Gruppen, den Mittelwerten nach, einen sehr ähnlichen gesunden Lebensstil auf. Hochsignifikant ist jedoch das Ergebnis hinsichtlich der medizinischen Prävention. Tatsächlich schätzen VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen Vorsorgeuntersuchungen als wichtiger ein und lassen sich tendenziell auch eher zur Verhütung von Krankheiten impfen. Demnach kann die Behauptung, dass Viels-

eherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen ein intensiveres Vorsorgeverhalten aufweisen hiermit bestätigt werden.

### 8.2.9. Hypothese 10

*VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Disposition auf, ängstlicher zu sein.*

Um diese Hypothese überprüfen zu können, muss zuerst die Disposition Ängstlichkeit berechnet werden. Um die ProbandInnen mit höherer Angsttendenz von Personen mit niedriger Angsttendenz unterscheiden zu können, wird ein Summenindex gebildet. Mithilfe der Berechnung der Perzentile konnte herausgefunden werden, dass drei Viertel der Befragten eine unterdurchschnittliche Ängstlichkeit und lediglich ein Viertel der TeilnehmerInnen eine überdurchschnittliche Ängstlichkeit aufweisen.

Im Rahmen eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test wurde die Ängstlichkeit mit dem Konsum von Arzt- und Krankenhausserien in Bezug gesetzt. Dabei kam heraus, dass VielseherInnen nicht signifikant ängstlicher sind als WenigseherInnen. Gegen die Annahme der Kultivierungshypothese, die besagt, dass VielseherInnen generell ängstlicher sind, kann aus Tabelle 25 abgelesen werden, dass Viel- und WenigseherInnen in dieser Untersuchung die Disposition Ängstlichkeit nahezu exakt gleich aufweisen. Die Hypothese 10 ist somit klar falsifiziert.

**Tabelle 25: Mittelwertvergleich: Ängstlichkeit nach Viel- und WenigseherInnen**

|                                                                                                    |                       |                        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| N=371, N <sub>1</sub> =182,<br>N <sub>2</sub> =189                                                 | <b>VielseherInnen</b> | <b>WenigseherInnen</b> | <b>T-Test</b> |
| <b>Ängstlichkeit</b>                                                                               | 2,56                  | 2,45                   | n.s.          |
| Skala 1= „fast nie“, 5= „fast immer“;<br>Wert: p=0,47; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |                       |                        |               |

### 8.2.10. Hypothese 11

*VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien weisen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Disposition auf, sich generell mehr für Gesundheitsthemen zu interessieren.*

Ob sich VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien generell mehr für Gesundheitsthemen interessieren, wird ebenfalls mithilfe eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test überprüft. Das Informationsinteresse zu Gesundheitsthemen, wie bereits im Zuge der ersten Hypothese erläutert, setzt sich im Fragebogen aus den Fragen nach dem Interesse an Informationen zu Krankheiten, zu einer gesunden Lebensweise und zur Gesundheitsvorsorge zusammen. Die Fragen werden mithilfe einer Skala von 1=„gar nicht interessiert“ bis 5=„sehr interessiert“ beantwortet. Die Variable Informationsinteresse wurde mithilfe eines Summenindexes berechnet. Wie in Tabelle 26 zu sehen ist, konnte hierbei strenggenommen kein signifikantes Ergebnis festgestellt werden. Doch bei einem Signifikanzwert von  $p=0,07$  kann zumindest ein Trend darin gesehen werden, so dass die Hypothese tendenziell als bestätigt wahrgenommen werden kann.

**Tabelle 26: Mittelwertvergleich: Informationsinteresse nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=371, N <sub>1</sub> =182, N <sub>2</sub> =189                                                                                  | VielseherInnen | WenigseherInnen | T-Test |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|
| Informationsinteresse                                                                                                            | 3,78           | 3,63            | n.s.   |
| Skala 1=„gar nicht interessiert“, 5=„sehr interessiert“;<br>Wert: $p=0,07$ ; * $p<0,05$ ; ** $p<0,01$ , n.s.= nicht signifikant; |                |                 |        |

### 8.2.11. Hypothese 12

*Jüngere VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien nutzen im Vergleich zu älteren WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien das Internet häufiger als Informationsquelle in Gesundheitsangelegenheiten.*

Diese Hypothese geht davon aus, dass jüngere VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu älteren WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien das Internet häufiger als Informationsquelle in Gesundheitsangelegenheiten nutzen. Im

Rahmen der Literaturrecherche konnte herausgefunden werden, dass das Internet bezüglich Gesundheitsthemen zu befragen, in allen Alters- und Bildungsgruppen, in den letzten Jahren immens angestiegen ist. Insbesondere jüngere Personen bevorzugen das Internet. Aus diesem Grund möchte hierbei überprüft, ob sich aufgrund des Arzt- und Krankenhausserienkonsums auch ein Unterschied erkennen lässt.

Im Fragebogen befinden sich zur Dimension Internet als Informationsquelle drei unterschiedliche Items. Neben dem Internet selbst wird im Fragebogen auch noch spezifisch nach den Internetforen wie z.B. netdoktor.at oder gesundheit.gv.at und den sozialen Medien wie z.B. Facebook oder Twitter gefragt. Damit die Hypothese überprüft werden kann, bedarf es auch hier an einer Altersgruppenunterscheidung. Hierbei kommen die zuvor gebildeten jüngeren und älteren Altersgruppen erneut zur Anwendung. Hier sei noch einmal hervorgehoben, dass mit der Bezeichnung „alt“ in diesem Zusammenhang sehr vorsichtig umgegangen werden muss, da bereits Personen ab 27 Jahren zur älteren und Personen unter 27 Jahren zur jüngeren Personengruppe zählen.

**Tabelle 27: Kreuztabelle: Jüngere und ältere ProbandInnen nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=371, N <sub>1</sub> =174,<br>N <sub>2</sub> =197 | <b>VielseherInnen</b> | <b>WenigseherInnen</b> | <b>Gesamtsumme</b> |
|----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Jüngere (unter 27 Jahren)</b>                   | 95                    | 87                     | 182                |
| <b>Ältere (ab 27 Jahren)</b>                       | 79                    | 110                    | 189                |
| <b>Gesamtsumme</b>                                 | 174                   | 197                    | 371                |

Wie in der Kreuztabelle oberhalb ersichtlich wird, besteht die Gesamtstichprobe aus etwas weniger jüngeren VielseherInnen als älteren WenigseherInnen. Für die Überprüfung der Hypothese wurde eine Rangvarianzanalyse zwischen diesen vier Gruppen berechnet, da die Internetnutzung sehr schief verteilt ist und eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) daher nicht möglich ist. Der Kruskal-Wallis-Test wurde zwischen allen vier Gruppen angewandt, um herauszufinden, ob grobe Unterschiede zu erkennen sind. Anschließend wurden Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt, um erklären zu können, wo genau die Gruppenunterschiede bestehen.

Wie in Tabelle 28 zu sehen ist, lässt sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Internet zwischen jüngeren VielseherInnen und älteren WenigseherInnen feststellen. Weiters lässt sich auch ein signifikanter Unterschied bezogen auf die Internetforen zwischen jüngeren VielseherInnen und älteren WenigseherInnen eruieren. Überraschenderweise konnte jedoch kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der sozialen Medien registriert werden. Ein interessanter Aspekt, der hier angeführt werden möchte, obwohl er nicht Untersuchungsgegenstand dieser Hypothese ist, ist das Ergebnis im Hinblick auf die Variable „Soziale Medien“. Während die älteren WenigseherInnen (ab 27 Jahren) am wenigsten die sozialen Medien als Informationsquelle in Gesundheitsangelegenheiten nutzen, nutzen es die älteren VielseherInnen im Vergleich zu all den anderen Gruppen mit Abstand am häufigsten.

**Tabelle 28: Mittelwertvergleich: Internet nach jüngeren VielseherInnen und älteren WenigseherInnen**

| N=371                                                                                                                                |                     | Internet | Internetforen | Soziale Medien |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|---------------|----------------|
| <b>Jüngere WenigseherInnen</b>                                                                                                       | Mittelwert          | 4,14     | 3,08          | 1,83           |
|                                                                                                                                      | N                   | 87       | 87            | 87             |
| <b>Jüngere VielseherInnen</b>                                                                                                        | Mittelwert          | 4,22     | 3,21          | 1,79           |
|                                                                                                                                      | N                   | 95       | 95            | 95             |
| <b>Ältere WenigseherInnen</b>                                                                                                        | Mittelwert          | 3,79     | 2,74          | 1,72           |
|                                                                                                                                      | N                   | 110      | 110           | 110            |
| <b>Ältere VielseherInnen</b>                                                                                                         | Mittelwert          | 4,22     | 3,24          | 2,09           |
|                                                                                                                                      | N                   | 79       | 79            | 79             |
| <b>Gesamtsumme</b>                                                                                                                   | Mittelwert          | 4,07     | 3,05          | 1,84           |
|                                                                                                                                      | N                   | 371      | 371           | 371            |
| <b>Vergleich jüngere VielseherInnen mit älteren WenigseherInnen</b>                                                                  | Mann-Whitney-U-Test | **       | *             | n.s.           |
| Skala 1=„nie“, 5=„sehr häufig“;<br>Werte: $p_1=0,00$ , $p_2=0,02$ , $p_3=0,29$ ; * $p<0,05$ , ** $p<0,01$ , n.s.= nicht signifikant; |                     |          |               |                |

Zusammenfassend kann die Hypothese 11 in Bezug auf das Internet und die Internetforen als verifizierte und in Hinblick auf die sozialen Medien als falsifizierte Aussage beurteilt werden.

### 8.2.12. Hypothese 13

*VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien schätzen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Serien glaubwürdiger ein.*

Auch bei dieser Hypothese wird zunächst ein Summenindex über die Glaubwürdigkeit von Arzt- und Krankenhausserien gebildet. Die Frage der Glaubwürdigkeit erhielten von der Grundgesamt all jene, die zumindest von allen angegebenen Arzt- und Krankenhausserien eine Serie öfter als nie gesehen haben. Nachdem 12 ProbandInnen angegeben haben, keine dieser Serien je konsumiert zu haben, fallen diese bei dieser Frage automatisch heraus. Der Mittelwertvergleich und anschließende T-Test bestätigt die Hypothese H12. Tatsächlich schätzen VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Serien als glaubwürdiger ein.

**Tabelle 29: Mittelwertvergleich: Glaubwürdigkeit nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=358, N <sub>1</sub> =174, N <sub>2</sub> =184                                                                | <b>VielseherInnen</b> | <b>WenigseherInnen</b> | <b>T-Test</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| <b>Glaubwürdigkeit</b>                                                                                         | 2,56                  | 2,34                   | *             |
| Skala 1=„nicht glaubwürdig“, 5=„sehr glaubwürdig“;<br>Wert: p=0,03; *p<0,05, **p<0,01, n.s= nicht signifikant; |                       |                        |               |

### 8.2.13. Hypothese 14

*VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien sind im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien häufiger der Meinung, dass diese Serien auch medizinische Informationen vermitteln.*

Mithilfe H14 soll herausgefunden werden, ob VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen häufiger der Meinung sind, dass Arzt- und Krankenhausserien medizinische Informationen vermitteln. Nachdem die Frage nach der Vermittlung von medizinischen Informationen in Arzt- und Krankenhausserien im Fragebogen mit dem sogenannten Forced-Choiced-Verfahren (ja oder nein) erhoben wird, wird für die Überprüfung eine Kreuztabelle mit anschließendem Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Wie in der Tabelle unterhalb zu sehen ist, besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen diesen beiden

Gruppen. VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien sind im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien hochsignifikant häufiger der Meinung, dass in solche Serien medizinische Informationen vermittelt werden. Die Hypothese H13 gilt demnach als klar verifiziert.

**Tabelle 30: Kreuztabelle: Medizinische Informationen in Arzt- und Krankenhausserien nach Viel- und WenigseherInnen**

| Medizinische Information | VielseherInnen |        | WenigseherInnen |        | Gesamtsumme |        |
|--------------------------|----------------|--------|-----------------|--------|-------------|--------|
|                          | N              | %      | N               | %      | N           | %      |
| Ja                       | 98             | 56,3%  | 65              | 35,1%  | 163         | 45,4%  |
| Nein                     | 76             | 43,7%  | 120             | 64,9%  | 196         | 54,6%  |
| Gesamtsumme              | 174            | 100,0% | 185             | 100,0% | 359         | 100,0% |

Chi-Quadrat-Test nach Pearson;  
Wert:  $p=0,00$ ;  $*p<0,05$ ,  $**p<0,01$ , n.s.= nicht signifikant;

Aus Tabelle 31 geht hervor, dass ProbandInnen insbesondere der Meinung sind, dass die Serie „In aller Freundschaft- die jungen Ärzte“ medizinische Informationen vermittelt. Auch die Serie „Der Bergdoktor“ erzielte hierbei einen sehr hohen Mittelwert. Die Begründung für dieses Resultat liegt jedoch darin, dass es lediglich zu diesen beiden Serien eine deutschsprachige Facebook-Fanseite gab, indem der Fragebogen verteilt werden konnte. Nachdem es zu all den anderen Arzt- und Krankenhausserien keine deutschsprachigen Facebook-Fanseiten gab, muss hier betont werden, dass dieses Ergebnis dadurch etwas verzerrt wird und nicht überbewertet werden darf.

Den zweitgrößten Mittelwert erhält die amerikanische Arzt- und Krankenhausserie „Dr. House“, dicht gefolgt von „Emergency Room“ und „Grey’s Anatomy“. Dass insbesondere diese drei Serien in diesem Punkt besonders viel Zustimmung erhalten, deckt auch die Erkenntnis die in Hinblick auf die Literaturrecherche hervorgegangen ist.

**Tabelle 31: Mittelwerte: Medizinische Informationen in Arzt- und Krankenhausserien**

| N=359                                          |                   |
|------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Arzt- und Krankenhausserie</b>              | <b>Mittelwert</b> |
| In aller Freundschaft - die jungen Ärzte       | 4,16              |
| Dr. House                                      | 3,62              |
| Emergency Room - Die Notaufnahme               | 3,55              |
| Grey's Anatomy                                 | 3,23              |
| Der Bergdoktor                                 | 3,04              |
| Bettys Diagnose                                | 2,90              |
| Private Practice                               | 2,81              |
| Scrubs - die Anfänger                          | 2,36              |
| Doctor's Diary - Männer sind die beste Medizin | 2,31              |
| Saving Hope                                    | 2,30              |

### 8.3. Weiterführende Ergebnisse

Zusätzlich zu den Analysen, die zur Beantwortung der Hypothesen beitrugen, ergab die Untersuchung auch noch einige weitere spannende Ergebnisse, die in diesem Kapitel nun dargelegt werden.

#### 8.3.1. Allgemeine und spezielle Fernsehnutzungsmotive

Die allgemeinen Fernsehnutzungsmotive wurden im Fragebogen mithilfe einer fünfstufigen Skala von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 5=„stimme voll und ganz zu“ abgefragt. Hierbei soll noch einmal zur Erinnerung erwähnt sein, dass 12 ProbandInnen angegeben haben, keine dieser Serien je konsumiert zu haben und diese demnach automatisch aus diesen Fragen herausfallen. Nachdem Menschen aus unterschiedlichsten Bedürfnissen heraus fernsehen, soll im Rahmen dieser Frage eine erste allgemeine Tendenz eingeholt werden. Zur Überprüfung kam ein Mittelwertvergleich mit anschließendem T-Test zum Einsatz.

**Tabelle 32: Mittelwertvergleich: Allgemeine Fernsehnutzungsmotive nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=359, N <sub>1</sub> =174, N <sub>2</sub> =185                                                                                                                                                                 |                |                 |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|
| Allgemeine Fernsehnutzungsmotive                                                                                                                                                                                | VielseherInnen | WenigseherInnen | T-Test |
| um mich abzulenken.                                                                                                                                                                                             | 3,42           | 3,08            | **     |
| weil es eine Gewohnheit ist.                                                                                                                                                                                    | 3,25           | 2,96            | *      |
| weil ich dabei etwas über Dinge erfahre, die für mich wichtig sein könnten.                                                                                                                                     | 3,15           | 3,16            | n.s.   |
| weil ich Menschen aus dem Fernsehen sympathisch finde.                                                                                                                                                          | 2,30           | 1,98            | **     |
| Skala 1=„stimme überhaupt nicht zu“, 5=„stimme voll und ganz zu“;<br>Werte: p <sub>1</sub> =0,01, p <sub>2</sub> =0,04, p <sub>3</sub> =0,92, p <sub>4</sub> =0,01; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |                |                 |        |

Aus Tabelle 32 wird ersichtlich, dass zu den bedeutendsten allgemeinen Fernsehnutzungsmotiven für VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu WenigseherInnen die Aspekte Ablenkung, Sympathie für Fernsehpersönlichkeiten und Gewohnheit zählen. Überraschend ist das Resultat hinsichtlich des Aspekts Neugier und Interesse. Viel- und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien unterscheiden sich in diesem Punkt nicht signifikant. Ganz im Gegenteil, sie weisen dabei nahezu exakt gleiche Werte auf.

Im Rahmen eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test wurden auch die speziellen Fernsehnutzungsmotive überprüft. Wie in Tabelle 33 zu sehen ist, dominieren bei den Viel- als auch WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Motive der parasozialen Interaktion und die Motive der Alltagsabgewandtheit.

**Tabelle 33: Mittelwertvergleich: Spezielle Fernsehnutzungsmotive nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=359, N <sub>1</sub> =174, N <sub>2</sub> =185 |                |                 |        |
|-------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|
| Spezielle Fernsehnutzungsmotive                 | VielseherInnen | WenigseherInnen | T-Test |
| Motive der kognitiven Stimulation               | 2,53           | 1,92            | **     |
| Motive der kognitiven Reflexion                 | 2,12           | 1,76            | **     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |      |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|----|
| Motive der emotionalen Stimulation                                                                                                                                                                                                                                                | 2,68 | 2,00 | ** |
| Motive der emotionalen Reflexion                                                                                                                                                                                                                                                  | 2,46 | 2,02 | ** |
| Motive der Alltagszugewandtheit                                                                                                                                                                                                                                                   | 2,05 | 1,71 | ** |
| Motive der Alltagsabgewandtheit                                                                                                                                                                                                                                                   | 2,89 | 2,24 | ** |
| Parasoziale Interaktion                                                                                                                                                                                                                                                           | 3,08 | 2,23 | ** |
| Skala 1=„stimme überhaupt nicht zu“, 5=„stimme voll und ganz zu“;<br>Werte: p <sub>1</sub> =0,00, p <sub>2</sub> =0,00, p <sub>3</sub> =0,00, p <sub>4</sub> =0,00, p <sub>5</sub> =0,00, p <sub>6</sub> =0,00, p <sub>7</sub> =0,00; *p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |      |      |    |

Das bedeutet, beide Sehergruppen von Arzt- und Krankenhausserien rezipieren diese Serien in erster Linie, um des parasozialen Interaktionswillens und um aus den Alltag entfliehen zu können. Weniger wichtig sind für Viel- als auch für WenigseherInnen die Motive der kognitiven Reflexion und die Motive der Alltagszugewandtheit. Das heißt, VielseherInnen und WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien wollen im Zuge des Konsums nicht unbedingt zum Nachdenken angeregt werden oder die Erfahrungen die im Fernsehen gezeigt werden mit ihrer Alltagsrealität in Beziehung setzen.

Dieses Ergebnis überrascht, da im Vorfeld vermutet wurde, dass zumindest VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien solche Serien eher zu kognitiven als zu eskapistischen Zwecken rezipieren. Interessanterweise nutzen auch die WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Serien primär aufgrund der parasozialen Interaktion. Dieses Phänomen wird, der Literaturrecherche nach, eher den Viel- als den WenigseherInnen zugesprochen.

Wie Tabelle 34 zeigt, weist das Motiv der Unterhaltung den mit Abstand höchsten Mittelwert bei beiden Sehergruppen auf. Ferner wird aus der Tabelle ersichtlich, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen generell in jedem einzelnen Item höhere Mittelwerte aufweisen. Den kleinsten Mittelwert erhalten bei Viel- als auch bei WenigseherInnen die Motive der Emotionskontrolle. WenigseherInnen möchten aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien nicht „erfahren, wie man mit seinen Gefühlen und inneren Konflikten besser umgehen kann“ und VielseherInnen konsumieren diese Serien nicht, „weil ihnen dadurch ein Gefühl einer heilen Welt vermittelt wird.“

**Tabelle 34: Mittelwerte: Nutzungsmotive von Arzt- und Krankenhausserien nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=359, N <sub>1</sub> =174, N <sub>2</sub> =185                                                          |                       |                        |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Spezielle Fernsehnutzungsmotive</b>                                                                   | <b>VielseherInnen</b> | <b>WenigseherInnen</b> | <b>Gesamtsumme</b> |
| um mich zu unterhalten.                                                                                  | 4,37                  | 3,51                   | 3,93               |
| weil ich die vorkommenden Charaktere richtig toll finde.                                                 | 3,44                  | 2,58                   | 3,00               |
| um abzuschalten.                                                                                         | 3,36                  | 2,64                   | 2,99               |
| weil mich die medizinischen Inhalte interessieren.                                                       | 3,10                  | 2,26                   | 2,67               |
| weil man sich über die einzelnen Charaktere so schön aufregen kann.                                      | 2,97                  | 2,14                   | 2,54               |
| um in eine andere Stimmung zu kommen.                                                                    | 2,81                  | 2,15                   | 2,47               |
| weil ich dabei kurzzeitig meine Probleme vergessen kann.                                                 | 2,85                  | 2,11                   | 2,47               |
| weil ich etwas Spannendes erleben möchte.                                                                | 2,78                  | 2,06                   | 2,41               |
| weil ich es mir gerne mit meinen Freunden gemeinsam ansehe.                                              | 2,83                  | 1,98                   | 2,40               |
| weil man Dinge sehen kann, die man sonst nicht sieht.                                                    | 2,65                  | 1,95                   | 2,29               |
| um etwas zu erleben, dass mir mein Alltag nicht bietet.                                                  | 2,41                  | 1,84                   | 2,11               |
| weil ich dabei etwas über Dinge erfahre, die für mich wichtig sein könnten.                              | 2,25                  | 1,82                   | 2,03               |
| weil die geschilderten Probleme, Situationen und Krankengeschichten direkt aus dem Leben gegriffen sind. | 2,28                  | 1,78                   | 2,02               |
| weil ich dabei etwas über die Behandlungsmöglichkeiten lernen will.                                      | 2,12                  | 1,75                   | 1,93               |
| weil da Menschen wie du und ich gezeigt werden.                                                          | 2,11                  | 1,71                   | 1,91               |
| weil ich sehen will, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen.                                     | 1,98                  | 1,71                   | 1,84               |
| weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln.                                             | 1,81                  | 1,71                   | 1,76               |
| um zu erfahren, wie man mit seinen Gefühlen und inneren Konflikten besser umgehen kann.                  | 1,84                  | 1,58                   | 1,71               |

### 8.3.2. Weiterführende Informationssuche aufgrund von Bildung

Bei der weiterführenden Informationssuche nach Rezeption einer Arzt- und Krankenhausserie wurde zusätzlich zur Überprüfung der Hypothese untersucht, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bildung und der weiterführenden Informationssuche besteht.

**Tabelle 35: Korrelation: zwischen Bildung und weiterführender Informationssuche**

| N=349 <sup>292</sup><br>Korrelation |                                   |                         | Suche nach weiterführenden Informationen |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|
| Spearman-Rho                        | Höchste abgeschlossene Ausbildung | Korrelationskoeffizient | -,011                                    |
|                                     |                                   | Sig. (2-seitig)         | 0,840                                    |
|                                     |                                   | N                       | 349                                      |

Wie aus der Tabelle oberhalb zu entnehmen ist, lässt sich jedoch hierbei kein signifikanter Zusammenhang erkennen. Die Begründung hierfür könnte im Überhang an AkademikerInnen liegen.

### 8.3.3. Gesundheitsvorsorge aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien

Ferner wurde auch eine Korrelation zwischen dem Konsum von Arzt- und Krankenhausserien und dem Gesundheitsvorsorgeverhalten durchgeführt. Hierbei kam erneut der standardisierte Test zum gesunden Lebensstil und der medizinischen Prävention zur Anwendung. Für diese Untersuchung wurden jedoch die Items zum gesunden Lebensstil und zur medizinischen Prävention zusammengezählt. Zudem wurde auch das Item „Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen“, das in der vorherigen Untersuchung nicht mitgezählt wurde, hierbei miteinbezogen.

<sup>292</sup> Anmerkung d. Verf.: Da das „Sonstige-Feld“ bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung nicht mitberücksichtigt wurde, ergibt sich hierbei eine Stichprobengröße von 349 ProbandInnen.

**Tabelle 36: Korrelation: zwischen Arzt- und Krankenhausserienkonsum und Gesundheitsvorsorgeverhalten**

| N=371<br>Korrelation |                                   |                         | Gesundheitsvorsorgeverhalten |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Pearson-Korrelation  | Arzt- und Krankenhausserienkonsum | Korrelationskoeffizient | 0,158                        |
|                      |                                   | Sig. (2-seitig)         | 0,002                        |
|                      |                                   | N                       | 371                          |

Wie aus Tabelle 36 ersichtlich wird, besteht hierbei ein schwacher, signifikanter Zusammenhang. Das bedeutet, Menschen, die mehr Arzt- und Krankenhausserien konsumieren, weisen auch ein höheres Gesundheitsvorsorgeverhalten auf. Um zu überprüfen ob die Korrelation auch bestehen bleibt, wenn man die lebensweltliche Relevanz im Sinne von Schütz (z.B. krank zu sein) herausrechnet, wurde eine Partialkorrelation angewandt. Als mögliche Störvariable wird hierbei der Gesundheitszustand der ProbandInnen (ob schwer krank bzw. chronisch krank oder gesund) gesehen.

**Tabelle 37: Partialkorrelation zwischen Gesundheitszustand, Arzt- und Krankenhausserienkonsum und Gesundheitsvorsorgeverhalten**

| Kontrollvariable<br>Partialkorrelation |                                   |                         | Gesundheitsvorsorgeverhalten |
|----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Gesundheitszustand                     | Arzt- und Krankenhausserienkonsum | Korrelationskoeffizient | 0,156                        |
|                                        |                                   | Sig. (2-seitig)         | 0,003                        |
|                                        |                                   | df                      | 360                          |

Wie in Tabelle 37 zu sehen ist, bleibt der Zusammenhang jedoch bestehen. Der Umstand, dass jemand schwer oder chronisch krank ist, nimmt keinen Einfluss auf das Ergebnis.

#### 8.3.4. Lernen aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien

Der letzte Aspekt der noch ausführlich untersucht worden ist, um auch dem Titel der vorliegenden Magisterarbeit „Gut beraten durch Arzt- und Krankenhausserien“ gerecht zu werden, bezieht sich auf den Lerngehalt der in Arzt- und Krankenhausserien vermittelt wird. Dies wurde im Fragebogen mithilfe der Frage: „Sind Sie der Meinung, dass aus Arzt- und Krankenhausserien etwas gelernt werden kann? Bitte geben Sie für jede Aussa-

ge den Grad Ihrer persönlichen Zustimmung an.“ abgefragt. Unter den Aussagen befand sich beispielsweise, ob mithilfe von Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann, „die medizinischen Fachbegriffe des Arztpersonals besser zu verstehen“ oder etwa „die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen“. Deskriptivstatistisch konnte ermittelt werden, dass sich die Zustimmung zum Lerngehalt in Arzt- und Krankenhausserien eher im unteren Bereich auf einer Skala von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 5=„stimme voll und ganz zu“ ansiedelt. Nachdem der Mittelwert bei 2,10 liegt und der Median bereits einen Wert von 1,86 aufweist, muss an dieser Stelle betont werden, dass die Mehrheit der Befragten eher nicht der Meinung sind aus Arzt- und Krankenhausserien etwas lernen zu können.

Im Rahmen eines Mittelwertvergleichs und einem anschließenden T-Test wurde jedoch überprüft, ob sich die Gruppe der VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien von der Gruppe der WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien signifikant unterscheidet.

Wie in Tabelle 38 zu sehen ist, weisen VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien in jedem einzelnen Statement einen höheren Mittelwert auf. Das bedeutet, dass VielseherInnen auch häufiger der Meinung sind, dass aus diesen Serien etwas gelernt werden kann. Hochsignifikant unterscheiden sich die beiden Gruppen in drei von sieben Items. VielseherInnen stimmen häufiger zu, dass aus Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann, die medizinischen Fachbegriffe des Arztpersonals besser zu verstehen. Ebenfalls sind VielseherInnen hochsignifikant häufiger der Meinung, dass aus Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen sowie die unterschiedlichen Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Therapien zu kennen. Das erste und fünfte Item hatte die Autorin bereits im Zuge der Literaturrecherche vermutet. Das Ergebnis in Hinblick auf das zweite Item überrascht jedoch. VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien stimmen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien hochsignifikant häufiger zu, dass aus diesen Serien gelernt werden kann, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen.

**Tabelle 38: Mittelwertvergleich: Lerngehalt nach Viel- und WenigseherInnen**

| N=371                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| <b>Lerngehalt von Arzt- und Krankenhausserien</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>VielseherInnen</b> | <b>WenigseherInnen</b> | <b>T-Test</b> |
| Die medizinischen Fachbegriffe des Arztpersonals besser zu verstehen.                                                                                                                                                                                                            | 3,01                  | 2,42                   | **            |
| Die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen.                                                                                                                                                                                                 | 1,99                  | 1,70                   | **            |
| Zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall „Erste Hilfe“ (z.B. richtige Durchführung der Stabilen Seitenlage) leistet.                                                                                                                                                    | 2,26                  | 2,06                   | n.s.          |
| Zu wissen, wann ein Arzt aufgesucht werden sollte, um sich rechtzeitig untersuchen zu lassen.                                                                                                                                                                                    | 2,25                  | 2,01                   | n.s.          |
| Unterschiedliche Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Therapien zu kennen.                                                                                                                                                                                                   | 2,47                  | 2,09                   | **            |
| Aufgrund von Informationen aus den Serien zu entscheiden, wie man seinen eigenen Gesundheitszustand verbessern könnte.                                                                                                                                                           | 1,90                  | 1,78                   | n.s.          |
| Zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall einen Menschen wiederbelebt.                                                                                                                                                                                                   | 1,93                  | 1,76                   | n.s.          |
| Skala 1=„stimme überhaupt nicht zu“, 5=„stimme voll und ganz zu“;<br>Werte: p <sub>1</sub> =0,00, p <sub>2</sub> =0,00, p <sub>3</sub> =0,12, p <sub>4</sub> =0,07, p <sub>5</sub> =0,00, p <sub>6</sub> =0,25, p <sub>7</sub> =0,15;*p<0,05, **p<0,01, n.s.= nicht signifikant; |                       |                        |               |

## 9. Fazit

Auf die Eingangsdiskussion bezogen, lautet das Fazit der vorliegenden Studie, dass der Konsum von Arzt- und Krankenhausserien Auswirkungen auf das Gesundheits- und Informationsverhalten von ZuseherInnen hat. Auf die konkreten Unterschiede und Zusammenhänge, die sich durch die Überprüfung der Hypothesen ergaben, soll in diesem Kapitel noch einmal näher eingegangen werden.

Insgesamt konnten von den vierzehn vor der Studie generierten Hypothesen sieben durch signifikante Ergebnisse bestätigt werden. Bei zwei Hypothesen kann lediglich ein Trend interpretiert werden und bei den restlichen fünf Hypothesen gelten drei als zum Teil verifiziert bzw. falsifiziert und lediglich zwei Hypothesen konnten im Zuge der Auswertung komplett widerlegt werden. Nicht bestätigt werden konnte, dass Arzt- und Krankenhausserien VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen ängstlicher sind und Blunter im Vergleich zu Monitorer Arzt- und Krankenhausserien mehrheitlich aufgrund von emotionalen Sehmotiven (z.B. zur Entspannung oder um Probleme vergessen zu können) konsumieren. Zum Teil verifiziert bzw. falsifiziert werden konnte, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien keinen gesünderen Lebensstil aufweisen. Das Resultat überrascht sehr, weil im Zuge der Literaturrecherche vermutet wurde, dass das zutrifft. Ebenso zum Teil falsifiziert werden konnte, dass jüngere VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu älteren WenigseherInnen soziale Medien häufiger als Informationsquelle von Gesundheitsangelegenheiten nutzen. Während bei der Nutzung des Internets und den Internetforen signifikant hervorgeht, dass diese von jüngeren VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu älteren WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien mehr genutzt werden, konnte bei den sozialen Medien hingegen überhaupt kein Unterschied festgestellt werden. Umso überraschender ist das Ergebnis, dass die älteren VielseherInnen (Personen ab 27 Jahren) im Vergleich zu allen anderen drei Gruppen (Jüngere VielseherInnen, Jüngere WenigseherInnen, Ältere WenigseherInnen) am häufigsten die sozialen Medien zur Recherche in Gesundheitsangelegenheiten verwenden.

Dabei zeigt sich auch zugleich, dass sich das gesundheitsbezogene Informationsverhalten innerhalb der Gesellschaft deutlich verändert hat. Die meist genutzte Quelle, um sich über

Gesundheitsthemen zu informieren, ist innerhalb dieser Untersuchung das Internet. Die Ärztin bzw. der Arzt des Vertrauens, die/der in der Literatur als Nummer eins hervorgeht, nimmt hierbei nur noch den zweiten Platz ein. Die klassischen Medien Fernsehen und Radio, bilden, gemeinsam mit den sozialen Medien, überraschenderweise sogar die Schlusslichter in dieser Untersuchung.

Auch wenn sich das Angebot an Arzt- und Krankenhausserien in den letzten Jahren massiv verringert hat und sich dies auch im Konsum der angegebenen Arzt- und Krankenhausserien widerspiegelt, ist das TV-Genre dennoch für RezipientInnen ein sehr interessantes geblieben. Eine passende Hypothese hierzu konnte das auch klar bestätigen. Arzt- und Krankenhausserien VielseherInnen interessieren sich nicht nur tendenziell mehr für Gesundheitsthemen im Vergleich zu Arzt- und Krankenhausserien WenigseherInnen, sondern schätzen diese Serien auch signifikant häufiger als glaubwürdig ein. In Hinblick auf den medizinischen Informationsgehalt dieser Serien sind VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen signifikant häufiger der Meinung, dass solche Serien medizinische Informationen vermitteln. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang konnte hinsichtlich der weiterführenden Informationssuche festgestellt werden. Diejenigen, die einen hohen Arzt- und Krankenhausserienkonsum aufweisen, suchen auch vermehrt nach Rezeption einer Serie, nach weiterführenden Informationen. Kein signifikanter Zusammenhang konnte jedoch zwischen der Bildung und der weiterführenden Informationssuche festgestellt werden. Als eine mögliche Begründung hierfür kann die Überrepräsentation von AkademikerInnen in der Stichprobe gesehen werden.

Ob Arzt- und Krankenhausserien bei der Informationsversorgung zu Gesundheitsthemen eine Rolle spielen bzw. sie uns in Gesundheitsangelegenheiten gut beraten, lässt sich im Zuge des Lerngehaltes dieser Serien ablesen. Die ProbandInnen gaben mehrheitlich an, durch Arzt- und Krankenhausserien zu lernen, die medizinischen Fachbegriffe besser zu verstehen, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmethoden zu beurteilen zu können und aufgrund der Serien unterschiedliche Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Therapien zu kennen. In allen diesen drei Punkten lassen sich auch hochsignifikante Unterschiede zwischen Viel- und WenigseherInnen feststellen. Dass die medizinischen Fachbegriffe durch den Konsum von Arzt- und Krankenhausserien besser verstanden werden, deckt sich auch mit der Erkenntnis aus der Literaturrecherche.

Was nicht aus Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann, ist zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall einen Menschen wiederbelebt oder aufgrund von Informationen aus den Serien zu entscheiden, wie man seinen eigenen Gesundheitszustand verbessern könnte. Hierbei sind sich die Viel- und WenigseherInnen einig und weisen keine signifikanten Unterschiede auf. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass das Ergebnis nicht überbewertet werden darf, da größtenteils die teilnehmenden Befragten angaben, überhaupt nicht bzw. eher nicht der Meinung zu sein aus Arzt- und Krankenhausserien etwas lernen zu können.

Eine weitere Hypothese die sich bestätigen ließ, war jene, die feststellen sollte, ob jüngere Personen häufiger amerikanische Arzt- und Krankenhausserien nutzen. Die Bevorzugung der deutschen Arzt- und Krankenhausserien von älteren Personen konnte jedoch strenggenommen nicht eruiert werden. An dieser Stelle sei jedoch noch einmal hervorgehoben, dass zu den älteren Personen bereits ProbandInnen ab 27 Jahren zählten.

Ferner konnte noch im Zuge der Erhebung festgestellt werden, dass der eigene Gesundheitszustand Einfluss auf die Nutzung von Arzt- und Krankenhausserien nimmt. Es konnte bestätigt werden, dass Menschen, die häufig krank werden, die Disposition aufweisen, Arzt- und Krankenhausserien öfter zu rezipieren. Zudem weisen Menschen mit einem hohen Arzt- und Krankenhausserienkonsum ein hohes Gesundheitsvorsorgeverhalten auf.

Nachdem die Stichprobe von 371 Personen nicht repräsentativ gezogen wurde, dürfen die Ergebnisse lediglich als Tendenzen und nicht als allgemeingültige Aussagen verstanden werden. Um die Fragen eindeutig beantworten zu können, bedarf es demnach weiterer Untersuchungen. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass sich viele Zusammenhänge und Unterschiede im Gesundheits- und Informationsverhalten von RezipientInnen aufgrund von Arzt- und Krankenhausserien feststellen ließen.

## 10. Literaturverzeichnis

### 10.1. Print

Atkin, Charles (1973): Instrumental Utilities and Information Seeking. In: Clarke, Peter (Hrsg.): New Models for Mass Communication Research. Beverly Hills/ London: Sage Publications Inc.

Baumann, Eva/ Hastall, Matthias R./ Rossmann Constanze/ Sowka Alexandra (2014): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Beck, Klaus (2015): Kommunikationswissenschaft. 4., überarbeitete Auflage. München und Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Biewendt, Thomas (2008): Information und Unterhaltung im Fernsehen. Begriffserklärung, Problemfelder, Methoden. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Bommert, Hanko/Dirksmeier, Christel/ Kleyböcker, Ralf (2000): Differentielle Medienrezeption. Münster: Lit Verlag.

Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas N. (2015): Medienwirkungsforschung. 5., überarbeitete Auflage. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft.

Bosshart, Louis (1979): Dynamik der Fernseh-Unterhaltung. Eine kommunikationswissenschaftliche Analyse und Synthese. Freiburg: Universitätsverlag Freiburg Schweiz.

Brosius, Hans-Bernd/ Koschel, Friederike/ Haas, Alexander (2009): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. 5.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

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

Dehm, Ursula (1984): Fernsehunterhaltung. Zeitvertreib, Flucht oder Zwang? Eine sozialpsychologische Studie zum Fernsehüberleben. Mainz: v. Hase & Koehler Verlag.

Dehm, Ursula/ Storll, Dieter (2003): TV-Erlebnisfaktoren. Ein ganzheitlicher Forschungsansatz zur Rezeption unterhaltender und informierender Fernsehangebote. In: Media Perspektiven, Heft 9.

Dervin, Brenda (1989): Audience as Listener and Learner, Teacher and Confidante: The Sense-Making Approach. In: Rice, Ronald E./ Atkin, Charles K. (Hrsg.): Public Communication Campaigns. Second Edition. California/London/New Dehli: Sage Publications, Inc.

Duden (2007): Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. 4., neu bearbeitete Auflage. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.

Field, Andy (2013): Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 4th Edition. London/California/New Dehli/ Singapur: Sage Publications Ltd.

Fromm, Bettina/ Baumann, Eva (2010): Dumm und krank oder schlau und gesund durch die Flimmerkiste?. In: Public Health Forum, 18. Jg., Heft 68.

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

Früh, Werner (2002): Unterhaltung durch Fernsehen. Eine molare Theorie. Unter Mitarbeit von Anne-Katrin Schulze und Carsten Wunsch. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Gassmann, Christoph/ Vorderer Peter/ Wirth, Werner (2003): Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende-Bereitschaft. In: Medien & Kommunikationswissenschaft. 51. Jg., Heft 3-4.

Grimm, Jürgen (1999): Fernsehgewalt. Zuwendungsattraktivität – Erregungsverläufe – Sozialer Effekt. Zur Begründung und praktischen Anwendung eines kognitiv-physiologischen Ansatzes der Medienrezeptionsforschung am Beispiel von Gewaltdarstellungen. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Grimm, Jürgen (2006): Super Nannys. Ein TV-Format und sein Publikum. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Grimm, Jürgen (2014): Informationsmischung und Narration: Ein Modell zur Erklärung von Entertainment-Education-Effekten. In: Baumann, Eva/ Hastall, Matthias R./ Rossmann Constanze/ Sowka Alexandra (Hrsg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations-und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Härle, Monika (2001): Fernsehen- das Leitmedium der Gesundheitskommunikation? In: Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Hasebrink, Uwe (2003): Nutzungsforschung. In: Bentele, Günter/ Brosius, Hans-Bernd/ Jarren, Otfried (Hrsg.): Öffentliche Kommunikation. Handbuch Kommunikations-und Medienwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation- eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/ Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation: vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage. München/Weinheim: Juventa Verlag.

Hurth, Elisabeth (2008): Mythos Arzt?. Berlin: Driesen-Verlag.

Kaase, Max/ Schulz, Winfried (Hrsg.): Massenkommunikation - Theorien, Methoden, Befunde. Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie, Sonderheft 30. Opladen.

Kahnwald, Nina/ Köhler, Thomas (2009): Die Sifa-Langzeitstudie: Design und Umsetzung einer Online-Erhebung zur Tätigkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klier, Andreas (2005): Validierung eines Messinstrumentes zur Bestimmung von Informationsverhalten – die Miller Behavioral Style Scale. Konstanz: Diplomarbeit.

Klöppel, Moritz (2008): Infotainment. Zwischen Bildungsanspruch und Publikumserwartung- Wie unterhaltsam darf Information sein?. Marburg: Tectum Verlag.

Krallmann, Dieter/ Ziemann, Andreas (2001): Grundkurs Kommunikationswissenschaft. Mit einem Hypertext-Vertiefungsprogramm im Internet. München: Wilhelm Fink Verlag.

Krohne, Heinz W. (1996): Angst und Angstbewältigung. Berlin, Köln, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Lampert, Claudia (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 51. Jg., Heft 3-4.

Lampert, Claudia (2010): Entertainment-Education als Strategie für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum, 18. Jg., Heft 68.

Langer, Mario (2007): Fernseh motive und Psychosoziale Dispositionen. Empirische Befunde zur Zuwendungsattraktivität informierender und unterhaltender Genres. Wien: Diplomarbeit.

Morschitzky, Hans/ Hartl, Thomas (2012): Die Angst vor Krankheit verstehen und überwinden. Ostfildern: Patmos Verlag.

Morschitzky, Hans (2009): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. New York/Wien: Springer Verlag.

Neverla, Irene/ Mascha, Brichta/ Kamp, Hanns-Christian/ Lüdecke, Dieter K. (2007): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. In: Rössler, Patrick (Hrsg.): Medien und Gesundheit. Band 2. München: Verlag Reinhard Fischer.

Pötschke, Manuela (2009): Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In: Jakob, Nikolaus/ Schoen, Harald/ Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Rossmann, Constanze (2002): Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien. In: Brosius, Hans-Bernd (Hrsg.): Angewandte Medienforschung. Schriftenreihe des Medien Instituts Ludwigshafen. München: Verlag Reinhard Fischer.

Rossmann, Constanze (2003): Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten. Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 51. Jg., Heft 3-4.

Rossmann, Constanze/ Hastall, Matthias R./ Baumann, Eva (2014): Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag.

Schäfer, Jürgen R. (2012): Housemedizin. Die Diagnosen von »Dr. House«. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.

Schenk, Michael (2002): Medienwirkungsforschung. 2., vollständige überarbeitete Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schiavo, Renata (2007): Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass.

Schlütz, Daniela/ Schneider, Beate (2014): Does cultural capital compensate for cultural discount? Why German students prefer US-American TV series. In: Marinescu, Valentina/ Branea, Silvia/ Mitu, Bianca (Hrsg.): Critical reflections on audience and narrativity. New connections, new perspectives. Stuttgart: Ibidem-Verlag.

Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Schweiger, Wolfgang (2007): Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sicking, Peter (2000): Leben ohne Fernsehen. Eine qualitative Nichtfernseherstudie. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Singhal, Arvind/ Cody, Michael J./ Rogers, Everett M./ Sabido, Miguel (2004): Entertainment- Education and Social Change. History, Research, and Practice. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Steckelberg, Anke/ Albrecht, Martina (2014): Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Hurrelmann, Klaus/ Baumann, Eva (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber Verlag.

Tuffs, Annette (2009): Mehr Angst vor der OP, unzufriedener mit der Visite. In: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 1-2.

Vitouch, Peter (2000): Fernsehen und Angstbewältigung. Zur Typologie des Zuschauerhaltens. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Wahrig-Burfeind, Renate (2007): Fremdwörterlexikon. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Witzel, K./ Kaminski, C./ Struve, G./ Koch, H.J. (2008): Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. In: NeuroGeriatric, 2. Jg., Heft 5.

## **10.2. Online**

Baumann, Eva/ Czerwinski, Fabian (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, Jan/Braun, Bernard/ Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Online abrufbar unter:  
[http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx\\_itaoarticles/201503-Beitrag.pdf](http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201503-Beitrag.pdf) [06.10.2015, 12:35]

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung) [25.01.2015, 17:57]

Fernsehserien.de (2015): Bettys Diagnose. In: <http://www.fernsehserien.de/bettys-diagnose> [16.10.2015, 20:25]

Fernsehserien.de (2015a): In aller Freundschaft - Die jungen Ärzte. In: <http://www.fernsehserien.de/in-aller-freundschaft-die-jungen-aerzte> [16.10.2015, 20:30]

Fernsehserien.de (2015b): Der Bergdoktor. In: <http://www.fernsehserien.de/der-bergdoktor> [16.10.2015, 20:33]

Fernsehserien.de (2015c): Doctor's Diary - Männer sind die beste Medizin. In: <http://www.fernsehserien.de/doctors-diary-maenner-sind-die-beste-medizin> [16.10.2015, 20:45]

Fernsehserien.de (2015d): Dr. House. In: <http://www.fernsehserien.de/dr-house> [17.10.2015, 11:30]

Fernsehserien.de (2015e): Scrubs - die Anfänger. In: <http://www.fernsehserien.de/scrubs> [19.10.2015, 10:21]

Fernsehserien.de (2015f): Private Practice. In: <http://www.fernsehserien.de/private-practice> [19.10.2015, 10:33]

Fernsehserien.de (2015g): Emergency Room - Die Notaufnahme. In: <http://www.fernsehserien.de/emergency-room> [19.10.2015, 11:15]

GfK Verein (2014): Trusts in Professions 2014. Online abrufbar unter: [http://www.gfk.com/Documents/Press-Releases/2014/GfK\\_Trust%20in%20Professions\\_e.pdf](http://www.gfk.com/Documents/Press-Releases/2014/GfK_Trust%20in%20Professions_e.pdf) [17.09.2015, 13:44]

Grimm, Jürgen (2001): Irritation und Orientierung. Empirische Befunde zur Wirkung von Daily Talks. Online abrufbar unter: [http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112\\_2.pdf](http://homepage.univie.ac.at/gabriele.tatzl/forschung/TalkshowHandout010112_2.pdf) [13.10.2015, 12:55]

Grimm, Jürgen (2015): Unterhaltung ist Information! Edutainment im Spannungsfeld von Vergnügen und Belehrung. In: ORF (Hrsg.): Texte 15. Öffentlich-rechtliche Qualität im Diskurs. Online abrufbar unter:

<http://zukunft.orf.at/rte/upload/download/15i0010.pdf> [29.10.2015, 22:49]

Hartl, Thomas (2012): Hypochondrie: Krankheitsangst und wie man sie überwindet. In: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/portal/forumgesundheitsportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.688999> [15.10.2015, 14:23]

Hoffmann, Sandra (2010): Wie TV-Serien das Arztimage beeinflussen. In: <https://www.thieme.de/viamedici/hippocampus-das-ist-witzig-1647/a/aerzteserien-5268.htm> [16.10.2015, 21:30]

Junklewitz, Christian (2010): Studie: Nutzung und Bewertung US-amerikanischer Serien. Ergebnis einer Umfrage des IJK Hannover 2010. In: <http://www.serienjunkies.com/news/studie-nutzung-28303.html> [16.10.2015, 11:46]

Junklewitz, Christian (2011): Frauen schauen mehr Serien. In: <http://www.serienjunkies.com/news/frauen-schauen-serien-36784.html> [16.10.2015, 11:47]

Kalteis, Fritz (2014): Herz und Schmerz – TV-Ärzte. In: <http://www.forumgesundheits.at/portal27/portal/forumgesundheitsportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.690191> [29.01.2015, 11:53]

Kretschmer, Julia/ Weidlich, Sven (2015): Wie Arztserien Patienten verwirren. In: <http://www.fnp.de/nachrichten/panorama/Wie-Arztserien-Patienten-verwirren;art685,1388683> [02.07.2015, 15:30]

Obermüller, Eva (2014): Hypochondrie, eine echte Krankheit. In: <http://science.orf.at/stories/1744305/> [07.02.2015, 12:52]

ORF Medienforschung (2006): Publikumsratsstudie 2006-Gesundheit in den ORF-Medien. In: [http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien\\_gesundheit.htm](http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien_gesundheit.htm) [12.01.2015, 12:35]

Pelikan, Jürgen/ Röthlin, Florian/ Ganahl, Kristin (2012): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe. Wien: Vortragsreihe des LBIHPR. Online abrufbar unter:

[http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe\\_GM/Vortragsunterlagen/jour\\_fixe2011\\_pelikanroethlin.pdf](http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe_GM/Vortragsunterlagen/jour_fixe2011_pelikanroethlin.pdf) [08.11.2015, 16:56]

Pelikan, Jürgen/ Ganahl, Kristin/ Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. In:

<https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.576364&action=b&cacheability=PAGE> [15.10.2015, 14:06]

Römer, Anke (2008): Arztserien fördern die Angst vor Krankheiten. In:

<http://www.psychologie->

[heute.de/archiv/detailansicht/news/arztserien\\_foerdern\\_die\\_angst\\_vor\\_krankheiten/](http://www.psychologie-heute.de/archiv/detailansicht/news/arztserien_foerdern_die_angst_vor_krankheiten/)

[07.10.2015, 23:19]

Schweitzer, Jan (2011): Realistische Arztserien. Doktor spielen. In:

<http://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/03/Aerzte-am-Filmset> [02.07.2015, 15:30]

Serienjunkies.com (2015): Saving Hope. Arzt im Koma sieht Geister. In:

<http://www.serienjunkies.de/saving-hope/> [19.10.2015, 11:23]

Sørensen, Kristine (2013): HLS EU Gesundheitskompetenz. In:

<https://www.youtube.com/watch?v=xlxGiI-bnmg> [16.09.2015, 14:08]

Statistik Austria (2015): IKT-Einsatz in Haushalten 2014. In:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/energie\\_umwelt\\_innovation\\_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html) [6.10.2015, 19:33]

Steinmaßl-Wirrer, Monika (2009): Gesundheitsbewusstsein der Österreicher auf dem Prüfstand. In: <http://www.springermedizin.at/artikel/2623-gesundheitsbewusstsein-der-oesterreicher-auf-dem-pruefstand> [04.05.2015, 20:29]

Uhlmann, Berit (2010): Machen Arztserien krank?. In:

<http://www.sueddeutsche.de/wissen/frage-der-woche-machen-arztserien-krank-1.407981>

[01.02.2015; 12:15]

Wendel, Martin (2014): Netflix, Amazon und Co: Streaming-Angebote in Österreich im Überblick. In: <http://derstandard.at/2000008512517/Vom-Medien-Albanien-zum-Netflix-Land-Video-on-Demand-Oesterreich> [22.10.2015, 23:29]

Witte, Felicitas (2010): US-Arztserien im Reality-Check. In: <http://derstandard.at/1271377683381/US-Arztserien-im-Reality-Check> [25.01.2015, 12:45]

Zoidl, Franziska (2014): Eine Abrechnung mit Dr. House. In: <http://derstandard.at/2000001546498/Eine-Abrechnung-mit-Dr-House> [04.05.2015, 12:53]

## **11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

### **11.1. Abbildungsverzeichnis**

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abbildung 1: Ebenen der Health Literacy .....                                    | 13  |
| Abbildung 2: Subdimensionen der Gesundheitskompetenz .....                       | 15  |
| Abbildung 3: Gesundheitskompetenz-Index.....                                     | 16  |
| Abbildung 4: Gegenstandsbereich der Nutzungsforschung.....                       | 18  |
| Abbildung 5: Grundelemente des U&G-Ansatzes.....                                 | 20  |
| Abbildung 6: Handlungstheoretischer Nutzenansatz.....                            | 23  |
| Abbildung 7: Erwartungs- und Bewertungs-Ansatz nach Palmgreen .....              | 28  |
| Abbildung 8: Prozessmodell der aktiven Informationssuche .....                   | 30  |
| Abbildung 9: Sense-Making-Ansatz.....                                            | 31  |
| Abbildung 10: Das Konzept von Repression- Sensitization nach Krohne .....        | 71  |
| Abbildung 11: Informationsquellen.....                                           | 104 |
| Abbildung 12: Grafische Darstellung des Arzt- und Krankenhausserienkonsums ..... | 106 |

### **11.2. Tabellenverzeichnis**

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 1: Häufigkeitstabelle: Geschlecht .....                                       | 97  |
| Tabelle 2: Häufigkeitstabelle: Altersgruppen .....                                    | 97  |
| Tabelle 3: Häufigkeitstabelle: Nationalität .....                                     | 98  |
| Tabelle 4: Häufigkeitstabelle: Bildung .....                                          | 98  |
| Tabelle 5: Häufigkeitstabelle: Beruf.....                                             | 99  |
| Tabelle 6: Häufigkeitstabelle: Medizinische Tätigkeit.....                            | 100 |
| Tabelle 7: Häufigkeitstabelle: Einschätzung der Wichtigkeit der eigenen Gesundheit... | 101 |

|                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 8: Häufigkeitstabelle: Selbsteinschätzung des Gesundheitsbewusstseins .....                                                       | 102 |
| Tabelle 9: Häufigkeitstabelle: Anzahl der Erkrankungen pro Jahr.....                                                                      | 102 |
| Tabelle 10: Häufigkeitstabelle: Anzahl der Arztbesuche pro Jahr .....                                                                     | 103 |
| Tabelle 11: Häufigkeitstabelle: Chronische Erkrankung .....                                                                               | 103 |
| Tabelle 12: Häufigkeitstabelle: Viel- und WenigseherInnen.....                                                                            | 105 |
| Tabelle 13: Korrelation zwischen Gesundheitsinteresse und Arzt- und<br>Krankenhausserienkonsum .....                                      | 107 |
| Tabelle 14: Partialkorrelation zwischen Selbsteinschätzung Kranksein,<br>Gesundheitsinteresse und Arzt- und Krankenhausserienkonsum ..... | 108 |
| Tabelle 15: Partialkorrelation zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsinteresse und<br>Arzt- und Krankenhausserien .....                 | 108 |
| Tabelle 16: Korrelation zwischen Arzt- und Krankenhausserienkonsum und<br>weiterführender Informationssuche .....                         | 109 |
| Tabelle 17: Korrelation zwischen durchschnittlich pro Jahr krank und Arzt- und<br>Krankenhausserienkonsum .....                           | 110 |
| Tabelle 18: Korrelation zwischen Arztbesuche pro Jahr und Arzt- und<br>Krankenhausserienkonsum .....                                      | 111 |
| Tabelle 19: Korrelation zwischen Alter und amerikanischem Arzt- und<br>Krankenhausserienkonsum .....                                      | 112 |
| Tabelle 20: Korrelation zwischen Alter und deutschem Arzt- und<br>Krankenhausserienkonsum .....                                           | 113 |
| Tabelle 21: Häufigkeitstabelle: Monitorer und Blunter .....                                                                               | 113 |
| Tabelle 22: Mittelwertvergleich: Kognitive Motive nach Monitorer und Blunter .....                                                        | 114 |
| Tabelle 23: Mittelwertvergleich: Emotionale Motive nach Blunter und Monitorer .....                                                       | 115 |
| Tabelle 24: Mittelwertvergleich: Gesundheitsvorsorge nach Viel- und Wenig-seherInnen<br>.....                                             | 116 |
| Tabelle 25: Mittelwertvergleich: Ängstlichkeit nach Viel- und WenigseherInnen .....                                                       | 117 |

|                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 26: Mittelwertvergleich: Informationsinteresse nach Viel- und WenigseherInnen .....                                         | 118 |
| Tabelle 27: Kreuztabelle: Jüngere und ältere ProbandInnen nach Viel- und WenigseherInnen .....                                      | 119 |
| Tabelle 28: Mittelwertvergleich: Internet nach jüngeren VielseherInnen und älteren WenigseherInnen .....                            | 120 |
| Tabelle 29: Mittelwertvergleich: Glaubwürdigkeit nach Viel- und WenigseherInnen ...                                                 | 121 |
| Tabelle 30: Kreuztabelle: Medizinische Informationen in Arzt- und Krankenhausserien nach Viel- und WenigseherInnen.....             | 122 |
| Tabelle 31: Mittelwerte: Medizinische Informationen in Arzt- und Krankenhausserien                                                  | 123 |
| Tabelle 32: Mittelwertvergleich: Allgemeine Fernsehnutzungsmotive nach Viel- und WenigseherInnen .....                              | 124 |
| Tabelle 33: Mittelwertvergleich: Spezielle Fernsehnutzungsmotive nach Viel- und WenigseherInnen .....                               | 124 |
| Tabelle 34: Mittelwerte: Nutzungsmotive von Arzt- und Krankenhausserien nach Viel- und WenigseherInnen .....                        | 126 |
| Tabelle 35: Korrelation: zwischen Bildung und weiterführender Informationssuche.....                                                | 127 |
| Tabelle 36: Korrelation: zwischen Arzt- und Krankenhausserienkonsum und Gesundheitsvorsorgeverhalten .....                          | 128 |
| Tabelle 37: Partialkorrelation zwischen Gesundheitszustand, Arzt- und Krankenhausserienkonsum und Gesundheitsvorsorgeverhalten..... | 128 |
| Tabelle 38: Mittelwertvergleich: Lerngehalt nach Viel- und WenigseherInnen .....                                                    | 130 |

## 12. Anhang

### 12.1. Online- Fragebogen

Liebe TeilnehmerInnen!

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft an meiner Umfrage zum Thema "Gesundheitsverhalten & Arzt- und Krankenhausserien" teilzunehmen. Diese Befragung ist Teil meiner Magisterarbeit in der Studienrichtung Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. Die Beantwortung der Fragen wird rund 15 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Angaben werden selbstverständlich anonymisiert erhoben und vertraulich behandelt. Sollten Sie Interesse an einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse haben, senden Sie mir bitte ein Email an [vera.haschkovitz@gmx.at](mailto:vera.haschkovitz@gmx.at)!

#### 1) Wie wichtig ist Ihnen Ihre eigene Gesundheit?

Bei "gar nicht wichtig" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr wichtig" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

gar nicht wichtig

sehr wichtig

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

#### 2) Würden Sie sich selbst als gesundheitsbewusst einschätzen?

Bei "gar nicht gesundheitsbewusst" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr gesundheitsbewusst" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

gar nicht gesundheitsbewusst

sehr gesundheitsbewusst

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**3) Würden Sie sich als jemand bezeichnen der häufig krank wird?**

**Ich werde ... krank.**

Bei "nie" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr häufig" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nie                      |                          |                          |                          |                          | sehr häufig              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4) Wie oft erkranken Sie durchschnittlich in einem Jahr?**

Wenn Sie sich nicht ganz sicher sind, antworten Sie bitte einfach aus dem Bauch heraus.

- ☐ nie
- ☐ 1-3 Mal
- ☐ 4-6 Mal
- ☐ 7-9 Mal
- ☐ häufiger

**5) Wie oft gehen Sie durchschnittlich in einem Jahr zum Arzt?**

Wenn Sie sich nicht ganz sicher sind, antworten Sie bitte einfach aus dem Bauch heraus.

- ☐ nie
- ☐ 1-3 Mal
- ☐ 4-6 Mal
- ☐ 7-9 Mal
- ☐ häufiger

**6) Wie sehr sind Sie an Informationen zu Krankheiten interessiert?**

Bei "gar nicht interessiert" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr interessiert" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht interessiert   |                          |                          |                          |                          | sehr interessiert        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7) Wie sehr sind Sie an Informationen zu einer gesunden Lebensweise interessiert?**

Bei "gar nicht interessiert" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr interessiert" ganz rechts an.  
Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

gar nicht interessiert

sehr interessiert

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**8) Wie sehr sind Sie an Informationen zur Gesundheitsvorsorge interessiert?**

Bei "gar nicht interessiert" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr interessiert" ganz rechts an.  
Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

gar nicht interessiert

sehr interessiert

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

**9) Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie bitte an, wie sehr Sie diesen zustimmen.**

Bei „stimme überhaupt nicht zu“ kreuzen Sie ganz links, bei „stimme voll und ganz zu“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich stimme ... zu.                                                  | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich achte auf gesunde Ernährung.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich betreibe Sport.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10) Ist Ihr derzeitiger Gesundheitszustand durch eine schwere oder chronische Erkrankung beeinträchtigt?**

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Keine Angabe

**11) Ist der Gesundheitszustand eines/r nahen Angehörigen derzeit durch eine schwere oder chronische Erkrankung beeinträchtigt?**

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Keine Angabe

**12) Welche Informationsquellen nutzen Sie im Hinblick auf das Thema Gesundheit generell?**

Bei „nie“ kreuzen Sie ganz links, bei „sehr häufig“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich nutze ...                                           | nie                      |                          |                          |                          | sehr häufig              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fernsehen                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radio                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medizinische Fachzeitschriften                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bücher                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Internet                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Internetforen (wie z.B. netdoktor.at, gesundheit.gv.at) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soziale Medien (wie z.B. Facebook, Twitter)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arzt/Ärztin des Vertrauens                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apotheker/In des Vertrauens                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familien-/Freundeskreis                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13) Wie viel Zeit wenden Sie durchschnittlich pro Tag für Fernsehen auf?**

Berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort bitte auch das **Fernsehen via Internet** oder via **Video on Demand Anbieter** (wie z.B. Netflix, Amazon Prime Instant Video, Sky Go, Maxdome).

- ☐ weniger als 1 Stunde
- ☐ 2-4 Stunden
- ☐ 4-6 Stunden
- ☐ 6-8 Stunden
- ☐ mehr als 8 Stunden

**14) Man kann aus den unterschiedlichsten Gründen fernsehen. Hier ist eine Auswahl von allgemeinen Fernsehmotiven.**

Bei „stimme überhaupt nicht zu“ kreuzen Sie ganz links, bei „stimme voll und ganz zu“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich sehe fern ...                                                           | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weil es eine Gewohnheit ist.                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| um mich abzulenken.                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich dabei etwas über Dinge erfahre, die für mich wichtig sein könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich Menschen aus dem Fernsehen sympathisch finde.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15) Hier ist eine Liste von Arzt- und Krankenhausserien, die derzeit im österreichischen Kabel- bzw. Satellitenfernsehen laufen. Bitte geben Sie an, wie oft Sie diese Serien gesehen haben.**

Sollte Ihre Lieblingsarzt-oder krankenhauserie hier nicht aufgelistet sein, tragen Sie diese bitte im „Sonstiges“- Feld ein!

| Ich sehe...                                   | nie                      | selten                   | gelegentlich             | oft                      | (fast) immer             |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bettys Diagnose                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In aller Freundschaft- die jungen Ärzte       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grey's Anatomy                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. House                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scrubs- die Anfänger                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Private Practice                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emergency Room- die Notaufnahme               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saving Hope                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Bergdoktor                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doctor's Diary- Männer sind die beste Medizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Serie und zwar:                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**16) Hier ist eine Auswahl von Nutzungsgründen speziell für Arzt- und Krankenhausserien. Bitte geben Sie bei jeder Aussage den Grad Ihrer persönlichen Zustimmung an.**

Bei „stimme überhaupt nicht zu“ kreuzen Sie ganz links, bei „stimme voll und ganz zu“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich sehe Arzt- und Krankenhausserien,...                             | überhaupt nicht          |                          |                          |                          | voll und ganz            |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| um abzuschalten.                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil man Dinge sehen kann, die man sonst nicht sieht.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| um mich zu unterhalten.                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil da Menschen wie du und ich gezeigt werden.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich sehen will, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| um etwas zu erleben, dass mir mein Alltag nicht bietet.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ich sehe Arzt- und Krankenhausserien,...                                    | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weil ich dabei etwas über Dinge erfahre, die für mich wichtig sein könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich dabei kurzzeitig meine Probleme vergessen kann.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich es mir gerne mit meinen Freunden gemeinsam ansehe.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil man sich über die einzelnen Charaktere so schön aufregen kann.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich etwas Spannendes erleben möchte.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil mich die medizinischen Inhalte interessieren.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ich sehe Arzt- und Krankenhausserien,...                                                                 | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weil die geschilderten Probleme, Situationen und Krankengeschichten direkt aus dem Leben gegriffen sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich dabei etwas über die Behandlungsmöglichkeiten lernen will.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil die vorkommenden Charaktere richtig toll finde.                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| um in eine andere Stimmung zu kommen.                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| um zu erfahren, wie man mit seinen Gefühlen und inneren Konflikten besser umgehen kann.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln.                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17) Sind die von Ihnen gesehenen Arzt- und Krankenhausserien Ihrer Meinung nach glaubwürdig? Bitte geben Sie den Grad Ihrer persönlichen Zustimmung an. Sollten Sie zuvor eine "Sonstige Serie" eingetragen haben, bewerten Sie diese bitte auch hier.**

Bei "gar nicht glaubwürdig" kreuzen Sie ganz links, bei "sehr glaubwürdig" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

|                                                | nicht glaub-<br>würdig   |                          |                          |                          | sehr glaub-<br>würdig    |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bettys Diagnose                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In aller Freundschaft – die jungen Ärzte       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grey's Anatomy                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. House                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scrubs – die Anfänger                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Private Practice                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emergency Room – Die Notaufnahme               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Bergdoktor                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saving Hope                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doctor's Diary – Männer sind die beste Medizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Serie und zwar:                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18) Vermitteln Arzt- und Krankenhausserien, Ihrer Meinung nach, medizinische Informationen?**

- ☐ Ja  
☐ Nein

**19) FILTER (Wenn bei Frage 18 „Ja“ angekreuzt wurde): Sie sind der Meinung, dass Arzt- und Krankenhausserien medizinische Informationen vermitteln. Auf welche der von Ihnen gesehenen Serien trifft das Ihrer Meinung nach besonders zu? Sollten Sie zuvor eine "Sonstige Serie" eingetragen haben, bewerten Sie diese bitte auch hier.**

Bei "trifft nicht zu" kreuzen Sie ganz links, bei "trifft sehr zu" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Es trifft .... zu                              | trifft nicht zu          |                          |                          |                          | trifft zu                |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bettys Diagnose                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Bergdoktor                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grey's Anatomy                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In aller Freundschaft – die jungen Ärzte       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dr. House                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emergency Room – Die Notaufnahme               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saving Hope                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scrubs – die Anfänger                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Private Practice                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doctor's Diary – Männer sind die beste Medizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Serie und zwar:                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20) Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?**

| Ich habe im Anschluss ...                                                                                                                              | trifft nicht zu          | trifft zu                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe im Anschluss an eine Arzt-oder Krankenhausserie schon ein- oder mehrere Male im Internet nach weiterführenden Informationen gesucht.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe im Anschluss an eine Arzt-oder Krankenhausserie schon ein- oder mehrere Male den Arzt meines Vertrauens aufgesucht.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe im Anschluss an eine Arzt-oder Krankenhausserie schon ein- oder mehrere Male den Apotheker meines Vertrauens aufgesucht.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe mich im Anschluss an eine Arzt-oder Krankenhausserie schon ein- oder mehrere Male in meinem Freundes-oder Familienkreis darüber ausgetauscht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21) FILTER (Wenn bei Frage 15 alle Sendungen mit „nie“ angekreuzt wurden):**  
**Weshalb sehen Sie keiner dieser Serien? Bitte geben Sie bei jeder Aussage den Grad Ihrer persönlichen Zustimmung an.**

Bei „stimme überhaupt nicht zu“ kreuzen Sie ganz links, bei „stimme voll und ganz zu“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich sehe Arzt- und Krankenhausserien <u>nicht</u> ,...       | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weil ich mich nicht mit den Charakteren identifizieren kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil ich mich nicht für medizinische Inhalte interessiere.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil sie langweilig sind.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil die Serien eine heile Welt vortäuschen.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil solche Probleme in meinem Leben keine Rolle spielen.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil mir Krankengeschichten unangenehm sind.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| weil sie den ZuseherInnen schaden können.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**22) Sind Sie der Meinung, dass aus Arzt- und Krankenhausserien etwas gelernt werden kann? Bitte geben Sie für jede Aussage den Grad Ihrer persönlichen Zustimmung an.**

Bei „stimme überhaupt nicht zu“ kreuzen Sie ganz links, bei „stimme voll und ganz zu“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

| Ich stimme ... zu, dass mithilfe von Arzt- und Krankenhausserien gelernt werden kann,... | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | voll und<br>ganz         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| die medizinischen Fachbegriffe des Arztpersonals besser zu verstehen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall "Erste Hilfe" (z.B. richtige Durchführung der Stabilen Seitenlage) leistet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu wissen, wann ein Arzt aufgesucht werden sollte, um sich rechtzeitig untersuchen zu lassen.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unterschiedliche Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Therapien zu kennen.                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aufgrund von Informationen aus den Serien zu entscheiden, wie man seinen eigenen Gesundheitszustand verbessern könnte.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu wissen, wie man in einem medizinischen Notfall einen Menschen wiederbelebt.                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges und zwar:                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Im Folgenden finden Sie zwei Szenarien, gefolgt von Aussagen was Sie in diesen Situationen tun würden. Sie können so viele bzw. so wenige Aussagen ankreuzen, wie auf Sie zutreffen.**

**23) Stellen Sie sich bitte vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt haben, aber trotzdem gehen müssen. Was von dem Folgenden würden Sie tun?**

**Kreuzen Sie bitte alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen!**

- ☐ Ich würde den Zahnarzt ganz genau fragen, was alles gemacht werden muss.
- ☐ Ich würde vorher etwas trinken oder ein Beruhigungsmittel nehmen.
- ☐ Ich würde mir in Gedanken etwas Schönes vorstellen.
- ☐ Ich würde vom Zahnarzt wissen wollen, wann es wehtun wird.
- ☐ Ich würde versuchen zu schlafen.
- ☐ Ich würde den Zahnarzt ganz genau beobachten und dem Bohrgeräusch zuhören.
- ☐ Ich würde das Wasser beobachten, welches aus meinem Mund fließt, um zu sehen, ob es blutig ist.
- ☐ Ich würde in Gedanken Rätsel lösen.

**24) Stellen Sie sich bitte lebhaft vor, dass Sie in einem Flugzeug sitzen, 30 Minuten vom Ziel entfernt. Plötzlich sinkt das Flugzeug schnell ab, wird dann aber wieder abgefangen. Kurze Zeit später sagt der Kapitän, dass alles in Ordnung sei**

**und der restliche Flug möglicherweise etwas ruckelig werde. Sie allerdings sind nicht überzeugt, dass alles in Ordnung ist.**

**Kreuzen Sie bitte alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen!**

- ☐ Ich würde alle vorhandenen Sicherheitsinstruktionen über das Flugzeug lesen und sicherstellen, dass ich weiß, wo die Notausgänge sind.
- ☐ Ich würde mit meinen Nachbarn Smalltalk betreiben.
- ☐ Ich würde mir den Film bis zu Ende anschauen - selbst wenn ich ihn schon einmal gesehen habe.
- ☐ Ich würde die Stewardess rufen und fragen, was genau das Problem war.
- ☐ Ich würde die Stewardess nach einem Drink fragen oder eine Beruhigungspille nehmen.
- ☐ Ich würde ganz genau auf ungewöhnliche Geräusche der Motoren hören und beobachten, ob sich die Besatzung ungewöhnlich verhält.
- ☐ Ich würde mich mit meinen Nachbarn über die möglichen Probleme unterhalten.
- ☐ Ich würde mich wieder beruhigen und ein Buch/eine Zeitschrift lesen oder aber einen Brief schreiben.

**25) Lesen Sie sich bitte folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.**

| Ich stimme ... zu.                                                                            | überhaupt<br>nicht       |                          |                          |                          | ganz<br>voll und         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich sage immer, was ich denke.                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin manchmal ärgerlich, wenn ich meinen Willen nicht bekomme.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin immer gewillt, einen Fehler den ich mache, auch zuzugeben.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe gelegentlich mit Absicht etwas gesagt, was die Gefühle des anderen verletzen könnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26) Bitte geben Sie an, wie oft folgende Aussagen auf Sie zutreffen.**

Bei „fast nie“ kreuzen Sie ganz links, bei „fast immer“ ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen.

|                                                                                          | fast nie                 |                          |                          |                          | fast immer               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich werde schnell müde.                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin ruhig und gelassen.                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin glücklich.                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen.                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir fehlt es an Selbstvertrauen.                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich geborgen.                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich niedergeschlagen.                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Abschließend folgen noch ein paar kurze Fragen zu Ihrer Person:**

**27) Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**

- ☐ männlich
- ☐ weiblich

**28) Bitte geben Sie Ihr Alter (in Zahlen) an:**

\_\_\_\_\_

**29) Bitte geben Sie Ihre Nationalität an:**

- ☐ Österreich
- ☐ Deutschland
- ☐ Schweiz
- ☐ Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**30) Bitte geben Sie Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an:**

- ☐ keinen Pflichtschulabschluss
- ☐ Pflichtschulabschluss
- ☐ Lehr-/Berufsschulabschluss
- ☐ Matura/Abitur
- ☐ Kolleg
- ☐ Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universitätsabschluss)
- ☐ Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**31) Bitte geben Sie Ihren derzeitigen Beruf an:**

- ☐ Schüler/In
- ☐ Student/In der Studienrichtung: \_\_\_\_\_
- ☐ Angestellte/R
- ☐ Selbstständig/ Freiberuflich
- ☐ Hausfrau/-mann
- ☐ Pensionist/In / Rentner/In
- ☐ Arbeitssuchend

**32) FILTER (Wenn bei Frage 30 „Angestellte/r“ oder „Selbstständig/Freiberuflich“ angekreuzt wurde): Sind Sie beruflich im medizinischen Bereich tätig?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**33) FILTER (Wenn bei Frage 31 „Ja“ angekreuzt wurde): Welche Tätigkeit üben Sie in diesem Bereich aus?**

\_\_\_\_\_

**34) Wie sind Sie auf meine Umfrage aufmerksam geworden?**

- ☐ <http://www.facebook.com/>

- ☐ <http://www.community.netdokter.at/forum>
- ☐ der Link wurde mir per Email zugeschickt
- ☐ durch den Hinweis von Bekannten
- ☐ Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit, Mithilfe und Offenheit ☺!**

## 12.2. Abstract

Im Zentrum des Interesses dieser Magisterarbeit steht die Kommunikation über Gesundheitsthemen. Aufgrund der fortschrittlichen Medizin und der rasanten Weiterentwicklung des Internets hat sich auch das Gesundheits- und Informationsverhalten der Gesellschaft über die letzten Jahre verändert. Das bedeutet, dass Gesundheitsinformationen längst nicht mehr nur über den Arzt oder etwa die Ärztin des Vertrauens bezogen werden, sondern zunehmend auch via Internet und eben auch über Arzt- und Krankenhausserien, die im Fokus dieser Arbeit stehen.

Die vorliegende Magisterarbeit geht der Frage nach, ob sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Arztserien und dem alltäglichen Gesundheits- und Informationsverhalten erkennen lassen. Für die Erhebung der Resultate wurde mit einem standardisierten Online-Fragebogen operiert. Auf diese Weise konnten 371 ProbandInnen, im Alter von 13-80 Jahren, nicht nur zu ihrem Gesundheitszustand, ihrem Interesse und Informationsverhalten bezüglich Gesundheitsthemen befragt werden, sondern auch zu ihren konkreten Nutzungsmotiven von Arzt- und Krankenhausserien und ihrer Einschätzung des Lern- bzw. Informationsgehalt solcher Serien.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass VielseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien die Sendungen nicht nur signifikant glaubwürdiger einschätzen, sondern auch gleichzeitig viel häufiger der Meinung sind, dass diese Serien medizinische Informationen vermitteln und sie daraus etwas lernen können. Ferner konnte herausgefunden werden, dass VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen ein intensiveres Gesundheitsvorsorgeverhalten aufweisen und das Internet als Informationsquelle in Gesundheitsangelegenheiten klar bevorzugen. Zudem konnte im Zuge der Erhebung festgestellt werden, dass der eigene Gesundheitszustand Einfluss hinsichtlich der Nutzung von Arzt- und Krankenhausserien hat. Menschen, die häufig krank werden, weisen die Disposition auf, häufiger Arzt- und Krankenhausserien zu rezipieren. Summa summarum fühlen sich vor allem VielseherInnen im Vergleich zu WenigseherInnen von Arzt- und Krankenhausserien gut beraten.

The purpose of this study was to empirically investigate the impact of the consumption of medical television series on health information seeking behaviour. The health information seeking behavior of society has changed over the past few years due to advanced medicine and rapid development of the internet. As a result, it's no longer absolutely necessary to see a doctor to get accurate information about health. The internet and television are now also providing required information.

This thesis analyzes the effect of consumption of medical television series on health information seeking behavior. To study this matter, all subjects got questioned about their health, health interests and their actual viewing behavior of medical television series. The web-based questionnaire approach allowed the participation of 371 subjects in the age of 13-80 years.

Significant group differences were seen between frequent and non-frequent viewers. Frequent viewers compared to non-frequent viewers of medical television series show significantly more trust in the accuracy of the medical information presented in these series and evaluate watching them as a bigger learning opportunity. These findings demonstrate that medical television series convey a substantial amount of health-related information that frequent viewers consider to be exposed in a large measure. Another goal of this research was to capture the complexity and multidimensionality of health-care behaviour. The state of health of the participants was considered to have an impact on their viewing behavior of medical television series, such a connection was found. However, further replication of the study needs to be conducted within a representative sample in order to obtain reliable results. All in all, frequent viewers compared to non-frequent viewers feel that they are being more or less well advised by medical television series.

## 12.3. Curriculum Vitae

### **ANGABEN ZUR PERSON**

Name: Vera Cosima Haschkovitz  
Geburtsdatum: 01.12.1989  
Geburtsort: Wien  
Staatsangehörigkeit: Österreich

### **ANGABEN ZUR AUSBILDUNG**

Seit 03/2013 **Universität Wien**  
Mag.phil. Publizistik- und Kommunikationswissenschaft  
2009 – 2012 **Universität Wien**  
Bakk.phil. Publizistik- und Kommunikationswissenschaft  
2000 – 2008 **Bundesgymnasium** der AHS Geblergasse mit abschließen-  
der Matura (1170 Wien)  
1996 – 2000 **Private Volksschule** Lacknergasse „Töchter der göttlichen  
Liebe“ (1180 Wien)

### **BERUFLICHE TÄTIGKEITEN**

Seit 10/2011 **Österreichische Nationalbibliothek** (1010 Wien)  
*Geringfügige Anstellung in der Benützungsabteilung*  
05/2015 – 05/2015 **Eurovision Song Contest** (1150 Wien)  
*Volontärin im Pressezentrum*  
02/2015 – 03/2015 **KIWI-TV Filmproduktionsges.m.b.H** (1130 Wien)  
10/2013 – 12/2013 *Praktikum & Befristete Anstellung im Redaktionsbereich*  
04/2014 – 07/2014 **Die Mediengesellschaft Filmproduktion** (1050 Wien)  
*Vollzeitpraktikum im Redaktionsbereich*  
09/2013 – 10/2013 **GRUNDY Austria GmbH** (1120 Wien)  
*Caster bei „Herz von Österreich“*

### **FREIWILLIGENARBEIT UND PROJEKTE**

Seit 09/2007 **Jungschar/Jugend-Gruppenleiterin** (1170 Wien)  
*Kinder- bzw. Jugendlichenbetreuung*  
09/2008 – 06/2009 **EFD Europäischer Freiwilligendienst** (Ooty, Indien)  
*Volontärin*  
02/2007 – 07/2007 **High School Diploma** (Ottawa, Kanada)  
*Austauschschülerin*