



universität
wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Gesundheitseffekte durch Unterhaltung“

**Am Beispiel der Krankenhausserie „Charité“ unter besonderer
Berücksichtigung von Angstappellen**

verfasst von / submitted by

Elisabeth Marie Charlotte Spiegelberger, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears
on the student record sheet:

UA 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears

on the student record sheet:

Magisterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaften

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung.....	Seite 2
1.1 Erkenntnisinteresse.....	Seite 2
1.2 Wissenschaftliche und gesellschaftliche Relevanz des Themas.....	Seite 4
1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit	Seite 5
 2. Gesundheitskommunikation.....	Seite 7
2.1 Was ist Gesundheit?	Seite 7
2.2 Gesundheitskommunikation	Seite 9
2.3 Effekte von Gesundheitskommunikation.....	Seite 14
2.4 Gesundheitskommunikation als persuasive Kommunikation.....	Seite 15
2.5 Einstellung- und Verhaltensänderung durch persuasive Kommunikation.....	Seite 18
 3. Education Entertainment	Seite 25
3.1 Information durch Unterhaltung.....	Seite 25
3.2 Die Entstehung des Entertainment-Education-Ansatzes.....	Seite 29
3.3 Effekte der Entertainment-Education in Sinne der Gesundheitskommunikation.....	Seite 30
 4. Angstappelle.....	Seite 34
4.1 Angst und Furcht.....	Seite 34
4.2 Die Emotion Angst	Seite 35
4.3 Angstappelle Definition und Ziele	Seite 36
4.4 Wirksamkeit von Angstappellen (in der Gesundheitskommunikation)	Seite 37
4.4.1 Die Eigenschaften von Sender, Botschaft und Empfänger.....	Seite 38
4.4.2 Intensität der Furcht.....	Seite 39
4.5 Wirkungsmodelle der Angstappellforschung	Seite 40
4.5.1 Das Triebreduktionsmodell.....	Seite 40
4.5.2 Das kurvilineare Modell.....	Seite 41
4.5.3 Das Modell der parallelen Reaktionen	Seite 42
4.5.4 Die Theorie der Schutzmotivation.....	Seite 45
4.5.5 Das Elaboration Likelihood Model.....	Seite 48
 5. Das Genre Arzt und Krankenhausserie	Seite 53
5.1 Das Genre Arzt und Krankenhausserie.....	Seite 53
5. 2 Effekte von Arzt und Krankenhausserien.....	Seite 54
5.3 Die Handlung der Krankenhausserie „Charité“	Seite 55

6. Forschungsfragen.....	Seite 59
7. Methodik.....	Seite 60
7.1 Erhebungsmethode.....	Seite 60
7.2 Der Fragebogens.....	Seite 62
7.2.1. Aufbau des Fragebogens.....	Seite 62
7.2.2 Auswahl der Videosequenzen	Seite 63
7.2.2.1. Sequenz mit Angstappel.....	Seite 63
7.2.2.2 Sequenz ohne Angstappel.....	Seite 65
7.3 Fragebogendimensionen und Auswertungsverfahren.....	Seite 65
7.3.1 Soziodemographische Daten.....	Seite 65
7.3.2 Fragen zu Gesundheitsvorsorgeverhalten.....	Seite 66
7.3.3 Fragen zum Arztimage.....	Seite 66
7.3.4 Fragen zur sexuellen Hygiene.....	Seite 67
7.3.5 Gruppenzuteilung.....	Seite 68
7.3.6 Eindrucksdifferenziale.....	Seite 69
7.3.7 Narrative Engagement.....	Seite 69
7.3.8 Involvement.....	Seite 71
7.3.9 Identifikation.....	Seite 72
7.3.10 Zerstreuungsfragen nach persönlichen Vorlieben.....	Seite 73
7.3.11 Postrezeptive Befragung zur sexuellen Hygiene, Arztimage und Gesundheitsvorsorge.....	Seite 73
8. Auswertung.....	Seite 74
8.1. Auswertungsverfahren.....	Seite 74
8.2. Rekrutierung der TeilnehmerInnen.....	Seite 74
8.3 Sample.....	Seite 75
8.3.1 Alter.....	Seite 75
8.3.2 Geschlecht.....	Seite 76
8.3.3 Bildung.....	Seite 77
9. Ergebnisse.....	Seite 78
9.1. Deskriptivstatistische Ergebnisse und T-Tests.....	Seite 78
9.1.1 Gesundheitsvorsorge.....	Seite 78
9.1.2 Arztimage.....	Seite 79
9.1.3 Sexuelle Hygiene.....	Seite 80
9.2. Gruppeneinteilung mit und ohne Angstappel.....	Seite 81
9.3 Eindrucksdifferenziale.....	Seite 82
9.4 Narrative Engagement.....	Seite 83
9.5 Involvement.....	Seite 84

9.6 Identifikation.....	Seite 86
10. Überprüfung der Forschungsfragen.....	Seite 88
10.1 Forschungsfrage 1.....	Seite 88
10.2 Forschungsfrage 2.....	Seite 90
10.2.1 Gesundheitsvorsorgeverhalten.....	Seite 90
10.2.2 Arztimage.....	Seite 92
10.2.3 Sexuelle Hygiene.....	Seite 94
10.3 Forschungsfrage 3.....	Seite 97
10.3.1 Alter - Sexuelle Hygiene.....	Seite 97
10.3.2 Bildung - Sexuelle Hygiene.....	Seite 99
10.3.3. Geschlechtervergleich – Sexuelle Hygiene.....	Seite 101
10.4 Forschungsfrage 4	Seite 102
10.4.1 Involvement – Sexuelle Hygiene	Seite 103
10.4.2 Narrative Engagement – Sexuelle Hygiene	Seite 103
10.4.4 Identifikation - Sexuelle Hygiene	Seite 104
10.4.5 Eindrucksdifferenziale – Sexuelle Hygiene	Seite 105
11. Beantwortung der Forschungsfragen und Erstellung von Hypothesen	Seite 106
12. Fazit und Ausblick	Seite 109
13. Literaturverzeichnis.....	Seite 112
14. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	Seite 120
14.1 Abbildungsverzeichnis.....	Seite 120
14.2 Tabellenverzeichnis.....	Seite 120
15. Anhang	Seite 122
15.1 Online- Fragebogen.....	Seite 122
15.2 SPSS-Berechnungen.....	Seite 130
15.3 Abstract.....	Seite 132

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bedanken, die sich die Zeit genommen haben, an meiner Datenerhebung teilzunehmen. Ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein ganz besonderer Dank gilt Teresa und Simon!

Danke, dass Ihr mir zur Seite gestanden und an mich geglaubt habt. Ihr wart mir über diese teilweise sehr holprige Phase nicht nur emotional eine große Stütze, ihr habt mich immer wieder motiviert durchzuhalten.

Vielen Dank Florian, dass du dir die Zeit genommen hast, die Arbeit Korrektur zu lesen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 27.08.2019

1. Einleitung

1.1. Erkenntnisinteresse

»Entertainment-Education (E-E) is the process of purposely designing and implementing a media message to both entertain and educate, in order to increase audience members' knowledge about an educational issue, create favourable attitudes, shift social norms, and change overt behaviour. « (Singhal, Rogers 2004: 5)

Über die Medien werden Werte, Moral und Normen vermittelt und sie fungieren für viele Personen als orientierungsstiftende Instanz. Durch ihre Omnipräsenz im 21. Jahrhundert ist die Frage, welchen Einfluss gewisse Medienstimuli auf die Menschen haben interessanter denn je. In der öffentlichen Diskussion stehen häufig nur die negativen Effekte, die Medien auf ihre NutzerInnen haben. Pauschalisierte Aussagen, wie zum Beispiel „Social Media Plattformen glorifizieren Essstörungen“, „Computerspiele fördern die Gewaltbereitschaft von Jugendlichen“ oder „Nachrichten fördern die Ängstlichkeit“ hat vermutlich jeder schon gehört. Ihr Wahrheitsgehalt soll in dieser Arbeit nicht untersucht werden, vielmehr sollen solche Aussagen verdeutlichen, dass Medien unumstritten Einfluss auf die Menschen haben. In welchem Maß und wie genau ist – trotz umfangreicher Forschung auf dem Gebiet der Medienwirkungsforschung - nicht pauschal zu beantworten. Doch nicht nur die negativen Auswirkungen der Medien auf unseren Alltag sind relevant. Denn ihr Einfluss kann auch für positive Zwecke genutzt werden. Diese Idee begründet das Konzept der Entertainment-Education: Prosoziale und gesundheitsfördernde Botschaften werden im Rahmen der Entertainment-Education in Unterhaltungssendungen verpackt und sollen so auf spielerische und unterhaltsame Weise ihre Botschaft an die RezipientInnen bringen (vgl. u.a. Singhal, Rogers, 2002; Lampert 2003).

Die Beobachtung, dass Charaktere aus Film und Fernsehen einen großen Einfluss auf die RezipientInnen haben, nutzt das Konzept der Entertainment-Education. Auf diese Weise werden die RezipientInnen in einer unterhaltenden Form auf sozial relevante oder gesundheitsbezogene Themen aufmerksam gemacht und für diese sensibilisiert. Unter Umständen kann sogar eine gewünschte Verhaltensweise oder eine Verhaltensänderung ausgelöst werden. Evaluationsstudien berichten fast einstimmig vom gesundheitsfördernden Potenzial der Entertainment-Education-Projekte (vgl. Lampert, 2003: 461).

In der Praxis konnten auf diese Weise bereits große Erfolge verbucht werden, da durch Entertainment-Education besonders auch Menschen erreicht werden konnten, die keine klassischen Informationsmedien konsumieren. Lampert (vgl. Lampert, 2003: 461) betont jedoch, dass das Konzept vorwiegend in Ländern der so genannten Dritten Welt erprobt wurde und es deshalb nur bedingt auf westliche Industrieländer und deren Medienumgebungen übertragbar sei. In dieser Arbeit wird deshalb Entertainment-Education bei VersuchsteilnehmerInnen mit deutscher Muttersprache im Genre der Arzt- und Krankenhausserien untersucht. Es stellt sich die Frage, ob dieses, in Deutschland und Österreich sehr beliebte Format für Entertainment-Education geeignet ist – sind doch Krankheit und Gesundheit ohnehin Thema der Shows.

Doch auch für Entertainment-Education gilt, dass es keine generalisierbare Wirkung eines Medienstimulus auf RezipientInnen gibt und demnach scheint die Art und Weise der Gestaltung der Botschaft entscheidend für den Erfolg der persuasiven Kommunikation zu sein. In der Gesundheitskommunikation werden häufig Angstappelle eingesetzt, um auf die negativen Folgen einer gesundheitsschädigenden Handlung oder Gewohnheit aufmerksam zu machen (vgl. Neurauter 2005: 45). Das klassische Beispiel hierfür sind Anti-Raucherkampagnen, wie die Bilder auf den Zigarettenpackungen. Angesichts der Tatsache, dass nach wie vor viele Menschen rauchen, stellt sich allerdings die Frage nach der Effektivität dieser Methode. In der Werbebranche werden die Angstappelle nicht gerne verwendet. Zu groß ist die Befürchtung, dass die negativen Gefühle auf das Produkt überlaufen und dieses ebenfalls negativ konnotiert wird (vgl. Hastall, 2015: 493). Doch ist diese Furcht überhaupt begründet? Inwiefern und ob Angstappelle ein geeignetes Instrument zur Gestaltung der Entertainment-Education-Botschaft sind, ist besonders im deutschsprachigen Raum noch relativ wenig erforscht und die bestehende Forschung liefert widersprüchliche Ergebnisse. Auch die Frage, wie das beliebte Format der Arzt- und Krankenhausserien im Sinne der Gesundheitskommunikation bewusst eingesetzt werden kann, bedarf noch weiterer Forschung.

In dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Effekte das Vorhandensein eines Angstappells auf die Verarbeitung der gesundheitsbezogenen Botschaft im Sinne von Entertainment-Education hat. Dazu werden Video-Sequenzen aus der Krankenhausserie „Charité“ genutzt, um anhand einer Prä-Post-Befragung mit zwei Gruppen Erkenntnis über deren Effektivität zu gewinnen. Es soll geklärt werden, welchen Einfluss die Serie auf die Einstellung der RezipientInnen hat, inwiefern sich diese postrezeptiv verändert und ob diese Einstellungsänderung durch den Einsatz des Angstappells beeinflusst wird. Die relevanten Kategorien, die der Medienimpuls beeinflussen soll, sind das wahrgenommene Arztimage, die Gesundheitsvorsorge und die Einstellung gegenüber sexueller Hygiene.

So soll ermöglicht werden, Empfehlungen für den Einsatz von Angstappellen zu geben, um diese gezielt in der Gesundheitskommunikation nutzen zu können und eventuell einen Anstoß zu bieten, unterhaltende und populäre Formate, wie Arzt- und Krankenhausserien bewusst zu nutzen, um einen positiven gesellschaftlichen Wandel und ein verbessertes Gesundheitsverhalten herbeizuführen.

1.2 Wissenschaftliche und gesellschaftliche Relevanz des Themas

Die gesellschaftliche Relevanz dieser Arbeit begründet sich durch die Relevanz des Entertainment-Education-Konzeptes in der Gesundheitskommunikation als Verbindung von wichtiger Information mit erwünschter Unterhaltung. Durch Entertainment-Education können Zielgruppen erreicht werden, die ansonsten nicht in Kontakt mit der Botschaft gelangen würden. Bislang wurde das Konzept von Entertainment-Education, wie bereits erwähnt vor Allem in den Entwicklungsländern erfolgreich angewendet. Wichtige Gesundheitliche Themen, wie Verhütung, Aufklärung über AIDS und HIV sowie soziale, familienbezogenen Themen wie beispielsweise Gewalt in der Familie oder die Rolle der Frau konnten so erfolgreich thematisiert und an eine weite Zielgruppe herangebracht werden. Singhal und Rogers (vgl. Singhal, Rogers 2002, 133) sehen im Konzept des Entertainment-Education auch für die Zukunft großes Potential, um neben den bereits genannten Themen, soziale Belange wie Frieden, Konfliktmediation, Rassenprobleme und Freiheitskämpfe zu thematisieren und dafür zu sensibilisieren.

Eine der größten Herausforderungen der heutigen Gesellschaft sind Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Kommunikation und Information über Gesundheit und Krankheit kann Bewusstsein für gesundheitliche Risiken schaffen und Handlungsoptionen geben, wodurch Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten betrieben werden kann. Deshalb ist es entscheidend, einen näheren Blick auf die erfolgsentscheidenden Mechanismen der Gesundheitskommunikation zu werfen. Mit dem Wissen, um die optimale Gestaltung gesundheitsförderlicher Botschaften und wie diese bestmöglich von den Zuseherinnen verarbeitet werden, ist es möglich, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen anzustoßen.

Auch in der westlichen Gesellschaft ist es – angesichts der raschen Verbreitung von Zivilisationskrankheiten, wie beispielsweise Diabetes - wesentlich, Bewusstsein für die Risiken von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen aufzuklären und Informationen über Krankheit, sowie entsprechende Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Durch Entertainment-Education in Serienformat kommt die Botschaft sozusagen unterhaltsam verpackt direkt ins Wohnzimmer geliefert, wodurch erstens eine breite

Masse erreicht werden kann und zweitens vermutlich eine höhere Aufmerksamkeit gegeben ist.

Innerhalb der kommunikationswissenschaftlichen Forschung um das Thema Entertainment-Education wurde bereits sehr erfolgreich geforscht und dessen Wirksamkeit mehrfach bestätigt (vgl. Lampert, 2003: 461). Im Feld der Gesundheitskommunikation kann diese Arbeit möglicherweise praktische Handlungsempfehlungen zur Gestaltung der Entertainment-Education-Botschaft in Bezug auf Angstbesetzte Themen geben. Ist es generell sinnvoll Angstappelle einzusetzen, um Gesundheitseffekte im Sinne der Entertainment-Education zu erreichen? Zudem kann der Wissensstand des relativ jungen, aber zunehmend bedeutenden Forschungsfeldes der Gesundheitskommunikation erweitert und auf noch nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten von Entertainment-Education aufmerksam gemacht werden.

1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Magisterarbeit umfasst 15 Kapitel. Zu Beginn werden die Ziele und das Forschungsinteresse der Arbeit dargestellt und auf die gesellschaftliche sowie wissenschaftliche Relevanz des Themas eingegangen. Die folgenden Kapitel lassen sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil untergliedern. Der Theorieteil soll einen umfassenden Einblick in den aktuellen Stand der Forschung geben und den LeserInnen ermöglichen, die gewonnenen Ergebnisse dieser Arbeit im Kontext einzuordnen.

Zunächst wird im zweiten Kapitel das Konzept Gesundheitskommunikation dargestellt. Den LeserInnen werden die Effekte von Gesundheitskommunikation erläutert und es wird auf die Gesundheitskommunikation als Form der persuasiven Kommunikation eingegangen. Anschließend wird gezeigt, welche Auswirkungen persuasive Botschaften auf die Einstellung und das Verhalten der RezipientInnen haben und welche psychologischen Mechanismen ablaufen, wenn RezipientInnen einem Persuasionsversuch ausgesetzt sind.

Kapitel drei stellt das zentrale Konzept dieser Magisterarbeit vor: Entertainment-Education. Zunächst wird den LeserInnen eine Begriffsklärung der zwei vermeintlich gegensätzlichen Konstrukte Unterhaltung und Information gegeben, um schließlich zu zeigen, dass diese sich nicht ausschließen, sondern interagieren. Es folgt eine kurze Entstehungsgeschichte des Entertainment-Education-Konzeptes mit anschließender Definition und dessen Bedeutung für die Gesundheitskommunikation.

Das vierte Kapitel setzt sich im Detail mit Angstappellen auseinander. Über eine Begriffsklärung und Definition wird sich der Frage genähert, inwiefern Angstappelle in der Gesundheitskommunikation genutzt werden können. Um dies grundlegen zu verstehen werden die gängigsten Studien zur Erklärung der Wirkungsweise von Angstappellen dargestellt: Das Triebreduktionsmodell, das kurvilineare Modell, das Modell der parallelen Reaktionen, die Theorie der Schutzmotivation und das Elaboration Likelihood Model.

In Kapitel fünf wird auf die Besonderheiten des Genres Arzt- und Krankenhausserien eingegangen und auf die Effekte, die diese auf das Publikum haben. Zudem wird die Handlung der Serie Charité, die dieser Arbeit als Beispiel dient, kurz umrissen.

Mit Kapitel sechs beginnt der empirische Teil der vorliegenden Magisterarbeit: Die forschungsleitenden Fragestellungen werden beschrieben. Darauf folgt mit Kapitel sieben die Beschreibung der verwendeten Methode des Onlinefragebogens. Die vor und Nachteile dieser Erhebungsmethode werden detailliert diskutiert und die Wahl begründet. Auch der Aufbau und die Dimensionen des Fragebogens werden detailliert dargestellt. Die verwendeten Video-Sequenzen der Serien Charité werden inhaltlich erklärt und der Angstappell inhaltlich beschrieben.

Kapitel acht beschäftigt sich mit der Auswertung der, mittels Fragebogen erhobenen, Daten. Um größte mögliche Transparenz zu gewährleisten, wird die verwendete Stichprobe und die Rekrutierung der ProbandInnen beschrieben.

Die Ergebnisse der Statistik-Auswertung der gewonnenen Daten werden schließlich in Kapitel neun dargestellt. Beginnend mit den deskriptivstatistischen Ergebnissen im Bereich Gesundheitsvorsorge, Ärzteimage und sexueller Hygiene. Im zehnten Kapitel folgt der Einsatz standardisierter Tests. Die zentralen, forschungsleitenden Fragen der Magisterarbeit werden zusammenfassend in Kapitel elf auf Basis der gewonnenen Ergebnisse in Form von Hypothesen beantwortet.

Das zwölfte Kapitel fasst die gewonnenen Erkenntnisse in einem abschließenden Fazit zusammen und gibt einen kurzen Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten. Das Literatur-, sowie Abbildungs- und Tabellenverzeichnis sind in Kapitel 13 und 14 aufgeführt. Es folgen der verschriftlichte Online-Fragebogen, die Statistikberechnungen und der Abstract als Anhang in Kapitel 15.

2. Gesundheitskommunikation

2.1 Was ist Gesundheit?

„Gesundheit ein Grundrecht der Menschen.“, dies besagt Artikel 25 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen (vgl. Menschenrechtscharta, 2019). Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff „Gesundheit“?

Allein mit Worten lässt es sich schlecht beschreiben, was der Begriff „Gesundheit“ meint (vgl. Hehlmann, 2018: 353). Dementsprechend ist es auch schwer, eine gerechte Definition für diesen Begriff zu finden. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Gesundheit des Menschen „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO-Satzung, 2019).

Diese Definition der WHO (1946) wurde mehrfach kritisch gesehen, so beanstandet Wenzel (vgl. Wenzel, 1990: 19), dass ein Zustand völligen Wohlbefindens nicht existiere, da es sich stets um eine subjektive Einschätzung handele. So wird Gesundheit von allen Menschen unterschiedlich empfunden und kann deshalb auch nur schwer einheitlich definiert werden (vgl. Wenzel, 1990: 19).

Auch bei Hurrelmann (vgl. Hurrelmann, 1999: 11) wird deutlich, wie schwer objektivierbar das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist. Ihm zufolge ist dieses Verständnis jeweils kulturabhängig und sozial definiert und die Begriffe Gesundheit und Krankheit letzten Endes gesellschaftliche Konstrukte. Was in manchen Gesellschaften als krank gilt, ist in anderen normal oder wird spirituell oder religiös interpretiert. Dies trifft besonders bei psychischen Erkrankungen zu.

Aus der biomedizinischen Perspektive wird Gesundheit als die „normale“ Funktion aller Organe angesehen und Krankheit bezeichnet jede Abweichung davon. Es wird von einer Ursache und einem spezifischen Verlauf jeder Erkrankung ausgegangen. Der Körper wird bei diesem Ansatz ähnlich einer Maschine betrachtet, die mittels Laborwerten kontrolliert und repariert werden kann. Hurrelmann (vgl. Hurrelmann, 1999: 11f) betont jedoch, dass dieses Modell seine Grenzen findet, wenn eine Erkrankung psychosoziale Ursachen hat. Während in der westlichen Industriegesellschaft der Gesundheitsbegriff stark von der Medizin geprägt wurde und eher negative Assoziationen wie Krankenhaus und Arztbesuch weckt, hat er in weniger entwickelten Ländern eine positivere Konnotation und wird mit allgemeinem Wohlbefinden, körperlicher Kraft und sozialer Harmonie in Verbindung gebracht.

Luhmann bringt die problematische westliche Sichtweise der Gesundheit zum Ausdruck und äußert Kritik an der stetigen Neudefinition von Krankheitszuständen: „Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit. Die Krankheitsterminologien wachsen mit der Medizin, und der Begriff der Gesundheit wird zugleich problematisch und inhaltsleer.“ (Luhmann, 2005: 179).

Hehlmann stellt die Überlegung an, dass Gesundheit und Krankheit demnach nur „inhaltsleere Worthülsen“ seien (vgl. Hehlmann, 2018: 356), welche sich je nach Perspektive neu füllen ließen. Dies lässt ihn zu dem Schluss kommen, dass Gesundheit und Krankheit aber in der Tat durch Kommunikation hergestellte, gesellschaftlich konstruierte Wirklichkeiten sein.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass es keine allgemeine Definition von Gesundheit gibt und vermutlich auch vorerst nicht geben wird. Es handelt sich um einen Zustand, der über das Fehlen von Krankheit hinausgeht und soziales, ökologisches, psychisches Wohlbefinden sowie die subjektive Beurteilung des genannten miteinschließt.

Für diese Arbeit wird trotz der Schwierigkeiten einer eindeutigen Definition des Begriffs Gesundheit von dem Stand des subjektiven und objektiven Befindens einer Person ausgegangen. In einem Zustand der Harmonie zwischen äußeren und inneren Anforderungen. Gesundheit soll entsprechend der Definition von Hurrelmann und Richter (vgl. Ebda, 2013: 147) als Zustand des psychischen, sozialen, materiellen und körperlichen Wohlbefindens einer Person angesehen werden:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann, Richter 2013: 147)

2.2 Gesundheitskommunikation

„Gesundheitsinformationen stehen mit einem Fuß in der alltäglichen Lebenswelt, mit dem anderen auf der systemischen Ebene. Da jeder Mensch krank werden kann und existenziell durch den Tod bedroht wird, hat das Thema Gesundheit eine, nein: die zentrale lebensweltliche Relevanz“ (Grimm, 2015: 26).

Das vorangestellte Zitat verdeutlicht, dass Gesundheit und Krankheit Themen sind, die jeden Menschen irgendwann in seinem Leben betreffen. So wundert es kaum, dass diese auch in den Massenmedien ständig repräsentiert sind. In den vergangenen Jahren haben besonders Gesundheit und Lebensqualität stark an Wertigkeit gewonnen. Dies zeigt sich auch anhand der zunehmenden Medienangeboten, die sich mit Körperkult, Wellness und Krankheitsbildern beschäftigen. Zahlreiche Gesundheits- und Lifestyle-Magazine, Fachzeitschriften, Doku-Soaps und unzählige Blogs und Websites informieren über Themen von Schönheits-Operationen bis hin zu chronischen Erkrankungen. Nicht zu vergessen natürlich, die für die vorliegende Arbeit besonders interessanten Arzt- und Krankenhausserien. Die Internet-Suchmaschine „Google“ spiegelt diesen Trend ebenso wider: So wurde im Jahr 2013 allein das deutschsprachige Stichwort „Gesundheitskommunikation“ mit 1.290 Suchanfragen gesucht und der Begriff „Gesundheit“ ganze 3.800.000-mal (vgl. Bleicher, Lampert, 2003: 347).

Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff Gesundheitskommunikation und wo findet sie statt? Im Grunde ist sie allgegenwärtig, in therapeutischen und medizinischen Versorgungseinrichtungen und im Alltag aller Menschen (vgl. Hurrelmann, Baumann, 2014: 8). Beispielweise das Anamnesegespräch beim Arzt, der Artikel in einer Zeitschrift über die gesundheitlichen Probleme einer prominenten Person oder einfach das Gespräch unter Freunden, über die grassierende Grippewelle - all das ist Gesundheitskommunikation. Die Schauplätze dafür sind vielfältig, da sie überall dort stattfindet, wo sich über gesundheitliche Themen ausgetauscht wird (z.B. Zuhause, bei der Arbeit, in Schulen, Krankenhäusern, Kliniken ...etc) (vgl. Kreps, 2003: 353).

Doch nicht nur die „face-to-face Kommunikation“ und die mediale Kommunikation stehen immer mehr im Fokus. Besonders auch die Gesundheitskommunikation der sogenannten neuen Kommunikationstechnologien wird für die Forschung immer bedeutender, da sich diese Technologien zur primären Informationsquelle für viele Menschen entwickelt haben. Diese Entwicklung bezeichnet Kreps (vgl. Kreps, 2003: 356) als eine

„Informationsrevolution, die das Wesen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung nachhaltig verändert hat und es immer noch tut.“ (Kreps, 2003: 356). Angesporn wird die Entwicklung von den neuen Kommunikationstechnologien, die der breiten Masse Zugang zu Gesundheitsinformationen ermöglichen. Dieses Phänomen wird auch als „Ära des E-Health“ bezeichnet (vgl. Kreps, 2003: 356)

Die Gesundheitskommunikation ist den verschiedensten Interessen und Versuchen, sie dafür zu instrumentalisieren, ausgesetzt. Diese reichen von der Gesundheitspolitik, der Pharmaindustrie, über die Mitarbeiter des Gesundheitswesens bis zu den PatientInnen. Auf der einen Seite gibt es den Wunsch der RezipientInnen nach gesundheitlicher Aufklärung und individuellem Wohlbefinden, auf der anderen Seite muss das Gesundheitssystem aus gesellschaftspolitischen Gründen aufrechterhalten werden und effektiv bleiben. Aber auch Gewinninteressen der Pharmaunternehmen spielen eine Rolle in der Gesundheitskommunikation (vgl. Bleicher, Lampert, 2003: 347f).

Als eigenständige Forschungsdisziplin ist die Gesundheitskommunikation noch vergleichsweise jung. Sie formte sich erst in den letzten 40 Jahren und schließt sich an die bereits in den 1970er Jahren entstandenen „Health Communication“ aus dem englischsprachigen Sprachraum an (vgl. Hurrelmann, Baumann, 2014:10). Hier waren die persönliche Kommunikation über Gesundheit und die Gesundheitsförderung zunächst im Zentrum des Interesses. Seit den 1980er Jahren erweiterte sich der Blickwinkel jedoch auch auf die medial vermittelte Kommunikation. Der sind die RezipientInnen täglich und mit der Absicht durch die gesendeten Gesundheitsbotschaften Einfluss auf die RezipientInnen zu nehmen, ausgesetzt (vgl. Bleicher, Lampert 2003: 348). Diese Informationsflut mit ihren teilweisen widersprüchlichen Informationen, erschwert es, die richtigen und vertrauenswürdigen Informationen von den unseriösen zu unterscheiden (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011:12).

Im deutschsprachigen Raum gilt der, im Jahre 2001 erschienene Sammelband „Moderne Gesundheitskommunikation“ als eines der ersten Fachbücher zu diesem Thema (vgl. Hurrelmann, Baumann, 2014: 10). Seit dem Erscheinen des Buches hat sich Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld jedoch auch hierzulande rasant entwickelt. Ein etabliertes, akademisches Fach ist die Gesundheitskommunikation allerdings noch nicht, sondern gilt eher als „Zusammenschluss von gesundheitswissenschaftlichen und kommunikationswissenschaftlichen Interessen“ (Bleicher, Lampert 2003: 348).

Dementsprechend ist es auch nachvollziehbar, weshalb der Begriff Gesundheitskommunikation noch nicht einheitlich definiert werden konnte. Die Reihe an

existierenden Definitionen, setzt ihre unterschiedlichen Schwerpunkte entsprechend der Perspektive, aus der sie betrachtet wird. So liegt der Fokus beispielsweise einmal auf dem Ziel der Gesundheitskommunikation und ein anderes Mal vorrangig auf ihrer Wirkungsweise. Auf Grund des breiten Themenspektrums und der Interdisziplinarität scheint die Festlegung auf eine allgemein konsensfähige Definition schwierig zu bleiben (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011: 19; Rossmann, Ziegler, 2013: 385).

Lange Zeit wurde von der Definition der amerikanischen „Health Communications“ ausgegangen, die die Gesundheitskommunikation als „an area concerned with human interaction in the healthcare process“ sehr allgemein definieren (vgl. Kreps, Thornton, 1992: 2, zit. n. Bleicher, Lampert, 2003: 349).

Gesundheitskommunikation wäre demnach allgemein formuliert ein Forschungsfeld, das sich mit menschlicher Interaktion im Gesundheitswesen auseinandersetzt. Doch inzwischen wurden weitere Versuche gemacht, den deutschen Begriff in einer Definition näher einzugrenzen. Das stellte sich jedoch als nicht so einfach heraus, da, wie bereits besprochen, allein der Begriff „Gesundheit“, wie es im vorhergehenden Kapitel gezeigt wurde, schwer in Worten zu beschreiben ist. Es gibt jedoch eine Vielzahl an Definitionen, welche sich vor Allem im Inhalt der Kommunikation und dem Umfang der Kommunikationsebene unterscheiden. Hurrelmann und Leppin (vgl. Hurrelmann, Leppin, 2001:11) rücken in ihrer Definition die Funktion der Interaktion und des Austauschs in den Mittelpunkt:

„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“ (Hurrelmann, Leppin, 2001:11).

Die Kommunikation über Gesundheit kann somit auf der Ebene der Organisationen, der Gesellschaft oder auf interpersonaler Ebene stattfinden. Sie erfolgt persönlich oder medienvermittelt. Gesundheitsbezogene Kommunikation umfasst dabei jegliche Kommunikation, die Gesundheit oder Krankheit thematisiert. Hurrelmann und Baumann (vgl. Hurrelmann, Baumann, 2014: 14) erweitern diese Definition jedoch noch weiter, da in der sich schnell entwickelnden modernen Gesellschaft auch Phänomene, wie beispielsweise Cybermobbing und Pro-Anorexie-Seiten miteinbezogen werden müssen, die gesundheitsrelevant aber nicht intentional sind. Sie verstehen Gesundheitskommunikation deshalb als:

„die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direktpersönlich oder medienvermittelt erfolgen. Gesundheitsbezogene Kommunikation schließt dabei alle Kommunikationsinhalte ein, die sich auf Gesundheit, Krankheit oder deren Determinanten beziehen; gesundheitsrelevante Kommunikation umfasst alle Formen symbolvermittelter sozialer Interaktion, die – auch unabhängig von der Intention der Kommunikationspartner – das Gesundheitsverhalten direkt oder indirekt beeinflussen, oder durch dieses initiiert werden“(Hurrelmann, Baumann, 2014: 13).

Schnabel (vgl. Schnabel, 2009: 39) dagegen stellt die RezipientInnen ins Zentrum und geht, von einem intendierten Persuasionsabsicht des Kommunikators aus. Er beschreibt die Gesundheitskommunikation als:

„Die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die Botschaft der Gesundheit auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften), durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Lebensführung befähigt, was bei Bedarf auch die Fähigkeiten mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen Widerstand durchzusetzen.“ (Schnabel, 2009: 39).

Schnabel nimmt in dieser Definition auch Bezug auf die Ebenen, auf denen Gesundheitskommunikation stattfindet (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften).

Die vier Ebenen der Gesundheitskommunikation

Die Gesundheitskommunikation umfasst verschiedene Kommunikatoren und findet in der Praxis auf vier verschiedenen Ebenen statt (vgl. Spatzier, 2015: 17):

1. Intrapersonale Ebene: Hier geht es um die Selbst - und Rollenbilder des Individuums und darum, welche individuellen Dispositionen, Prägungen und Einstellungen Auswirkungen darauf haben, wie Gesundheitsbotschaften individuell verarbeitet werden.

2. **Interpersonale Ebene:** Beispielsweise das Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn, oder die Anschlusskommunikation.

3. **Organisationsebene:** Hiermit ist die Kommunikation von Organisationen in Bezug auf Gesundheit gemeint.

4. **Gesellschaftliche/massenmediale Ebene:** Medieninhalte über Gesundheit und Krankheit oder Informationskampagnen wie Medizinberichterstattung, Effekte von Gesundheitskampagnen.

Für diese Arbeit ist besonders die gesellschaftliche, massenmediale Ebene interessant, da sie sich mit Gesundheitskommunikation via Massenmedien auseinandersetzt. Werfen wir also einen genauen Blick auf dieses Phänomen:

Die Massenmedien vermitteln gesundheitsbezogenes Wissen und Informationen an breite Bevölkerungsgruppen. Auf diese Weise sind PatientInnen heute viel mehr informiert und haben so die Möglichkeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit mit zu entscheiden. Besonders das Fernsehen nimmt hier nach wie vor einen großen Stellenwert ein. Dadurch, dass mit Fernsehen so viele Bevölkerungsgruppen erreicht werden können, hat es laut Hurrelmann und Leppin (vgl. Hurrelmann, Leppin 2001: 14f) sogar das Potential zum Leitmedium der Gesundheitskommunikation.

Auch zur Wissensvermittlung eignet sich das Fernsehen gut, jedoch wird aufgezeigt, dass das Verhalten oder die Einstellungen der RezipientInnen durch dieses Medium nur schwer beeinflussbar sind. Jedoch kann durch die Themenauswahl der Medien die Aufmerksamkeitsstrukturen der „KonsumentInnen“ beeinflusst werden und so bereits vorhandene Stimmungen in der Bevölkerung akzentuieren und kanalisieren. Das Fernsehen bestimmt demnach, über welche Themen berichtet wird und wie die thematischen Schwerpunkte gesetzt werden. Es erfüllt somit eine Agenda-Setting Funktion. So werden durch die Medien Themen vorgegeben, die in der öffentlichen Diskussion für Aufmerksamkeit sorgen und in der Diskussion bleiben. In Bezug auf die Gesundheitskommunikation bestimmt jedoch besonders der eigene Gesundheitszustand und der des sozialen Umfeldes sehr viel stärker die individuelle Informations-Agenda als die Medien (vgl. Hurrelmann, Leppin 2001: 16).

2.3 Effekte von Gesundheitskommunikation

Die zentrale Zielsetzung der Gesundheitskommunikation ist es, spezifische Wirkungen bei den RezipientInnen auszulösen und deren Gesundheitsbewusstsein, oder sogar das Verhalten in einer positiven Weise zu beeinflussen (vgl. Bleicher, Lampert, 2003: 350). Sie hat sowohl Auswirkungen auf die individuelle, als auch auf die gesellschaftliche Ebene, wobei die Auswirkungen auf individueller Ebene sich im Gesundheitsbewusstsein, Wissen, Einstellungen oder Verhalten widerspiegeln (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 387f). Die Wirkungen der Gesundheitskommunikation auf gesellschaftlicher Ebene werden für diese Arbeit nur am Rande mit betrachtet.

Auch die Wirkungsrichtung von Gesundheitskommunikation kann völlig unterschiedlich sein. So kann eine medial vermittelte Botschaft eine gesundheitsfördernde Wirkung haben oder dazu führen, dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen adaptiert werden. Oder aber die Gesundheitskommunikation hat keinen Effekt und bleibt völlig wirkungslos. Die positiven Effekte könne sich in Form von Sensibilisierung gegenüber bestimmten Thematiken oder Krankheiten zeigen oder zu einer gesunderen Lebensweise führen. Die negativen Effekte von Gesundheitskommunikation können Angst, Verunsicherung und eine damit einhergehende Verdrängung der Problematik sein (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 387f).

Auch direkte und indirekte Wirkungen lassen sich unterscheiden: Von direkten Effekten ist die Rede, wenn unmittelbar nachdem eine Person dem Stimulus ausgesetzt war eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung eintritt. Zum Beispiel, wenn eine Person nach einer Reportage über Hautkrebs beschließt, in Zukunft immer beim Sonnenbaden Sonnencreme aufzutragen. Ein indirekter Effekt zeigt sich nicht sofort, sondern wird erst durch die Kommunikation mit anderen ausgelöst - die sogenannte Anschlusskommunikation. Diese kann während des Stimulus oder danach stattfinden. Das kann so aussehen, dass RezipientInnen ihren FreundInnen von der Dokumentation erzählen, darüber diskutieren und sich alle entschließen, in Zukunft besser auf ihre Hautgesundheit zu achten. Des Weiteren kann zwischen unterschiedlichen Wirkungsabsicht unterscheiden werden, da intendierte und nicht-intendierten Effekte auftreten können. Jedoch ist nicht gesagt, dass sich immer die vom Sender ursprünglich intendierte Wirkung einstellt und auch nicht wie lange sie anhält (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 387f).

Die Wirkungsweisen lassen sich auf der Individualebene in vier Bereiche unterteilen: Emotionale Reaktionen auf Informationen, wie Hoffnung oder Angst werden als „Affektive

Wirkungen“ bezeichnet. Einflüsse auf das Wissen, die Wahrnehmung oder die Einstellung, betreffen die „kognitive Ebene“. „Konative Effekte“ beschreiben ein verändertes Verhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit. Auf der „physiologische Ebene“ zeigen sich körperliche Folgen wie beispielsweise eine Gewichtsabnahme (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 388f).

Durch den Einsatz narrativer Inhalte, das Lernen am Modell, sowie der unterschweligen Vermittlung von Gesundheitsinformationen, wie es bei Entertainment-Education gemacht wird, wird laut Rossmann und Ziegler (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 391) ein erhöhtes Wirkpotenzial erreicht. Im Kapitel 03 wird auf das Konzept der Entertainment-Education als Form der Gesundheitskommunikation im Detail eingegangen.

2.4 Gesundheitskommunikation als persuasive Kommunikation

“Persuasion is the process by which attitudes are changed” (Barden, Petty, 2012: 96)

Bereits in der Antike war es das Ziel der „Kunst der Konversation“ („ars sermonis“) die GesprächspartnerInnen für die eigenen Anschauungen zu gewinnen und für sich einzunehmen. „*Persuadere*“ bedeutet sowohl, das Gegenüber durch die geschickteste rhetorische Strategie zu überreden, sowie durch das bessere Argument zu überzeugen. Bereits bei Aristoteles galten Ethos, Pathos und Logos als die drei entscheidenden Determinanten für gelungene Persuasion. Diese können in die heutige Zeit mit den Begriffen „Glaubwürdigkeit“, „logischer Begründung“ und „Emotionalisierung“ übertragen werden. Die Persuasionsforschung ist heute eine der wichtigsten Perspektiven der Wirkungsforschung und bildet das Fundament vieler Studien. So bauen die Lerntheorie, öffentliche Meinung, Agenda-Setting, Kultivierung, Diffusionsforschung, Wissenskluft und viele weitere mehr der weniger direkt an das Konzept der Persuasion an (vgl. Fahr, 2006: 66 f). Auch laut Schenk (vgl. Schenk, 2007: 77) handeln die meisten Arbeiten in der Wirkungsforschung von der Veränderung der Einstellung durch Kommunikation, wobei Einstellungen langezeit als die zentrale Variable im heute bereits als veraltet geltenden Stimulus-Response-Paradigma angesehen wurden. In den 40er Jahren begann Carl I. Hovland an der Yale-Universität mit der Erforschung von kommunikationsbedingter Einstellungsänderung und Persuasion (vgl. Schenk, 2007: 77).

Meinungen wurden von Schenk als “verbal answers that an individual gives in response to stimulus situations in which some general question is raised” (Schenk, 2007: 78) gesehen und zeigen nochmals den Stimulus-Response-Ansatz als Grundtenor auf.

Allerdings wurde bereits damals von einem lerntheoretischen Ansatz ausgegangen und man war dementsprechend der Ansicht, dass Meinungen und Einstellungen sich als Folge eines Lernprozesses verändern. Allerdings besteht dieser Lerneffekt nur, wenn das Individuum durch weitere Variablen zur Einstellungs- und Meinungsänderung motiviert wird (vgl. Schenk, 2007: 78ff). Aus späteren Studien entwickelten Hovland und Janis eine Systematik aller Einflussfaktoren, die sich als relevant für Einstellungs- und Meinungsänderung im persuasiven Prozess gezeigt haben. Diese Systematik wird als „Grundmodell der Massenkommunikationsforschung“ angesehen (vgl. Schenk, 2007: 80f).

Ein Persuasionsversuch wird also als jede Bemühung verstanden, eine vorhandene Einstellung zu ändern. Diesen Versuchen sehen sich RezipientInnen im Grunde täglich ausgesetzt. Sei es die Werbung für ein neues Auto oder die Stellungnahme eines Politikers zu einem bestimmten Thema im Wahlkampf. In diesem Prozess bilden die KommunikatorInnen, die Botschaft und die RezipientInnen drei gleichermaßen wichtige Elemente (vgl. Barden, Petty, 2012: 96). Wie Abbildung 01 zeigt, dienen Medien hier als Schnittstelle zwischen KommunikatorInnen und RezipientIn, wobei ersterer den/die EmpfängerIn der Botschaft von der eigenen Sichtweise überzeugen möchte. Dieser Prozess ist allerdings keinesfalls einseitig und kann nicht mit simplen Kommunikationsmodellen, wie dem überholten Stimulus-Response-Modell erklärt werden. Denn das bloße Aussenden der Botschaft garantiert, wie bereits erwähnt in keinem Fall ihre Akzeptanz. Auf Seiten der RezipientIn wird jede persuasive Botschaft gefiltert und individuell konstruiert. Das was schließlich als Sinn der Botschaft wahrgenommen wird, kann je nach wissenschaftlicher Ausrichtung, als „Identifikation“ oder dem „Generieren von Bedeutung“ bezeichnet werden. Über die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Veränderung der Einstellung entscheidet schlussendlich die Art und die Ausgestaltung des medienvermittelten Schnittpunktes zwischen KommunikatorIn und RezipientIn (vgl. Fahr, 2006: 69f).

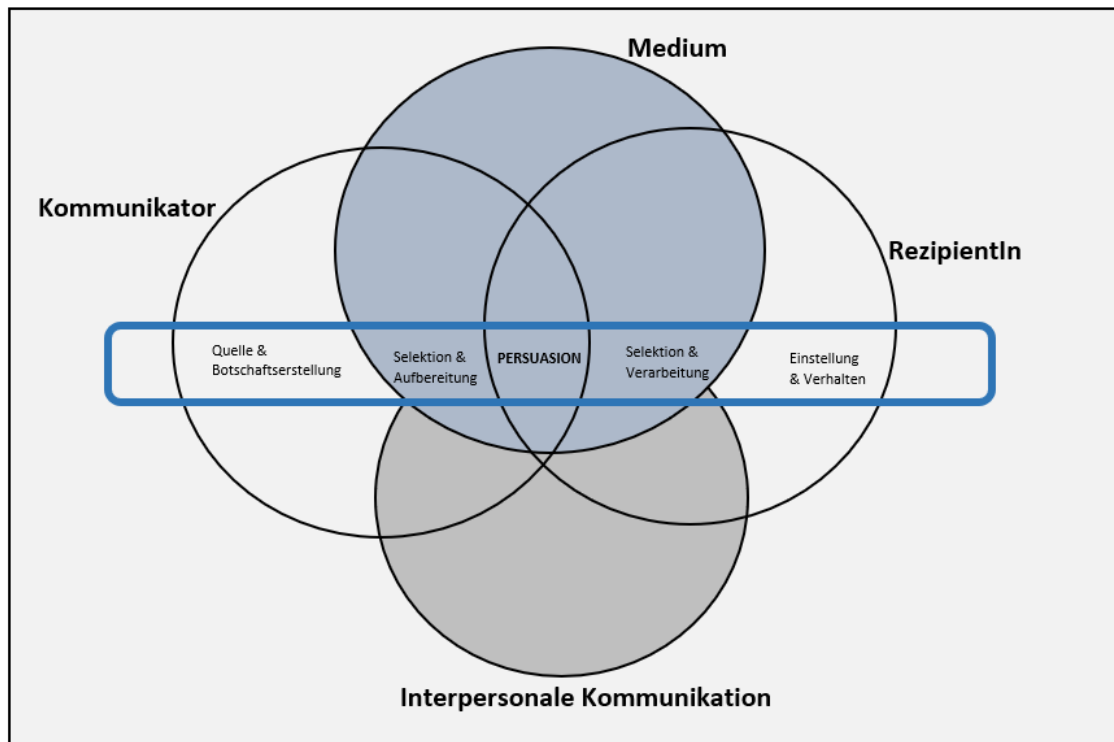


Abb. 01: Persuasion als medienvermittelter Prozess (eigene Darstellung nach Fahr, 2006: 69)

Eine Persuasion war erfolgreich, wenn die überzeugte Person der Argumentation aus freien Stücken zustimmt und glaubt, diese verstanden und nachvollzogen zu haben. Im Gegensatz zur Überredung besteht in diesem Fall kein Zwang oder eine Art vorübergehende Kapitulation der RezipientInnen. Dieser Unterschied ist bedeutend, da der/die RezipientIn im Falle einer Überredung nur unter Vorbehalt seine/ihre Zustimmung gibt, die Einstellung kann so nicht verändert werden. Streng genommen ist die Manipulation als Form der Überredung demnach Persuasion und wird zudem vom Unterton der Täuschung mit dem Ziel der impliziten oder explizierten Schädigung der AdressatInnen überschattet (vgl. Fahr, 2006: 69f).

Für die persuasive Kommunikation wird andererseits eine langfristige, vertrauensbasierte Beziehung zwischen KommunikatorIn und RezipientIn angestrebt. Die gelingt besonders gut, indem die Ähnlichkeit zwischen KommunikatorIn und RezipientIn herausgearbeitet wird, die dies Glaubwürdigkeit und Sympathie erzeugt. Hierfür verfolgen KommunikatorInnen nach Fahr (vgl. Fahr, 2006: 70f) vier Strategien, um den Kommunikationsprozess zu kontrollieren:

- Beziehung herstellen
- Botschaft wiederholen
- Optionen des Mediums nutzen
- Mehrwert schaffen („Kommodisierung“)

Entscheidende Parameter zur Entstehung dieser Vertrauensbeziehung sind laut Fahr (vgl. Fahr, 2006: 71) die wahrgenommenen Merkmale Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit und Kompetenz der KommunikatorIn. Es zeigt sich hier, dass die Person, die die Botschaft übermittelt entscheidend am Erfolg der Persuasion beteiligt ist und dieser Prozess nicht allein vom Inhalt der Botschaft abhängt. Aus diesem Grund werden die Eigenschaften der KommunikatorInnen und das Medium nur noch selten isoliert von der Botschaft betrachtet. Die persuasive Message kann dabei verschiedene Elemente enthalten, die die Einstellungsänderung begünstigen: Eine attraktive Quelle, überzeugende Argumente oder hohe persönliche Relevanz (vgl. Barden, Petty, 2012: 96).

Doch auch die RezipientInnen rücken immer mehr in den Fokus der Betrachtung. Denn Menschen „ticken“ ganz unterschiedlich und reagieren deshalb auch individuell ganz verschieden auf bestimmte Stimuli und verarbeiten sie unterschiedlich (vgl. Fahr, 2006: 70ff). Gerade die Art der Verarbeitung ist jedoch, so Barden und Petty (vgl. Barden, Petty, 2012: 96), die entscheidende Größe für den Einfluss der Persuasion auf die Einstellung. Auch Rossmann und Ziegler (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 391) betonen, dass sie RezipientInnen- und Situationsmerkmale im Wirkungsprozess einer persuasiven Gesundheitsbotschaft eine erhebliche Rolle spielen.

2.5 Einstellung- und Verhaltensänderung durch persuasive Kommunikation

Ende des 19. Jahrhunderts begannen die Psychologie und Sozialpsychologie den Begriff „Einstellung“ zu verwenden, um Reaktionen und Verhaltensweisen auf gewisse Stimuli zu erklären. Einstellungen wurden zunächst als „mentale Prozesse bzw. Stadien“ betrachtet, die das Verhalten der Individuen steuern. Umso weiter die Forschung auf dem Gebiet fortschritt, desto wichtiger wurde jedoch eine genauere Betrachtung des Begriffs. So entwickelte sich die Konzeption einer dreidimensionalen Struktur von Einstellungen, welche die affektive (Emotionen), die kognitive (Wissen, Meinungen) und die konative (Verhalten) Dimension unterscheidet (vgl. Mayerl, 2009: 20). Mit dem sogenannten Dreikomponentenmodell (vgl. Abbildung 02) popularisierten Rosenberg und Hovland drei Kategorien von Reaktionen auf Einstellungen und es wird bis heute als Basis fast aller Einstellungsmodelle herangezogen:

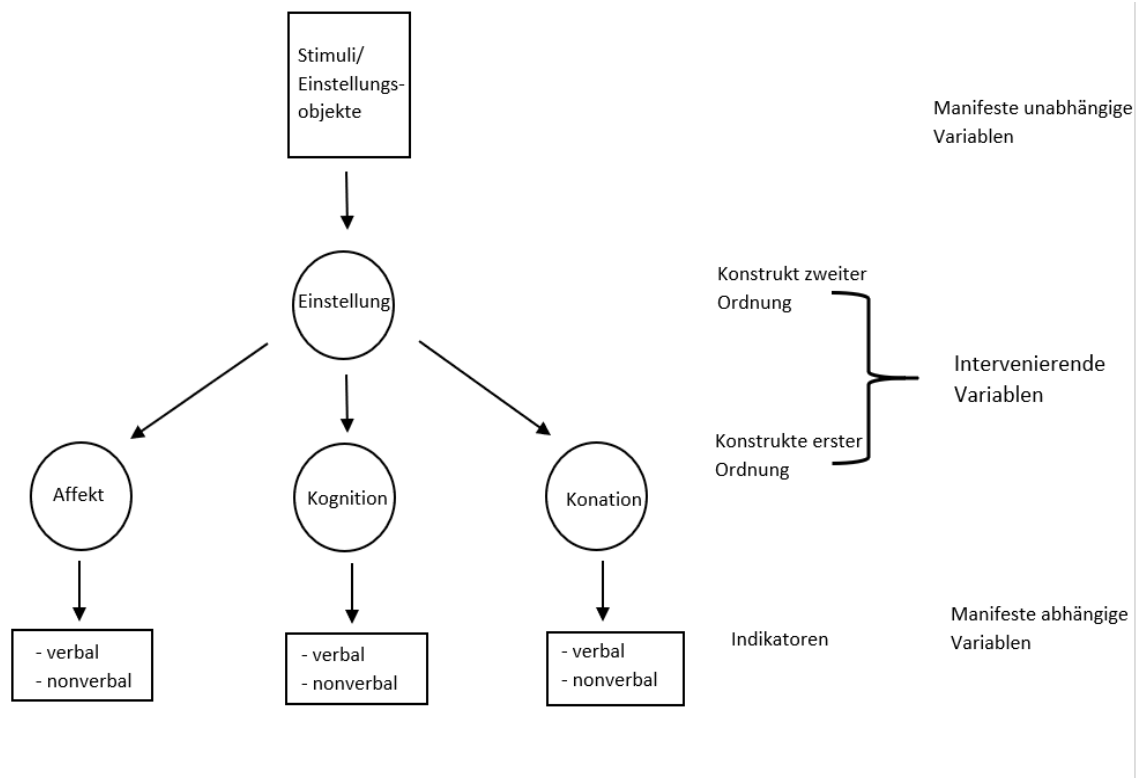


Abb. 02: Das Dreikomponentenmodell von Einstellungen (nach Rosenberg und Hovland (1966), eigene Darstellung in Anlehnung an Mayerl, 2009: 24)

Da Einstellungen individuelle mentale Bewertungen von Objekten sind, ist deren Verhaltenswirksamkeit umstritten. Denn auch psychologische Charaktereigenschaften müssen mitberücksichtigt werden. So erweitert Mayerl (vgl. Mayerl, 2009: 23) die Definition des Einstellungsbegriffs auf „individuelle, mentale und bilanzierende Bewertungen eines gedanklichen Objekts, mit der die Einstellung eines hypothetischen bzw. latenten Konstruktes einhergeht.“

Im Grundmodell der Wirkungsforschung nach Hovland und Janis (1970) werden, wie bereits erwähnt, die für die Effekte persuasiver Kommunikation relevanten Faktoren veranschaulicht, wobei die von außen beobachtbaren Kommunikationsstimuli und die Reaktionen der RezipientInnen die „zwei Enden des Kommunikationsprozesses bilden“ (Schenk, 2007: 80). Grundannahme des Modells ist, dass Menschen ihre Einstellung durch Lernen verändern. Dies geschieht durch die Rezeption eines Stimulus, der bei den RezipientInnen bestimmte Reaktionen hervorruft. Weitere Konstrukte, die bedeutend für die Beziehung zwischen Kommunikationsstimuli und den beobachtbaren Ereignissen sind, sind die Prädispositionen und internen Mediationsprozesse: Werden alle Kommunikationsstimuli konstant gehalten, zeigen sich die prädispositionalen Faktoren in den individuellen Differenzen an den beobachtbaren Effekten. Die internen

Mediatisierungsprozesse zeigen hingegen die Möglichkeit unterschiedlicher Effekte, die verschiedene Kommunikationstypen auf die RezipientInnen haben können. Allgemein lassen sich drei Faktorengruppen und ihre jeweiligen Subkategorien zusammenfassen (vgl. Schenk, 2007: 80ff):

1. Die beobachtbaren Stimuli
2. Die Prädispositionen und
3. Die mediatisierenden Faktoren (Schenk, 2007: 80ff)

Ziele von Kommunikation

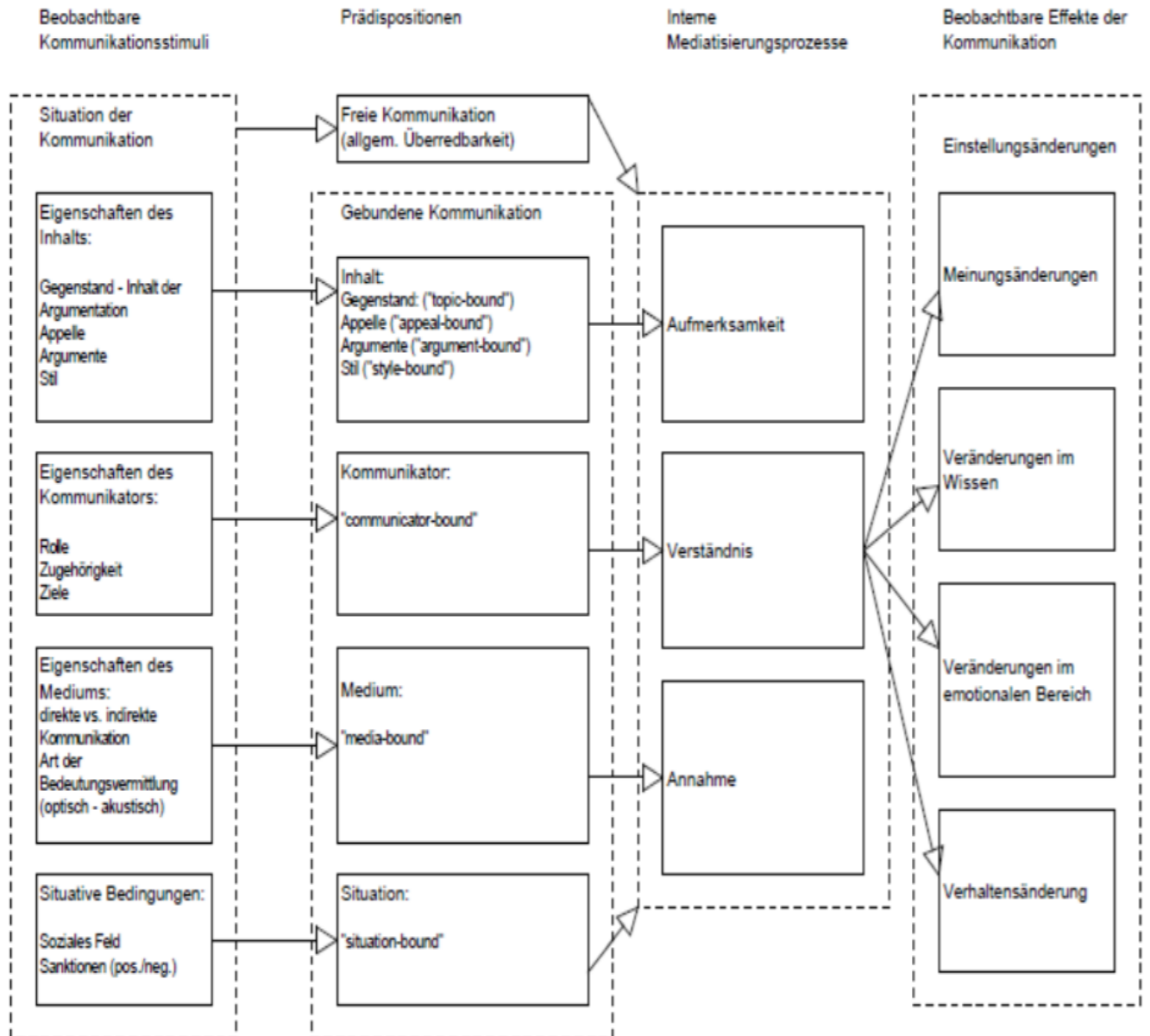


Abb. 03: Das Grundmodell der Wirkungsforschung (nach Hovland und Janis 1979, entnommen aus: Schenk, Michael. Medienwirkungsforschung, Tübingen 1987: 49.)

Wenn also eine persuasive Nachricht den maximalen Effekt einer Einstellungsveränderung erreichen soll, müssen gemäß der erweiterten Persuasionsmatrix nach McGuire (vgl. McGuire 1969 zit. nach Schenk, 2007: 82) die RezipientInnen jede der folgenden Stufen durchlaufen: Zuwendung („Exposure“), Aufmerksamkeit („Attention“), Interesse („Interest“), Verständnis („Comprehending“), Übernahme bestimmter Bestandteile der Botschaft („Acquisition“), Zustimmung („Yielding“) bzw. Akzeptanz oder Speicherung („Memory“).

Soll durch die veränderte Einstellung zudem eine Verhaltensänderung herbeigeführt werden, muss die neue Einstellung bzw. die entsprechenden Informationen zunächst aufgerufen werden („Retrieval“), bevor die Entscheidung („Decision“) und die Handlung („Action“) folgen. In diesem Prozess hängt jede Stufe von der vorhergehenden ab. Auch die Wiederholung der Botschaft ist für den persuasiven Effekt zu beachten. Tritt auf der Seite der RezipientInnen eine Verhaltensänderung auf und steht diese in Kongruenz mit der Einstellung kommt es zu dem Effekt des „Reinforcements“ – einer Verstärkung dieser Einstellung. Kommt es nicht zu einer Übereinstimmung wird die neue Einstellung begraben, da die Konsistenz von Einstellung und Verhalten belohnend wirkt und so eine Verfestigung der Einstellung entsteht („Konsolidierung“) (vgl. Schenk, 2007: 83).

Um also Menschen mittels Gesundheitskommunikation dazu zu bewegen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu adaptieren und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu unterlassen, muss die Einstellung der Person mit der persuasiven Botschaft verändert werden. In einem Beispiel könnte dies so ablaufen: Eine Person sieht sich einem Stimulus ausgesetzt („Exposure“), dabei handelt es sich um eine unterhaltsam verpackte Aufklärungskampagne über Diabetes mellitus. Die Person interessiert sich für das Thema und kann die Inhalte (z.B. hoher Zuckerkonsum kann zu Insulinresistenz und Diabetes führen) verstehen („Interest“ & „Comprehending“), sie eignet sich verschiedene Teile des Inhalts an („Acquisition“) und stimmt diesen inhaltlich zu („Yielding“) (z.B. durch eine zuckerarme Ernährung kann vorgebeugt werden). Da sie die Kampagne gut findet, schaut sie sich ein paar Tage später mit ihrer Freundin noch einmal an (Wiederholung der Botschaft). Als die Person später in der Kantine zu Mittag isst, erinnert („Retrieval“) sie sich beim Anblick des Nachtisches an die Risiken von hohem Zuckerkonsum und entscheidet sich dazu, auf das Dessert zu verzichten („Decision und Action“). So kommt es zum Reinforcement der Einstellung „zu viel Zucker ist schädlich“. In diesem theoretischen Beispiel sind die Abläufe optimal, doch in der Realität ist es oft vor allem durch pur rationale Gründe nicht so einfach, Menschen zu gesundheitsfördernden Handlungen zu bewegen. Was also sind hier die verantwortlichen Faktoren? Wieso bilden sich beispielsweise so häufig Resistenzen gegen die Inhalte der Botschaft oder den

Sender /die Senderin? Was wenn die Botschaft nicht nur rational verstanden wird, sondern verschiedene Emotionen auslöst? Um diese Fragen beantworten zu können, muss ein genauerer Blick auf die Vorgänge innerhalb der RezipientInnen geworfen werden: Besonders in Bezug auf Gesundheitsbotschaften wurde langezeit von dem klassischen Sender-Empfänger-Modell ausgegangen, demzufolge der Arzt, die Ärztin oder GesundheitsexpertIn die PatientInnen mit den relevanten Informationen versorgt, welche als EmpfängerInnen der Botschaft anschließend ihr Verhalten verändern. Klotter (vgl. Klotter, 2010: 82) bemängelt, dass die GesundheitsexpertInnen häufig kommunikative Defizite aufweisen und deshalb eine rein kognitive Wissensvermittlung nur wenig Erfolg für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen hat. Er spricht in diesem Zusammenhang auch von der Intentions-Handlungs-Lücke. Denn nur weil eine Gesundheitsbotschaft verstanden wurde, bedeutet dies schließlich nicht, dass diese auch in Folge umgesetzt wird. Kotter (vgl. Klotter, 2010: 82) bedient sich des klassischen Beispiels der Anti-Raucher-Kampagnen: Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der Menschheit weiß, dass Rauchen gesundheitsschädigend ist. Also stellt sich die Frage, wieso immer noch so viele Menschen rauchen. Niemand und Fleischhauer (vgl. Niemand, Fleischhauer, 2012: 107) erklären es damit, dass das menschliche Verhalten nicht nur durch eine Information, sondern durch viele verschiedene psychologische Prozesse und Faktoren bestimmt ist. Denn die individuellen Verhaltensmuster menschlichen Handelns sind hochkomplex und entstehen durch unterschiedliche Einflussgrößen und Wirkmechanismen. Die Merkmale der RezipientInnen und der Rezeptionssituation spielen demnach eine große Rolle für den Prozess der Persuasion. Menschen reagieren unterschiedlich auf verschiedene Stimuli und haben unterschiedliche Selektions- und Reaktionsmechanismen (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 390f). So gibt es zahlreiche Einflussfaktoren die im Prozess der Persuasion und bei der Verarbeitung einer Nachricht als intervenierende Variable agieren. In Bezug auf die persuasive Wirkung von Gesundheitsbotschaften nennen Rossmann und Ziegler (vgl. Rossmann, Ziegler, 2013: 390f) die folgenden nach/für RezipientInnen spezifischen Merkmale:

- Soziodemographische Merkmale, z. B. Alter, Geschlecht
- Persönlichkeitseigenschaften, z. B. Ängstlichkeit, Extraversion
- Mediennutzung, z. B. Nutzungshäufigkeiten und -präferenzen
- Soziales Umfeld, z. B. medizinisches Fachpersonal, Betroffene im persönlichen Umfeld
- Gesundheitszustand, z. B. Vorerkrankungen
- (Bisheriges) Gesundheitsverhalten
- Interesse an Gesundheitsthemen bzw. Involvement

- (Medizinisches) Vorwissen, Wissen
- Risikowahrnehmung
- Einstellungen, z. B. zu Sport, Ernährung
- Selbstwirksamkeit
- Verhaltensintentionen

(Rossmann, Ziegler, 2013: 391)

3. Education Entertainment

3.1 Information durch Unterhaltung

Information und Unterhaltung sind zwei zentrale Punkte der massenmedialen Kommunikation. Diese beiden Begriffe wurden langezeit als sich ausschließendes Gegensatzpaar gesehen. Diese Annahme bildet das Fundament vieler kommunikationswissenschaftlicher Forschungen (vgl. Klaus, 2008: 51). Mit der Gegenüberstellung von Unterhaltung und Information wurden auch die Oppositionen Traum und Wirklichkeit, Spiel und Ernst, Kunst und Leben, sowie Freizeit und Arbeit verbunden (vgl. Thomas, 2009: 3).

Doch dieser Dualismus wird immer mehr als nicht tragfähig erachtet. Tatsächlich sind Information und Unterhaltung zwei zusammenhängende Elemente und auch Information kann schließlich unterhaltsam sein (vgl. Thomas, 2009: 3). Doch während Information seit je her ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde, galt Unterhaltung lange als oberflächlich und wurde als „seicht“ verurteilt (vgl. Klaus, 2008: 51).

Grimm (vgl. Grimm, 2015: 9) sieht Unterhaltung jedoch als Form der Information und plädiert für eine Neubestimmung des Begriffs. Ihm zufolge biete Unterhaltung neben Erlebnisintensität auch eine Orientierungsfunktion im Alltag in Form von Information (vgl. Grimm 2015:9). So können Informationen sehr wohl unterhaltsam und Unterhaltung informativ sein. Denn schließlich ist, so Grimm (vgl. Grimm, 2015: 9), Unterhaltung genau deshalb unterhaltend, weil sie „auf angenehme Weise informiert“.

Er zeigt auf, dass bereits in Grimms Märchen mit dieser Verknüpfung von Information und Unterhaltung gearbeitet wurde und so in der Form des Märchenerzählens Informationen „nett verpackt“ an Kinder weitergegeben wurden. So kann beispielsweise dem beliebten Kindermärchen „Frau Holle“ die Botschaft abgeleitet werden, dass sich „gut sein auszahlt“. Denn letztendlich wird die Goldmarie für ihre Taten belohnt, während die Pechmarie bestraft wird. So lernen Kinder durch dieses Märchen, dass ein „moralischer Lebensweg“ durch seine Regeln und Verbote zwar nicht immer leichter ist, sich am Ende aber lohnt. Genau diese Information ist es, die es den Kindern leichter machen soll ein moralisches Leben zu führen (vgl. Grimm, 2015: 11).

Das Märchen vom „Teufel mit den drei goldenen Haaren“ enthält eine andere Information: In diesem Märchen schafft es ein junger Mann durch die Hilfe der Großmutter des Teufels sozial aufzusteigen und soll sogar die Königstochter heiraten. Als der König selbst versucht, mit der Hilfe des Teufels an mehr Geld zu kommen scheitert er und verliert obendrein seine Machtposition. Grimm (vgl. Grimm, 2015: 11) sieht darin die folgenden

Aussagen: „Der Aufstieg armer Leute ist möglich!“ und „Korrumpierte Regenten werden bestraft!“. Er zeigt auf, dass gerade der Subtext vom „Aufstieg armer Leute“ in aktuellen Unterhaltungsformaten, wie Casting-Shows subtil mitkommuniziert wird (vgl. Grimm, 2015: 11).

„Resümierend lässt sich sagen, dass ein Kommunikationskonzept Informationen durch Unterhaltung schon in uralten fiktionalen Narrativen nachgewiesen ist, die bis heute wirkungsmächtig sind“ (Grimm, 2015: 11)

Weitere gezielte Versuche, Unterhaltung pädagogisch zu nutzen zeigten sich bereits im 17./18. Jahrhundert. Damals war es gang und gäbe, dass Kolporteure Bücher, Zeitungen und Kalender quer durchs Land von Haus zu Haus brachten. Die Obrigkeit war damit allerdings nicht sonderlich glücklich, da so unkontrolliert Informationen verbreitet werden konnten und hatte Sorge die „guten Sitten“ könnten verderben oder die Menschen zur Revolution angestachelt werden. So wurde in einer Initiative zur „Veredlung“ des Lesestoffs sogenannte „nützliche Erkenntnisse“ in die beliebten Lektüren eingebaut. Ähnlich wie heutzutage in Telenovelas und Daily Soaps Informationen über die Risiken von AIDS und HIV oder Verhütung in die Storyline implementiert werden. Der Kolporteur wurde so vom „Volksverderber“ zum „Propagandist der Volksaufklärung“, oder um es in moderner Sprache auszudrücken, zum „Edutainer“. Das Publikum war allerdings nicht begeistert und sperrte sich gegen die belehrenden Botschaften. Diese Motivation, den eigenen Freiheitsspielraum wiederherzustellen nennt man Reaktanz. Sie tritt auf, wenn Personen sich bevormundet fühlen und Belehrungsversuche als Bedrohung für ihre Selbständigkeit und Souveränität empfinden (vgl. Grimm, 2015: 14). In der Gesundheitskommunikation tritt sie besonders auf, wenn die RezipientInnen die zentrale Botschaft als zu aufdringlich und mit offensichtlicher persuasiver Absicht empfinden (vgl. Sischka et al, 2016: 01).

Es zeigt sich demnach, dass die pure Implementierung einer informativen Botschaft in Unterhaltungsformaten noch lange keine Garantie für die erfolgreiche Aufnahme der Information auf Seiten der RezipientInnen ist. Doch welche Bedingungen sind es, die entscheiden, ob Entertainment-Education gelingt oder nicht (vgl. Grimm, 2015: 15)?

Ein Beispiel für die zunächst gescheiterte Kommunikation im Bereich von Entertainment-Education führt Grimm (vgl. Grimm, 2015: 16) anhand der indischen Soap „Hum Log“ aus. Diese wurde auf Anordnung des damaligen indischen Informationsministers mit Warnungen vor der „Armutsfalle Kinderreichtum“ und Empfehlungen zur Empfängnisverhütung angereichert. Dies endete mit zahlreichen Beschwerden und kritischen Leserbriefen.

Allem Anschein nach wurde jedoch aus der Panne gelernt, da die Soap seither mit hohen Einschaltquoten und erfolgreich umgesetztem Edutainment glänzt.

Grimm (vgl. Grimm, 2015: 16) sieht den anfänglichen Misserfolg des Entertainment-Education darin begründet, dass die edukative Botschaft widersprüchlich zu der Information stand, die das Unterhaltungserlebnis ausmachte. Denn die bislang vermittelte Botschaft der Soap war „Romantische Liebe ist schön!“. Durch die pädagogische Empfehlung wurde hingegen die Botschaft gesendet, dass Liebe auch gefährlich sein kann und sowohl ein Gesundheits-, als auch ein Sozialrisiko birgt. Hier kollidiert laut Grimm (vgl. Grimm, 2015: 16) das Gefahren-Informativ der Liebe mit dem Sehnsuchts-Informativ. Es stehen also zwei unterschiedliche Informationen im Widerspruch - nicht etwa Unterhaltung mit Information. Als die Soap begann, andere edukative Botschaften einzubauen, die nicht mit dem Genuss der Rezeption von Liebesszenen kollidierten, wurde sie und ihre persuasive Effektivität sehr erfolgreich.

Eine erfolgreiche Lösung für das Reaktanz-Problem veranschaulicht Grimm (vgl. Grimm, 2015: 18) anhand einer Episode der Talkshow „Arabella Kiesbauer“, bei der es um Jugendgewalt ging. Die Message, die von der Moderatorin und Ihren Gästen ausging, war „Jugendgewalt ist schlecht“. Allerdings wurde ebenso ein Hooligan eingeladen, der völlig uneinsichtig agierte, Spaß an Gewalt zeigte und mit der eigentlichen Absicht der Sendung im Kontrast stand. Alle Versuche den Hooligan im Laufe der Sendung umzustimmen blieben erfolglos. Es zeigte sich in Grimms (vgl. Grimm, 2015: 18) Prä-post-Experiment zu dieser Sendung, allerdings, dass nach dem Sehen der Talkshow bei den VersuchsteilnehmerInnen das Aggressionsniveau sank und eine vermehrt gewaltkritische Einstellung entstand. In einer Vergleichsgruppe wurde einer Version der Show ohne den Hooligan gezeigt, hier stellte sich nicht der gewaltkritische Effekt ein. Der edukative Erfolg dieser Show lässt sich also dadurch erklären, dass durch den Hooligan beim Publikum die Illusion entstand, selbst die freie Wahl zu haben. Der Hooligan absorbierte sozusagen die reaktanten Bestrebungen der ZuseherInnen. Den ZuschauerInnen wurde scheinbar eine Option geboten und sie konnten sich selbst für eine Seite entscheiden. Eine monologische Überredungssituation wurde so vermieden (vgl. Grimm, 2015: 18).

So zeigt sich, dass es auf die Art und Weise der Umsetzung der edukativen Botschaft ankommt und „ein erhobener Zeigefinger“ mit offensichtlicher Belehrungsintention oft zu Ablehnung der Botschaft und innerlichem Widerstand führt (Grimm 2015: 15).

Um zu klären, ob die Entertainment-Education in Gesundheitsfragen eventuell unter der Handlung von Serienformaten leiden könnte, wurden Medienwirkungsexperimente zu den Arzt- und Krankenhausserien „Emergency“ Room und „Der Bergdoktor“ durchgeführt. Es

wurde gefunden, dass Arzt- und Krankenhausserien im Stande sind, das Gesundheitsverhalten der ZuschauerInnen zu beeinflussen, dass die Effektivität allerdings in Abhängigkeit zur Art der Dramaturgie steht (vgl. Grimm, 2015: 27).

Eine störungsfreie Koppelung der edukativen Botschaft mit den, in den Narrativen enthaltenen Informationen hat demnach wesentlichen Anteil am Erfolg oder Misserfolg der Entertainment-Education. In der Bergdoktorstudie (vgl. Grimm, Rosenzweig, 2014: 271f), konnte beispielsweise durch das gute Zusammenspiel einer Liebesgeschichte und des Gesundheitsthemas das Ärzteimage positiv beeinflusst werden. Die Art der Narration und die Gestaltung der Entertainment-Education-Botschaft waren ausschlaggebend für den Kommunikationserfolg.

Auch Gassmann et. al (vgl. Gassmann, Vorderer, Wirth, 2003: 479f) fanden, dass die persuasive Message gut in die Handlung hineinpassen muss, damit die Geschichte und Persuasionsbotschaft nicht auseinanderfallen. Es zeigt sich demnach, dass eine bewusste Integration von Informationen in Unterhaltungsformate sehr erfolgreich sein kann, solange die Botschaft richtig „verpackt“ wird.

Auf Grundlage der informationstheoretischen Neubestimmung von Unterhaltung formuliert Grimm (vgl. Grimm, 2015: 32) sechs zusammenfassende Postulate:

- 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.
- 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.
- Optimierte Entertainment-Education zeichnet sich dadurch aus, dass der Informationsgehalt für den lebensweltlichen Bezugsrahmen mit dem systemischen Informationsgehalt (z.B. Politik, Gesundheitswesen) sinnvoll verknüpft werden kann. (Grimm, 2015: 32)

3.2 Die Entstehung des Entertainment-Education-Ansatzes

„Entertainment-education is not a theory of communication. Rather, it is a communication strategy to bring about behavioural and social change.“ (Singhal, Rogers, 2004: 5)

Es handelt sich beim Education Entertainment nicht um eine Kommunikations-Theorie, sondern um eine Strategie, sozialen Wandel zu erreichen. Ausgangspunkt des Entertainment-Education-Ansatzes ist eine von dem mexikanischen Fernsehproduzent Miguel Sabido produzierte Telenovela mit dem Namen „simplemente Maria“. Ausgestrahlt wurde sie in Teilen Lateinamerikas. Die Handlung der Sendung gleicht einer klassischen Cinderella-Story: Die Hauptdarstellerin Maria stammt aus armen Verhältnissen und zieht in die Großstadt, um dort einen Neustart zu wagen. Doch sie wird ungewollt schwanger und muss nun ihr Schicksal in die eigene Hand nehmen. Sie besucht einen Nähkurs und wird daraufhin im Laufe der Sendung eine erfolgreiche Designerin. Ein nicht-intendierter Effekt der Serie war, dass der Verkauf von Singer-Nähmaschinen, welche Maria beim Nähen benutzte, im Ausstrahlungsgebiet in die Höhe schnellte. Der Produzent erkannte in diesem Phänomen, die Möglichkeit, fiktionale Unterhaltungsangebote zu Trägern von prosozialen und gesundheitsförderlichen Informationen zu machen. So entstand das Konzept von Entertainment-Education, als dessen Urvater Sabido inzwischen gilt. Prosoziale, sozial relevante oder gesundheitsbezogene Themen und Informationen werden dazu systematisch in attraktive Unterhaltungsangebote und -formate wie z.B. Fernsehserien, Comics, Musikangebote, Videospiele, Radioserien etc. integriert und können so ein großes Publikum erreichen (vgl. Lampert, 2003: 463).

Die Grundidee des Entertainment-Education-Ansatzes wurde in den USA jedoch bereits in den 60er Jahren umgesetzt. Es wurden Überlegungen angestellt, wie gesundheitsfördernde Botschaften ohne einen offensichtlichen moralischen Appell medial vermittelt werden konnten. In der erfolgreichen Vorschulserie „Sesame Street“ wurde bereits frühzeitig mit der Verknüpfung von Unterhaltung und Erziehung gearbeitet. Auf ansprechende und unterhaltsame Weise wurden in die Sendung kognitive, aber auch soziale und gesundheitliche Themen vermittelt (vgl. Lampert 2003: 461).

In eine im Jahr 2002 in der südafrikanischen Version der Sesamstraße „Takalani Sesame“ ausgestrahlte Episode wurde beispielsweise eine HIV-infizierte Figur integriert. Angesichts der in großen Teilen Afrikas herrschenden Verbreitung von HIV und AIDS, sollten den Kindern so die Ursachen der Erkrankung nahegebracht werden. Auch die mit der Erkrankung einhergehende Ausgrenzung und Stigmatisierung, die Infizierte häufig

erfahren, wurde thematisiert und der Umgang mit Betroffenen sollte den Kindern so auf spielerische Weise nahegebracht werden (vgl. Lampert 2003: 462).

In den 70er Jahren setzten sich „Hollywood Lobbyists“ in den USA dafür ein, dass gesundheitsrelevante Themen in Unterhaltungsformaten stärker berücksichtigt und realistischer dargestellt werden. In den 80er Jahren entstanden verschiedene Verbände, die rein pädagogisch motiviert waren und durch Entertainment-Education sozialen Wandel und Gesundheitsförderung betrieben wollten (vgl. Lampert, 2003: 462).

In Deutschland ist das Entertainment-Education-Konzept im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen noch vergleichsweise wenig verbreitet. Weltweit dagegen wurden bereits zahlreichen Projekten und Kooperationen durchgeführt, die zumeist in Ländern der sogenannten dritten Welt umgesetzt wurden (vgl. Lampert, 2003: 462).

Trotz der rasanten Entwicklung des Internets und dem ständigen Zugang zu Informationen gibt es immer noch Menschen, die häufig weniger gebildet sind, kaum finanzielle Mittel besitzen, in hohem Alter sind, in abgeschiedenen Gebieten leben und die keinen Internetzugang haben. Diese Menschen haben einen hohen Bedarf an Gesundheitsinformationen (vgl. Singhal, Rogers, 2002: 133). In den Entwicklungsländern haben sich besonders Soap-Operas und Radiosendungen, zu diesem Zweck als gut geeignet bewiesen. Viel kommunizierte Themen mit Gesundheitsbezug sind beispielsweise Schwangerschaft von Minderjährigen, HIV und AIDS, Verhütung und Familienplanung (vgl. Lampert, 2003: 467).

3.3 Effekte von Entertainment-Education im Sinne der Gesundheitskommunikation

Im Gegensatz zu „Social Marketing“ oder Infotainment verfolgt Entertainment-Education kein kommerzielles Interesse, sondern ist pädagogisch motiviert und möchte durch die erzieherische Botschaft eine positive Verhaltensänderung beim Publikum erreichen: (vgl. Lampert, 2003: 463).

„Entertainment-education is the process of designing and implementing an entertainment program to increase audience members' knowledge about a social issue, create more favorable attitudes, and change their overt behaviors regarding the social issue.“ (Vaughan, Rogers et al. 2000: 82)

Diese Theorie des Entertainment-Education-Konzepts stützt sich auf Elemente der sozialen Lerntheorie nach Albert Bandura, Eric Bentley, Carl Jung und Paul McLean (vgl. Singhal, Cody, Rogers, Sabido, 2004: 61).

Der sozialen Lerntheorie nach Bandura (vgl. Bandura, 1991) zufolge lernen Menschen soziales Verhalten über Beobachtung und Nachahmung.

„Das Lernen am Modell hat sich als ein sehr wirksames Mittel zur Schaffung abstrakten oder regelgeleitenden Verhaltens erwiesen. Auf der Grundlage von Regeln, die sie durch Beobachtung gewonnen haben, lernen die Menschen unter anderem Urteilsfähigkeit, Sprachstile, Begriffssysteme, Strategien zur Informationsverarbeitung, kognitive Operationen und Verhaltensstandards.“ (Bandura, 1991: 50)

Inwiefern das beobachtete Verhalten der RezipientInnen von Serien oder anderen Medieninhalten imitiert wird, hängt unter anderem von der Nähe zur eigenen Lebenswelt und der beobachteten Reaktion auf das gezeigte Verhalten ab. Außerdem ist auch ausschlaggebend, wie attraktiv das Modell ist: Erfolgreiche Modelle, die soziales Prestige und Macht ausstrahlen und deren Verhalten im Modell belohnt oder einfach nicht bestraft werden, werden bevorzugt von den Beobachtenden imitiert. Dementsprechend sollten vor allem positive Charaktere in den Sendungen die gewünschten prosozialen oder gesundheitsfördernden Botschaften vermitteln, damit für die RezipientInnen ein hohes Identifikationspotenzial gegeben ist. Der sozialen Lerntheorie zufolge, wird zudem angenommen, dass die Selbstwirksamkeit (self-efficacy) der RezipientInnen durch passende Rollenmodelle gesteigert wird. Selbstwirksamkeit beschreibt dabei das Gefühl, selbst die Verantwortung für das eigene Tun zu tragen (vgl. Lampert, 2003: 463).

Die auf dem Entertainment-Education-Ansatz basierenden Medienproduktionen setzen deshalb zum einen auf positive Modelle, welche die erwünschten Einstellungen und Werte darstellen und andererseits auf negative Modelle, die Verhaltensweisen und Einstellungen präsentieren, die nicht erwünscht sind. Zudem werden sogenannte »transitional characters« eingesetzt, die sich im Verlauf der Handlung in eine erwünschte Richtung verändern. Sie sind so konzipiert, dass bei den RezipientInnen ein Gefühl der Identifikation entsteht und sie den Wandlungsprozess gewissermaßen mit den fiktionalen Figuren zusammen durchleben (vgl. Lampert, 2003: 464).

Hierzu muss der Rezipient/die Rezipientin auf einer kognitiven, aber auch auf einer emotionalen Ebene erreicht werden, um eine parasoziale Interaktion bzw. Beziehung mit den DarstellerInnen aufbauen zu können. Denn es gilt: Je involvierter die RezipientInnen, desto wahrscheinlicher ist es, dass der pädagogische Inhalt ankommt (vgl. Lampert, 2003: 464). Hierfür werden beispielsweise Epiloge eingesetzt, wobei Fragen und Themen aufgebracht werden, die auch nach der Rezeption noch mit Freunden oder Familie diskutiert werden können. Ein klassisches Beispiel sind die Voiceover-Monologe von Carrie aus der Erfolgsserie „Sex and the City“. (vgl. Lampert, 2003: 464).

Doch was macht nun den Erfolg der Entertainment-Education-Programme aus bzw. auf welche Weise kann eine bestimmte Wirkung erzielt werden? Lampert (vgl. Lampert 2003: 467) betont, dass das gesundheitsfördernde Potenzial der Projekte vor allem darin liegt, dass für bestimmte Themen sensibilisiert und die interpersonale (Peer-)Kommunikation gefördert wird. Die Entertainment-Education-Strategie kann auf individueller, gesellschaftlicher oder gemeinschaftlicher Ebene Wandel herbeiführen. Dies kann laut Singhal und Rogers (vgl. Singhal, Rogers, 2004: 5) über zwei verschiedene Wege geschehen:

1. Erstens können durch Education Entertainment die Einstellung, das Bewusstsein und das Verhalten von Individuen in eine prosoziale Richtung beeinflusst und zu einer kritischeren Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen motiviert werden. Dies kann in Folge zu einer Verhaltensänderungen auf sozialer und individueller Ebene führen. Besonders die kognitive und emotionale Beteiligung, sowie die Identifikation mit den Charakteren sind in diesem Fall für die Wirksamkeit der Entertainment-Education-Angebote relevant (vgl. Singhal, Rogers, 2004: 5). In Tansania wurden beispielsweise durch die Radio-Soap Opera "Twende na Wakati" („Let's Go with the Times“) hunderttausende Erwachsene im Rahmen einer Aufklärungskampagne davon überzeugt, präventive Maßnahmen, wie das benutzen von Kondomen und die Verringerung der Anzahl an Sexualpartner zu adaptieren, um sich so vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen (vgl. Singhal, Rogers, 2004: 5).

2. Zum anderen kann das Umfeld der RezipientInnen beeinflusst werden, um so auf der Systemebene die nötigen Bedingungen für sozialen Wandel zu erschaffen. Hier finden sich die Effekte auf einer interpersonalen und sozialpolitischen Ebene in der Außenwelt der ZuseherInnen. Hier fungiert Entertainment-Education sozusagen als „Mobilmacher“, Agenda-Setter und Fürsprecher, indem es öffentlich und politisch in die Richtung einer sozialen erwünschten Richtung beeinflusst. In Südafrika konnten so beispielsweise durch eine Serie über Häusliche Gewalt in Soul City Gemeinschaftsaktionen, Frauendemonstrationen und eine beschleunigte Gesetzesänderung herbeigeführt werden (vgl. Singhal, Rogers, 2004: 5).

Inwieweit sich durch Education Entertainment eine Verhaltensänderung einstellt, hängt allerdings von einer Vielzahl von Aspekten ab. Der Erfolg einer Entertainment-Education-Kampagne misst sich schließlich auch daran, ob die präsentierten Verhaltens-Modelle von den ZuseherInnen wie intendiert wahrgenommen wurden. Ein besonders hohes Identifikationspotential bieten häufig die sich in der Serie entwickelnden Charaktere und die positiv dargestellten Charaktere. Diese übernehmen gewissermaßen eine

Modelfunktion für die RezipientInnen. Allerdings kann es auch passieren, dass die Charaktere völlig anders wahrgenommen werden, als es von der Produktion intendiert wurde. So können beispielsweise auch die negativen Charaktere der Sendung von den RezipientInnen idealisiert und favorisiert werden. In diesem Fall spricht man vom „Archie Bunker“-Effekt. Hier werden die nicht erwünschten Eigenschaften und Verhaltensweisen der ZuschauerInnen positiv interpretiert und die eigentlich vermittelte, prosoziale Message wird als nicht nachahmenswert angesehen (vgl. Lampert, 2003: 463).

Wichtig für die Wirksamkeit von Entertainment-Education sind zudem die emotionale und kognitive Beteiligung der ZuschauerInnen an der Handlung (Involvement) und die Identifikation mit den Charakteren. Fiktionale Angebote haben sich hier als sehr geeignet erwiesen, da sie auf Grund ihrer Konzeption und der Form der Inszenierung zu einem hohen Involvement führen. Dies führt dazu, dass die RezipientInnen sich vermehrt mit dem Thema auseinandersetzen. Auch die Relevanz für den Alltag der RezipientInnen, wie sie in der Gesundheitskommunikation stark gegeben ist und die Plausibilität der Themen ist entscheidend für den Erfolg des Entertainment-Education-Konzepts. Abschließen soll jedoch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass eine direkte Verhaltensänderung eher selten vorkommt und das Entertainment-Education-Potential darin liegt, dass es die interpersonale Kommunikation zu einem Thema anstößt und so das Umfeld für soziales Lernen und eine Einstellungs- und schließlich eine Verhaltensänderung erschafft. Entertainment-Education ist demnach vor allem dazu geeignet, für gewisse Themen zu sensibilisieren und die Reflexion mit dem eigenen Handeln anzuregen (vgl. Lampert, 2003: 470f).

4. Angstappelle

4.1 Angst und Furcht

Da es viele verschiedene Synonymen gibt, die etwas Ähnliches oder gar das Gleiche ausdrücken, ist die Definition von „Angst“ nicht ganz simpel. Im englischen wird zwischen „Angst“ (anxiety), „Furcht“ (fear) und „Ängstlichkeit“ (trait anxiety) unterschieden. Die beiden Begriffe Furcht und Angst sind in der deutschen Sprache jedoch die meistverwendeten und es muss zwischen den beiden unterschieden werden. Der Begriff Angst beschreibt laut Becker (vgl. Becker, 2011: 10) einen Zustand, der „mit einem negativen Gefühl der Anspannung einhergeht und sich auf eine eher vage Bedrohung in der Zukunft richtet.“ (Becker, 2011: 10). „Furcht“ dagegen beschreibt die emotionale Reaktion auf eine konkrete Bedrohung. Diese ist definierbar, wie beispielsweise ein hungriger Bär in unmittelbarer Entfernung. Die Furcht hat somit immer einen Fokus. Sie tritt schnell auf und verebbt auch ebenso schnell wieder. Angst hingegen ist auf keinen klaren Fokus gerichtet und der Auslöser kann auch häufig nicht konkret benannt werden. Die Angstreaktion dauert länger an, dafür sind die physischen Reaktionen schwächer ausgeprägt. Sie ist eher mit dem Begriff der „Vigilanz“ zu vereinbaren, der einen Zustand ständiger Wachsamkeit beschreibt und im Gegensatz zur kurzen „akuten Alarmreaktion“ der Furcht länger andauert (vgl. Becker, 2011: 10 f).

Für diese Arbeit soll trotz dieser geschilderten Unterschiede keine Unterscheidung zwischen den Begriffen Angst und Furcht gezogen werden, da diese in der Fachliteratur häufig undifferenziert gebraucht werden und es so nicht möglich ist, nachträglich herauszufinden von welchem konkreten Konzept die Rede ist. Ein präziserer Umgang mit der Begrifflichkeit besonders in Fachkreisen wäre allgemein wünschenswert.

4.2 Die Emotion Angst

Die Emotion Angst ist facettenreich und erfüllt wichtige Aufgaben für den Menschen, sie beeinflusst das Handeln und Denken und prägt deutlich die Weltsicht des Individuums. Neben Emotionen wie Überraschung, Fröhlichkeit, Wut, Ekel und Trauer ist Angst eine der Basis- oder Primär-Emotionen (vgl. Trommsdorff, 2003: 69). Im Zustand der Furcht befindet sich das Individuum in emotionaler Erregung und versucht, diese zu reduzieren um seine physische und/oder psychische Integrität zu erhalten (vgl. Jakob, 2004: 16).

Die meisten Prozesse laufen dabei unbewusst ab und werden von der Person oft nicht aktiv wahrgenommen. Emotionen werden von Becker (vgl. Becker, 2011: 16f) als „vererbte und erworbene, motivationale Prädispositionen, auf bestimmte innere oder äußere Reize mit subjektivem Erleben, Kognitionen, physiologischer Erregung und Verhalten zu reagieren“, definiert. Sie treten als Reaktion auf Ereignisse auf und können Erinnerungen oder körperliche Empfindungen auslösen. Emotionen sollen motivieren, also Handlungen auslösen. Sie führen zu bestimmten Reaktionen, wie beispielsweise einer Flucht bei großem Angstepfinden. Allgemein lassen sich Emotionen auf Grund ihrer Qualität (von angenehm bis unangenehm) sowie ihrer Intensität (von schwach bis stark) beschreiben (vgl. Becker, 2011: 16f). Die Emotion Angst soll evolutionsbedingt rasche Reaktionen ermöglichen, damit die Person fliehen oder kämpfen kann. Um zu überleben, werden eine Reihe an physiologischen Veränderungen eingeleitet, um den Organismus kurzzeitig zu aktivieren. In diesem Fall ist die Emotion Angst sehr nützlich und überlebenswichtig. In der modernen Lebensumwelt, beispielsweise bei einem Vorstellungsgespräch, sind starke Angstreaktionen allerdings oft weniger hilfreich oder kontraproduktiv (vgl. Becker, 2011: 17).

4.3 Angstappelle Definition und Ziele

Die Kommunikationsforscher Hovland, Janis und Kelley (1953), die sich schon früh mit Angstappellen auseinandersetzten, definierten diese als Kommunikation, die bei den RezipientInnen durch Androhung von Gefahr Furcht auslösen und so eine Einstellungs- und womöglich sogar eine Verhaltensveränderung hervorrufen soll (vgl. Jonas, 1987: 11). Doch durch die bewusste Angstinduktion Einfluss auf Menschen zu nehmen, ist keinesfalls eine neue Taktik der Werbeindustrie. Schon in der Antike proklamierte Aristoteles, ein Rhetoriker müsse „(...) immer, wenn es vorteilhafter ist, daß [sic!] die Zuhörer sich fürchten, sie in einen solchen Zustand versetzen, indem er sagt, daß [sic!] gerade sie Leute sind, denen Leid bevorsteht (...); ferner soll der Redner die Zuhörer darauf hinweisen, daß [sic!] Menschen, die ihnen ganz ähnlich sind, zurzeit leiden oder schon gelitten haben (...).“ (Aristoteles, 1999, zit. nach Jakob, 2004: 16).

Überall wo die ZuhörerInnen dazu gebracht werden sollen, ihr Verhalten zu ändern, werden und wurden solche Angstbotschaften schon immer gerne eingesetzt: In der Nazi-propaganda, Public Relations und Markenwerbung, im Umweltschutz und in der Gesundheitskommunikation. Laut Jakob (vgl. Jakob, 2004: 16) sind die Experten in diesem Gebiet von der Wirksamkeit der Angstappelle überzeugt. Wie die Appelle jedoch zu gestalten sind, um die Zielgruppe zu dem antizipierten Verhalten zu bringen ist nicht endgültig geklärt, da es viele Einflussfaktoren gibt, die in diesem Prozess wirksam werden. In der Regel besteht ein Angstappel aus zwei Teilen: ein Teil induziert Angst, und einen anderen, der diese besänftigt (vgl. Dillard, 1994: 297)

Barth (vgl. Barth, 2000: 63) beschreibt diese persuasiven Botschaften als Appelle, die den RezipientInnen suggerieren, dass für sie wichtige Werte wie Leben, Gesundheit oder Eigentum in Gefahr sind. Sie können verbal oder nonverbal kommuniziert werden.

Ziel der Angstappelle ist es, die EmpfängerInnen der Botschaft zu beeinflussen, indem als Abwehrmechanismus gegen die aufkommende Angst eine Handlungsempfehlung gegeben wird. Den RezipientInnen soll so auf dramatische Weise gezeigt werden, welche schlimmen Konsequenzen ein bestimmtes Verhalten für sie, ihre Familie und soziales Umfeld hat (vgl. Felser 1997: 310). Ein sehr häufig zitiertes Beispiel für die Anwendung von Angstappellen in der Praxis sind die grauenerweckenden Bilder auf Zigarettenpackungen, die RaucherInnen abschrecken sollen, indem die Angst geweckt wird, ebenso zu enden, wie es auf den Bildern dargestellt ist. Dass trotzdem noch eine beachtliche Menge an Menschen rauchen, stellt natürlich die Effektivität dieser Angstappelle in Frage. In diesem Zusammenhang spielen viele psychologische Prozesse

eine Rolle, die beim Konsumenten unbewusst ablaufen, wie beispielsweise die Vermeidung kognitiver Dissonanz.

Vorangestellt werden muss natürlich, dass der Begriff Angstappell nur zutrifft, wenn er beim Botschaftsempfänger auch tatsächlich diese Emotion auslösen kann (vgl. O'Keefe, 2002: 224), was nicht unbedingt sein muss, da nicht jeder Mensch gleich auf einen Stimulus reagiert. Dementsprechend können Angstappelle unterschiedlich gesehen werden: Eine Möglichkeit richtet sich auf das Enthalten von expliziten Darstellungen negativer Folgen. Hierbei liegt der Fokus auf dem Inhalt der Botschaft. Andererseits kann man Angstappell auch auf die zweite Art sehen, wobei das Auslösen von Furcht bei den RezipientInnen der ausschlaggebende Punkt ist (vgl. O'Keefe, 2002: 24).

O'Keefe (vgl. O'Keefe, 2002: 5) definiert Persuasion als „...a successful intentional effort at influencing another's mental state through communication in a circumstance in which the persuadee has some measure of freedom.“

Einer gelungenen Persuasion gelingt es demnach, die Empfängerin oder den Empfänger der Botschaft emotional zu erreichen (vgl. O'Keefe, 2002: 228). Um tatsächlich Furcht bei den RezipientInnen zu wecken und eine Verhaltensänderung hervorzurufen gilt es, verschiedene Punkte zu berücksichtigen. Zu betonen ist, dass die Emotion Furcht ein komplexes Gebilde ist und es keine „absolut sichere „goldene Regel“ “ (vgl. Jakob, 2004: 16) für ihren Einsatz gibt.

4.4 Wirksamkeit von Angstappellen (in der Gesundheitskommunikation)

Damit eine Botschaft, die vermittelt werden soll, auch bei den RezipientInnen ankommt, muss über die rein informative Ebene hinausgegangen werden. Die Angstappelle lassen sich von positiven emotionalen und rational-argumentativen Zielgruppenansprachen abgrenzen (vgl. Hastall, 2016: 493). Ihr Einsatz wird seit langem kontrovers diskutiert. Ihre Popularität beruht nach Hastall (vgl. Hastall, 2016: 493) allerdings möglicherweise auf einer Überschätzung ihrer Wirksamkeit. In der Praxis werden Angstappelle häufig mit Vorsicht genossen, da besonders Unternehmen Angst vor negativen „Ausstrahlungseffekte auf das eigene Image“ haben und es zudem rechtliche Grenzen beim Erwecken von Furcht gibt (vgl. Hastall, 2016: 493).

Bei einigen Themenfeldern, die grundsätzlich negativ assoziiert werden, oder mit Ängsten in Verbindung gebracht werden, scheut sich die Werbeindustrie jedoch weniger mit

Angstappellen zu arbeiten. Beispielsweise für Antiraucherkampagnen, Zeckenschutz-Impfungen, Amnesty International- Kampagnen oder beim Bewerben von Versicherungen werden sie gerne eingesetzt (vgl. Schweiger, Schrattenecker, 2017: 281). Der Schwerpunkt der Angstappellanwendung und -forschung liegt laut Trommsdorf (vgl. Trommsdorf, 2003: 133) allerdings auf der Gesundheitskommunikation, da hier körperliche Schmerzen oder gar der Tod ohnehin thematisiert werden müssen. Effektiv wurden Angstappelle in unzähligen Gesundheitskampagnen eingesetzt, sodass diese inzwischen als Standardstrategie in diesem Feld erachtet werden und zu einer der meist verwendeten Strategien persuasiver Kommunikation zählen (vgl. Neurauter, 2005: 45). Zudem stellen das meist untersuchte Botschaftsstilmittel im Zusammenhang mit Gesundheitskampagnen dar (vgl. Cho, Salmon, 2006: 91).

In der Gesundheitskommunikation ist der Angstappell häufig besonders drastisch gestaltet. Formulierungen im Text, die auf schlimme, mögliche Krankheitsfolgen hinweisen oder besonders grauenvollen Bildern auf Zigarettenschachteln sind Beispiele. Trotz der bisherigen Studien konnte noch kein Ergebnis gefunden werden, das eindeutig vorhersagen könnte, ob und inwiefern der Einsatz von Angstappellen die Gesundheitskommunikation in ihrer Wirksamkeit beeinflusst (vgl. Rossmann, Pfister, 2008: 369).

4.4.1 Die Eigenschaften von Sender, Botschaft und Empfänger

Allgemein spielen verschiedene Variablen eine Rolle, wenn es um die Effektivität von Angstappellen geht: Eigenschaften der Botschaft, des Kommunikators, und Eigenschaften der Adressaten (vgl. Jakob, 2004: 17). Im Folgenden sollen diese spezifischen Merkmale kurz beschrieben werden:

Um als Angstappell zu gelten, ist die zentrale Bedingung der Botschaft die erfolgreiche Induktion von Furcht bei den RezipientInnen. Dazu muss die Botschaft personalisiert sein, um bei den EmpfängerInnen den Eindruck zu erwecken, unmittelbar von der Bedrohung betroffen zu sein. Zudem muss es sich um ein realistisches, wahrscheinliches und angemessen beschriebenes Risiko handeln, um glaubwürdig zu sein. Laut Jakob (vgl. Jakob, 2004: 17) müssen die negativen Konsequenzen, sowie konkrete Empfehlungen zu Handlungsalternativen, die die Bedrohung abwehren können, klar beschrieben werden. Die Handlungsempfehlung sollte einfach und nachvollziehbar sein und im Alltag leicht adaptiert werden können, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die RezipientInnen diese auch befolgen (vgl. Jakob, 2004: 17). Die zentral wichtige Eigenschaft des Kommunikators ist dessen Glaubwürdigkeit. Kommt die Botschaft aus einer

vertrauenswürdigen Quelle, der keine bösen Absichten unterstellt werden können, wird die Botschaft wahrscheinlicher akzeptiert (vgl. Jakob, 2004: 17). Es geht also um das Image des Senders/ der Senderin des Angstappells, welches dauerhaft und langfristig gepflegt werden muss, sodass die RezipientInnen ihm/ihr Vertrauen entgegenbringen können. Die unterschiedlichen Eigenschaften der EmpfängerInnen der Furchtbotschaft spielen für die Effektivität der persuasiven Kommunikation eine entscheidende Rolle. Wie in Kapitel „Einstellungs- und Verhaltensänderung“ bereits beschrieben spielen Variablen wie Alter, Geschlecht, Lebensumstände, Einstellung Charaktereigenschaften, Problembewusstsein, persönliches Involvement etc. eine ausschlaggebende Rolle. Es konnte festgestellt werden, dass jüngere Menschen in der Regel risikofreudiger sind und Eltern furchtsamer als Menschen ohne Kinder (vgl. Jakob, 2004: 17f). Zudem reagieren Individuen unterschiedlich sensibel auf verschiedene Themen. Wo bei manchen Menschen eher finanzielle Gründe angstausslösend sind, sind es für andere drohende Schmerzen. So muss die Botschaft möglichst genau auf die Zielgruppe angepasst werden um effektiv Angst auslösen zu können.

4.4.2 Intensität der Furcht

Es zeigt sich, dass die Gestaltung der Botschaft genau geplant und auf die Eigenschaften der Zielgruppe zugeschnitten sein sollte. Die zentrale Fragestellung der meisten Angstappellforschungen ist: „Welche Effekte haben unterschiedlich stark furchtinduzierende persuasive Botschaften auf die Einstellung bzw. das Verhalten?“ (Barth, Bengel, 1998: 86). Für den effektiven Einsatz der Angstappelle ist demnach besonders die Intensität der ausgelösten Emotion entscheidend. Während zunächst davon ausgegangen wurde, dass größere Furcht eher eine Verhaltensänderung verursacht, ist man inzwischen wieder von diesem Modell abgekommen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass ein zu hohes Maß an Furcht Abwehrprozesse bei den RezipientInnen aktiviert und so die Wirksamkeit vermindert (vgl. Barth, Bengel, 1989: 87).

Tatsächlich wurde festgestellt, dass zu starke Furcht dazu führte, dass den Handlungsempfehlungen seltener nachgegangen wurde, wohingegen mittelstarke Angstappelle eher den gewünschten Effekt hatten (vgl. Rossmann, Pfister, 2008: 369). Besonders bei starker Furchtinduktion, ist deshalb darauf zu achten, dass Handlungsempfehlungen gegeben werden, die geeignet sind, die negativen Emotionen wieder abzuwenden, um so die Entstehung von Reaktanz bei den RezipientInnen zu vermeiden.

Ein mittleres Maß an Furcht wird deshalb als ideal angesehen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, betonen Barth und Bengel (vgl. ebda. 1989: 87), dass dieses sogenannte kurvenlineare Modell trotz seiner hohen Plausibilität kritisch betrachtet werden sollte, da es erst in wenigen Studien bewiesen werden konnte. Nichts desto trotz gelten das kurvilineare Modell nach Janis und McGuire und das parallele Prozessmodell von Leventhal in der Angstappellforschung als die gängigsten Theorien (vgl. Barth, Bengel, 1989: 87). Im Folgenden sollen nun die gängigsten Wirkungstheorien für die Effektivität der Angstappelle dargestellt werden.

4.5 Wirkungsmodelle der Angstappellforschung

4.5.1 Das Triebreduktionsmodell

Wie schon Freud in der Psychoanalyse wird beim Triebreduktionsmodell von einem Bedürfniszustand (z.B. Durst) ausgegangen. Dieser Zustand ist solange vorherrschend, bis das Bedürfnis befriedigt wurde. Triebe werden als „körperliche Zustände verstanden, die eine Aktivierung erzeugen“ (vgl. Dillard, 1994: 296).

Die Furcht, die durch eine Nachricht im Falle eines Angstappells beim Empfänger ausgelöst wird, motiviert diesen demnach, sein Verhalten so zu verändern, um eine Reduktion der Furcht zu erreichen. Dieses Verhalten erfolgt nach dem Trial-and-Error-Prinzip. Eine Reaktion, die eine Furchtreduktion herbeiführt, wird verstärkt und somit wird es auch wahrscheinlicher, dass genau diese Reaktion in Zukunft häufiger auftritt. Umso besser die Furcht durch eine Verhaltensweise reduziert werden kann, desto stärker wird das Verhalten verstärkt und auch in Zukunft angewendet werden. Das Verhalten kann beispielsweise eine Empfehlung sein, die der Furchtinduktion folgt (vgl. Barth, Bengel, 1998: 52)

Die empirische Absicherung des Triebreduktionsmodells ist laut Barth und Bengel (vgl. Barth, Bengel, 1998: 54) allerdings mangelhaft. Denn experimentelle Studien konnten die Furchthöhe meist nur direkt nach der Furchtinduktion messen und deshalb kann keine Aussagen über den Verlauf des Angstrückgangs gemacht werden. Deshalb konnte die Reduktion der Furcht nicht in Zusammenhang mit dem Verhalten und dessen Verstärkung gesetzt werden, womit die zentrale Aussage der Triebreduktionstheorie empirisch unbestätigt bleibt (vgl. Barth, Bengel, 1998: 54).

Das Triebreduktionsmodell führte allerdings zu den Erkenntnissen, dass ein wirksamer Angstappell auch Furcht auslösen muss und dass durch eine Handlungsempfehlung

sozusagen eine Anleitung zur Furchtreduktion gegeben werden muss (vgl. Jonas, 1987: 24).

4.5.2 Das kurvilineare Modell

Es wurde ursprünglich davon ausgegangen, dass die persuasive Wirkung stärker ist, wenn die Furcht, die durch die negative Botschaft ausgelöst wird, größer sei. Janis und Feshbach (vgl. ebda. 1953: 80ff) gingen in ihrer Studie vom bereits beschriebenen Triebreduktionsmodell aus, beobachteten allerdings - entgegen der Erwartungen - dass die Persuasionswirkung ab einer gewissen Furchtstärke wieder sank. Auf Basis dieser Beobachtung wurde das kurvilineare Modell entwickelt. Es soll die verbesserte Wirksamkeit von schwachen Angstappellen gegenüber starken erklären. Janis und Feshbach kommen diesbezüglich zu folgenden Aussagen (vgl. Barth, Bengels, 1998: 55):

1. Werden intensive Gefühle von Angst erzeugt, kann der Empfänger der Nachricht nicht mehr genügend Aufmerksamkeit auf die Mitteilung lenken, um diese korrekt zu verarbeiten.
2. Infolge der Furchtinduktion durch den Sender kann der Empfänger aggressive Impulse gegenüber dem Sender entwickeln. Als Reaktion auf diesen Zustand wird der Empfänger die Argumente des Senders zurückweisen.
3. Wird die durch die Nachricht des Senders erzeugte Furcht nicht durch die Inhalte der Nachricht oder die Ressourcen der Person angemessen reduziert, wird die Person in Zukunft ähnliche Situationen vermeiden. Darüber hinaus kommt es zu Abwehrreaktionen, indem die Person das Interesse an diesem Thema verliert, oder die Gefahr verleugnet (Barth, Bengels, 1998: 55).

Kritisch zu bewerten ist bei diesem Modell die fehlende Vorhersagbarkeit, ab welchem Furchtniveau Abwehrreaktionen bei den RezipientInnen auftreten bzw. ab wann die Furcht kontraproduktive Effekte auslöst. Obwohl ein kurvilinearere Zusammenhang in mehreren Studien bereits widerlegt wurde, hält sich laut Barth und Bengels (vgl. Barth, Bengels, 1989: 64) der „Mythos des umgekehrten U-Zusammenhangs“ hartnäckig. Mittlerweile gilt die kurvilineare Hypothese empirisch widerlegt.

4.5.3 Das Modell der parallelen Reaktionen

Das Modell der parallelen Reaktionen (Parallel Response Model) von Leventhal (vgl. Leventhal, 1970) grenzt sich bewusst von der Triebtheorie ab. Ihm zufolge ist es nicht ausreichend, den Zusammenhang von Furchthöhe und dem Ausmaß der Einstellungsänderung monokausal zu betrachten. Auch wird dabei die Art und Weise der Verarbeitung von persuasiven Botschaften nicht genügend berücksichtigt. Leventhal unterscheidet im Modell der parallelen Reaktionen deshalb zwischen den zwei Prozessen Gefahrenkontrolle und Furchtkontrolle, welche als Reaktionen auf die Angstappelle auftreten. Diese Differenzierung ist deshalb notwendig, da Angstappelle einerseits Informationen enthalten, die durch die beschriebene Gefahr Furcht induzieren und andererseits Informationen enthalten, wie diese Gefahr vermieden werden und die Furcht reduziert werden kann (vgl. Barth, Bengels, 1998: 65).

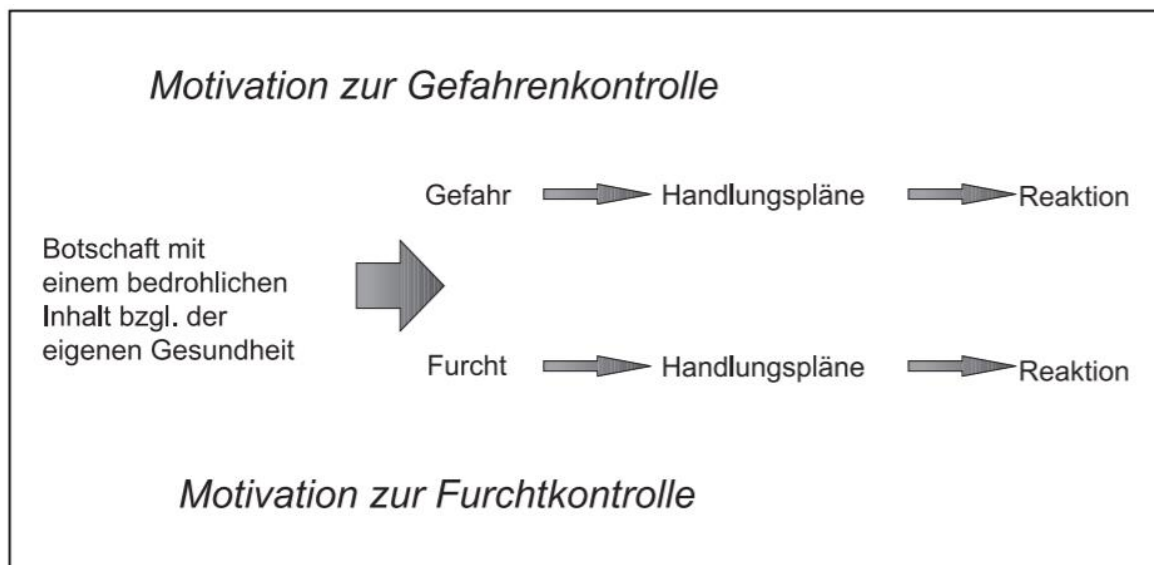


Abb. 04: Duales Prozessmodell der Verarbeitung von Angstappellen (nach Leventhal, Safer, Panagis 1983, entnommen aus Barth, Bengel, 1998: 65)

Die Gefahrenkontrolle beginnt mit der Wahrnehmung einer Gefahr. Dies ist ein objektiver kognitiver Prozess und meint das Bemühen, einer potentiellen Gefahr durch angemessenes Verhalten entgegenzuwirken. So kann beispielsweise durch Alkoholabstinenz einer Leberschädigung entgegengewirkt werden. Ein solches Handeln bzw. Verhalten wird nach Leventhal durch eigene Erfahrungen oder externen Informationen bestimmt und löst den Problemlöseprozess aus. Ausschlaggebend sind hier von außen kommenden Reize, wie eine reelle Bedrohung, die den RezipientInnen durch einen Angstappell vorgeführt werden. Die RezipientInnen denken in der Folge über die Bedrohung nach und entwickeln Abwehrstrategien. Entsteht ein solches adaptives

Verhalten, war die Persuasion erfolgreich. (vgl. Dillard 1994: 298; Barth, Bengel 1998: 65; Gelbrich, Schröder, 2008: 14).

Die Furchtkontrolle dagegen ist ein subjektiver, emotionaler Prozess. Durch ihn sollen unangenehme Gefühle reduziert werden. Dies geschieht durch kognitive Abwehrreaktionen oder Handlungen, die ein Entspannungsgefühl verbreiten sollen. Beispielsweise Essen oder Lesen. Die RezipientInnen denken in diesem Fall nicht über die Bedrohung nach, sondern fokussieren sich auf das Gefühl der Furcht an sich (vgl. Dillard 1994: 298). Der Appell löst hier die Emotion Furcht aus und startet den emotionalen Prozess (vgl. Leventhal 1970: 168). Die RezipientInnen aktivieren unbewusste Verteidigungsmechanismen, wie Abwehrreaktionen, Verleugnung der Botschaft, Vermeidungsverhalten oder Ablenkung. In diesem Fall wird von einem nicht-adaptiven Verhalten in Bezug auf den Angstappell gesprochen. Die RezipientInnen reduzieren die induzierte Furcht, ohne sich mit der Bedrohung auseinanderzusetzen. Der Angstappell bleibt in diesem Fall wirkungslos (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008: 14).

Leventhal ging laut Barth und Bengel (vgl. Barth, Bengel, 1998: 66) ursprünglich davon aus, dass die Prozesse der Gefahrenkontrolle und der Furchtkontrolle parallel ablaufen, erkannte aber später, dass eine erfolgreiche Gefahrenkontrolle nicht zwingend mit einer erfolgreichen Furchtkontrolle einhergeht und diese beiden Prozesse somit auch getrennt ablaufen können (vgl. Barth, Bengel, 1998: 66)

Die kognitive Gefahrenkontrolle und die emotionale Furchtkontrolle können demnach miteinander interagieren oder sich gegenseitig behindern (vgl. Dillard, 1994: 298). Wendet sich der Rezipient/die Rezipientin beispielsweise im Zuge der Furchtkontrolle von der Botschaft ab, nimmt er die Botschaft nicht mehr wahr, die zur Gefahrenkontrolle führen könnte. Antizipiert er/sie jedoch die Botschaft und denkt über die Bedrohung nach und verändert sein Verhalten, kann so gleichzeitig die Furcht reduziert werden. Entscheidend für den persuasiven Erfolg ist hier demnach, welcher Prozess dominiert (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008: 14).

Hier greifen unterschiedliche situationale oder individuelle Determinanten, die darüber entscheiden, welcher Prozess aktiv ist. Eine genaue Handlungsanweisung kann beispielsweise die Persuasion begünstigen. Wenn keine Anweisungen vorhanden sind, bleiben die RezipientInnen sozusagen alleingelassen mit ihrer Emotion und es ist nicht klar, wie mit der Bedrohung umgegangen werden soll. In diesem Fall wird der Prozess der Furchtkontrolle aktiv (vgl. Jonas, 1987: 93). Zudem spielen nach diesem Modell im Persuasionsprozess auch Persönlichkeitsmerkmale des Empfängers/der Empfängerin eine entscheidende Rolle. So konnte gezeigt werden, dass die RezipientInnen, die ein

höheres Selbstwertgefühl haben, auch eine stärkere Handlungsintention im Sinne der persuasiven Botschaft hatten. Zusätzlich konnte eine Wechselwirkung zwischen dem Selbstwertgefühl der Person und der Stärke der induzierten Furcht gefunden werden. Denn bei Personen mit hohem Selbstwertgefühl wurde bei höherer Furcht eine verstärkte Intention gemessen, wohingegen bei den Personen, die weniger selbstbewusst waren, durch die hohe Furcht eine geringere Absicht nachgewiesen werden konnte (vgl. Barth, Bengel, 1998: 67)

Leventhal stellt für seine Theorie der parallelen Reaktionen folgenden Behauptungen auf (Barth, Bengel, 1998: 68):

1. Die Effekte von Furcht sind nur kurzfristig. Es treten Effekte auf Motivation, Einstellung und Verhalten mit einer maximalen Latenz von einer Woche auf.
2. Um eine Umsetzung von Ratschlägen in Handlungen zu ermöglichen, ist es neben der Furchtinduktion notwendig, Handlungsanweisungen (welche auch zu einer Furchtreduktion führen) zu geben. Ziel ist es, der jeweiligen Person Handlungskompetenzen dahin gehend zu vermitteln, in welchen konkreten Situationen des normalen Tagesablaufs sie ihr Verhalten ändern können.
3. Individuelle Unterschiede auf der Dimension Selbstwertgefühl (self-esteem) spielen eine wichtige Rolle bei der Wirkung von Angstappellen bei jeder einzelnen Person. (Barth, Bengel, 1998: 68)

Barth und Bengel (vgl. ebda. 1998: 69) merken an, dass „die formulierten Thesen eher einen heuristischen Rahmen wiedergeben“ und die Theorie sich nicht auf empirische Belege stützt. In Bezug auf das Selbstwertgefühl wurden uneinheitliche Ergebnisse gefunden weshalb sich später auf das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung fokussiert wurde. Sie betonen ebenfalls, dass das Modell in der Praxis eine hohe Relevanz für die optimale Gestaltung präventiver Informationen hat. Schließlich zeigt es, dass Furchtapelle nicht ohne entsprechende Anweisungen zur Furchtkontrolle eingesetzt werden sollten, um eine effektive Gefahrenkontrolle zu ermöglichen und eine erfolgreiche Persuasion zu bewirken (vgl. Barth, Bengel, 1998: 69). Leventhal selbst relativiert die Kritik an seinem Modell der parallelen Prozesse, da er es vielmehr als einen „konzeptuellen Rahmen [...] als eine eng formulierte Theorie mit testbaren Voraussagen“ ansieht (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008: 14).

4.5.4 Die Theorie der Schutzmotivation

Die ursprüngliche Formulierung der Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory) von Rogers diente als Erweiterung des Prozesses der Gefahrenkontrolle. Sein Modell sollte erklären, inwiefern Angstappelle Bedrohungseinschätzungen wie beispielsweise die individuelle Verwundbarkeit oder der Schweregrad der Bedrohung beeinflussen und so zu einer erhöhten Schutzmotivation führen und folglich zu einer Verhaltensänderung führen. Er war dabei der Erste, der die ausschlaggebenden inhaltlichen Variablen eines Angstappells definierte (vgl. Lippke, Renneberg, 2006: 38).

Eine Furchtappel-Botschaft besteht demnach aus den folgenden drei Komponenten:

1. dargestellte Schwere oder Ernsthaftigkeit der Bedrohung
2. Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Eintretens dieser Bedrohung, falls keine adaptiven Handlungen vollzogen werden
3. Die Effektivität bzw. Wirksamkeit der empfohlenen Bewältigungsstrategie, die diese Bedrohung abwenden soll (Gelbrich, Schröder, 2008: 15).

Rogers ging davon aus, dass diese drei Variablenbereiche die Motivation eine vorsorgende Handlung auszuführen, entscheidend beeinflussen. Es wird von einer „multiplikativen Verknüpfung der Komponenten“ ausgegangen (vgl. Barth, Bengel, 1998: 69). Jede dieser drei Komponenten löst einen kognitiven Bewertungsprozess aus, der die folgenden Konstrukte erzeugt:

1. wahrgenommene Schwere der dargestellten Bedrohung (Perceived Severity),
2. wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Eintretens der Bedrohung (Expected Probability of Occurrence)
3. wahrgenommene Effektivität der empfohlenen Bewältigungshandlung (Perceived Response Efficacy) (Gelbrich, Schröder, 2008: 15).

Die revidierte Version der Theorie wurde um einen vierten kognitiven Bewertungsprozess ergänzt: die Selbst-Effektivität nach Bandura (1977) (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008: 16). Hierfür werden die Komponenten Selbstwirksamkeitserwartung und Intention berücksichtigt. Diese vier Bewertungsprozesse fließen in Rogers Theorie mit ein:

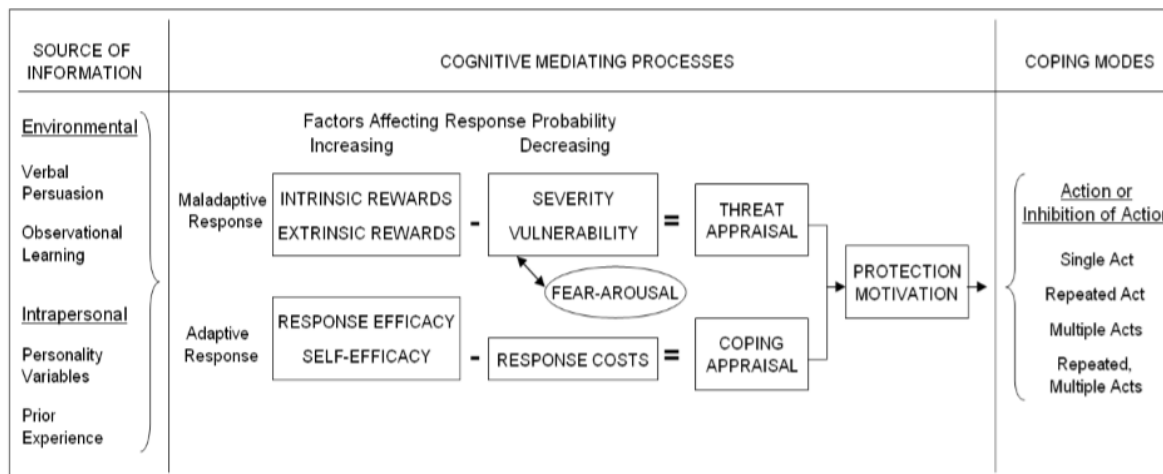


Abb. 05: Revidierte Theorie der Schutzmotivation (entnommen aus: Rogers 1983: 168)

Die Bedrohungseinschätzung (Threat Appraisal) setzt sich aus der extrinsischen Belohnung („mein Arzt lobt mich, wenn ich auf Zucker verzichte“) und der intrinsischen Belohnung (»ich fühle mich besser, wenn ich keinen Zucker esse«) zusammen. Hiervon werden der Schweregrad („Diabetes ist eine schwerwiegende Erkrankung.“) und die wahrgenommene gesundheitliche Verwundbarkeit („Es gibt eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ich Diabetes bekomme.“) abgezogen. Die Bewältigungseinschätzung (Coping Appraisal) besteht aus den positiven Komponenten Selbstwirksamkeit („ich traue mir zu, keinen Zucker mehr zu essen“), Handlungswirksamkeit („wenn ich mich gesünder ernähre, lebe ich länger“) und von denen die Handlungskosten („Es kostet mich viel Disziplin, auf Zucker zu verzichten“) abgezogen werden. Die beiden Variablen Bedrohungseinschätzung und Bewältigungseinschätzung führen letztendlich dann zu einer Schutzmotivation und theoretisch zur Verhaltensänderung (vgl. Lippke, Renneberg, 2006: 40).

Allerdings können Angstappelle auch zu unerwünschten Effekten oder einem unveränderten Gesundheitsverhaltensänderung führen. Im Gegenteil kann es auch passieren, dass die Gefahr heruntergespielt wird oder sich der psychologische Prozess der Reaktanz bildet. In manchen Fällen kann auch ein Bumerangeffekt entstehen, wenn beispielsweise die eigene Handlungseffektivität als sehr niedrig wahrgenommen wird, kann auch das Gefühl von Hilflosigkeit und Kontrollverlust ausgelöst werden (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008:17).

Damit eine Schutzmotivation und damit ein vorsorgliches Verhalten entsteht, müssen gemäß der Theorie der Schutzmotivation, die folgenden Punkte erfüllt sein:

1. Wahrnehmung der Schwere der Bedrohung,
2. Wahrnehmung persönlicher Gefährdung (Vulnerabilität),
3. Kompetenzerwartung hinsichtlich der Durchführung der notwendigen Maßnahme,
4. Annahme der Verhaltenseffektivität,
5. Belohnungen der nicht angemessenen Bewältigung werden durch die hemmenden Faktoren der ungünstigen Bewältigung aufgehoben,
6. fördernde Faktoren der adaptiven Bewältigung überwiegen deren Kosten (Barth, Bengel, 1998: 70).

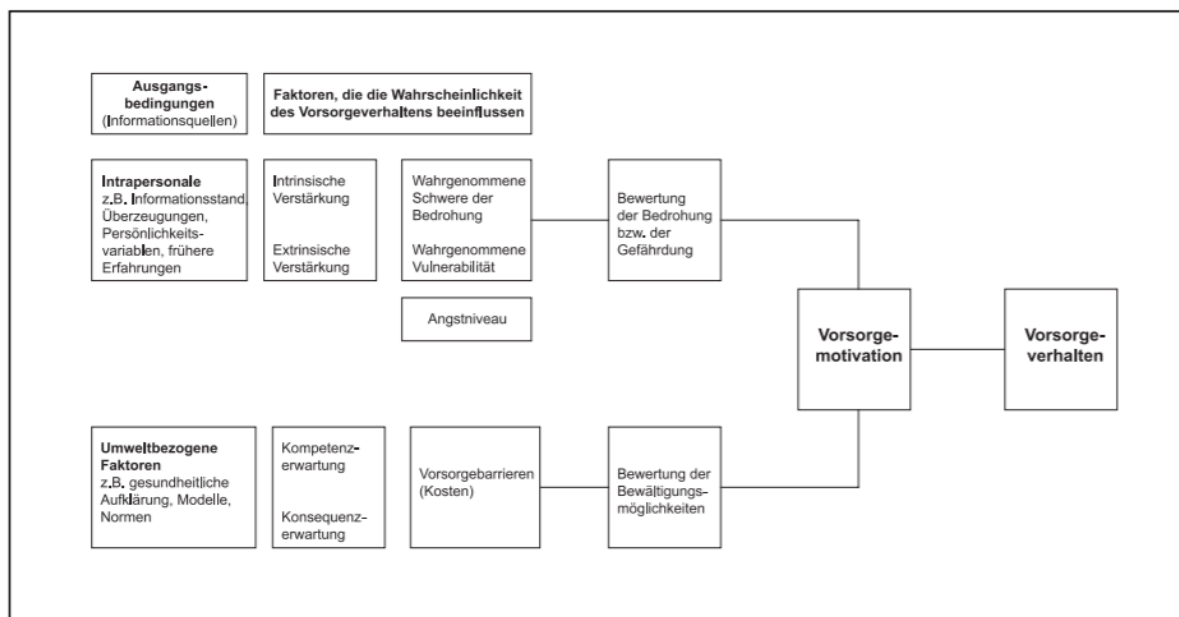


Abb. 06: Theorie der Schutzmotivation (nach Rogers, 1983, entnommen aus: Barth, Bengel, 1998: 71)

„Zusammenfassend ist zu sagen, daß [sic!] die Theorie der Schutzmotivation ein wichtiges Modell für Entscheidungsprozesse in Bezug auf gesundheitsrelevante bzw. bedrohliche Situationen darstellt. Sie erlaubt eine systematische Betrachtungsweise relevanter Variablen für gesundheitsbezogene Entscheidungen, ohne den Entscheidungsprozeß [sic!] selbst abzubilden“ (Barth, Bengel, 1998: 71).

Das Modell der Schutzmotivation gilt im Großen und Ganzen als bestätigt, doch die teilweise ungenaue Verknüpfung zwischen den einzelnen Komponenten wird kritisch betrachtet (vgl. Gelbrich, Schröder, 2008: 17). Barth und Bengel (Barth, Bengel, 1998: 71) sprechen der Theorie der Schutzmotivation ähnliche Vorhersagequalitäten für die effektive Gestaltung von präventiven Informationen zu, wie der Theorie der parallelen Prozesse von Leventhal.

4.5.5 Das Elaboration Likelihood Model

Für das Elaboration Likelihood Model (ELM) nach Petty und Caciopoo (1986) steht der Empfänger, die Empfängerin der Botschaft im Zentrum des Interesses. Damit sollten die Prozesse bei der Verarbeitung von Persuasionsbotschaften besser erklärt werden können. Zudem sollten die RezipientInnenspezifischen Eigenschaften, die Eigenschaften der persuasiven Botschaft und die Einstellungsveränderungen in Abhängigkeit von der Rezeptionssituation mehr beachtet werden. Es stellt neben dem Modell der heuristisch systematischen Verarbeitung von Chaiken, Liberman und Eagly (1989) das wichtigste Zwei-Prozess-Modell der persuasiven Kommunikationsforschung dar (vgl. Marquart, Naderer, 2016: 231). Es handelt sich bei beiden Modellen um sogenannte Modelle der kognitiven Informationsverarbeitung, die sich in ihrer Forschungsmethodik sowie in den Ergebnissen sehr ähneln. Sie distinguieren jeweils zwei unterschiedliche Routen der Einstellungsänderung durch persuasive Kommunikation: die zentrale Route der Informationsverarbeitung und die periphere (vgl. Barth, Bengel, 1998: 78; Gelbrich, Schröder, 2008: 28).

Die zentrale Route der Informationsverarbeitung zeichnet eine intensive kognitive Auseinandersetzung mit den Inhalten der Botschaft. Diese werden vom Rezipienten, der Rezipientin kritisch analysiert und die Güte der Argumente wird gegeneinander aufgewogen. Die aufgenommene Information wird in Verhältnis zum bereits vorhandenen Wissen des Menschen gesetzt. Die alten und die neuen Informationen werden dann anschließend zur Urteilsbildung über den Sachverhalt zusammengefügt. Erst durch das bewusste Nachdenken über die Inhalte kann es zu einer Einstellungsbildung oder -veränderung kommen. Entscheidend hierfür ist die Güte der Argumentation. Damit dieser Prozess ablaufen und eine Einstellungsänderung eintreten kann, muss allerdings eine hohe Motivation der RezipientIn vorhanden sein und die Fähigkeit, die Argumentation nachzuvollziehen und zu bewerten. Gelingt eine Einstellungsänderung über die zentrale Route, so ist diese zeitlich stabil und hält Gegenargumentation stand (vgl. Barth, Bengel, 1998: 78). Barth und Bengel (vgl. Barth, Bengel, 1998: 79) empfehlen deshalb, die zentrale Informationsverarbeitung des Empfängers anzustreben, da so die Einstellung einer Person eher dauerhaft verändert werden kann (siehe Abb. 07).

Zentrale (systematische) Verarbeitung der Information	Periphere (heuristische) Verarbeitung der Information
Voraussetzungen • Hohe Motivation des Rezipienten • Fähigkeit zur Verarbeitung der Information Einstellungsänderungen • Dauerhafte Einstellungsänderungen • Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Einstellungsänderung und der Qualität der Argumente • Einstellungsänderungen ziehen eine Verhaltensänderung nach sich • Einstellungsänderungen sind stabil hinsichtlich Gegenargumenten	Voraussetzungen • Motivation und intellektuelle Fähigkeiten nicht notwendig zur Verarbeitung Einstellungsänderungen • Das Ausmaß der Einstellungsänderung hängt von peripheren Merkmalen (Quellencharakteristika, Aufforderungscharakter etc.) ab • Nur kurzfristige Einstellungsänderungen können erreicht werden • Einstellungsänderungen haben nur einen geringen Einfluß auf das Verhalten

Abb. 07: Zentrale und periphere Verarbeitung von Informationen (entnommen aus: Barth, Bengel, 1998: 79)

Der periphere Weg hingegen verläuft nicht kognitiv. Hier wird auf der Seite der RezipientInnen nicht oder kaum über die Botschaft nachgedacht und zu einer Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung kommt es nur durch den Kontext, die Sympathie gegenüber dem Sender/der Senderin der Botschaft und der wahrgenommenen Kompetenz des Senders der Botschaft. Motivation des Rezipienten oder bestimmte intellektuelle Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung sind auf diesem Weg nicht notwendig bzw. reichen nicht aus, um die Nachricht zu verarbeiten oder diese zu empfangen. Vielmehr fallen hier periphere Merkmale, wie die Attraktivität des Senders oder der Senderin oder dessen Glaubwürdigkeit ins Gewicht. Wenn eine Einstellungsänderung erreicht wird, ist diese hier allerdings eher kurzfristig und hat nur wenig Einfluss darauf, wie sich eine Person langfristig verhält. Für den persuasiven Effekt einer Botschaft hat die Qualität der Argumente bei der peripheren Verarbeitungsrouten nur eine untergeordnete Bedeutung (vgl. Barth & Bengel, 1998: 79).

“Importantly, the ELM attempts to integrate the many seemingly conflicting research findings and theoretical orientations under one conceptual umbrella.” (Petty, Caciopoo, 1986: 125)

Die folgende Abbildung acht wurde von Petty und Caciopoo entworfen und erklärt die Vorgänge beim Verarbeiten eines Stimulus. Voraussetzung ist hier zunächst die Motivation und die Fähigkeit der Person, die Information der persuasiven Botschaft zu verarbeiten.

Ist dies nicht der Fall, kommt es zu einer peripheren Verarbeitung und es damit zu einer kurzzeitigen Einstellungsverschiebung. Diese wird durch die weniger relevanten

Merkmale der persuasiven Botschaft, beispielsweise der Sympathie gegenüber dem Sprecher verursacht (vgl. Barth, Bengel, 1998: 81). Nachweislich werden die peripheren Reize auch dann wichtiger, wenn eine geringe „need for cognition“ bei den RezipientInnen vorliegt oder diese abgelenkt sind und so die Fähigkeit zur Elaboration sinkt (vgl. Marquart, Naderer, 2016: 231). Langfristig kehrt der Empfänger, die Empfängerin der Botschaft bei der peripheren Route allerdings wieder zu seiner ursprünglichen Einstellung zurück. Jedoch haben die qualitativen Merkmale der Botschaft eine umso höhere Bedeutung, wenn die beiden Voraussetzungen Motivation und Informationsverarbeitung erfüllt sind. Empfinden die RezipientInnen die Argumente als stark, kommt es zur Einstellungsänderung. Bei einer als schwach wahrgenommenen Argumentation hingegen erfolgt eine Verfestigung der bisherigen Einstellung oder es kann sogar zu einem Bumerangeffekt kommen (vgl. Barth, Bengel, 1998: 81).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Güte der Argumente wichtiger ist, je wahrscheinlicher die Verarbeitung der Botschaft durch die RezipientInnen. Die Effektivität der Persuasion ist eine Folge davon, welche Route der Verarbeitung der Botschaft geschieht. Werden über die zentrale Route Einstellungsänderungen erreicht, kann davon ausgegangen werden, dass diese bis zu zwei Wochen nach der Konfrontation mit dem Stimulus noch bestehen (vgl. Marquart, Naderer, 2016: 238).

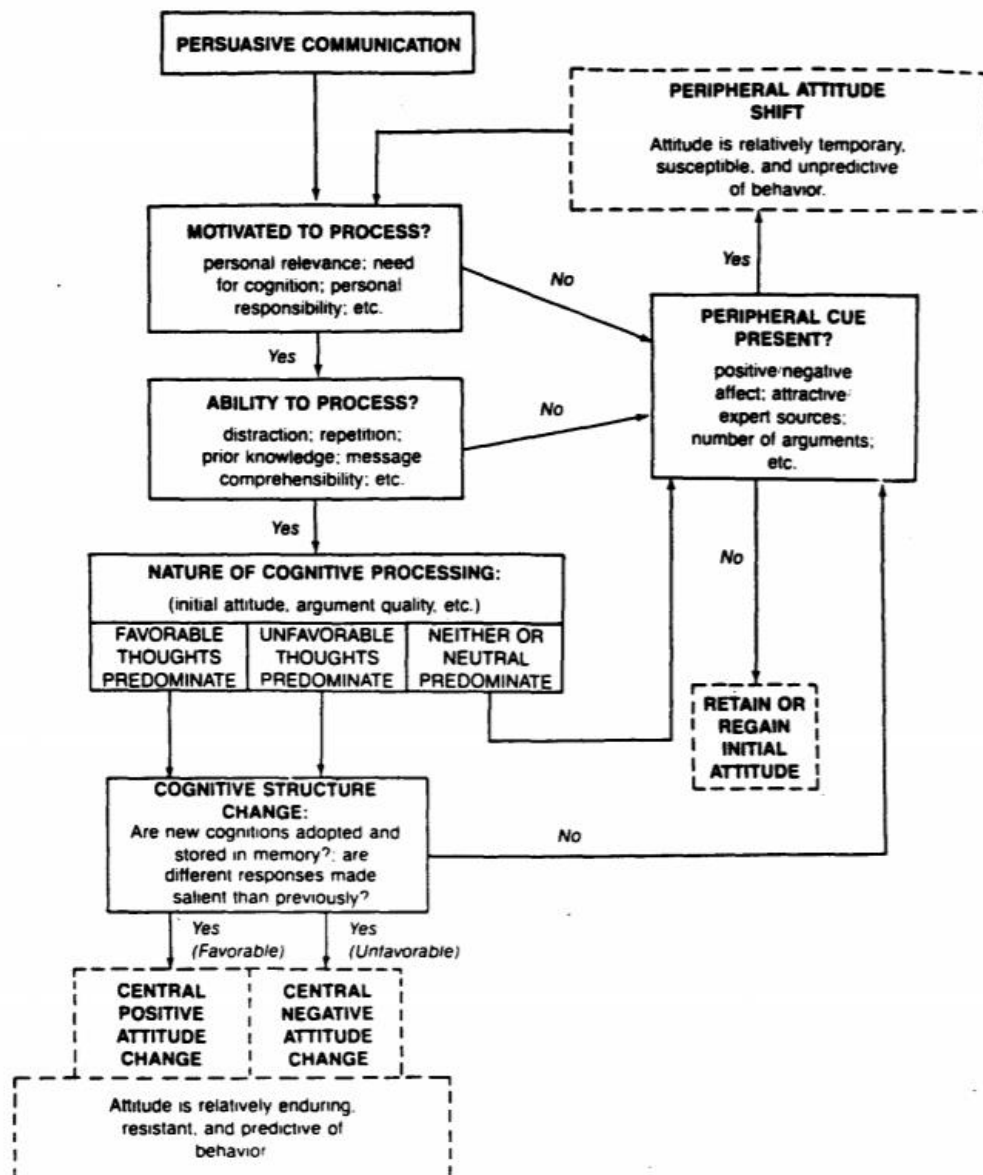


Abb. 08: Zentrale und periphere Route der Überzeugung (nach Petty, 1977; Petty, Cacioppo, 1978, 1981a, entnommen aus: Petty, Cacioppo, 1986: 126)

Barth und Bengel bemängeln allerdings, dass die Annahmen hinter dem Modell teilweise nur hypothetisch sind und nur teilweise experimentell bestätigt wurden (vgl. Barth, Bengel, 1998: 81). Kitchen et al. kritisieren zudem die schlechte Übertragbarkeit des ELM auf die heutige Kommunikationssituation des 21. Jahrhunderts:

“The ELM model was developed during the mass-media marketing communication days of the 1980s. Thus, it is possible the media environment and the way consumers’ process advertising exposures may well have changed, possibly dramatically” (Kitchen, Kerr, Schultz, McColl, Pals, 2014: 2045).

Pfister (vgl. Pfister, 2012: 94) bemängelt, dass es besonders im Zusammenhang mit Angstappelle keine Untersuchungen gibt, die das Elaboration-Likelihood verwenden. Wobei es dennoch zum besseren Verständnis der Verarbeitung von Information und Angstappellen im Speziellen beiträgt. In Bezug auf die Verarbeitung von Angstappellen wurden widersprüchliche Informationen gefunden. So gibt es Studien, die zeigen, dass durch Furchtreize die zentrale Verarbeitungsrouten eingeschlagen wird. Andere Studien konnten das Gegenteil zeigen (vgl. Witte, Allen, 2000: 605).

“Some scholars have found that strong fear appeals promote systematic/central processing, whereas others have found that strong fear appeals promote heuristic/peripheral processing.” (Witte, Allen 2000: 605). Witte und Allen (vgl. Witte, Allen 2000: 605) sehen eine mögliche Begründung dafür darin, dass besonders starke Angstappelle eine defensive Reaktion auslösen, die zwar über die zentrale Route verarbeitet werden, aber eben nicht die „normale“ zentrale Verarbeitung, ohne die Abwehrreaktion. An diesem Punkt setzt die Forschung der vorliegenden Magisterarbeit an.

5. Arzt- und Krankenhausserien

5. 1 Das Genre Arzt und Krankenhausserie

Das TV Genre „Arzt- und Krankenhausserien“ erfuhr erstmals in den sechziger Jahren einen regelrechten Boom (vgl. Rossmann, 2003: 497). Hier wurde an das Genre der „deutschen Familienserie“ angeknüpft und mit Elementen des Heimatfilms versehen. Typisches Beispiel hierfür ist die Serie „Landarzt Dr. Brock“ (vgl. Eberts, Ruhl, 2018a). In dieser Zeit wurden die Ärzte der Serien typischerweise als „Halbgötter in Weiß“ dargestellt, wohingegen sich in den Siebzigern eine Tendenz zu mehr Realität und pädagogischen, sozialkritischen Charakteren bemerkbar machte (vgl. Rossmann, 2003: 498). Nach und nach wurde ein differenziertes Bild der HauptdarstellerInnen und deren Probleme gezeichnet (vgl. Eberts, Ruhl, 2018a).

Ganz nach dem Motto „So viel Wirklichkeit wie nötig, soviel Traumwelt wie möglich“ (Schradi, 1986: 56) kam man ein Jahrzehnt später schon wieder zur traditionellen Darstellungsform zurück und Formate wie die Schwarzwaldklinik lieferten hervorragende Einschaltquoten. In den Neunzigerjahren entwickelte sich das Genre „Krankenhausserie“ mit großer Angebotsvielfalt zum etablierten und soliden Genre. Die Produktionen setzten dabei auf die bewährte „Klinikidylle“ und stellten die Konflikte der Charaktere vor der zur „atmosphärischen Kulisse verkommenen Medizin“ dar. Die Darstellungsformen sind seitdem ebenso vielfältig, wie das Angebot und reichen von realitätsnaher Darstellung bis hin zur Comedy-Show (vgl. Rossmann, 2003: 498).

Ende der 90er Jahre leitete die amerikanische Erfolgsserie „Emergency Room“ eine neue Ära der Krankenhausserien ein. Die actionreiche und auf echten medizinischen Fällen beruhende Serie wurde in Deutschland erstmals 1996 ausgestrahlt und machte die Notwendigkeit von mehr Realität und medizinischer Beratung im Genre deutlich (vgl. Eberts, Ruhl, 2018a). Anfang der 00er Jahre wurde dann die Darstellung des Arztes als „Übermensch“ endgültig verabschiedet. Die amerikanische Serie „Scrubs – Die Anfänger“ ist hierfür das beste Beispiel. Die Serie begleitet die jungen Ärzte und Ärztinnen in Ihrem Klinikalltag und zeichnet ein Bild von chaotischen, teilweise völlig überforderten MedizinerInnen. Eine ganz besondere Stellung nimmt die Serie „Dr. House“ ein, die mit einer Fülle an Fachbegriffen, PatientInnenströmen und Krankheitsbildern eine nie dagewesene Realitätsnähe darstellt. So bietet der Kardiologe Prof. Dr. Jürgen Schäfer aus Marburg seinen MedizinstudentInnen sogar freiwillige „Dr. House-Vorlesungen“ an, in denen vom beliebten TV-Arzt und seinem Team „seltene Krankheitsfälle mit zahlreichen

Differenzialdiagnosen durchdekliniert und mögliche Ursachen anschaulich abgewogen werden“. Dieser Lerneffekt kann nicht nur für StudentInnen, sondern auch für die RezipientInnen der Serien genutzt werden. So zeigte sich, dass durch die Unterhaltsame Präsentation von Informationen mehr Inhalte behalten werden konnten (vgl. Tuffs, 2009).

Analysen zum dargestellten Arztimage zeichnen für ältere Serien durch die Bank ein stilisiertes und idealisierte Bild: „...meist männlichen Fernsehärzte jüngeren oder mittleren Alters, die je nach Arbeitsumfeld entweder ledig (Krankenhaus) oder verheiratet (eigene Praxis) sind, überwiegend sachlich, offensiv, sportlich und vor allem fürsorglich, hilfsbereit, einfühlsam, kompetent und engagiert“ (vgl. Rossmann, 2003: 500). Für neuere Produktionen wurden jedoch widersprüchliche Ergebnisse gefunden. Hier wurden die ÄrztInnen teilweise negativer dargestellt, doch trotzdem stets kompetent und hilfsbereit (vgl. Rossmann, 2003: 501).

5. 2 Effekte von Arzt und Krankenhausserien

In den vorhergehenden Kapiteln wurde bereits im Detail auf die Wirkung und mögliche Wirkung von Gesundheitskommunikation und dem Entertainment-Education-Ansatz, sowie auf die Effekte von Angstappellen eingegangen. Aus diesem Grund sollen im folgenden nur übersichtsweise die gefundenen Wirkungseffekte des Genres Arzt- und Krankenhausserien umrissen und die wichtigsten Punkte in diesem Zusammenhang herausgestellt werden.

Die Grundannahme hinter dem Kultivierungsansatz ist, dass die Menschen ihre Realität zu einem großen Teil mit den Botschaften rekonstruieren, die sie in den Medien vermittelt bekommen. (vgl. Rossmann, 2003: 501). So kann davon ausgegangen werden, dass das Arztbild der PatientInnen nicht nur durch reale Erfahrungen geformt wird, sondern, dass es diesbezüglich einen medialen Einfluss durch Arztserien gibt (vgl. Rossmann, 2003: 497). Über dieses Phänomen wurden zahlreiche Studien erstellt, die allerdings zu unterschiedlichen und widersprüchlichen Aussagen kommen.

In Bezug auf das wahrgenommene Arztbild kommt Rossmann (vgl. Rossmann, 2003: 497) zu der Erkenntnis, dass, VielseherInnen von Krankenhausserien ÄrztInnen positiver beurteilen, als Wenigseher, was einen Effekt durch die regelmäßige Rezeption dieses TV Genre verdeutlicht. Doch auch eine erhöhte Ängstlichkeit vor Operationen und eine erhöhte Unzufriedenheit mit der Visite konnte bei VielseherInnen in anderen Studien beobachtet werden (vgl. Tuffs, 2009).

Mit ihrer Arbeit von 2003 zeichnet Rossmann (vgl. Rossmann, 2003: 497) wieder ein entgegengesetztes Bild. Demzufolge steigt die Zufriedenheit mit dem Medizinischen Personal und der Betreuung durch den hohen Konsum von Krankenhausserien, was die Autorin als „Heile-Welt-Effekt“ beschreibt, der diesen Serien zugeschrieben werden kann. Sie betont, dass sich die Darstellung der ÄrztInnen zumindest begrenzt in der Realitätsvorstellung der RezipientInnen niederschlägt. Nicht endgültig geklärt, ist es wie sich dieser Effekt durch eine negative reale Erfahrung verändert oder aufhebt (vgl. Rossmann, 2003: 417).

Die Untersuchung von Grimm (vgl. Grimm, Rosenzweig, 2014: 271) legen nahe, dass das verwendete narrativ einen entscheidenden Einfluss auf das postrezeptive Arztimage hat. In der Studie „Heilsamer Kitsch“ wurde die Arztserie „Der Bergdoktor“ untersucht, mit dem Ergebnis, dass die Art der Narration entscheidend für den Kommunikationserfolg im Sinne der Gesundheitskommunikation ist. Untersucht wurde der Einfluss unterschiedlich gestalteter romantischer Narrative. Es zeigt sich in Bezug auf das Arztimage, dass sich ein Zusammenspiel von romantischem Narrativ und Gesundheitsthema positiv auf das Arztbild auswirkte, während eine „Dramaturgie mit offenem Ende der Liebesgeschichte“ zu Einbußen im Image-Gewinn führte (vgl. Grimm, Rosenzweig, 2014: 271).

In Ihrer Studie „Ein Herz für die Schwarzwaldklinik?“ kamen Wirth, Gassmann und Vorderer (vgl. ebd., 2003: 478ff) zu dem Ergebnis, dass durch die fiktionale Sendung eine persuasive Wirkung erzielt werden kann. So zeigte sich nach der Rezeption eines Ausschnitts der ZDF-Serie „Die Schwarzwaldklinik“, bei den Zuseherinnen eine deutlich positive Haltung zur Organspende und eine erhöhte Handlungsbereitschaft.

5. 3 Die Handlung der Krankenhausserie „Charité“, Staffel 1

Die Serie „Charité“ ist eine historische Krankenhausserie deutscher Produktion von Regisseur Sönke Wortmann, die im Jahr 1888 in der Berliner Charité spielt. Die teilweise fiktionale, teilweise historisch korrekte Handlung, steht „im Spannungsfeld zwischen bahnbrechender medizinischer Forschung und den gesellschaftlichen Umwälzungen den 19. Jahrhunderts“ (Ufa-fiction, Charité (I + II). Staffel 1.). Es ist der Beginn des wilhelminischen Zeitalters und an der Charité werden bis zu 4000 Patienten pro Jahr versorgt. Durch die beginnende Industrialisierung entstehen auch viele Erkrankungen und Verletzungen. Hinzu kommen Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Tuberkulose, Cholera, Typhus und Geschlechtskrankheiten, die durch die schlechten Hygiene- und Lebensbedingungen entstehen. An der Berliner Charité werden die Studenten von den

renommiertesten Ärzten der damaligen Zeit ausgebildet: Rudolf Virchow, Robert Koch, Emil von Behring und Paul Ehrlich (vgl. Ufa-fiction, Charité (I + II), Staffel 1.)

Die Zuschauerinnen begleiten die Charaktere in ihrem Alltag im Krankenhaus. Neben der Haupthandlung um die berühmten, historischen Forscher und späteren Nobelpreisträgern, werden auch politische und gesellschaftliche Probleme der Zeit thematisiert:

Das sogenannte Drei-Kaiserjahr, in dem innerhalb von vier Monaten drei Herrschergenerationen regierten, war geprägt von politischer Zerrissenheit und verschiedenen gesellschaftlichen Strömungen. Soziale Ausbeutung, Armut, Krankheit und Militarismus, sowie der aufkeimende Antisemitismus werden dargestellt. Der Fokus der Serie liegt allerdings auf den historisch bekannten Ärzten und Forschern Emil Behring, Robert Koch, Rudolf Virchow und Paul Ehrlich, die an der Erforschung der Tuberkulose und der Diphtherie, die zu jener Zeit meistverbreitete Todesursache sind, arbeiten. In der dargestellten Medizingeschichte und den Fakten zu den berühmten Ärzten der Charité deckt sich die Serie mit den realen Ereignissen der damaligen Zeit, kreuzt sich jedoch mit fiktiven Handlungssträngen.

Folge 1: „Barmherzigkeit“

Die Hauptdarstellerin ist Ida Lenze, eine fiktive Person, die mit einem Blinddarmdurchbruch in das Krankenhaus kommt. Emil Behring, ein junger aufstrebender Arzt ist einer der wenigen, der diese Prozedur beherrscht und rettet ihr Leben in einer Notoperation. Behring bewirbt sich als Mitarbeiter des Institutsleiters Robert Koch, der im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit steht, da er sehr erfolgsversprechend an einem Heilmittel gegen die Tuberkulose forscht. Die Stelle bekommt allerdings Behrings Konkurrent, Paul Ehrlich.

Die Folge thematisiert auch den damaligen Skandal um Kochs Liebesleben, denn er verlässt seine Frau und beginnt eine Affäre mit der deutlich jüngeren Schauspielerin Hedwig Freiberg. Ida ist wieder gesundet, hat jedoch ihre Anstellung verloren und muss nun ihre Schulden beim Krankenhaus als Hilfspflegerin abarbeiten.

In einer Nebenhandlung werden auch die politischen Verhältnisse der Zeit dargestellt. Der Kronprinz des deutschen Reichs ist hat vermutlich Kehlkopfkrebs. Der schon damals weltberühmte Pathologe Rudolf Virchow untersucht ihn mit einer aufwendigen Gewebsentnahme und kann keinen Krebs diagnostizieren (vgl. Das Erste, Charité (1): Barmherzigkeit).

Folge 2: „Kaiserwetter“

Ida schließt Freundschaft mit Schwester Therese, welche sich zu Ida hingezogen fühlt - ebenso wie Medizinstudent Georg Tischendorf.

Ida hingegen entdeckt ihre Begeisterung für die Medizin. Zeitgleich erliegt Kaiser Friedrich seiner Krebserkrankung und sein national gesinnter Sohn Wilhelm II. besteigt den Thron. Dieser interessiert sich für Kochs Forschungen an dem Heilmittel für Tuberkulose und verspricht ihm ein eigenes Forschungsinstitut, wenn er sein Heilmittel bis zum Ärztekongress präsentieren kann. Die Nichte des Klinikdirektors Spinola erkrankt an Diphtherie und Emil Behring kann ihr mit einem Luftröhrenschnitt das Leben retten. Ab diesem Zeitpunkt ist Behring die Unterstützung Spinolas sicher. Ida bemerkt währenddessen die Opium-Abhängigkeit von Behring (vgl. Das Erste, Charité (2): Kaiserwetter).

Folge 3: „Das Licht der Welt“

Zum Internationalen Kongress kommen Mediziner aus aller Welt nach Berlin, um Koch zu hören. Er hat sein Tuberkuloseheilmittel bereits angekündigt und es löst weltweit einen regelrechten Begeisterungstau aus. Die Nachfrage ist bereits vor dem Erscheinen des Heilmittels riesig, obwohl es noch nie am Menschen getestet wurde.

Währenddessen tritt Georg Tischendorf einer schlagenden Verbindung bei, damit sein Vater der nicht standesgemäßen Ehe mit Ida zustimmt. Diese jedoch lehnt die Verbindung ab und anstatt in die Verlobung einzuwilligen, bittet sie ihn um Bedenkzeit. Ida verrät Schwester Therese, dass sie sich in Emil Behring verliebt hat. Der unterstützt und ermutigt sie bei ihrem Ziel Ärztin zu werden, obwohl damals ein Medizinstudium für Frauen verboten war (vgl. Das Erste, Charité (4): Das Licht der Welt).

Folge 4: „Wundermittel“

Idas Freundin, die Schwester Therese ist an Tuberkulose erkrankt. Robert Koch testet sein Tuberkulose-Heilmittel an sich selbst und verabreicht es auch seiner jungen Geliebten Hedwig. Da die Wirkung des Mittels sehr stark ist, soll Ida den unter den Nebenwirkungen leidenden Koch pflegen. Ihr gelingt es deshalb später, Koch davon zu überzeugen Schwester Therese mit dem vermeintlichen Heilmittel zu behandeln. Ida

befindet sich im Zwiespalt: Soll sie Georg von Tischendorf heiraten oder in die Schweiz gehen, wo ihr als Frau das Medizinstudium möglich wäre?

Inzwischen erlangt Behring mit seinem Diphtherie-Serum erste Erfolge. Als er jedoch seinen Erfolg vor der Fachschaft demonstrieren will, misslingt es ihm und er stürzt in tiefe Verzweiflung (vgl. Das Erste, Charité (4): Wundermittel).

Folge 5: „Götterdämmerung“

Die ganze Welt ist in Aufregung wegen Koch's Heilmittel gegen die Tuberkulose. Kranke und Mediziner belagern die Charité, um das Heilmittel zu ersteigern. Was erst Wenige wissen bzw. vermuten ist, dass das Mittel bei mehr und mehr Patienten nicht wirkt und viele trotz der Behandlung sterben.

Als eine Kollegin von Ida an der Diphtherie erkrankt, ruft sie Behring zu Hilfe und überzeugt ihn, sein noch nicht getestetes Serum anzuwenden. Dies gelingt mit vollem Erfolg und Spinola sieht in ihm einen aufsteigenden Star der Medizin.

Ida hat sich inzwischen entschlossen Medizin zu studieren, auch wenn sie von ihren Kolleginnen nur Spott erntet. Auch Georgs Tischendorfs Vater lehnt diese Pläne ab und ist gegen eine Hochzeit seines Sohnes mit Ida. Diese ist enttäuscht von Georgs mangelnder Unterstützung und wendet sich daraufhin von ihm ab (vgl. Das Erste, Charité (5): Götterdämmerung).

Folge 6: „Zeitenwende“

Robert Koch und Hedwig feiern Hochzeit in den kleinen Kreisen, zu dem auch Ida und Paul Ehrlich gehören. Das Versagen des Heilmittels von Koch wirft auch auf seine Kollegen ein schlechtes Licht. Deshalb will auch niemand das Diphtherieserum an Patienten testen. Behring wird zunehmend misstrauischer und Ida ist sehr besorgt um ihn. Ihre Gefühle für ihn werden immer stärker und sie ist sogar bereit ihre Studienpläne für ihn aufzugeben.

Doch als die Wirkung von Behrings Diphtherie-Heilmittel bestätigt wird, gerät Behring in Hochstimmung. Er wünscht sich einen gesellschaftlichen Aufstieg, dem eine Ehe mit Ida im Weg stehen würde. Deshalb verlobt er sich mit Else Spinola, der Tochter des Institutsdirektors. Ida konnte ihre Schulden an der Charité abarbeiten und bekommt eine Zusage für ein Medizinstudium in der Schweiz (vgl. Das Erste, Charité (6): Zeitenwende).

6. Forschungsfragen

Anhand der folgenden Forschungsfragen soll Erkenntnis darüber erlangt werden, welchen Einfluss Gesundheitskommunikation in Form von Arzt- und Krankenhausserien, wie der „Charité“ auf das Gesundheitsverhalten der ProbandInnen hat. Besonders das dramaturgische Element der Angstappelle wird dabei berücksichtigt und hinsichtlich seines Einflusses auf die Wirksamkeit der Gesundheitskommunikation überprüft.

Forschungsfrage 1:

Inwiefern lassen sich postrezeptive Effekte durch die Video-Sequenzen der Charité bezüglich Vorsorgeverhalten, sexueller Hygiene und Ärzteimage auf ZuschauerInnen beobachten?

Forschungsfrage 2:

In welcher Weise kann durch den Einsatz des Angstappells das Resultat der Gesundheitskommunikation im Sinne von Entertainment-Education beeinflusst werden?

Forschungsfrage 3:

Welchen Einfluss haben die RezipientInnen-spezifische Merkmale Alter, Bildung und Geschlecht auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education?

Forschungsfrage 4:

Inwiefern spielen das persönliche Involvement, die Identifikation und das narrative Engagement während der Rezeption eine Rolle für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften im Sinne der Entertainment-Education?

7. Methodik

Die genannten Forschungsfragen werden für diese Arbeit durch die Auswertung der Daten, die mittels quantitativer Prä-Post Befragung in Form eines Online-Fragebogens erhoben wurden, beantwortet. Hypothesen werden zu diesem Zeitpunkt noch nicht erstellt, da es sich um einen explorativen Forschungsansatz handelt. Diese werden in Kapitel 11 als datengestützte Antwort auf die Forschungsfragen entwickelt. Zunächst soll in den folgenden Kapiteln auf den Fragebogen als Erhebungsmethode eingegangen werden. Dazu wird dem Leser, der Leserin der Aufbau des Fragebogens und die verwendeten Video-Stimuli erläutert. In Kapitel 7.3 soll auf die Fragebogendimensionen und die verwendeten Auswertungsverfahren eingegangen werden, um schließlich in Kapitel 8 mit der Auswertung der Daten fortzufahren. Um für die vorliegende Arbeit höchste Transparenz zu gewährleisten, wird zunächst das Rekrutierungsverfahren der TeilnehmerInnen dargestellt und anschließend die gewonnene Stichprobe beschrieben. Schließlich werden die durch die Datenanalyse mit dem Statistikprogramm SPSS gewonnenen Ergebnisse berichtet (die vollständigen Berechnungen sind im Anhang unter Kapitel 15.2 einzusehen). Begonnen wird mit der Darstellung der soziodemographischen Daten und den deskriptiven Ergebnissen, um auf die Ergebnisse der t-Tests, Varianzanalysen und Korrelationen zur Beantwortung der Forschungsfragen eingehen zu können.

7.1 Erhebungsmethode

Zur Datenerhebung wurde ein Online-Fragebogen verwendet. Als technische Plattform wurde die Umfragesoftware Question Pro verwendet.

Vor der Veröffentlichung wurde ein Prätest mit einer weiblichen und einer männlichen Testperson durchgeführt, um etwaige Unklarheiten bereinigen zu können und den Fragebogen möglichst benutzerfreundlich zu optimieren. Dabei handelt es sich laut Porst (vgl. Prost, Rolf, 2014: 190) um eine unabdingbare Voraussetzung zur Vorbereitung der Hauptbefragung.

Der Fragebogen war vom 10. November 2018 bis 10. Februar 2019 öffentlich. Er bestand aus einer prärezeptiven Befragung, dem Video-Impuls in zwei unterschiedlichen Versionen, Fragen zu rezeptiver Partizipation, bildlichen Ablenkfragen und der postrezeptiven Befragung. Die Ausfüllzeit betrug in Durchschnitt etwa 45 Minuten, wovon 15-20 Minuten die Rezeption einer der beiden Videosequenzen (für Gruppe „1“ mit Angstappell und für Gruppe „2“ Ohne Angstappell) einnahm.

Insgesamt beendeten 90 Personen die Online-Umfrage. Nach Bereinigung des Datensatzes blieben 86 verwertbare Fragebögen.

Für diese Arbeit wurde der Online-Fragebogen als Erhebungsmethode gewählt, da er einige Vorteile bietet. Allerdings weist diese Methode auch Nachteile auf, die im Folgenden dargestellt werden:

Ein großer Vorteil der Onlinebefragung ist die örtliche und zeitlich Ungebundenheit, so konnte die Befragung jederzeit und allerorts durchgeführt werden, sofern ein mobiles Endgerät und Internetverbindung zur Verfügung standen. Für die Ausfüllenden hat dies den Vorteil, dass sie sich nicht persönlich zur Befragung an einen bestimmten Ort begeben müssen, was die Teilnahme um einiges unkomplizierter macht. Für die Umfrageersteller ist es so leichter möglich mit verhältnismäßig wenig Aufwand, viele TeilnehmerInnen zu erreichen.

Ebenso wurde ein hoher Papierverbrauch, wie er bei geruckten Fragebogen entsteht, vermieden. Durch die Verbreitung des Fragebogens im Netz konnte er schnell die gewünschte Zielgruppe erreicht werden. Durch die moderne Fragebogen Software konnten die Video-Impulse direkt in die Befragung eingebunden werden, wodurch der Fragebogen zwar zeitlich an Länge gewann, aber auch eine sehr unkomplizierte Präsentation ermöglichte.

Der offensichtliche Nachteil der Online-Befragung ist, dass die Teilnehmenden keine AnsprechpartnerIn zur Stelle haben, falls Fragen aufkommen. Dieser Situation wurde versucht, mit dem Prätest bestmöglich vorzubeugen. Zudem sind einige Personen, die keinen Internetzugang besitzen oder nicht onlinefähig sind, von der Teilnahme an der Erhebung ausgeschlossen. Dies kritisieren auch Zerback et. al. (vgl. Zerback et al, 2009: 24) als die größte Einschränkung von internetgestützten Befragungen im Allgemeinen. Zudem postulieren sie, dass sich InternetnutzerInnen in vielen Merkmalen von den Nicht-NutzerInnen unterscheiden, weshalb Aussagen über die Gesamtbevölkerung durch die online gewonnenen Daten nicht getroffen werden können. Weiters erklären Zerback et. al. (vgl. Zerback et al, 2009: 24), dass durch diese Methode erhobene Daten meist eine spezielle Population betrachten. Nur etwa 15 Prozent „haben einen Bevölkerungsquerschnitt zur Grundlage.“ (Zerback et al, 2009: 24)

Somit kann auch die Stichprobe dieser vorliegenden Untersuchung nicht als repräsentative Widerspiegelung der Grundgesamtheit gesehen werden, sondern als

selektive Stichprobe. Für die vorliegende Arbeit und das genannte Forschungsinteresse ist die Online-Befragung nach Abwägung der Vor- und Nachteile die beste Wahl.

7.2 Der Fragebogen

„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.“ (Porst, 2014 :16)

7.2.1 Aufbau des Fragebogens

Der vollständige Fragebogen, jedoch ohne Videosequenzen, ist im Anhang (Kapitel 15.1) zu finden.

Er umfasst insgesamt 20 Fragenblöcke mit drei „Ablenkungsfragen“, die sich zwischen den Prä- und Postrezeptiven Fragenkategorien befinden.

Zuerst kommen Fragen zu den soziodemografischen Daten. Es wird nach dem Geschlecht, dem Alter, und dem höchsten erworbenen Bildungsabschluss gefragt.

Gefolgt von Standardisierten Fragen von Prof. Dr. Grimm (vgl. Grimm, 2014) zur Erfassung der Vorsorgebereitschaft und dem Arztimage. Gefolgt von einer Frage zur Sexuellen Hygiene. Anschließend wird den TeilnehmerInnen eines der beiden Videos vorgespielt.

Direkt nach dem Video kommen die von Prof. Dr. Grimm standardisierten Fragenkategorien zu den Eindrucksdifferenzialen, Narrative Engagement, Involvement und Identifikation (vgl. Grimm, 2016).

Es folgen drei Fragen, die inhaltlich nichts mit dem Erkenntnisinteresse zu tun haben. Die Teilnehmer bekommen hier verschiedene Bilder aus den Kategorien „Eisorten“, „Urlaubsorte“ und „Musikrichtungen“ präsentiert, von denen sie sich für ein entscheiden sollen. Durch diese thematische und visuelle Ablenkung sollte erreicht werden, dass die Antworten auf die Prä-Fragen nicht mehr direkt in der unmittelbaren Erinnerung parat sind.

7.2.2 Auswahl der Videosequenzen

Als Stimulus-Material für den Fragebogen dienen Sequenzen, die aus der ersten Folge der Krankenhausserie Charité „Barmherzigkeit“ zusammengeschnitten wurden. Um eine Kontrollgruppe ohne Angststimulus zu erhalten, wurde eine Videosequenz mit enthaltenem Angstapell und eine Videosequenz ohne Angstapell erstellt. Diese sollen im Folgenden genauer beschrieben werden:

7.2.2.1 Sequenz mit Angstapell

Die Videosequenz, die den Angstapell enthält, beträgt 20 Minuten Spielzeit und wurde aus der ersten Folge der Serie Charité, mit dem Titel „Barmherzigkeit“ erstellt. Darin werden die wichtigsten Figuren vorgestellt und der Alltag des Krankenhauses im 19. Jahrhundert gezeigt. Die junge Arbeiterin Ida Lenze schleppt sich mit letzter Kraft in die Charité. Dort wird sie von Medizinstudent Georg Tischendorf und dem Arzt Dr. Ehrlich mit dem Verdacht auf einen Blinddarmdurchbruch aufgenommen.

Die ZuseherInnen erfahren, dass eine Blindarm-Operation im 19. Jahrhundert eine große medizinische Revolution war, die nur wenige Ärzte beherrschten. So wird Ida zu Lehrzwecken in die Charité aufgenommen. Der aufstrebende Arzt Dr. Behring soll sie operieren, doch Ida möchte nicht von ihm behandelt werden - sie kennt ihn scheinbar.

Als Dr. Ehrlich seinem Kollegen von dem Notfall berichtet, lehnt dieser die Operation ab, da er sich bei Dr. Robert Koch bewerben möchte, wovon er sich einen Karrieresprung verhofft. Währenddessen kehrt Prof. Bergmann aus San Remo mit der Kehlkopfprobe des Kornprinzen an die Charité zurück. Auch hier bezieht sich die Serie auf historische Ereignisse.

Als Dr. Behring auf dem Weg zu seinem Gespräch ist, sieht er die bewusstlose Ida und erkennt sie. Deshalb entscheidet er sich dazu, sie im Hörsaal der Charité in einer zu Lehrzwecken für seine Studenten zu operieren. Später in der Serie wird bekannt, dass Ida und Dr. Behring vor Jahren verlobt waren. Durch die Operation kann der entzündete Wurmfortsatz entfernt werden und Ida hat eine Chance auf Heilung, wenn Sie die nächsten Tage nach der Operation übersteht.

In einem begleitenden Handlungsstrang erfahren die Zuseher aktuelle politische Geschehnisse aus der Zeit. Der Kehlkopfschnitt, der bei Kronprinz Friedrich durchgeführt wurde, um eine Krebserkrankung diagnostizieren zu können ist derzeit Thema in allen Zeitungen.

In einer weiteren Nebenhandlung begleitet Hilfswärterin Stine ihre junge Cousine Marie, die ungewollt Schwanger geworden und nun verzweifelt ist. Sie sucht nach jemandem, der eine Abtreibung durchführen kann. Wärterin Edit empfiehlt ihr keinen Arzt zu fragen, da es sich um einen illegalen Eingriff handelt, sondern stattdessen die Studenten zu fragen.

In der Medizinvorlesung wird den Studenten von Prof. Virchow ein toter Patient mit Schwindsucht gezeigt und er weist sie darauf hin, dass diese Krankheit alleine auf die Lebensbedingungen und mangelnde Hygiene der niedrigen Schichten in Berlin zurückzuführen ist. Auf Nachfragen reagiert er abwertend auf die damals viel diskutierten Ergebnisse von Prof. Koch, der die „Bazillen“ entdeckte und sie als Ursache vieler Krankheiten verantwortlich machte. Prof. Virchow wird aus der Vorlesung geholt, da er von Prof. Bergmann bestellt wird und seiner „Vaterländischen Pflicht“ nachgehen muss. Im Mikroskop untersucht er die Kehlkopfprobe des Kronprinzen und kann keine Krebszellen erkennen. Daraufhin diskutieren er und Prof. Bergmann, der dem Kronprinzen bereits Krebs diagnostiziert hatte, darüber, was nun stimmt.

Stine und Marie finden Georg Tischendorf und bitten ihn darum eine „Entfruchtung“ (Altdeutsches Wort für Abtreibung) vorzunehmen, dieser lehnt aber völlig erschrocken ab. Marie ist völlig verzweifelt und droht mit Selbstmord. Stine schickt sie nach Hause und rät ihr keine Dummheiten zu machen.

Währenddessen kämpft Ida gegen ihr hohes Fieber. Im Schwesternschlafsaal wird Stine informiert, dass ihre Cousine eingeliefert wurde. Stine rennt sofort zu ihr, angeblich ist Marie auf dem Fenster gefallen und hat sich beide Beine gebrochen. Stine ist klar, dass es sich um einen Selbstmordversuch handelt. Im Krankensaal hat Ida das Fieber gut überstanden und ist wieder gesund, doch im Nachbarbett beginnt Marie zu schreien und wird ohnmächtig. Stine versucht sie wiederzubeleben, doch es hilft nichts. Mariechen ist tot. Unklar ist, wie sie an gebrochenen Beinen sterben konnte. In der Autopsie vermuten die Ärzte eine Beinvenenthrombose, die durch die Immobilisierung entstanden ist. Prof. Virchow zeigt den Anwesenden den Thrombus, der durch einen angeborenen Defekt in der Herzscheidewand ins Gehirn wandern konnte. Dadurch hat sie einen Hirnschlag erlitten.

Student Tischendorf macht sich Vorwürfe, dass er sie abgewiesen hat und sie deshalb aus dem Fenster gesprungen ist. Virchow erklärt zudem, dass Prof. Ehrlich die Stelle am

Koch'schen Institut bekommen habe, auf die sich Dr. Behring zu Beginn bewerben wollte. Auch der gravide Uterus wird gezeigt und Virchow möchte, dass ihn ein Student für seine Sammlung präpariert. Damit endet die Sequenz.

7.2.2.2 Sequenz ohne Angstappel

Für die Sequenz ohne Angstappel wurde die Sequenz mit Angstappel genommen und die Angsterregenden Teile der Handlung herausgeschnitten. Somit verkürzt sich die Sequenz auf 16,21 Minuten. Durch das Verwenden der genau gleichen Sequenz als Ausgangsbasis wird vermieden, nicht kontrollierbare Einflüsse auf die Ergebnisse zu erhalten, die durch eine abweichende Handlung entstehen könnten und nicht nachvollziehbar gemacht werden könnten. Aus diesem Grund wird nicht die Sequenz beschrieben, sondern die Angsterregenden Parts, die herausgenommen wurden:

Der Handlungsstrang mit der schwangeren Marie wird zwar eröffnet, doch der angsterregende Part, der den Selbstmordversuch thematisiert, ihren Tod und die Autopsie zeigen wurde aus dieser Sequenz entfernt.

7.3 Fragebogendimensionen und Auswertungsverfahren

In Kapitel 7.2.1 wurde bereits auf den Aufbau des Fragebogens eingegangen. In diesem Kapitel sollen nun auf die Fragebogendimensionen erläutert werden.

7.3.1 Soziodemographische Daten

Zu Beginn der Befragung wurden die soziodemographischen Daten der TeilnehmerInnen erhoben. Es wurde das Geschlecht, das Alter und der höchste erworbene Bildungsabschluss abgefragt. Die Verteilung der Geschlechter und des Bildungsabschlusses lässt sich anhand einfacher Häufigkeitstabellen darstellen. Für die tabellarische Darstellung des Alters werden der Median, der Mittelwert, die Standardabweichung, das maximale und das minimale Alter berechnet.

7.3.2 Fragen zu Gesundheitsvorsorgeverhalten

Der erste Fragenblock richtet sich nach dem Vorsorgeverhalten der TeilnehmerInnen. Hierfür wurde der standardisierte Fragenkatalog nach Jürgen Grimm (vgl. Grimm, 2014: 6) verwendet. Die acht Einzelfragen lassen sich in zwei Kategorien unterteilen:

A. 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.

B. Medizinische Prävention:

- Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.
- Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.

(Grimm, 2014: 6)

Die TeilnehmerInnen konnten anhand einer 5-stufigen Skala den einzelnen Behauptungen antworten. Wobei 1 „stimme absolut nicht zu“ und 5 „stimme absolut zu“ bedeutet. In der Originalversion nach Grimm wurde eine 8-stufige Skala verwendet.

Das Einzel-Item „Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen“ wurde nach Vorgabe von Grimm (vgl. Grimm, 2014: 6) bei der Auswertung nicht in die Index-Bildung einbezogen.

7.3.3 Fragen zum Arztimage

Auch das Arztimage ist einer der standardisierten Tests von Grimm (vgl. Grimm 2014: 4). Hier wurden den ProbandInnen mehrere Aussagen präsentiert, denen sie mehr oder weniger zustimmen konnten. Auch hier wurde eine 5-stufige Skala, anstatt einer 8-stufigen wie in der Originalversion von Grimm, verwendet.

Die Aussagen lassen sich wie folgt in neutrale, positive und negative Aussagen gliedern:

Neutral:

- Gute ÄrztInnen zu finden, ist schwierig.
- ÄrztInnen sind übermüdet und überarbeitet.
- ÄrztInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.

Positiv:

- ÄrztInnen sind fachlich kompetent.
- ÄrztInnen sind vertrauenswürdige Menschen.
- ÄrztInnen leben für ihren Beruf.
- ÄrztInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.
- ÄrztInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen PatientInnen aufsehen.

Negativ:

- ÄrztInnen verschreiben heutzutage viel zu schnell Antibiotika.
- ÄrztInnen schüchtern ihre PatientInnen ein
- ÄrztInnen suchen ihren finanziellen Vorteil.
- ÄrztInnen sprechen Fachchinesisch.
- ÄrztInnen machen Fehler, von denen PatientInnen nichts wissen.

Das Arztbild wurde schließlich aus den Einzelitems nach folgender Vorgabe berechnet:

Index-Bildung:

Summe der Zustimmung, Umrechnung in Zustimmungsprozents (Skala 0-100).

Sub-Indizes:

PosAB: Grad des positiven Arztbildes (blau)

NegAB: Grad des negativen Arztbildes (grün)

NeuAB: Grad des neutralen Arztbildes (orange)

Gesamt-Index:

$AB_{\text{Gesamt}} = (\text{NeuAB} + (2 \cdot \text{PosAB}) - (2 \cdot \text{NegAB})) / 2.$

(vgl. Grimm, 2014: 4)

7.3.4 Fragen zur sexuellen Hygiene

Zur Erfragung der sexuellen Hygiene der TeilnehmerInnen wurden die folgenden Aussagen für diese Arbeit entwickelt. Die ProbandInnen konnten an einer 5-stufigen Skala den folgenden Aussagen aufsteigend zustimmen. Die Aussagen wurden so formuliert, dass die Personen zwischen zwei Dingen abwägen mussten.

- Ich trinke nie übermäßig viel Alkohol, wenn ich Sex habe, um nicht die Kontrolle zu verlieren und eine ungewollte Schwangerschaft zu riskieren oder mich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren.
(Hier steht der Verzicht eines Genussmittels dem Schutz der eigenen Gesundheit gegenüber)
- Beim Sex möchte ich den Moment genießen und mir nicht über eventuelle Konsequenzen Gedanken machen müssen, deshalb verhüte ich nicht immer. (Hier steht die kurzfristige Befriedigung einer eventuell folgenden negativen Konsequenz gegenüber. Diese Aussage wurde bei der Auswertung umcodiert, die die volle Zustimmung hier wenig Vorsicht bedeutet.)
- Kondome sind für mich der absolute Lustkiller, trotzdem verzichte ich nie darauf, um mich und die andere Person zu schützen. (Hier steht der Lustverlust dem persönlichen Schutz und dem Schutz anderer Personen gegenüber)
- Trotz des gesundheitlichen Risikos nehme ich die Pille / bestehe ich darauf, dass meine Partnerin die Pille nimmt, um keine ungewollte Schwangerschaft und eine möglicherweise darauffolgende Abtreibung zu riskieren. (Hier steht das Gesundheitsrisiko dem Risiko einer ungewollten Schwangerschaft gegenüber)

7.3.5 Gruppeneinteilung

Die TeilnehmerInnen der Umfrage wiesen sich selbst den zwei unterschiedlichen Gruppen (mit Angstappell und ohne Angstappell) zu, indem sie in Frage 8 aufgefordert wurden, sich zwischen den Zahlen „1“ und „2“ zu entscheiden. Wurde „1“ gewählt wurde ihnen die Videosequenz mit dem Angstappell ausgespielt, klickten sie auf „2“ so sahen sie die Videosequenz ohne Angstappell.

Damit eine Gleichverteilung der beiden Gruppen gegeben ist, wurden die Teilnehmer ab einem bestimmten Zeitpunkt angewiesen, Gruppe „2“ zu wählen. So entstand eine Verteilung der TeilnehmerInnen von jeweils 50%.

7.3.6 Eindrucksdifferenziale

Die Eindrucksdifferenziale werden direkt im Anschluss an die Videosequenzen abgefragt. Anhand der neun Gegensatzpaare in Anlehnung an Grimm (vgl. Grimm 1999: 451), sollen die RezipientInnen angeben, wie sie die Videos empfunden haben.

Auf einer 10-stufigen Skala können die ProbandInnen zwischen dem einen Begriff links und dessen Gegenteil rechts der Skala einstufen, welchen Eindruck das Video bei ihnen hinterlassen hat. Die folgenden Begriffspaare wurden eingesetzt. Wobei die ersten drei Paare den Subindex „Emotionale Belastung“ darstellen und die Paare vier bis sechs den Subindex „Informationsqualität“.

Emotionale Belastung

beruhigend - angsterregend

komisch - tragisch

abstumpfend – berührend

Informationsqualität

uninteressant - interessant

altbekannt - neuartig

belanglos – informativ

Einzelitems

langweilig - spannend

unrealistisch - realistisch

erleichternd - belastend

aktivierend - deprimierend

tendenziös - objektiv

7.3.7 Narrative Engagement

Mit narrativem Engagement ist die „Sogwirkung“ gemeint, die die Geschichte auf die ZuseherInnen ausübt (vgl. Grimm, 2016:3). Die ZuseherInnen fühlen sich in die Story hineingezogen und befinden sich in einer selbstvergessenen Rezeptionshaltung. Das mediale Szenario wird als „Stimulation von Wirklichkeit ernst genommen“ (Grimm, 2016: 1) und so gesehen, als wäre es die Realität.

Um das narrative Engagement, zu erfragen, wurden den Probanden die folgenden Aussagen präsentiert, die sie auf einer 5-stufigen Skala bewerteten. Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Test Rick Busselle und Helena Bildandzic (vgl. Busselle &

Bildandzic 2009), der von Jürgen Grimm (vgl. Grimm, 2016: 1) übernommen und zur Messung Rezeptiver Partizipation verwendet wurde:

- An manchen Stellen fiel es mir schwer zu verstehen, was gerade passiert.
- Ich habe ein unklares Bild von den Figuren/ Personen.
- Es ist mir schwergefallen, den roten Faden der Geschichte zu finden.
- Meine Gedanken sind während der Sendung immer wieder abgeschweift.
- Beim Sehen ist mir aufgefallen, dass ich an etwas anderes denke.
- Es ist mir schwergefallen, meine Gedanken nur auf die Sendung zu richten.
- Die Sendung hat mich gefühlsmäßig berührt.
- Während der Sendung war ich froh, wenn eine Hauptfigur Erfolg hatte, und traurig, wenn ihr etwas Schlechtes passierte.
- Manche Figuren/ Personen in der Sendung haben mir leidgetan.
- Während der Sendung war mein Körper im Zimmer, aber mein Geist war inmitten der Welt, die die Geschichte geschaffen hat.
- Die Sendung schuf eine neue Welt für mich, und diese Welt verschwand plötzlich, als die Sendung endete.
- An manchen Stellen der Sendung war mir die Welt der Geschichte näher als die „echte Welt“.

(vgl. Grimm, 2016: 3)

Das narrative Engagement wird nach Busselle und Bildandzic (vgl. Busselle & Bildandzic 2009) in folgende Subkategorien unterteilt:

Narrative Understanding:

- An manchen Stellen fiel es mir schwer zu verstehen, was gerade passiert.
- Ich habe ein unklares Bild von den Figuren/ Personen.
- Es ist mir schwergefallen, den roten Faden der Geschichte zu finden.

Attentional Focus:

- Meine Gedanken sind während der Sendung immer wieder abgeschweift.
- Beim Sehen ist mir aufgefallen, dass ich an etwas anderes denke.
- Es ist mir schwergefallen, meine Gedanken nur auf die Sendung zu richten.

Emotional Engagement :

- Die Sendung hat mich gefühlsmäßig berührt.
- Während der Sendung war ich froh, wenn eine Hauptfigur Erfolg hatte, und traurig, wenn ihr etwas Schlechtes passierte.
- Manche Figuren/ Personen in der Sendung haben mir leidgetan.

Narrative Presence:

- Während der Sendung war mein Körper im Zimmer, aber mein Geist war inmitten der Welt, die die Geschichte geschaffen hat.
- Die Sendung schuf eine neue Welt für mich, und diese Welt verschwand plötzlich, als die Sendung endete.
- An manchen Stellen der Sendung war mir die Welt der Geschichte näher als die „echte Welt“.

Zur Auswertung wurden die Items 1-6 umkodiert (Narrative Understanding & Attentional Focus) (vgl. Grimm, 2016: 3).

7.3.8 Involvement

Das Involvement beschreibt laut Grimm (vgl. Grimm 2016:1) eine Doppelreferenz, die der ZuseherInnen auf den Film und die Lebenswelt beziehen und eine selbstreflexive Haltung voraussetzt.

Zur Messung des Involvements wurde der standardisierte Test von Grimm (vgl. Grimm 2016:4) verwendet. Die RezipientInnen konnten auf einer 5-stufigen Skala angeben, wie sehr die folgenden Aussagen auf sie selbst zutreffen. (1= „stimme absolut nicht zu“, 5= „stimme absolut zu“)

- Begebenheiten in der Geschichte erinnern mich an meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse.
- Aus manchen Punkten der Geschichte kann ich Anregungen für mein Leben ziehen.
- Bei einigen Situationen in der Geschichte musste ich an Erzählungen von Freunden und Bekannten denken.
- Einer bestimmten Person in der Geschichte fühle ich mich ziemlich ähnlich.
- Manche Personen in der Geschichte könnten aus meinem Bekanntenkreis stammen.
- Eine Person in der Geschichte bewundere ich ganz besonders.

Involvement lässt sich in situatives- und personenbezogenes Involvement teilen:

Situatives Involvement:

- Begebenheiten in der Geschichte erinnern mich an meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse.
- Aus manchen Punkten der Geschichte kann ich Anregungen für mein Leben ziehen.
- Bei einigen Situationen in der Geschichte musste ich an Erzählungen von Freunden und Bekannten denken.

Personales Involvement:

- Einer bestimmten Person in der Geschichte fühle ich mich ziemlich ähnlich.
 - Manche Personen in der Geschichte könnten aus meinem Bekanntenkreis stammen.
 - Eine Person in der Geschichte bewundere ich ganz besonders.
- (Grimm 2016:4)

7.3.9 Identifikation

Um die Identifikation der RezipientInnen während des Ausschnittes der Serie "Charité" zu messen wurden Einzelitems des standardisierten Tests nach Grimm (vgl. Grimm 2016: 5) verwendet. Es wurden die Items zur empathischen Identifikation und zur sympathischen Identifikation abgefragt. Diese beiden Identifikationstypen werden üblicherweise verwendet(vgl. Grimm 2016: 5).

Hierzu wurden die Akteure in vier Gruppen eingeteilt: Die Ärzte, die Medizinstudenten, die Wärterinnen, die PatientInnen.

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, anhand einer 5-stufigen Skala anzugeben, wie sehr sie sich in die Personen des Films hineinversetzen können (Empathische Identifikation) und wie sympathisch ihnen die Personen sind (Sympathische Identifikation).

7.3.10 Zerstreuungsfragen nach persönlichen Vorlieben

Diese Fragenkategorie dient der gedanklichen Zerstreuung der ProbandInnen. Da auf einen mehrtägigen, zeitlichen Abstand zwischen Messzeitpunkt eins und Messzeitpunkt zwei verzichtet wurde, wurde dem Fragebogen eine Fragenbatterie mit thematisch für diese Arbeit irrelevanten Fragen eingebaut. Die TeilnehmerInnen wurden gefragt, Ihre liebste Eis-Sorte, ihren Traumurlaub und ihre bevorzugte Musiksorte zu wählen.

Hierfür wurden für jedes Thema acht bebilderte Antwortoptionen zur Verfügung gestellt, von denen je eines auszuwählen war. Sinn dieser Fragen ist es, andere, vom Thema entfernte Gedanken anzustoßen, damit bei der post-rezeptiven Befragung der wiederkehrenden Fragen nach Vorsorgeverhalten, Arztbild und sexueller Hygiene keine genaue Erinnerung an die, in der prärezeptiven Befragung gegebenen Antworten mehr vorhanden ist.

7.3.11 Postrezeptive Befragung zu sexueller Hygiene, Arztimage und Vorsorgeverhalten

Für die postrezeptive Befragung wurden die identen Fragenkategorien verwendet, die auch in der prärezeptiven Befragung eingesetzt wurden.

8. Auswertung

8.1. Auswertungsverfahren

Zur Auswertung der Daten wurde die Statistiksoftware „IBM SPSS Statistics 25“ verwendet. Die erhobenen Daten wurden zunächst von der Umfrageplattform „Question Pro“ exportiert und in „SPSS“ bereinigt. So war der Datensatz bereit zur Auswertung. Für die Berechnung der Ergebnisse wurden die folgenden Analyseverfahren angewendet:

- **Häufigkeitsberechnungen**
- **t-Tests bei verbundenen Stichproben**
- **Varianzanalyse mit Messwiederholung (Mixed ANOVA)**

Für die Auswertung der Daten wurde mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 5% gerechnet. Das bedeutet, dass p -Werte bis 0,05 als signifikant betrachtet werden.

8.2. Rekrutierung der TeilnehmerInnen

Der Fragebogen wurde per Mail und über soziale Netzwerke (Facebook, Instagram) geteilt, um eine möglichst große Streuung zu erreichen. Es konnten zunächst Freunde, Bekannte und Verwandte, sowie ArbeitskollegInnen erreicht werden. Um weitere TeilnehmerInnen zu rekrutieren, wurde der Fragebogen auch in Gruppen auf Facebook geteilt. Dabei handelte es sich um Gruppen mit universitärem Hintergrund mit lokalem Bezug nach München und Wien. Nach der ersten Versendung der Fragebögen wurde deutlich, dass eindeutig mehr Frauen als Männer an der Umfrage teilnahmen, weshalb in einem zweiten Durchlauf der Teilnahme-Aufruf nur an Männer gerichtet war. So konnte eine Gleichverteilung der Geschlechter erreicht werden.

In den folgenden Gruppen wurde der Fragebogen geteilt:

- Gruppe „Publizistik Erfahrungsaustausch & Umfragen & Jobangebote Univie“
- Gruppe „Publizistik- und Kommunikationswissenschaft innerhalb von University of Vienna“
- Gruppe „Publizistik Erfahrungsaustausch“
- Gruppe „PuK MAGISTER/Master“
- Gruppe „Publizistik Masterstudien Univie“
- Gruppe „Soziologie LMU“

- Gruppe „Endspurt Magisterarbeit PuK (Publizistik- und Kommunikationswissenschaft)“
- Gruppe „Kommunikationswissenschaft LMU München“
- Gruppe „Publizistik Masterstudien Univie“

8.3 Sample

Nachdem die Daten bereinigt wurden und die vorzeitig abgebrochenen oder unvollständig beantworteten Fragebögen entfernt wurden, blieben 86 vollständige Datensätze. Somit setzt sich das Sample für diese Arbeit aus 86 Personen zusammen und lässt sich anhand der nachfolgenden Sozi-demographischer Daten charakterisieren.

In der empirischen Forschung wird, laut Kauermann und Küchenhoff (vgl. ebda. 2011: 9) der Begriff „repräsentative Stichprobe“ verwendet, um ein verkleinertes Bild der Grundgesamtheit zu erhalten, bei der alle personenbezogenen Merkmale ähnlich verteilt sind, wie in der Gesamtbevölkerung. Das Sample der vorliegenden Arbeit setzt sich aus onlinefähigen Personen zusammen, die die deutsche Sprache beherrschen. Personen ohne Internetzugang und Personen, die nicht deutsch sprechen konnten an der Onlineumfrage nicht teilnehmen. Laut Brosius et al. (vgl. Brosius, 2016: 67f) handelt es sich demnach um eine willkürliche Auswahl, bei der die MerkmalsträgerInnen ohne besondere Systematik nach ihrer Verfügbarkeit ausgewählt werden. Die Ergebnisse solcher Befragungen sind in der Regel allerdings nicht dazu geeignet Rückschlüsse auf Grundgesamtheit zu ziehen (vgl. Brosius, 2016: 67).

8.3.1 Alter

Wie die nachgestellte Tabelle 01 zeigt, ist die jüngste Person des Samples 19 Jahre, die älteste 88 Jahre alt. Der Mittelwert liegt bei 32 Jahren und der Median bei 29,5 Jahren. Die Standardabweichung liegt bei 12 und beschreibt, wie stark die Abweichung vom Mittelwert in beide Richtungen ist.

Tabelle 01: Alter der Stichprobe

N=86	Alter der Stichprobe
Mittelwert	32,2093
Median	29,5000
Std.-Abweichung	12,14144
Minimum	19,00
Maximum	88,00

8.3. 2 Geschlecht

Die Stichprobe der 86 Personen unterteilt sich annähernd zur Hälfte in weibliche und männliche Teilnehmer.

49% der Teilnehmer (42 Frauen) sind weiblich und 51% der Teilnehmer (44 Männer) sind männlich.

Tabelle 02: Geschlechterverteilung der Stichprobe

N=86 Geschlecht der Stichprobe		
	Häufigkeit	Prozent
Männlich	44	48,8
Weiblich	42	51,2
Gesamt	86	100

8.3.3 Bildung

Der Großteil der Stichprobe (69,8 %) besitzen einen Hochschulabschluss. Gefolgt von 14%, deren höchster erworbener Bildungsabschluss die Matura bzw. das Abitur ist. 8% haben einen Abschluss von einer Mittleren Schule, Fachschule oder Berufsschule und fast 5% haben einen Hauptschul- bzw. Pflichtschulabschluss. 3,5% der Befragten haben „Sonstiges“ als ihren Bildungsabschluss angegeben. Diese Angabe konnte in einem Textfeld spezifiziert werden. Hier wurde „Universität“, „Fachabitur“ und „Fachholschulreife“ angegeben.

Tabelle 03: Bildung der Stichprobe

N=86 Bildung der Stichprobe		
	Häufigkeit	Prozent
Hauptschule/ Pflichtschule	4	4,7
Mittlere Schule/ Fachschule/ Berufsschule	7	8,1
Abitur/ Matura	12	14,0
Hochschulabschluss	60	69,8
Sonstiges, und zwar:	3	3,5
Gesamt	86	100,0

9. Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel soll zunächst auf die deskriptiven Ergebnisse eingegangen werden, bevor im Anschluss die Forschungsfragen mit Hilfe von SPSS-Berechnungen beantwortet werden.

Durch das Prä-Post-Design des Fragebogens kann der Unterschied der Einstellung der Probanden zu den beiden Messzeitpunkten messbar gemacht werden. Die Veränderung der prärezeptiven Einstellung im Vergleich zur postrezeptiven Einstellung kann als Effekt der Folge der Krankenhausserie „Charité“ angesehen werden. Aufschluss über die Wirksamkeit des Angstappells gibt der Gruppenvergleich der Gruppe mit Angstappell und der Gruppe ohne Angstappell.

9.1 Deskriptivstatistische Ergebnisse und t-Tests

In folgenden werden zunächst die deskriptiven Ergebnisse der Online Befragung dargestellt. Zudem werden die t-Tests in Bezug auf die prärezeptiven Gruppenunterschiede ebenso dargestellt.

9.1.2 Gesundheitsvorsorge

Tabelle 04: Prärezeptive Gesundheitsvorsorge (gesamt)

N=86 Gesundheitsvorsorge gesamt			
Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
1	4,88	3,7	,734

Tabelle 05a: Gruppenstatistik: Prärezeptive Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge im Gruppenvergleich				
	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gruppe mit Angstappell	44	3,77	,565	,085
Gruppe ohne Angstappell	42	3,62	,877	,135

In Tabelle 04 sieht man die präzeptiv angegebene Gesundheitsvorsorge der beiden Gruppen. Wie in Tabelle 05b dargestellt, ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit Mittelwerten von $M = 3,77$ und $M = 3,62$ fast gleich und nicht signifikant.

Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt in Tabelle 5b für die Mittelwertvergleiche der beiden Gruppen zeigt, mit $p = .349$, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf das präzeptiv angegebene Gesundheitsvorsorgeverhalten besteht.

Tabelle 05b: t-Test: Präzeptive Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Gesundheitsvorsorge, präzeptiv	,943	69,53	.349	.151	.160

9.1.2 Arztimage

Tabelle 06: Präzeptives Arztimage (gesamt)

N=86 Arztimage, präzeptiv, gesamt			
Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
-8,00	20,50	6,041	4,729

Tabelle 07a: Gruppenstatistik: Arztimage, präzeptiv

Arztimage im Gruppenvergleich präzeptiv				
	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gruppe mit Angstappell	44	5,96	3,27	,493
Gruppe ohne Angstappell	42	6,12	5,925	,914

In der Tabelle 07a wird deutlich, dass die Mittelwerte der Gruppe mit Angstappell ($M=5,96$) und der Gruppe ohne Angstappell ($M=6,12$) präzeptiv keine große Differenz aufweisen. Im t-Test für unabhängige Stichproben wird ersichtlich, dass im Levene-Test mit $p=.023$ keine Varianzgleichheit gegeben ist. Mit $p=.883$ zeigt der Test für die Mittelwertgleichheit keinen signifikanten Unterschied der Mittelwerte der beiden Gruppen in Bezug auf ihr präzeptives Arztbild.

Tabelle 07b: t-Test: Arztimage präzeptiv, gesamt

Arztimage					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Arztimage, präzeptiv	-,174	63,25	.883	-.153	1.04

9.1.3 Sexuelle Hygiene

Tabelle 08: Präzeptive sexuelle Hygiene (gesamt)

N=86 Sexuelle Hygiene präzeptiv, gesamt			
Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
1,00	5,00	3,86	,922

Tabelle 09a: Gruppenstatistik: sexuelle Hygiene, präzeptiv

Sexuelle Hygiene im Gruppenvergleich prä				
	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gruppe mit Angstappell	44	3,86	,782	,118
Gruppe ohne Angstappell	42	2,97	1,02	,157

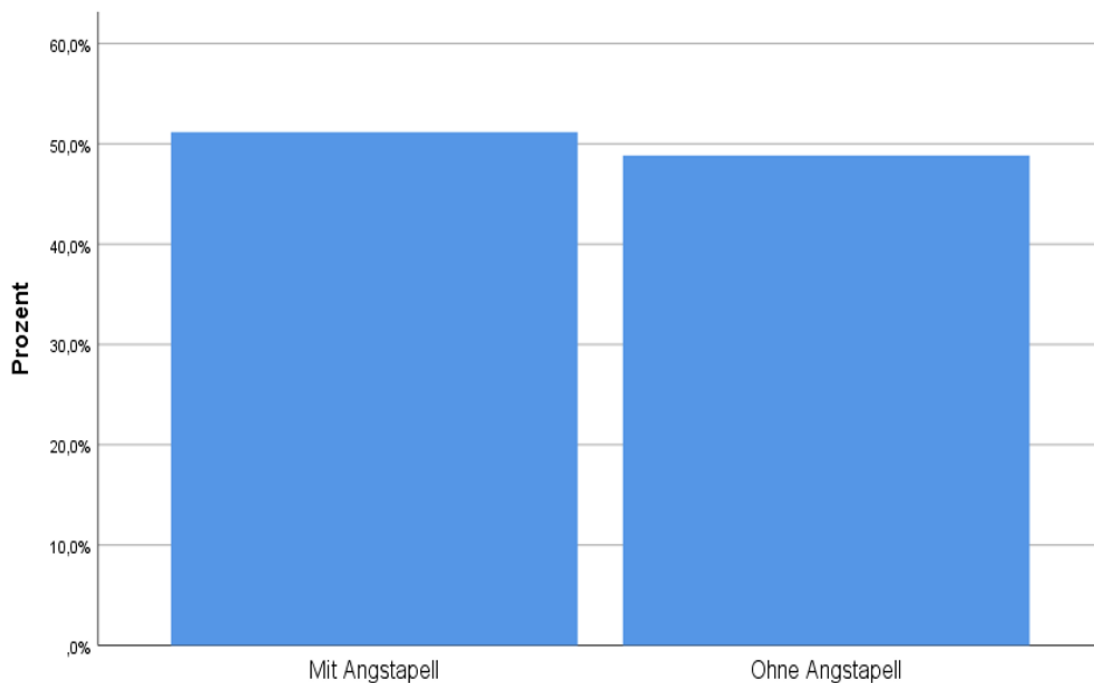
Der Mittelwert von $M = 3,86$ in der Gruppe mit Angstappell ist deutlich höher als der in der Gruppe ohne Angstappell ($M = 2,97$). Der t-Test (Tabelle 09b) zeigt im Levene-Test mit $p = .072$, dass Varianzgleichheit vorliegt. Der t-Test für die Mittelwertvergleiche der beiden Gruppen zeigt, mit $p = .038$, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die präzeptiv angegebene sexuelle Hygiene besteht.

Tabelle 09b: t-Test: Sexuelle Hygiene präzeptiv, gesamt

Sexuelle Hygiene					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Sexuelle Hygiene, präzeptiv	2,10	84	.038	.410	.195

9.2. Gruppeneinteilung mit und ohne Angstappell

Tabelle 10: Balkendiagramm der Gruppenverteilung



9.3 Eindrucksdifferenziale

Bei den Eindrucksdifferentialen im Gruppenvergleich (vgl. Tabelle 11) ist besonders die erste Zeile mit dem Subindex „emotionale Belastung“ interessant, da sie Aufschluss darüber gibt, ob die Sequenz mit dem Angstappell belastender empfunden wurde, als die Sequenz ohne den Angstappell. In der Gruppe mit Angstappell ergab sich ein Mittelwert von $M = 7,4$ in der Gruppe ohne Angstappell von $M = 6,4$. Die Informationsqualität unterscheidet sich mit den Werten $M = 6,4$ (mit Angstappell) und $M = 6,6$ (ohne Angstappell) weniger auffällig.

Im Levene Test zeigt sich sowohl für den Subindex „Emotionale Belastung“ ($p = .948$) als auch für die „Informationsqualität“ ($p = .659$), dass Varianzgleichheit gegeben ist. Der T-Test für die Mittelwertgleichheit ergibt mit dem Wert $p = .012$ (Emotionale Belastung) einen signifikanten Unterschied der beiden Gruppen in Bezug auf die Emotionale Belastung und mit $p = .603$ (Informationsqualität) keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Informationsqualität.

Eine genaue Beschreibung aller Einzelitems der **Eindruck differenziale** würde den hier vorgegebenen Rahmen sprengen. Weshalb nur die auffälligen Items beschrieben werden sollen. Dabei handelt es sich, um die folgenden Paare:

„**beruhigend - anstrengend, komisch – tragisch, erleichternd – belastend**. Hier ist auffällig, dass die Gruppen sich im Mittelwert unterscheiden. Die Gruppe mit Angstappell empfand die Videosequenz anstrengender, tragischer und belastender als die Gruppe 2, die dem Angstappell nicht ausgesetzt war. Diese Items sollen nun im t-Test überprüft werden (vgl. Tabelle 11). Es ergab sich folgendes Ergebnis:

Beruhigend – anstrengend: Varianzen sind laut Levene Test gleich ($p = .236$), mit $p = .004$ im t-Test für den Mittelwertvergleich ist ein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen eindeutig gegeben.

Komisch -Tragisch: Varianzen sind laut Levene Test gleich ($p = .116$), mit $p = .139$ im t-Test für den Mittelwertvergleich ist allerdings kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen vorhanden.

Erleichternd – belastend: Varianzen sind laut Levene Test nicht gleich ($p = .039$), mit $p = .031$ im t-Test für den Mittelwertvergleich ist ein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen vorhanden.

Tabelle 11: T-Test: Eindrucksdifferenziale

Eindrucksdifferenziale				
	N	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Emotionale Belastung	79	.012	.732	.283
Informationsqualität	80	.603	-.225	.431
Beruhigend – anstrengend	82	.004	1.07	.360
Komisch -Tragisch	82	.139	.634	.425
Erleichternd – belastend	83	.926	.766	.347

Somit existiert nur ein signifikanter Unterschied der Gruppen bei dem Einzelitem „**Beruhigend – anstrengend**“ und „**Erleichternd – belastend**“. Das Video mit dem Angstappell wurde also, wie intendiert, als emotional belastender und anstrengender empfunden, als das Video ohne Angstappell, was für eine gelungene Sequenzen-Auswahl spricht.

9.4 Narrative Engagement

Tabelle 12 : Narrative Engagement (gesamt)

N=86		Narrative Engagement	
Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
1,00	5,00	3,36	,750

Tabelle 13a: Gruppenstatistik: narrative Engagement

Narrative Engagement im Gruppenvergleich				
	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gruppe mit Angstappell	44	3,35	,758	,114

Gruppe ohne Angstappell	42	3,38	,750	,115
-------------------------	----	------	------	------

Die Tabelle zeigt mit Mittelwerten von $M = 3,35$ (mit Angstappell) und $M = 3,38$ (Ohne Angstappell) keine auffälligen Unterschiede der Mittelwerte der beiden Gruppen. Auch der T-Test (vgl. Tabelle 13b) ergibt hier keine signifikanten Unterschiede ($p = .824$).

Tabelle 13b: t-Test: Narrative Engagement

Narrative Engagement					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Narrative Engagement, prärezeptiv	-,223	84	.824	-.036	.163

9.5 Involvement

Tabelle 14: Involvement

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
Involvement gesamt	86	1,00	5,00	2,36	,923
Involvement situativ	86	1,00	5,00	2,35	,959
Involvement personal	868	1,00	5,00	2,36	,983
Gesamt	86				

Tabelle 15a : Gruppenstatistik: Involvement

		N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwerts
Involvement gesamt	Mit Angstappell	44	2,14	,867	,131
	Ohne Angstappell	42	2,59	,931	,144

Involvement situativ	Mit Angstappell	44	2,13	,898	,135
	Ohne Angstappell	42	2,59	,972	,150
Involvement personal	Mit Angstappell	44	2,14	,924	,139
	Ohne Angstappell	42	2,59	1,00	,154

In der obigen Tabelle 15 zeigt sich für das Involvement gesamt, sowie bei den Subindizes „situatives“ und „personales Involvement“, dass die Mittelwerte jeweils bei der Gruppe ohne Angstappell leicht höher sind, als in der Gruppe mit dem Angstappell. Beim Involvement gesamt liegt der Mittelwert der Gruppe mit Angstappell bei $M = 2,14$ und ohne Angstappell bei $M = 2,59$. Für das situative Involvement liegt der Mittelwert der Gruppe mit Angstappell bei $M = 2,13$ und ohne Angstappell bei $M = 2,59$. Und auch beim personalen Involvement ist der Mittelwert in der Gruppe ohne Angstappell mit $M = 2,14$ niedriger als bei der Gruppe mit Angstappell ($M = 2,59$).

Im t-Test (vgl. Tabelle 15b) zeigt sich, dass mit $p = .998$ Varianzgleichheit vorliegt und mit $p = .020$ ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe 1 und 2 besteht.

Bei den Subindizes zeigt sich im T-Test ebenso ein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen. Es kann also gesagt werden, dass das Involvement bei der Gruppe, die dem Angstappell nicht ausgesetzt war, höher war, als bei der Gruppe mit dem Angstappell.

Tabelle 15b: t-Test: Involvement

Involvement					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Involvement, prärezeptiv, gesamt	-2,36	84	.020	-.459	.194
Involvement, prärezeptiv, situativ	-2.31	84	.023	-.466	.202
Involvement, prärezeptiv, personal	-2.17	84	.032	-.451	.208

9.6 Identifikation

Tabelle 16 : Gruppenstatistik : Identifikation

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	83	1	5	3,12	1,11
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	83	1	5	2,81	1,16
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	83	1	5	2,83	1,03
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	83	1	5	2,59	1,14
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	83	1	5	3,33	1,01
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	83	1	5	3,08	,953
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	83	1	5	3,45	,901
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	83	1	5	2,75	,867
Gültige Werte	83				
<i>Blau= (Zeilen 1-4) empathische Identifikation</i> <i>Rot= (Zeilen 5-8) sympathische Identifikation</i>					

Die obige Tabelle 16 zeigt in den ersten 4 Zeilen die empathische Identifikation an und in den letzten 4 Zeilen die sympathische Identifikation. Hier gibt es keine großen Ausreißer in den Mittelwerten. Allerdings kann gesagt werden, dass die Patientinnen mit einem Wert von $M = 3,45$ die höchsten Sympathiewerte haben und dass sich in die Ärzte mit einem Wert von $M = 2,59$ die wenigsten Menschen einfühlen konnten (empathische Identifikation).

Für die Identifikation zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 16b). Einzig bei den Krankenpflegerinnen in der sympathischen Identifikation zeigt sich mit $p=.002$ ein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen in der Sympathischen Identifikation. Der Mittelwertvergleich zeigt hier für die Gruppe mit dem Angstappell einen Wert von $M= 3,4$ und für die Gruppe ohne Angstappell einen Wert von $M= 2,75$. Somit kann gesagt werden, dass die Gruppe der Krankenpflegerinnen der Gruppe mit dem Angstappell sympathischer war, als der Gruppe ohne Angstappell – dies macht durchaus Sinn, da die Gruppe mit Angstappell dem Handlungsstrang mit Stine, die um ihre Cousine trauert länger und intensiver verfolgte.

Tabelle16b: t-Test Identifikation

Involvement					
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	-,233	81	.817	-.057	.245
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	1,77	81	.079	.448	.252
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	,476	81	.635	.109	.228
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	,118	81	.906	.030	.251
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	,434	70,41	.665	.097	.224
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	3,26	81	.002	.645	.198
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	,445	81	.658	.088	.199
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	-,535	81	.599	-.102	.194
Blau= (Zeilen 1-4) empathische Identifikation					
Rot= (Zeilen 5-8) sympathische Identifikation					

10. Überprüfung der Forschungsfragen

10.1 Forschungsfrage 1:

Inwiefern lassen sich postrezeptiven Effekte durch die Video-Sequenzen der Charité bezüglich Vorsorgeverhalten, sexueller Hygiene und Arztimage auf ZuschauerInnen beobachten?

Um die gruppenübergreifenden prä-post Unterschiede durch Gesundheitskommunikation in Bezug auf das Vorsorgeverhalten, das Arztimage und die sexuelle Hygiene darzustellen, wurde der t-Test für die verbundene Stichprobe eingesetzt, um die Mittelwerte vergleichen zu können. Tabelle 17a zeigt, dass der Mittelwert für die angegebene sexuelle Hygiene postrezeptiv insgesamt leicht angestiegen ist. Von $M = 3,19$ prärezeptiv auf $M = 3,45$ postrezeptiv. Auch die angegebene Gesundheitsvorsorge ist von $M = 3,7$ auf $M = 3,8$ leicht angestiegen.

Alleine das Arztimage zeigt einen entgegengesetzten Verlauf. Hier fällt der angegebene Mittelwert von prärezeptiv $M = 5,95$ ($SD = 4,68$) auf $M = 5,65$ ($SD = 4,52$) postrezeptiv ab.

Tabelle 17a: Mittelwertvergleich: Prä-Post Vergleich (gesamt)

	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwerts
Skala sexuelle Hygiene prä	85	3,19	,927	,101
Skala sexuelle Hygiene post	85	3,45	,888	,096
Gesundheitsvorsorge prä	86	3,70	,733	,079
Gesundheitsvorsorge post	86	3,80	,674	,072
Arztimage gesamt prä	84	5,95	4,68	,510
Arztimage gesamt post	84	5,67	4,52	,494

Sexuelle Hygiene prä $M = 3.19$ ($SD = 0.93$), post $M = 3.45$ ($SD = 0.89$). Die Sexuelle Hygiene unterscheidet sich anhand des t-Tests für verbundene Stichproben (Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2) signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten, $t(84) = 0.76$, $p = .002$

Gesundheitsvorsorge prä $M = 3,7$ ($SD = .733$), post $M = 3.80$ ($SD = 0.67$). Die Gesundheitsvorsorge unterscheidet sich anhand des t-Tests für verbundene Stichproben allerdings nicht signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten, $t(85) = 0.76$, $p = .105$.

Arztimage prä $M = 5.95$ ($SD = 4.68$), post $M = 5.67$ ($SD = 4.53$). Das Arztimage unterscheidet sich anhand des t-Tests für verbundene Stichproben auch nicht signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten, $t(83) = 0.76$, $p = 0.452$.

Der Test bei verbundenen Stichproben in Tabelle 17b zeigt somit einzig bei der sexuellen Hygiene einen signifikanten Unterschied zwischen prä- und Post Messung. mit $p=.002$.

Tabelle 17b: t-Tests: sexuelle Hygiene, Arztimage, Vorsorgeverhalten

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwerts	T	df	Sig. (2-seitig)
Skala sexuelle Hygiene Prä-Post	-,262	,773	,084	-3.12	84	.022
Gesundheitsfürsorge Prä - Post	-,102	,576	,062	-1.64	85	.105
Arztimage gesamt Prä - Post	,280	3,39	,370	.756	83	.452

Mit $p=.105$ für die Gesundheitsvorsorge und $p=.452$ beim Arztimage zeigt sich, dass es hier keinen signifikanten Unterschied zwischen Messzeitpunkt „1“ und Messzeitpunkt „2“ für diese beiden Kategorien gibt.

Somit lässt sich trotz der in Tabelle 17a ersichtlichen Mittelwerts-Veränderungen keine signifikante Veränderung der Gesundheitsvorsorge und des Arztimages feststellen.

Das bedeutet für die sexuelle Hygiene gilt, je höher der prärezeptive angegeben Wert war, desto höher war auch der postrezeptive Wert. Durch dieses Ergebnis konnte gezeigt werden, dass ungeachtet dessen, ob ein Angststapel vorliegt oder nicht, die Rezeption der Krankenhausserie Charité die sexuelle Hygiene postrezeptiv verbessert.

Die Forschungsfrage beantwortend, kann also gesagt werden, dass die postrezeptiven Effekte der Videosequenz der Serie Charité sich auf die sexuelle Hygiene beschränken

und hier die Rezeption zu einem signifikanten Anstieg der angegebenen Hygiene führt. Für das Arztimage und die Gesundheitsvorsorge lassen sich Gruppenübergreifend keine signifikanten Effekte durch die Gesundheitskommunikation feststellen.

10.2 Forschungsfrage 2:

In welcher Weise kann durch den Einsatz von Angstapellen das Resultat der Gesundheitskommunikation positiv oder negativ beeinflusst werden?

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, müssen die beiden Gruppen gesondert voneinander betrachtet werden. Nur so kann sich durch die Gruppenunterschiede zeigen, welche Effekte der Angstappell auf die RezipientInnen hatte. Es werden deshalb jeweils das Arztimage, das Gesundheitsvorsorgeverhalten und die sexuelle Hygiene jeweils im Gruppenvergleich und im Messzeitpunktvergleich betrachtet.

1. Vorsorgeverhalten im Gruppenvergleich (mit und ohne Angstappell) zu beiden Zeitpunkten (prä/post)
2. Arztimage Gruppenvergleich (mit und ohne Angstappell) zu beiden Zeitpunkten (prä/post)
3. Sexuelle Hygiene Gruppenvergleich (mit und ohne Angstappell) zu beiden Zeitpunkten (prä/post)

10.2.1 Gesundheitsvorsorgeverhalten Prä-Post Unterschiede im Gruppenvergleich-Vergleich

Das Gesundheitsvorsorgeverhalten wurde anhand der Zwei Messzeitpunkte und der Gruppenangehörigkeit (mit und ohne Angstappell) gerechnet. Dazu wurde eine Mixed-ANOVA verwendet.

Zunächst wurde der Box-Test betrachtet. Der Wert $p = .000$ zeigt, dass er signifikant ist. Das bedeutet, dass die Kovarianzen – Matrixen in den beiden Messzeitpunkten nicht gleich sind. Der Levene- Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen ergibt, dass die beiden Gruppen zum Messzeitpunkt 1 ($p = .027$), $F(1,84)$ homogen sind. Zum Messzeitpunkt 2 ($p = .827$), $F(1, 84)$ heterogen. Das bedeutet, dass sich die Varianzen vor der Rezeption des Videoimpulses in den Gruppen unterscheiden und nach der Rezeption nicht.

Der Test der Zwischensubjekteffekte in der folgenden Tabelle 18a, zeigt den Haupteffekt der Gruppen an. Hier ist in der Tabelle ersichtlich, dass es keinen signifikanten Gruppenunterschied über die beiden Messzeitpunkte hinweg gibt ($p=.868$) mit $F(1,84)=.028$.

Tabelle 18a: Zwischensubjekteffekte (Gesundheitsvorsorge/Gruppe)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	2417,791	1	2417,791	2892,625	,000	,972
Q8	,023	1	,023	,028	,868	,000
Fehler	70,211	84	,836			

Die Tabelle 18b zeigt, die Haupteffekte für die beiden Messzeitpunkte und ist in diesem Fall mit $F(1,84) = 3,15$ und ($p= .079$) nicht signifikant. Das bedeutet es gibt für beide Gruppen keinen Unterschied zwischen Zeitpunkt „1“ und „2“. Der Interaktionseffekt in Zeile 2 (Zeitpunkt* Q8), dagegen zeigt mit $F(1,84)= 8,53$ ($p= .004$) einen signifikanten Zusammenhang an. Dies bedeutet, dass sich die angegebene Gesundheitsvorsorge in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit signifikant unterschiedlich entwickelt.

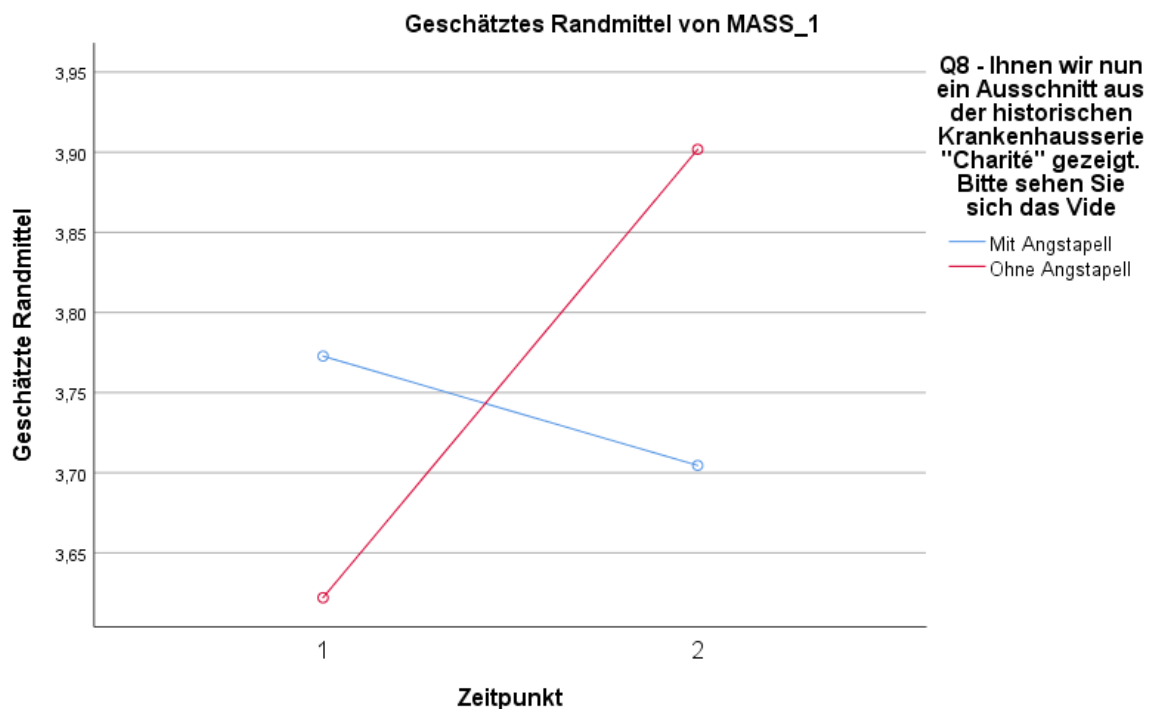
Tabelle 18b: Innersubjekteffekte (Gesundheitsvorsorge/Gruppen)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,84	3,16	.079
Zeitpunkt/Q8	1,84	8,54	.004

Es lässt sich also sagen, dass die Personen der Gruppe 1, die dem Angstappell ausgesetzt waren, eine postrezeptiv sinkende Gesundheitsvorsorge haben, während die Personen, die keinem Angstappell ausgesetzt waren postrezeptiv eine erhöhte Gesundheitsvorsorge angeben.

Die folgende Grafik in Tabelle 19 zeigt die Entwicklung der beiden Gruppen zwischen den Messzeitpunkten bildlich. Das soeben beschriebene Ergebnis wird hier grafisch dargestellt und zeigt, dass die beiden Gruppen sich in eine unterschiedliche Richtung entwickeln:

Tabelle 19: Grafik: Gesundheitsvorsorgeverhalten im Gruppenvergleich über die beiden Zeitpunkte



10.2.2 Arztimage: Prä-Post Unterschiede im Gruppenvergleich

Im Folgenden wurde das angegebene Arztimage in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit und die beiden Messzeitpunkte betrachtet.

Zunächst zeigt der Box-Test mit $p=.000$ ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, die Kovarianzen-Matrizen sind in den beiden Zeitpunkten nicht gleich.

Der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen liefert mit $p=.009$ das signifikante Ergebnis, dass keine Varianzhomogenität gegeben ist.

Die Zwischensubjekteffekte der nachfolgenden Tabelle 20a geben an, ob sich die Gruppen über die Zeitpunkte 1 und 2 hinweg unterscheiden. Hier wird ersichtlich, dass es mit $p=.793$ $F(1,82) = .069$ keinen signifikanten Haupteffekt für die Gruppenzugehörigkeit gibt.

Tabelle 20a: Zwischensubjekteffekte (Arztimage/Gruppe)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	5678,4	1	5678,4	153,2	,000	,651
Q8	2,56	1	2,56	,069	,793	,001
Fehler	3040,2	82	37,1			

Die Innersubjekteffekte und die Interaktionseffekte werden in der Tabelle 20b ersichtlich.

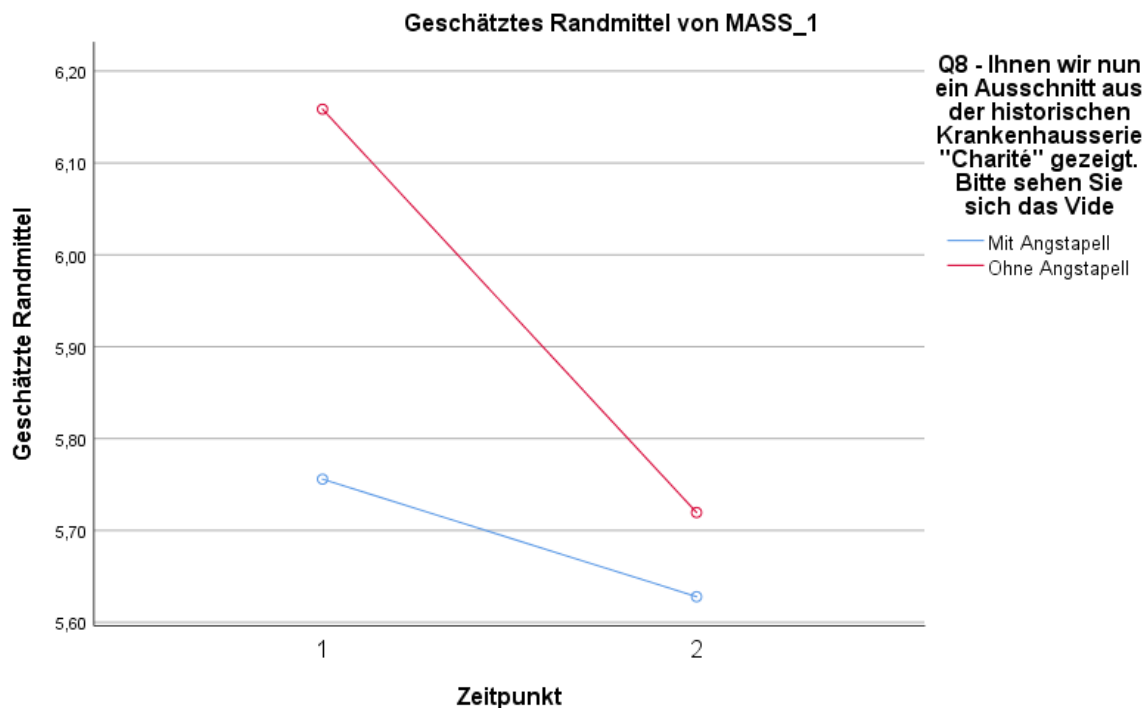
Hier zeigt sich für die Innersubjekteffekte, dass es mit $p=.448$ und $F(1,82) = .581$ keinen signifikanten Unterschied der beiden Messzeitpunkte in Bezug auf das angegebene Arztimage gibt.

Tabelle 20b: Innersubjekteffekte (Arztimage/Gruppe)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,82	.581	.448
Zeitpunkt/Q8	1,82	.175	.677

Die Interaktionseffekte sind mit $p=.667$ und $F(1,82) = .175$ nicht signifikant. Das bedeutet, es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Veränderung des angegebenen Arztimages zwischen den beiden Zeitpunkten in Abhängigkeit davon, ob die Probanden einen Angstappell erhalten haben oder nicht, gibt.

Tabelle 21: Grafik: Arztimage im Gruppenvergleich über die beiden Zeitpunkte



Die vorangehende Grafik (Tabelle 21) zeigt die bildliche Entwicklung des angegebenen Arztimages der beiden Gruppen über die beiden Messzeitpunkte hinweg. Beide Gruppen entwickeln sich ähnlich und sinken ab. Als Antwort auf die Forschungsfrage 2 kann hier gesagt werden, dass der Angstapell keinen Einfluss auf das angegebene Arztimage hat.

10.2.3 Sexuelle Hygiene Prä-Post Unterschiede im Gruppenvergleich-Vergleich

Die Sexuelle Hygiene der TeilnehmerInnen wurde mit Hilfe einer Intervallskalieren Skala von eins „stimme absolut nicht zu“ bis 6 „stimme voll und ganz zu“ erfragt. Diese Berechnung dient dazu, herauszufinden, ob es allgemein Unterschiede in der sexuellen Hygiene im prä-post Vergleich gibt und wie dieser sich im Gruppenvergleich mit und ohne Angstapell zeigt.

Der Box-Test ist mit $p = .068$ signifikant, das bedeutet, die Kovarianzen-Matrizen sind zu den beiden Zeitpunkten gleich. Der Levene-Test ist mit $p = .080$ nicht signifikant und zeigt, dass die Varianzhomogenität gegeben ist.

Die Tabelle 21 Zwischensubjekteffekte zeigt: Es gibt keinen signifikanten Haupteffekt für die Gruppenzugehörigkeit mit $F(1,83) = 2.92$, $p = 0.091$.

Tabelle 22a: Zwischensubjekteffekte (sexuelle Hygiene/ Gruppe)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1870,553	1	1870,553	1418,057	,000	,945
Q8	3,859	1	3,859	2,926	,091	,034
Fehler	109,485	83	1,319			

Die Tabelle Innersubjekteffekte der Tabelle 22b zeigt: Der Haupteffekt für den Vergleich der sexuellen Hygiene vor und nach Ansicht des Filmes, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit, ist signifikant mit $F(1, 83) = 9.96$, $p = 0.002$. Das bedeutet, wie bereits in Forschungsfrage 1 geklärt wurde, dass es für die angegebene sexuelle Hygiene einen signifikanten Unterschied zwischen Messzeitpunkt „1“ und „2“ gibt, wenn die Gruppen nicht beachtet werden.

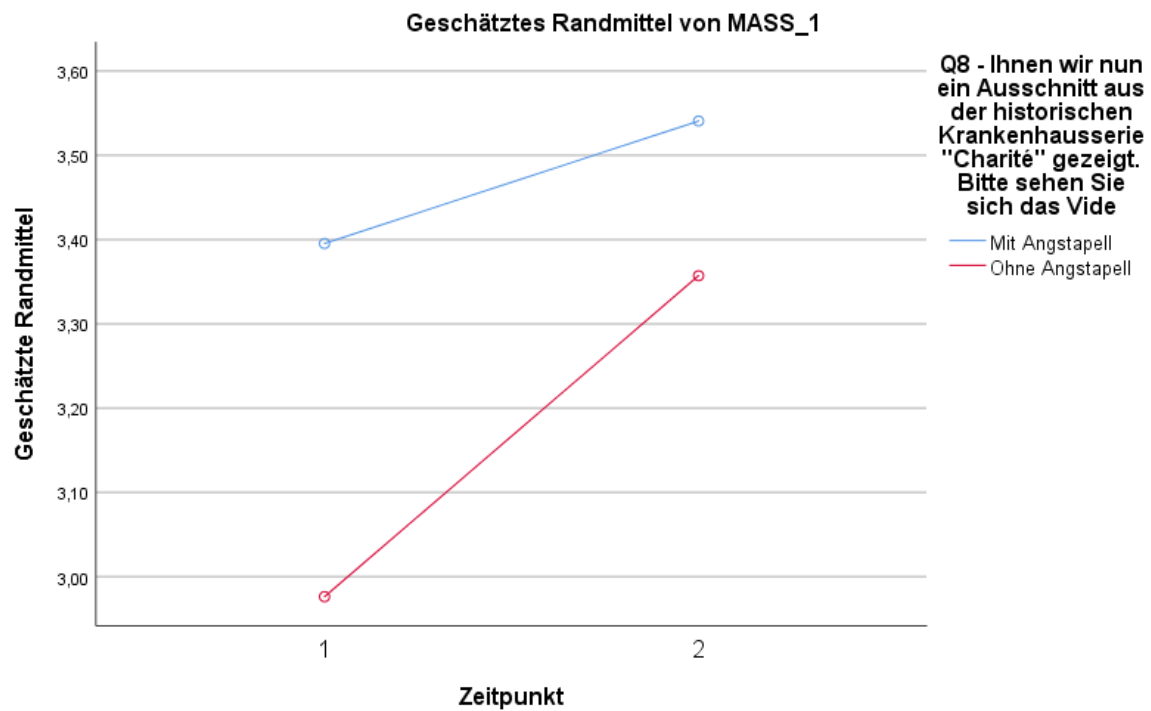
Tabelle 22b: Innersubjekteffekte (sexuelle Hygiene/ Gruppen)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,83	9.96	.002
Zeitpunkt/Q8	1,83	1,99	.162

Der Interaktionseffekt der Gruppenzugehörigkeit und des Messzeitpunktes ist nicht signifikant mit $F(1, 83) = 2.00$, $p = 0.162$. Damit bestehen keine Unterschiede in der Veränderung der angegebenen sexuellen Hygiene zwischen den beiden Zeitpunkten in Abhängigkeit davon, ob die Probanden einen Angstappell erhalten haben oder nicht.

Somit kann als Antwort auf die Forschungsfrage auch hier gesagt werden, dass das Vorhandensein eines Angstappells keinen Einfluss auf die sexuelle Hygiene hat. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass sich beide Gruppen ähnlich entwickeln.

Tabelle 23: Grafik: sexuelle Hygiene im Gruppenvergleich über die beiden Zeitpunkte



Als Antwort auf Forschungsfrage 2 kann somit gesagt werden, dass der Angstapell nur eine signifikante Auswirkung auf die Gesundheitsvorsorge im Gruppenvergleich hatte und sich negativ auf das Gesundheitsvorsorgeverhalten auswirkte. Da die Gruppe mit Angstapell postrezeptiv eine verschlechterte Gesundheitsvorsorge aufwies.

10.3 Forschungsfrage 3

FF3: Welchen Einfluss haben die rezipientInnenspezifische Merkmale Alter, Bildung und Geschlecht auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation in Sinne der Entertainment-Education?

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, wird der Einfluss die soziodemografischen Daten der Befragten auf die postrezeptive Veränderung der angegebenen sexuellen Hygiene untersucht, welche die Entertainment-Education-Botschaft repräsentiert.

10.3.1 Alter – sexuelle Hygiene, Post-Prä

Es soll herausgefunden werden, ob das Alter der TeilnehmerInnen einen Einfluss auf die Wirkung der Gesundheitskommunikation im Sinne des Edukation Entertainments hat. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Sample anhand des Alters in zwei Gruppen geteilt. Der Median befindet sich, wie bereits beschrieben bei 29,5 Jahren. Für den Mediansplitt wurde das Sample nun anhand dieses Wertes in zwei Teile geteilt, wobei es die Gruppe der jüngeren Personen (unter 29,5 Jahren) und die Gruppe der älteren Personen (über 29,5 Jahren) ergab.

Die Mixed ANOVA- Berechnung mit SPSS liefert die folgenden Ergebnisse:

Der Box-Text ist mit einem Wert $p = .307$ signifikant. Der Levene-Test zeigt mit $p = .413$ (zum Messzeitpunkt 1) und $p = .749$ (zum Messzeitpunkt 2), dass sich die Varianzen in den Gruppen weder zu Messzeitpunkt „1“ noch Messzeitpunkt „2“ unterscheiden. Varianzhomogenität ist somit gegeben.

Tabelle 24a: Zwischensubjekteffekte (Altersgruppe/sexuelle Hygiene)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1871,14	1	1871,14	1393,94	.000	.944
Altersgruppen	1,93	1	1,930	1,44	.234	.017
Fehler	111.4	83	1,342			

In Tabelle 24a zeigt sich mit $p = .234$ und $F(1,83) = 1.438$ kein Haupteffekt in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit zu den Altersgruppen.

Die Innersubjekteffekte der Tabelle 24b zeigen mit $p=.002$ und $F(83,1) = 9,83$ einen signifikanten Haupteffekt für die Messzeitpunkte. Das bedeutet, es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Messzeitpunkt „1“ und Messzeitpunkt „2“ über die Gruppen hinweg.

Der Interaktionseffekt und Hauptaussage dieser Berechnungen besagt, dass mit $p=.295$ und $F(83,1)=1,11$ kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Altersgruppenzugehörigkeit und dem Messzeitpunkt gibt.

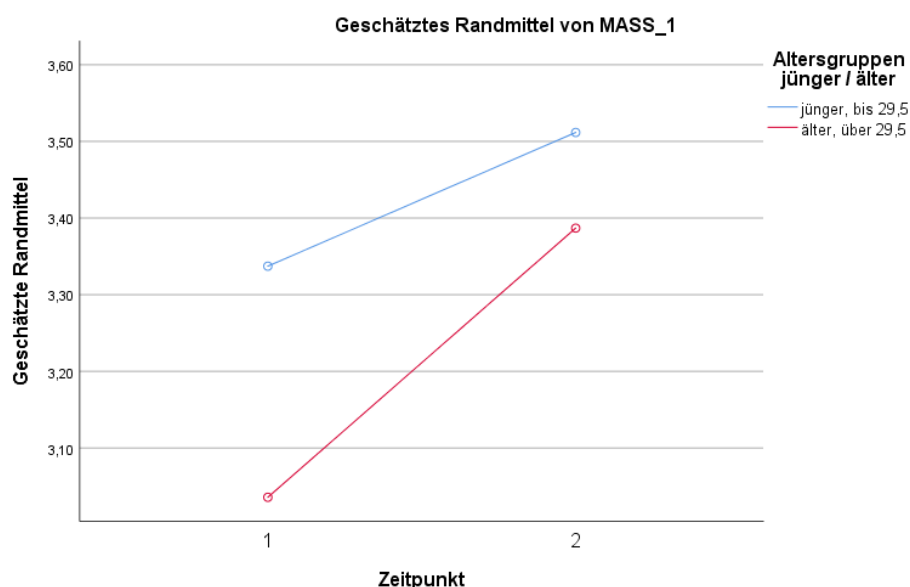
Tabelle 24b: Innersubjekteffekte (Altersgruppe/sexuelle Hygiene)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,83	9,83	.002
Zeitpunkt/Altersgruppe	1,83	1,11	.295

Dies bedeutet, es gibt zwar einen signifikanten Unterschied zwischen Zeitpunkt „1“ und „2“ aller Teilnehmer der Befragung unabhängig vom Alter in Bezug auf die sexuelle Hygiene im prä-post-Vergleich. Aber keinen diesbezüglichen Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen.

Bildlich zeigt dies die folgende Grafik (Tabelle 25). Darin zeigt sich, dass beide Gruppen postrezeptiv eine höhere sexuelle Hygiene angeben als prärezeptiv. Doch es lässt sich kein signifikanter Unterschied in deren Entwicklung zwischen den Messzeitpunkten in Bezug auf das Alter zurückführen.

Tabelle 25: Grafik: sexuelle Hygiene im Altersvergleich über die beiden Zeitpunkte



10.3.2 Bildung und sexuelle Hygiene

Das gleiche Verfahren wurde für die Bildung verwendet. Hier konnte die Stichprobe allerdings nicht in zwei Gruppen unterteilt werden, daher blieben die originalen fünf Gruppen (Hauptschulabschluss/Pflichtschule, Mittlere Schule/Fachschule/ Berufsschule, Abitur/Matura, Hochschulabschluss und Sonstiges) bestehen.

Allerdings zeigte sich bereits in der Samplebeschreibung, dass der Hauptteil der Befragten einen Universitätsabschluss als höchster erworbenen Bildungsabschluss Angaben (vgl. Tabelle 26). Mit lediglich vier Personen in Gruppe 1 und sieben Personen in Gruppe 2 ergibt sich keine sinnvolle Interpretation, weshalb die Aussagen diesbezüglich mit Vorsicht zu genießen sind. Der Vollständigkeit halber wurde aber die Berechnung fortgeführt.

Tabelle 26 : Tabelle Bildungsgruppen

1	Hauptschule/ Pflichtschule	N
2	Mittlere Schule/ Fachschule/ Berufsschule	4
3	Abitur/ Matura	7
4	Hochschulabschluss	12
5	Sonstiges, und zwar:	59
1	Hauptschule/ Pflichtschule	3

Da sich die Gruppen mit $p=.504$ und $F(80,1) = .839$ nicht signifikant unterscheiden (siehe nachfolgende Tabelle 27a) muss der Post hoc Test nicht weiter ausgeführt werden. Es gibt keinen Haupteffekt für die Gruppen.

Tabelle 27a: Zwischensubjekteffekte (Bildung /sexuelle Hygiene)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	621,42	1	621,42	457,01	.000	,851
Bildung	4,56	4	1,14	,839	.504	,040
Fehler	108,78	80	1,36			

Der Test der Innersubjekteffekte zeigt in Tabelle 26b dass es mit $p=.385$ und $F(1,80)=.764$ keinen Hauteffekt der beiden Messzeitpunkte gibt.

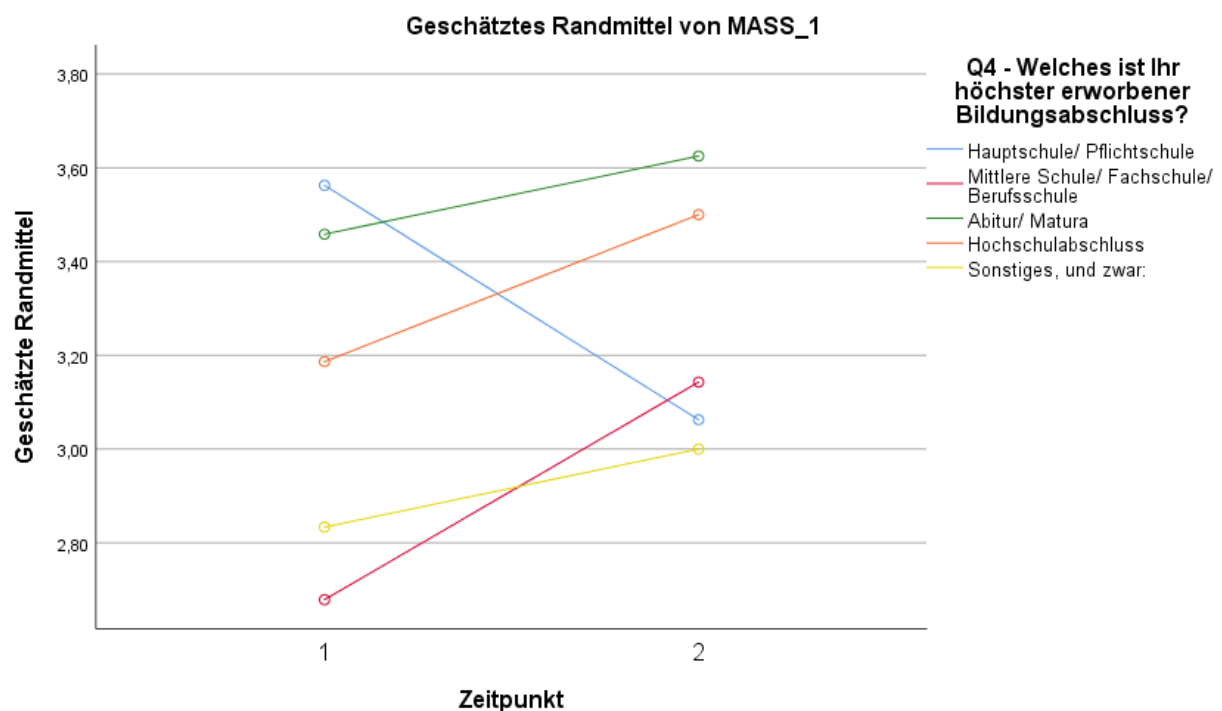
Der Interaktionseffekt (Zeitpunkt * Bildung) ergibt mit $p=.306$ und $F(4,80)= 1,226$ keinen auf die Höhe der Bildung zurückzuführenden Unterschied der angegebenen sexuellen Hygiene zwischen Messzeitpunkt „1“ und „2“.

Tabelle 27b: Innersubjekteffekte (Bildung/sexuelle Hygiene)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,80	.764	.385
Zeitpunkt/Bildung	4,80	1.23	.306

Die Wirksamkeit der Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education hat also nichts mit der Bildung der TeilnehmerInnen zu tun, soweit sich diese Aussage mit einer solch ungleichen Gruppenverteilung tragen lässt.

Tabelle 28: Grafik: Sexuelle Hygiene im Bildungsvergleich über die beiden Zeitpunkte



10.3.3. Geschlechtervergleich Sexuelle Hygiene prä-post

Box -Text $p=.069$ somit ist der Box-Test signifikant. Der Levene-Test zeigt mit $p=.388$ (prä), nicht signifikant und $p=0,035$ (post), signifikant, dass sich die Varianzen zu Messzeitpunkt „2“ (post) in den Gruppen unterscheiden und zu Messzeitpunkt „1“ nicht. Somit ist prärezeptiv die Varianzhomogenität gegeben und postrezeptiv nicht.

Die Zwischensubjekteffekte zeigen in Tabelle 28, mit $p=.002$ und $F(83,1)=10.185$ ein signifikantes Ergebnis. Es gibt also Haupteffekte in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit (männlich oder weiblich) unabhängig von den Messzeitpunkten. Sprich Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf ihre sexuelle Hygiene zu beiden Zeitpunkten.

Tabelle 29a: Zwischensubjekteffekte (Geschlecht/sexuelle/Hygiene)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	1876,14	1	1876,14	1542,45	.000	,949
Geschlecht	12,39	1	12,39	10,18	.002	,109
Fehler	100,95	83	1,22			

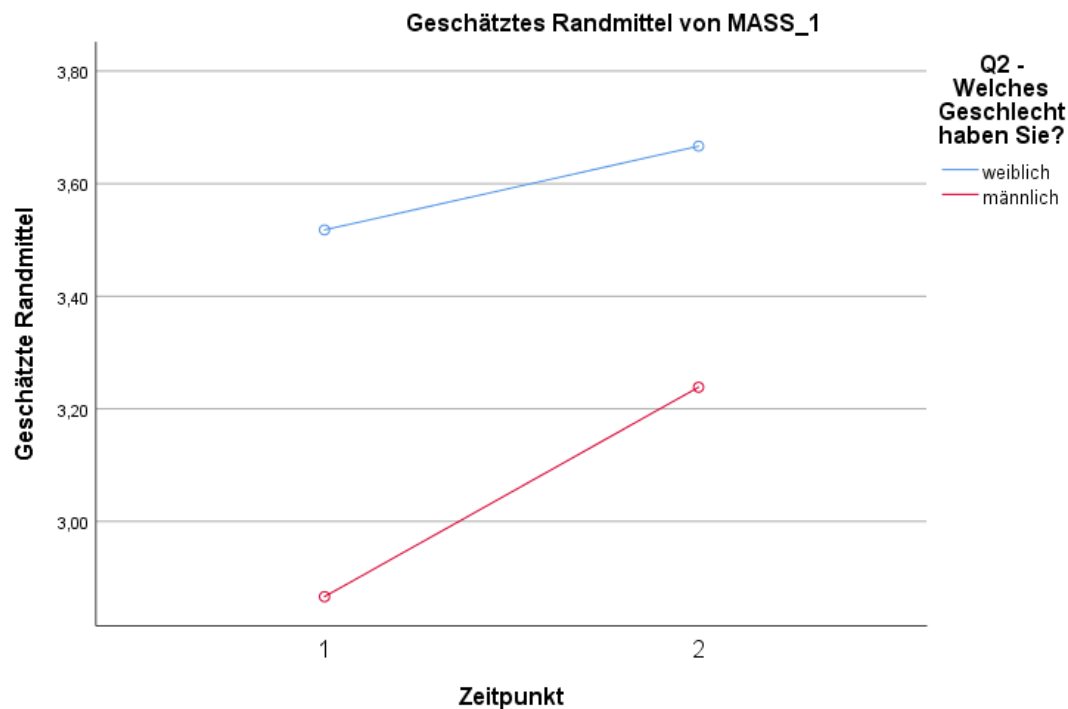
Die Innersubjekteffekte (vgl. Tabelle 28b) zeigen ebenso ein signifikantes Ergebnis mit $p=.002$ und $F(83,1)=9,739$. Demnach gibt es signifikante Haupteffekte (Zeitpunkt/Geschlecht) in Bezug auf die Messzeitpunkte unabhängig vom Geschlecht. Sprich: Unabhängig vom Geschlecht verändert sich die sexuelle Hygiene zwischen Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2.

Tabelle 29b: Innersubjekteffekte (sexuelle Hygiene/Geschlecht)

	df	F	Sig.
Zeitpunkt	1,83	9.73	.002
Zeitpunkt/Geschlecht	1,83	1.79	.185

Der Interaktionseffekt ist allerdings mit $p=.185$ und $F(83,1)=1,788$ nicht signifikant. Das bedeutet, dass sich beide Gruppen gleichermaßen verändern, jedoch ist zu beachten, dass der Mittelwert bei den Frauen sowohl prä-als auch postrezeptiv höher ist, als bei den Männern (Tabelle 29b)

Tabelle 30: Grafik: Sexuelle Hygiene im Geschlechtervergleich über die beiden Zeitpunkte



10.4 Forschungsfrage 4

FF4: Inwiefern spielen das persönliche Involvement, die Identifikation und das narrative Engagement während der Rezeption eine Rolle für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften im Sinne der Entertainment-Education?

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, werden die angegebene Identifikation, das Involvement, das narrative Engagement und die Eindrucksdifferenziale mit der postrezeptiven Entertainment-Education-Botschaft (sexuelle Hygiene) korreliert.

10.4.1 Involvement – Sexuelle Hygiene postrezeptiv

Tabelle 31: Korrelation Involvement/Sexuelle Hygiene

		Skala sexuelle Hygiene post	Involvement gesamt
Skala sexuelle Hygiene, post	Korrelation nach Pearson	1	-.024
	Signifikanz (2-seitig)		.824
	N	85	85
Involvement gesamt	Korrelation nach Pearson	-.024	1
	Signifikanz (2-seitig)	.824	
	N	85	86

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden Korrelationen berechnet. In der Tabelle oberhalb zeigt sich die Korrelation zwischen dem Involvement und der sexuellen Hygiene aller TeilnehmerInnen. Der Korrelation nach Pearson zufolge kann der Korrelationskoeffizient „ r “ Werte von -1 bis +1 haben, dann besteht ein positiver oder negativer Zusammenhang. Bei Werten um 0 besteht kein Zusammenhang.

Mit dem Wert $r = -0.024$ ist der Korrelationskoeffizient annähernd 0. Somit ist keine Korrelation zwischen dem Involvement und der postrezeptiv angegebenen sexuellen Hygiene gegeben. Mit $p = .824$ ist das Ergebnis nicht signifikant.

10.4.2 Narrative Engagement – sexuelle Hygiene postrezeptiv

Für das narrative Engagement zeigt sich in der Tabelle 31, mit $r = 0,095$ ein leichter Zusammenhang. Da das Ergebnis mit $p = .387$ allerdings nicht signifikant ist, ist dieses Ergebnis irrelevant.

Tabelle 32: Korrelation : Narrative Engagement – Sexuelle Hygiene

		Skala sexuelle Hygiene post	Narrative Engagement
Skala sexuelle Hygiene post	Korrelation nach Pearson	1	,095
	Signifikanz (2-seitig)		,387

	N	85	85
Narrative Engagegement	Korrelation nach Pearson	,095	1
	Signifikanz (2-seitig)	,387	
	N	85	86

10.4.4 Identifikation - sexuelle Hygiene postrezeptiv

Die Berechnung der Korrelation der sexuellen Hygiene und der Identifikation ergibt lediglich für die Gruppe der „PatientInnen“ ein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 33). Mit $r=.217$ und $p=.048$ bei der sympathischen Identifikation $r=.226$ und $p=.040$ bei der sympathischen Identifikation und ergibt sich ein positiver Zusammenhang. So kann gefolgert werden: „Je höher die Identifikation mit den Patientinnen, desto höher auch die angegebene postrezeptive sexuelle Hygiene.“

Tabelle 33: Korrelation (Identifikation - sexuelle Hygiene postrezeptiv)

		Empathische Identifikation mit den Patientinnen	Sympathische Identifikation mit den Patientinnen
Skala sexuelle Hygiene post	Korrelation nach Pearson	.217	.226
	Signifikanz (2-seitig)	.048	.040
	N	83	83

Für die Serie „Charité“ ergibt sich damit das Ergebnis, dass die ZuseherInnen, die eine hohe Identifikation mit den Patientinnen haben, aufnahmefähiger für die Entertainment-Education-Botschaft der Gesundheitskommunikation sind.

10.4.5 Eindrucksdifferenziale – Sexuelle Hygiene postrezeptiv

Aus den Eindrucksdifferenziale wurden die Subindizes „Emotionale Belastung“ und „Informationsqualität“ generiert.

Tabelle 34: Emotionale Belastung – Sexuelle Hygiene

		Emotionale Belastung	Skala sexuelle Hygiene postrezeptiv
Emotionale Belastung	Korrelation nach Pearson	1	.066
	Signifikanz (2-seitig)		.565
	N	79	79
Skala sexuelle Hygiene postrezeptiv	Korrelation nach Pearson	.066	1
	Signifikanz (2-seitig)	.565	
	N	79	85

Tabelle 35 : Korrelation Informationsqualität - sexuelle Hygiene

		Skala sexuelle Hygiene postrezeptiv	Informationsqualität
Skala sexuelle Hygiene postrezeptiv	Korrelation nach Pearson	1	.241
	Signifikanz (2-seitig)		.031
	N	85	80
Informationsqualität	Korrelation nach Pearson	.241	1
	Signifikanz (2-seitig)	.031	
	N	80	80

In den vorangegangenen Tabellen Tabelle 34 und Tabelle 35 zeigt sich, dass zwischen der postrezeptiv angegebenen sexuellen Hygiene und der Emotionalen Belastung kein signifikanter Zusammenhang besteht. Zwischen der Informationsqualität und der

postrezeptiven sexuellen Hygiene hingegen besteht mit $p=.031$ und $r=.241$ eine signifikante, mittelstarke Korrelation.

Es kann demnach gesagt werden, dass je höher die Informationsqualität eingestuft wurde, desto besser war auch die Aufnahme der Entertainment-Education-Botschaft in Bezug auf die Sexuelle Hygiene war.

Die empfundene Emotionale Belastung hatte dagegen keinen Einfluss auf den Erfolg der Entertainment-Education-Botschaft.

11. Beantwortung der Forschungsfragen und Erstellung von Hypothesen

Im Folgenden sollen nun die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und die Forschungsfragen beantwortet werden. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse können Hypothesen als vorläufige Antwort erstellt werden, die diese vorliegende Arbeit auf Basis der gesammelten Daten nahelegt und in künftiger Forschung auf Ihre Generalisierbarkeit überprüft werden können.

Forschungsfrage 1:

Inwiefern lassen sich postrezeptive Effekte durch die Video-Sequenzen der Charité bezüglich Vorsorgeverhalten, sexueller Hygiene und Arztimage auf ZuschauerInnen beobachten?

Als Antwort auf die Frage nach den postrezeptiven Effekten der Gesundheitskommunikation in Form der Ausschnitte der Krankenhausserie „Charité“ kann gesagt werden, dass die gruppenübergreifenden, postrezeptiven Effekte sich auf die sexuelle Hygiene beschränken.

Hier führt die Gesundheitskommunikation zu einer verbesserten Einstellung der RezipientInnen gegenüber der eigenen sexuellen Hygiene. Für das Arztimage und die Gesundheitsvorsorge ließen sich Gruppenübergreifend keine signifikanten Effekte durch die Gesundheitskommunikation feststellen.

H1: Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education verbessert die Einstellung gegenüber der sexuellen Hygiene

H2: Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education hat keinen Einfluss auf das Arztimage

H3: Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education hat keinen Einfluss auf das Gesundheitsvorsorgeverhalten

Forschungsfrage 2:

In welcher Weise kann durch den Einsatz des Angstappells das Resultat der Gesundheitskommunikation im Sinne von Entertainment-Education beeinflusst werden?

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass der Angstappell einen negativen Einfluss auf das Resultat der Gesundheitskommunikation in Bezug auf das Vorsorgeverhalten hat.

H4: Angstappelle haben einen negativen Einfluss auf die postrezeptive Gesundheitsvorsorgebereitschaft.

Auf die Entwicklung des Arztimages und der sexuellen Hygiene zeigte der Angstappell keinen signifikanten Einfluss.

H5: Angstappelle haben keinen Einfluss auf die postrezeptive sexuelle Hygiene.

H6: Angstappelle haben keinen Einfluss auf das postrezeptive Arztimage.

Forschungsfrage 3:

Welchen Einfluss haben die RezipientInnen-spezifische Merkmale Alter, Bildung und Geschlecht auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education?

In Bezug auf die RezipientInnen-spezifischen Merkmale konnte gezeigt werden, dass das Alter, die Bildung und das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education haben.

Allerdings kann gesagt werden, dass Frauen eine allgemein erhöhte sexuelle Hygiene aufweisen, als Männer. Weder das Alter, das Geschlecht noch die Höhe der Bildung

konnten einen signifikanten Einfluss auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education zeigen.

H7: Das Alter der RezipientInnen hat keinen Einfluss auf die Aufnahme der edukativen Botschaft im Sinne der Entertainment-Education.

H8: Die Bildung der RezipientInnen hat keinen Einfluss auf die Aufnahme der edukativen Botschaft im Sinne der Entertainment-Education.

H9: Das Geschlecht der RezipientInnen zeigt keinen Einfluss auf die Aufnahme der edukativen Botschaft im Sinne der Entertainment-Education.

Forschungsfrage 4:

Inwiefern spielen das persönliche Involvement, die Identifikation und das narrative Engagement während der Rezeption eine Rolle für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften im Sinne der Entertainment-Education?

In Bezug auf die unabhängigen Variablen, persönliches Involvement, die Identifikation, die Eindrucksdifferenziale und das narrative Engagement konnten die folgenden Ergebnisse festgestellt werden.

H10: Das narrative Engagement der RezipientInnen zeigt keinen Einfluss auf die Aufnahme der edukativen Botschaft.

H11: Je höher die Identifikation mit der Gruppe der Patientinnen, desto mehr verbessert sich die sexuelle Hygiene.

Für die Serie Charité ergibt sich damit das Ergebnis, dass die ZuseherInnen, die sich mit den Patientinnen, identifizieren aufnahmefähiger für die der Entertainment-Education-Botschaft der Gesundheitskommunikation sind.

H12: Die Höhe des Involvements zeigt keinen Einfluss auf die Aufnahme der edukativen Botschaft.

H14: Je höher die subjektiv empfundene Informationsqualität, desto besser die Aufnahme der Edukativen Botschaft.

H15: Die empfundene emotionale Belastung steht nicht im Zusammenhang mit der Verarbeitung der edukativen Botschaft.

Es kann also gesagt werden, dass je höher die subjektiv empfundene Informationsqualität eingestuft wurde, desto besser war auch die Aufnahme der Entertainment-Education-Botschaft in Bezug auf die sexuelle Hygiene.

Die subjektiv empfundene emotionale Belastung hatte dagegen keinen Einfluss auf den Erfolg der Entertainment-Education-Botschaft. Diese Ergebnisse decken sich mit den beschriebenen Ergebnissen zur Angstappellforschung in Kapitel 4. Ganz wie das Elaboration-Likelihood-Modell beschreibt, ist bei einer Verarbeitung der Botschaft über die zentrale Route die Güte der Argumentation wichtig, dies würde erklären, wieso eine als hoch wahrgenommene Informationsqualität im Experiment auch zu einer verbesserten Verarbeitung der Entertainment-Education-Botschaft führt.

12. Fazit und Ausblick

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit wird deutlich, dass die Gesundheitskommunikation im Sinne der Entertainment-Education zu einem Anstieg des Gesundheitsbewusstseins führen kann, unabhängig davon, ob ein Angstappell eingesetzt wird oder nicht. Somit wäre es diesbezüglich irrelevant, ob man einen Angstappell einsetzen möchte oder nicht. Allerdings beschränkt sich der Effekt der Gesundheitskommunikation in dem durchgeführten Experiment auf die sexuelle Hygiene, das Arztimage und die Gesundheitsvorsorge konnten nicht positiv beeinflusst werden.

Das Unterhaltungsformat von Serien, wie der Krankenhausserie Charité zeigt sich als geeignet dafür, gewisse Gesundheitseffekte zu erzeugen und kann wie in dieser Arbeit am Beispiel der sexuellen Hygiene dazu beitragen, die Einstellung zur Verhütung zu verbessern.

Allerdings wurde auch deutlich, dass der Angstappell einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsvorsorgeverhalten haben kann, wie es in der Antwort auf Forschungsfrage 2 deutlich wird. Hier könnte weitere Forschung ansetzen und klären, ob sich dieser Effekt durch ein zu hohes Angstlevel bei den RezipientInnen ergeben hat. Möglicherweise war

die emotionale Belastung für die Personen der Gruppe mit Angstappell zu hoch, so dass sich Resilienz gegenüber der persuasiven Botschaft einstellte und sich der positive Einfluss auf die Gesundheitskommunikation wieder aufhob und für die Gesundheitsvorsorge sogar einen negativen Effekt erzeugte (Boomerang-Effekt). Diese Annahme deckt sich nicht nur mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, sondern auch mit den bereits existierenden Forschungsstand zu Angstappellen.

An dieser Stelle ist es jedoch auch wichtig noch einmal darauf hinzuweisen, dass der Angstappell für diese Studie definiert wurde und es sich hier nicht um einen intendierten Angstappell von Seiten der Produktion handelt. Doch wie bereits dargestellt empfand die Gruppe mit dem Angstappell das Video als emotional belastender als die Gruppe ohne Angstappell. Dies könnte sozusagen als „Nebenfund“ der Untersuchung, als Beweis für einen wirksamen Appell angesehen werden.

Zudem zeigt die vorliegende Studie, dass die Informationsqualität entscheidender für den Erfolg der Entertainment-Education-Botschaft ist, als die emotionale Belastung. Auch dies spricht eher gegen einen praktischen Einsatz von Angstappellen für die Gesundheitskommunikation und stattdessen für die Vermittlung qualitativ hochwertiger Informationen in den Unterhaltungssendungen. Die Eigenschaften hochwertiger Informationen können abgeleitet werden aus den in Kapitel 7.3.6 beschriebenen Eigenschaften von „Informationsqualität“: interessant, neuartig und informativ. Wie bereits im Kapitel 4.5.5 über das Elaboration-Likelihood-Modell zur Erklärung der Wirkungsweise von Angstappellen beschrieben, spielt die wahrgenommene Qualität der Information eine große Rolle für das Resultat der persuasiven Kommunikation, wenn die Information über die zentrale Route verarbeitet werden.

Durch hochwertige Information in Arzt- und Krankenhausserien kann also die Aufnahme einer gesundheitsbezogenen Botschaft (Entertainment-Education-Botschaft) deutlich verbessert werden. Wohingegen ein emotional belastender Stimulus, wie es die Angstappelle sind, keine positiven Resultate zeigen konnten. In der vorliegenden Arbeit konnte sogar gezeigt werden, dass der Angstappell eine negative Auswirkung auf die Gesundheitskommunikation im Falle der Gesundheitsvorsorge hatte.

Zudem erwies es sich als entscheidend für den Erfolg der Entertainment-Education-Botschaft, mit welchen Charakteren die höchste Identifikation stattfand. Für diese vorliegende Arbeit macht eine hohe sympathische Identifikation mit dem PatientInnen als signifikanter Faktor für den Erfolg der Gesundheitskommunikation im Sinne der

Entertainment-Education auch deshalb Sinn, da die Handlungssequenz mit der Entertainment-Education-Botschaft sich vorrangig um diese Personengruppe dreht.

Als Handlungsempfehlung für Produzenten von Krankenhausserien, die eine intendierte Entertainment-Education-Botschaft enthalten sollen, kann also gesagt werden, dass sich Angstappelle als nicht geeignet gezeigt haben, und die Entertainment-Education-Botschaft effektiver wird, wenn die entsprechende Storyline von Sympathieträgern getragen wird.

Abschließend ist es jedoch noch einmal wichtig zu erwähnen, dass mit einer Stichprobe von 84 Personen keine repräsentativen Aussagen über die Grundgesamtheit getroffen werden können. Allerdings zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit doch Tendenzen auf. Um eindeutige Aussagen treffen zu können, bedarf es weiterer empirischer Forschung auf dem Feld der Gesundheitskommunikation im Zusammenhang mit Angstappellen. Besonders die inhaltliche Beschäftigung mit Angstappellen dürfte in Zukunft immer relevanter werden, da die Aussagen im Zusammenhang mit der bloßen Stärke der indizierten Angst zu widersprüchlich sind und so die Vermutung nahelegt, dass es vermehrt auf die spezifischen Inhalte der Apelle ankommt. Es stellt sich die Frage, ob das Level der induzierten Angst bei allen RezipientInnen für den gleichen Stimulus als ähnlich angesehen werden kann. In diesem Zusammenhang ist es für zukünftige Forschung sicher relevant, die internen Prozesse der RezipientInnen besser verstehen zu lernen und auch verstärkt auf den Gegenstand der Angst einzugehen. Schließlich können gewisse Reize bei einer Person ein extrem hohes Angstlevel auslösen und bei anderen löst der gleiche Reiz ein sehr niedriges Angstlevel oder sogar gar keins aus. Hier gibt es noch einige Unklarheiten, die in künftigen Forschungsprojekten geklärt werden sollten.

13. Literaturverzeichnis

Quellen:

- Bandura, A. (1991): Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- Barden J., Petty, R.E. (2012): Persuasion. In: Ramachandran, V.S. (Hrsg.): Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Encyclopedia of Human Behavior. 2. Auflage. Elsevier Inc. Seiten 96-102
- Barth, J. (2000): Tabakprävention durch Angst: Die Wirkung furchtinduzierender Medien bei Jugendlichen. Münster u.a.: Waxmann.
- Barth, J., Bengel J. (1989): Prävention durch Angst? Stand der Angstappellforschung. Band 4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.
- Becker, E. (2011): Angst. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Bleicher, J.K., Lampert, C. (2003): Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien-Medien und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung. In: M&K Medien & Kommunikationswissenschaft. Jahrgang 51 (2003), Heft 3-4. Seiten 347 - 352
- Brosius, H.-B., Haas, A., Koschel, F. (2016): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: Eine Einführung. 7. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Busselle, R., Bilandzic H. (2009): Measuring narrative engagement. Media Psychology.12 (4). Seiten 321-347
- Cho, H., Salmon, C. (2006). Fear appeals for individuals in different stages of change: Intended and unintended effects and implications on public health campaigns. Health Communication, Vol. 20, issue 1. Seiten 91-99.
- Dillard, J.P. (1994): Rethinking the Study of Fear Appeals: An Emotional Perspective. In: Communication Theory. 4 (4), Seiten 295-323.
- Fahr A. (2006): Zur Logik der Persuasionsforschung in der Kommunikationswissenschaft. In: Wirth W., Fahr A., Lauf, E. (Hrsg.): Forschungslogik und design in der Kommunikationswissenschaft. Band 2: Anwendungsfelder in der Kommunikationswissenschaft. Halem Verlag. Köln. Seite 66-85.
- Felser, G. (1997): Werbe- und Konsumentenpsychologie. Eine Einführung. 1. Auflage. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.
- Fromm, B., Baumann, E., Lampert, C. (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Verlag Kohlhammer. Stuttgart.

Gassmann, C., Vorderer, P., Wirth, W. (2003): Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende-Bereitschaft. In: Medien & Kommunikationswissenschaft. 51. Jg., Heft 3-4.

Gelbrich, Schröder (2008): Werbewirkung von Angstappellen. Stand der Forschung. Verlag proWiWi e. V.. Ilmenau.

Grimm, J. (1999): Fernsehgewalt. Zuwendungsattraktivität Erregungsverläufe Sozialer Effekt. Westdeutscher Verlag GmbH. Opladen/Wiesbaden.

Grimm, J. Rosenzweig, E. (2014): Heilsamer Kitsch: Edukative Effekte der TV-Arztserie „Der Bergdoktor“. In: Baumann, E., Hastall, M.R., Rossmann, C., Sowka A., (Hrsg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Medien + Gesundheit. Band 9. Nomos Verlagsgesellschaft.

Hastall, M. R (2016): Wirkung von Angstappellen in der Werbung. In: Siegert, G., Wirth, W., Weber, P., Lischka, J.A. (Hrsg.): Handbuch Werbeforschung. Springer Fachmedien Wiesbaden. Seiten 493-513

Hehlmann T. (2018): Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Hurrelmann K. (1999): Gesundheitswissenschaften. Springer Verlag. Heidelberg

Hurrelmann, K., Baumann, E. (2014): Gesundheitskommunikation. Eine Einführung. In.: Hurrelmann, K., Baumann, E. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitskommunikation. Hans Huber Verlag. Bern. Seiten 8-19

Hurrelmann, K., Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Hurrelmann, K., Leppin, A. (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Hans Huber Verlag. Bern. Seiten 9 – 21.

Hurrelmann, K., Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Achte Auflage. Beltz Juventa. Weinheim.

Hovland, C. I., Janis, I. L., Kelley, H. H. (1953): Communication and persuasion: Psychological studies of opinion change. CT: Yale University Press. New Haven

Janis, S., Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. The Journal of Abnormal and Social Psychology. 48(1), Seiten 78-92

Jonas, K. (1987): Der Wert-Erwartungs-Ansatz in der Angstappellforschung. Dissertation an der Eberhardt-Karls-Universität, Tübingen.

Klaus E. (2008): Der Gegensatz von Information ist Desinformation, der Gegensatz von Unterhaltung ist Langeweile. In: Dorer J., Geiger B., Köpl R. (Hrsg.): Medien — Politik — Geschlecht. Feministische Befunde zur politischen Kommunikationsforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Kauermann, G., Küchenhoff H. (2011): Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.

Klotter, C. (2010): Gesundheitskommunikation im Wandel. In: Koch (Hrsg.). Achtung Patient Online. Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Gabler Verlag/ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010. Seiten 63-89.

Kreps, G. L. (2003): Trends and Directions in Health Communication Research. In: Bleicher, J., Lampert, C. (Hrsg.): Medien und Kommunikationswissenschaft – Themenheft „Gesundheit in den Medien“. 51 (3/4). Hans-Bredow-Institut. Seiten 353-365.

Krisher, H. P., Darley, S. A., Darley, J. M. (1973): Fear-provoking recommendations, intentions to take preventive actions, and actual preventive actions. Journal of Personality and Social Psychology. 26 (2). Seiten 301-308.

Lampert, C. (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: Medien & Kommunikationswissenschaft. 51 (3-4). Seiten 461-477.

La Tour, M., Rotfeld, H. (1997). There are threats and (maybe) fear-caused arousal: Theory and confusions of appeals to fear and fear arousal itself. Journal of Advertising. 26(3). Seiten 45-59.

Leventhal, H. (1970). Findings and Theory in the Study of Fear Communications. In: Berkowitz, I., (Hrsg.): Advances in Experimental Social Psychology. Academic Press Inc. New York. Seiten 119-186.

Lippke, Renneberg (2006): Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg, B., Hammelstein, P., (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. Seiten 35-60.

Luhmann, N. (2005). Soziologische Aufklärung 5. konstruktivistischer Perspektiven. 3. Auflage. Wiesbaden. VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Marquart F., Naderer, B. (2016): Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change. Von Richard E. Petty & John T. Cacioppo (1986). In: Potthoff, M. (Hrsg.) Schlüsselwerke der Medienwirkungsforschung. Springer Fachmedien. Wiesbaden. Seiten 231 – 243

Mayerl, J. (2009): Kognitive Grundlagen sozialen Verhaltens. Framing, Einstellungen und Rationalität. 1. Auflage. Vs Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Neurauter, M. (2005): Who is afraid of fear appeals? Persuasion and Emotion in Print Advertising. Institut für Sprachen und Literaturen der Universität Innsbruck. Innsbruck.

Niemand, T., Fleischhauer, M. (2012): Indirekte Verfahren zur Messung gesundheitsrelevanter Einstellungen. In: Hoffmann, S., Schwarz, U. Mai, R. (Hrsg.):

Angewandtes Gesundheitsmarketing. Springer Fachmedien Wiesbaden. Seiten 105-118

O'Keefe, D.J. (2002): Persuasion. Theory and Research. 2nd ed., Thousand Oaks. CA: Sage.

Petty R.E., Cacioppo J.T. (1986): The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. In: Communication and Persuasion. Springer Series in Social Psychology. Springer. New York.

Pfister, T. (2012): Mit Fallbeispielen und Angstappellen zu erfolgreichen Gesundheitsbotschaften? Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität. München.

Porst R. (2014): Fragebogen: Ein Arbeitsbuch. 4. Erweiterte Auflage. Springer VS. Wiesbaden.

Rossmann, C. (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: M&K Medien & Kommunikationswissenschaft. 51 (3/4). Seiten 497 – 522

Rossmann C., Pfister T. (2008): Zum Einfluss von Fallbeispielen und furchterregenden Bildern auf die Wirksamkeit von Gesundheitsflyern zum Thema Adipositas. In: M&K Medien & Kommunikationswissenschaft. 56. (3-4). Seite 368- 391.

Rossmann, C., Ziegler, L. (2013): Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Schweiger, W., Fahr, A., (Hrsg.): Handbuch Medienwirkungsforschung, Fachmedien Wiesbaden. Seiten 385-400.

Rogers, E.M., Vaughan P.W., Swalehe, R.M.A., Rao N., Svenkerud, P., Sood S. (1999): *Effects of an entertainment-education radio drama on family planning behaviour in Tanzania. Studies in Family Planning.* 30(3). Seiten 193–211.

Schenk, M. (2007): Medienwirkungsforschung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Mohr Siebeck. Tübingen.

Schradi, J. (1986): „Man kann auf triviale Weise wesentlich sein ...“. Die „Schwarzwaldklinik“ und der öffentlich-rechtliche Kulturauftrag. Medium (16). Seiten 54– 56.

Schweiger, G., Schrattenecker G. (2017): Werbung: Eine Einführung. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage. UVK Verlagsgesellschaft mbH. Konstanz und München.

Singhal, A., Cody, M. J., Rogers, E. M., Sabido, M. (2004): Entertainment- Education and Social Change. History, Research, and Practice. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah. New Jersey/London.

Singhal A., Rogers, E. M. (2002): A theoretical Agenda for Education Entertainment. Communication Theory.12 (2). Seiten 117-135

Singhal, A., Rogers E. (2004). The Status of Entertainment-Education Worldwide. In: A. Singhal, Cody, M. J., Rogers, E.M., Sabido M. (Hrsg.): Entertainment-Education and

Social Change: History, Research, and Practice. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah. New Jersey/London. Seiten 3-20.

Schnabel, P. E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In: Roski, R. (Hrsg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience – Segmentation – Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. Seiten 33–55.

Spatzier, A. (2015): Überlegungen zur kommunikationswissenschaftlichen Sichtweise von Gesundheitskommunikation. In: Schäfer, M., Quirin O., Rossmann, C. (Hrsg.): Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel. 1. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. Seiten 15-24.

Thomas, H. (2009): Was scheidet Unterhaltung von Information? Communications. 17(3). Seiten 379-396.

Trommsdorff, V. (2003): Konsumentenverhalten. 5. Aufl.. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Vaughan, P. W., Rogers, E. M., Singhal, A., Ramadhan, S. M. (2000): Entertainment-Education and HIV/AIDS Prevention: A Field Experiment in Tanzania. In: Journal of Health Communication. 5 (Supplement). Seiten 81 – 100.

Wenzel, E. (1990): Gesundheit – einige Überlegungen zu einem sozial- ökologischen Verständnis. In: Gropengiesser, I., Schneider, V. (Hrsg.): Gesundheit, Wohlbefinden. Zusammen leben, Handeln. Friedrich Verlag Jahresheft VIII. Stuttgart.

Zerback, T., Schoen, H., Jakob, N., Schlereth, S. (2009): Zehn Jahre Sozialforschung mit dem Internet — eine Analyse zur Nutzung von Online-Befragungen in den Sozialwissenschaften. In: Jakob, N., Schoen, H., Zerback, T. (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Onlinebefragung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. Seiten 15-33.

Online-Quellen:

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: <https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesund>. [15.07.2019]

Das Erste, Alles zur 1. Staffel "Charité". Das multimediale Webspecial zu Charité. In: <https://www.daserste.de/unterhaltung/serie/charite/staffel-1/index.html> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (1): Barmherzigkeit. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (2): Kaiserwetter. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (3): Das Licht der Welt. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (4): Wundermittel. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (5): Götterdämmerung. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Das Erste, Die preisgekrönte Eventserie in sechs Folgen. Video: Charité (6): Zeitenwende. In: <https://reportage.daserste.de/charite-staffel-1-webspecial#83066> [15.07.2019]

Eberts E., Ruhl S. (2018): The Good Doctor - Der Einfluss von Arztserien. In: <https://www.krankenhausberater.de/impuls/news/the-good-doctor-der-einfluss-von-arztserien-teil-ii/> [05.03.2019]

Grimm, J. (2014): Tests zum Gesundheitsverhalten. – Methodenform der Universität Wien: MF-Working Paper 2014-02. https://empcom.univie.ac.at/uploads/media/Grimm2014_Gesundheitsverhalten_MFW_ork2014-02.pdf [15.07.2019]

Grimm, J. (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>. [15.07.2019, 15:40]

Grimm, J. (2016): Rezeptive Partizipation. Testkonstruktion und -interpretation. - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2015-03. https://empcom.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_empcom/Grimm2016_RezeptivePartizipation_MFWorkPaper2016-01.pdf [15.07.2019]

Jackob, N. (2004): Der Tod planscht mit. Angstappelle als Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Fachjournalist Nr. 13 – 2004. Seiten 15-19. https://www.fachjournalist.de/PDF-Dateien/2012/05/FJ_13_2004-Furchtapelle-als-Instrument-der-Gesundheitskommunikation.pdf [15.07.2019]

Kitchen, P.J., Kerr, G., Schultz, D.E., McColl, R., Pals, H. (2014): The elaboration likelihood model: Review, critique and research agenda. European Journal of Marketing, 48 (11/12), Seiten 2033-2050. <https://doi.org/10.1108/EJM-12-2011-0776> [15.07.2019, 16:00]

Menschenrechtscharta (2019): Angemessener Lebensstandard. In: <https://www.menschenrechtserklaerung.de/angemessener-lebensstandard-3677/> [08.06.2019]

Sischka, P., Décieux, J.P., Neufang, K.M., Mergener, A. (2016): Der Reaktanzeffekt oder: Warum Gesundheitskampagnen scheitern können. Ausgabe 4. The Inquisitive Mind. Abgerufen am 08.06.2019.

<https://de.in-mind.org/article/der-reaktanzeffekt-oder-warum-gesundheitskampagnen-scheitern-koennen> [05.07.2019]

Tuffs, A. (2009): Arztserien: Von Dr. House kann man lernen. In: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/65470/Arztserien-Von-Dr-House-kann-man-lernen>. [15.07.2019]

Ufa-fiction, Charité (I + II). Staffel 1. In: <https://www.ufa.de/produktionen/charite-serie> [05.06.2019]

WHO-Satzung (2019): Die WHO in der Welt. In: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [08.06.2019]

Witte, K., Allen, M. (2000): A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. Health Education & Behavior. 27(5). Seiten 591–615. <https://doi.org/10.1177/109019810002700506> [15.07.2019]

Sekundär Quellen:

Aristoteles (1999): Rhetorik. Übersetzt und herausgegeben von Gernot Krapinger, Stuttgart. zitiert nach Jackob, N. (2004): Der Tod planscht mit. Angstappelle als Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Fachjournalist Nr. 13 – 2004. Seite 16. https://www.fachjournalist.de/PDF-Dateien/2012/05/FJ_13_2004-Furchtapelle-als-Instrument-der-Gesundheitskommunikation.pdf

Kreps, G., Thornton, B. (1992): Health communication: Theory and practice. 2. Auflage. Prospect Heights, IL: Waveland Press. Seite 2. Zitiert nach: Bleicher, J., Lampert, C. (2003): Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und

Kommunikationswissenschaft. Eine Einleitung. In: Medien &
Kommunikationswissenschaft. 51 (3-4). Seite 349.

14. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

14.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Persuasion als medienvermittelter Prozess.....	Seite 17
Abbildung 02: Das Dreikomponentenmodel von Einstellungen.....	Seite 19
Abbildung 03: Das Grundmodell der Wirkungsforschung.....	Seite 21
Abbildung 04: Das Duale Prozess-Modell.....	Seite 42
Abbildung 05: Die revidierte Theorie der Schutzmotivation.....	Seite 46
Abbildung 06: Theorie der Schutzmotivation.....	Seite 47
Abbildung 07: Zentrale und periphere Verarbeitung von Informationen.....	Seite 49
Abbildung 08: Zentrale und periphere Route der Überzeugung.....	Seite 51

13.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Häufigkeitstabelle: Alter der Stichprobe.....	Seite 75
Tabelle 02: Häufigkeitstabelle: Geschlechterverteilung der Stichprobe.....	Seite 76
Tabelle 03: Häufigkeitstabelle: Bildung der Stichprobe.....	Seite 77
Tabelle 04: Prärezeptive Gesundheitsvorsorge gesamt.....	Seite 78
Tabelle 05a: Gruppenstatistik: Prärezeptive Gesundheitsvorsorge.....	Seite 78
Tabelle 05b: T-Test: Prärezeptive Gesundheitsvorsorge.....	Seite 79
Tabelle 06: Prärezeptives Arztimage gesamt.....	Seite 79
Tabelle 07a: Gruppenstatistik: Arztimage prärezeptiv.....	Seite 79
Tabelle 07b: T-Test: Arztimage prärezeptiv, gesamt.....	Seite 80
Tabelle 08: Prärezeptive sexuelle Hygiene gesamt.....	Seite 80
Tabelle 09: Gruppenstatistik: sexuelle Hygiene, prärezeptiv.....	Seite 80
Tabelle 09b: T-Test: Sexuelle Hygiene prärezeptiv, gesamt.....	Seite 81
Tabelle 10: Balkendiagramm Gruppenverteilung.....	Seite 81
Tabelle 11: Eindrucksdifferentialen im Gruppenvergleich.....	Seite 83
Tabelle 12: Narrative Engagement.....	Seite 83
Tabelle 13a: Gruppenstatistik: narrative Engagement.....	Seite 83
Tabelle 13b: T-Test: Narrative Engagement.....	Seite 84
Tabelle 14: Involvement.....	Seite 84

Tabelle 15a : Gruppenstatistiken Involvement.....	Seite 84
Tabelle 15b: T-Test: Involvement.....	Seite 85
Tabelle 16a : Gruppenstatistik : Identifikation.....	Seite 86
Tabelle16b: T-Test Identifikation.....	Seite 87
Tabelle 17a: Mittelwertvergleiche prä-Post Vergleich Gruppenübergreifend.....	Seite 88
Tabelle 17b: T-Tests: sexuelle Hygiene, Arztimage, Vorsorgeverhalten.....	Seite 89
Tabelle 18a: Zwischensubjekteffekte Gesundheitsvorsorge.....	Seite 91
Tabelle 18b: Innersubjekteffekte Gesundheitsvorsorge.....	Seite 91
Tabelle 19: Geschätzte Randmittel: Gesundheitsvorsorge.....	Seite 92
Tabelle 20a: Zwischensubjekteffekte Arztimage.....	Seite 93
Tabelle 20b: Innersubjekteffekte Arztimage.....	Seite 93
Tabelle 21 : Geschätztes Randmittel Arztimage.....	Seite 94
Tabelle 22a: Zwischensubjekteffekte sexuelle Hygiene.....	Seite 95
Tabelle 22b: Innersubjekteffekte sexuelle Hygiene.....	Seite 95
Tabelle 23: Geschätztes Randmittel sexuelle Hygiene.....	Seite 96
Tabelle 24a : Zwischensubjekteffekte Alter - sexuelle Hygiene.....	Seite 97
Tabelle 24b: Innersubjekteffekte Altersgruppe - sexuelle Hygiene.....	Seite 98
Tabelle 25: Geschätztes Randmittel Altersgruppe - sexuelle Hygiene.....	Seite 98
Tabelle 26: Bildungsgruppen.....	Seite 99
Tabelle 27a : Zwischensubjekteffekte Bildung - sexuelle Hygiene,,,.....	Seite 99
Tabelle 27b: Innersubjekteffekte Bildung - sexuelle Hygiene.....	Seite 100
Tabelle 28: Geschätztes Randmittel Bildung prä post Veränderung.....	Seite 100
Tabelle 29a: Zwischensubjekteffekte Geschlecht - sexuelle/Hygiene.....,.,,.....	Seite 101
Tabelle 29b: Innersubjeteffekte sexuelle Hygiene - Geschlecht.....	Seite 101
Tabelle 30: Geschätztes Randmittel Geschlecht - sexuelle Hygiene.....	Seite 102
Tabelle 31: Korrelation Involvement - sexuelle Hygiene.....	Seite 103
Tabelle 32: Narrative Engagement – sexuelle Hygiene.....	Seite 103
Tabelle 33: Korrelation Identifikation - sexuelle Hygiene postrezeptiv.....	Seite 104
Tabelle 34: emotionale Belastung – sexuelle Hygiene.....	Seite 105
Tabelle 35: Korrelation sexuelle Hygiene – Informationsqualität.....	Seite 105

15. Anhang

15.1 Online- Fragebogen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an dieser Umfrage teilzunehmen.

Es handelt sich dabei um eine Datenerhebung für meine Masterarbeit der Universität Wien zum Thema Gesundheitskommunikation. Der Fragebogen umfasst 20 Fragen und enthält ein Video von 15-20 Minuten Länge. Planen Sie deshalb bitte ca. 45 Minuten Zeit für den Fragebogen ein und beantworten Sie alle Fragen ehrlich und wahrheitsgemäß.

Alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und nur zu Studienzwecken genutzt.

Am Ende der Umfrage haben Sie optional die Möglichkeit, an einer Verlosung von 3x 15 € Amazon-Gutscheinen teilzunehmen.

1. Wie alt sind Sie? (in Zahlen): _____

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- ☐ männlich
- ☐ weiblich

3. Welches ist Ihr höchster erworbener Bildungsabschluss?

- ☐ Hauptschule/ Pflichtschule
- ☐ Mittlere Schule/ Fachschule/ Berufsschule
- ☐ Abitur/ Matura
- ☐ Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universitätsabschluss)
- ☐ Sonstiges und zwar: _____

4. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht							voll und ganz
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 finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht							voll und ganz
ÄrztInnen sind fachlich kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind vertrauenswürdige Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen verschreiben heutzutage viel zu schnell Antibiotika.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen schüchtern ihre PatientInnen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gute ÄrztInnen zu finden, ist schwierig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind übermüdet und überarbeitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen leben für ihren Beruf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen suchen ihren finanziellen Vorteil.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sprechen Fachchinesisch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen PatientInnen aufsehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen machen Fehler, von denen PatientInnen nichts wissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht							voll und ganz
Ich trinke nie übermäßig viel Alkohol, wenn ich Sex habe, um nicht die Kontrolle zu verlieren und eine ungewollte Schwangerschaft zu riskieren oder mich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kondome sind für mich der absolute Lustkiller, trotzdem verzichte ich nie darauf, um mich und die andere Person zu schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beim Sex möchte ich den Moment genießen und mir nicht über eventuelle Konsequenzen Gedanken machen müssen, deshalb verhüte ich nicht immer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trotz des gesundheitlichen Risikos nehme ich die Pille/ bestehe ich darauf, dass meine Partnerin die Pille nimmt, um keine ungewollte Schwangerschaft und eine möglicherweise darauffolgende Abtreibung zu riskieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. (FILTER: entscheidet über die Videosequenz mit oder ohne Angstappell)

Bitte wählen Sie eine Zahl aus:

☐ 1

☐ 2

8. VIDEO 1 oder 2: Ihnen wir nun ein Ausschnitt aus der historischen Krankenhausserie "Charité" gezeigt. Bitte sehen Sie sich das Video bis zum Ende an

9. Wie haben Sie den Film empfunden? Wenn Sie den Film sehr „langweilig“ fanden, dann bitte in der ersten Zeile ganz links ankreuzen; für sehr „spannend“ ganz rechts. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstufen. Bitte bearbeiten Sie alle Begriffspaare:

langweilig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	spannend
uninteressant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	interessant
altbekannt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	neuartig
belanglos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	informativ
unrealistisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	realistisch
beruhigend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	angsterregend
komisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	tragisch
abstumpfend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	berührend
erleichternd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	belastend
aktivierend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	deprimierend
tendenziös	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	objektiv

10. Bitte geben Sie an, wie stark Sie folgenden Aussagen bezüglich des Films zustimmen:

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überha							voll und
An manchen Stellen fiel es mir schwer zu verstehen, was gerade passiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe ein unklares Bild von den Figuren/ Personen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist mir schwergefallen, den roten Faden der Geschichte zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Gedanken sind während der Sendung immer wieder abgeschweift.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beim Sehen ist mir aufgefallen, dass ich an etwas anderes denke.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist mir schwergefallen, meine Gedanken nur auf die Sendung zu richten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Sendung hat mich gefühlsmäßig berührt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Während der Sendung war ich froh, wenn eine Hauptfigur Erfolg hatte, und traurig, wenn ihr etwas Schlechtes passierte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Figuren/ Personen in der Sendung haben mir Leid getan.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Während der Sendung war mein Körper im Zimmer, aber mein Geist war inmitten der Welt, die die Geschichte geschaffen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Sendung schuf eine neue Welt für mich, und diese Welt verschwand plötzlich, als die Sendung endete.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An manchen Stellen der Sendung war mir die Welt der Geschichte näher als die "echte Welt".	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Was hat der Film bei Ihnen persönlich ausgelöst? Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie persönlich zu?

<i>Trifft auf mich persönlich zu ...</i>	überhaupt nicht							voll und
Begebenheiten in der Geschichte erinnern mich an meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aus manchen Punkten der Geschichte kann ich Anregungen für mein Leben ziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei einigen Situationen in der Geschichte musste ich an Erzählungen von Freunden und Bekannten denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einer bestimmten Person in der Geschichte fühle ich mich ziemlich ähnlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Personen in der Geschichte könnten aus meinem Bekanntenkreis stammen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Person in der Geschichte bewundere ich ganz besonders.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Bitte geben Sie an, wie stark Sie sich in die Personen des Videos hineinversetzen können

Identifikation 1 (Einfühlung)

<i>Ich kann mich ... hineinversetzen in</i>	überhaupt nicht							voll und
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Und wie sympathisch sind Ihnen diese Personen im Video.

Identifikation 2 (Sympathie)

<i>Mir sind sympathisch ...</i>	überhaupt nicht							voll und
Die Studenten (z.B. Georg Tischendorf)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Krankenpflegerinnen (z.B. Stine, Edith)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die PatientInnen (z.B. Mariechen, Ida)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ärzte (z.B. Dr. Behring, Dr. Ehrlich)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Wie sieht Ihr Traum-Urlaub aus? Klicken Sie auf das Bild das Sie am meisten anspricht

- ☐ am Meer
- ☐ in den Bergen
- ☐ Städtetrip
- ☐ Wellness-Wochenende
- ☐ Adventure-Urlaub

16. Welche Musikrichtung hören Sie am liebsten? Klicken Sie dazu einfach auf das entsprechende Bild

- ☐ Klassik
- ☐ Hip Hop/ Rap
- ☐ Popmusik
- ☐ Dance/ Elektronik
- ☐ Country Musik
- ☐ Rock
- ☐ Soul/ RnB
- ☐ Indie

17. Welches ist Ihre liebste Eis-Sorte? Klicken Sie dazu einfach auf das entsprechende Bild

- ☐ Schokolade
- ☐ Vanille
- ☐ Erdbeere
- ☐ Pistazie
- ☐ Stracciatella
- ☐ Joghurt

18. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt							voll und
Ich trinke nie übermäßig viel Alkohol, wenn ich Sex habe, um nicht die Kontrolle zu verlieren und eine ungewollte Schwangerschaft zu riskieren oder mich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kondome sind für mich der absolute Lustkiller, trotzdem verzichte ich nie darauf, um mich und die andere Person zu schützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beim Sex möchte ich den Moment genießen und mir nicht über eventuelle Konsequenzen Gedanken machen müssen, deshalb verhüte ich nicht immer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trotz des gesundheitlichen Risikos nehme ich die Pille/ bestehe ich darauf, dass meine Partnerin die Pille nimmt, um keine ungewollte Schwangerschaft und eine möglicherweise darauffolgende Abtreibung zu riskieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt							voll und
ÄrztInnen sind fachlich kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind vertrauenswürdige Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen verschreiben heutzutage viel zu schnell Antibiotika.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen schüchtern ihre PatientInnen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gute ÄrztInnen zu finden, ist schwierig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind übermüdet und überarbeitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen leben für ihren Beruf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen suchen ihren finanziellen Vorteil.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sprechen Fachchinesisch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen PatientInnen aufsehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÄrztInnen machen Fehler, von denen PatientInnen nichts wissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Bitte lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht								voll und ganz
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 finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie am Gewinnspiel für 3x 15€ Amazon-Gutscheine teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf weiter und tragen Ihre E-Mail-Adresse in das Feld ein. Ihre im Fragebogen angegebenen Daten können nicht in Verbindung mit Ihrer Email-Adresse gebracht werden.

Ansonsten können Sie das Fenster jetzt schließen.

Auf Wiedersehen 😊

15.2 SPSS-Berechnungen

15.3 Abstract

Die vorliegende Arbeit bewegt sich im Feld der Gesundheitskommunikation mit besonderem Augenmerk auf das Konzept der Entertainment-Education im Zusammenhang mit der Wirkungsweise von Angstappellen.

Für die Themen Gesundheit und Krankheit sind die Medien zu einer wichtigen Informationsquelle für viele Menschen geworden. Entertainment-Education nutzt dieses Verhalten, um sozial relevante und gesundheitsförderliche Informationen in Unterhaltungsformaten zu platzieren und so möglichst viele Menschen zu erreichen. Diese Strategie ist in der Praxis besonders in sogenannten Entwicklungsländern bereits sehr erfolgreich, v.a. zur HIV/AIDS-Prävention eingesetzt worden.

In dieser Magisterarbeit wurde das Wirkungspotential das Konzept im deutschsprachigen Raum untersucht. Von besonderem Interesse war hierbei die Frage, inwiefern sich Angstappelle auf den Erfolg der Gesundheitskommunikation auswirken.

In einer Prä-Post-Befragung via Onlinefragebogen wurden zwei verschiedene Videosequenzen als Stimulus-Material verwendet. Bei beiden handelt es sich um Teile der ersten Folge der Serie „Charité“ der ersten Staffel. Der Unterschied der beiden Gruppen bestand darin, dass eine Gruppe einem Angstappel ausgesetzt war und die andere nicht. Es wurde anhand eines standardisierten Fragebogens untersucht, inwieweit sich das Vorsorgeverhalten, das Arztimage und die sexuelle Hygiene der TeilnehmerInnen durch die Gesundheitskommunikation postrezeptiv veränderten und welche Rolle der Angstappel dabei spielte. Auch der Einfluss der soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung wurden beachtet, sowie Narrative Engagement, Involvement, Identifikation mit den Figuren der Serie und die Eindrucksdifferentialie.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit lassen den Schluss zu, dass das Konzept der Entertainment-Education auch im deutschsprachigen Raum erfolgreich eingesetzt werden kann. Denn unabhängig vom Einsatz der Angstappelle konnte eine postrezeptiv verbesserte Einstellung zur sexuellen Hygiene der RezipientInnen festgestellt werden.

Das Unterhaltungsformat von Serien, wie der Krankenhausserie Charité zeigt sich als geeignet dafür, gewisse Gesundheitseffekte zu erzeugen und kann wie in dieser Arbeit am Beispiel der sexuellen Hygiene dazu beitragen, die Einstellung zur Verhütung zu verbessern. Zu den Angstappellen konnte festgestellt werden, dass diese eher einen negativen Einfluss auf die Wirkung der Gesundheitskommunikation hatten.