



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

New Medical Dramas

Eine empirische Untersuchung zur Rezeption aktueller
amerikanischer Arzt- und Krankenhausserien

Verfasserin

Eva Huber Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt: Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Ausführungen sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 16.11.2009

.....

Eva Huber

Danksagung

Danke all jenen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben!

Besonders möchte ich mich an dieser Stelle bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm sowie bei seinem gesamten Team, allen voran Frau Mag. Bernadette Kneidinger, für ihre Unterstützung und Hilfestellung beim Verfassen dieser Arbeit bedanken.

Besonderer Dank gilt darüber hinaus Frau Mag. Daniela Duschl für ihre Ratschläge und Hilfestellungen bei statistischen Fragen sowie meiner Schwester Stefanie für das Korrigieren der Arbeit.

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Sämtliche in dieser Arbeit verwendete personenbezogene Begriffe sind geschlechtsneutral und beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf Männer und Frauen gleichermaßen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Forschungsinteresse	1
1.2	Forschungsleitende Fragestellungen.....	2
1.3	Aufbau der Arbeit.....	3
2	Rezipientenorientierte Medienforschung	4
2.1	Der Uses- and- Gratifications- Ansatz	4
2.2	Der Nutzenansatz	7
2.3	Bedürfnisse und Motive der Mediennutzung	9
2.3.1	Die Bedürfnishierarchie von Maslow.....	9
2.3.2	Gratifikationsmessung.....	11
2.3.3	Kognitive Motive	13
2.3.4	Affektive Motive	15
2.3.5	Soziale Motive	18
2.3.6	Identitätsmotive	20
2.4	Kritik an der Uses- and- Gratifications- Forschung	22
3	Persönlichkeitsorientierte Medienforschung	24
3.1	Angst und Angstbewältigung	26
3.1.1	Angst und Ängstlichkeit: Emotionaler Zustand vs. Persönlichkeitsmerkmal.....	26
3.1.2	Angstbewältigung	28
3.1.2.1	Das Repression- Sensitization- Konstrukt.....	28
3.1.2.2	Das Modell der Bewältigungsmodi	32
3.1.3	Das Fernsehverhalten von Repressern und Sensitizern	35
3.2	Sensation Seeking	36
3.3	Kontrollerwartungen	38
4	Das Seriengenre Arzt-/Krankenhausserie	41
4.1	Arztreihe und Arztserie.....	41
4.2	Definitionen und Merkmale.....	43
4.3	Geschichtliche Entwicklung amerikanischer Arzt- und Krankenhausserien ..	45
4.3.1	Die 1950-er und 1960-er	45
4.3.2	Die 1970-er und 1980-er	46
4.3.3	Die 1990-er: Die neuen Medical Dramas	47
4.3.3.1	Emergency Room – Die Mutter aller modernen Arzt-/Krankenhausserien.....	49
4.4	New Medical Dramas – moderne amerikanische Arztserien	50
4.4.1	Inhaltliche und formale Merkmale	51
4.4.2	Beispiele moderner Arztserien	53

4.4.3	Das Arztbild in modernen amerikanischen Arztserien	55
4.5	New Medical Dramas im deutschen/österreichischen Fernsehen.....	55
4.5.1	Aktuelle Einschaltquoten	56
4.6	Der Einfluss von Arztserien auf die Rezipienten	57
4.7	Exkurs: Die geschichtliche Entwicklung deutscher Arztserien	62
4.7.1	Arztfilme und Arztromane der 1950-er Jahre	62
4.7.2	Die deutsche Arztserie von 1960 bis heute	63
5	Empirischer Teil	67
5.1	Untersuchungsdesign und Durchführung	67
5.2	Fragebogendesign	67
5.2.1	Medienpsychologische Messinstrumente	69
5.2.1.1	Das Angstbewältigungs- Inventar (ABI) von Krohne und Egloff	69
5.2.1.2	Die Messung des Merkmals Sensation Seeking	70
5.2.1.3	Die Messung internaler/externaler Kontrollerwartung	71
5.3	Auswertung der Daten	72
5.3.1	Deskriptivstatistische Auswertungen.....	73
5.3.1.1	Sozialstatistische Stichprobenszusammensetzung.....	73
5.3.1.2	Allgemeines Fernsehnutzungsverhalten	74
5.3.1.3	Allgemeiner Arztserienkonsum.....	76
5.3.1.4	Allgemeine und spezielle Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum	79
5.3.1.5	Zusammenfassung und Interpretation.....	81
5.3.2	Angstbewältigungstypen	82
5.3.3	Sensation Seeking- Typen	83
5.3.4	Charakterisierung von Arztserienwenig-, regelmäßig- und vielsehern	84
5.3.4.1	Fernsehinteresse und Formatpräferenzen	84
5.3.4.2	Nutzungsmotive	86
5.3.4.3	Spezifische Serieninhalte	88
5.3.4.4	Arztserienbewertung	89
5.3.4.5	Angstbewältigung, Sensation Seeking und Kontrollerwartung	90
5.3.4.6	Angst vor ärztlichen Behandlungen und Krankenhausbesuchen	92
5.3.4.7	Geschlecht, Alter, Bildungs- und Familienstand.....	93
5.3.4.8	Zusammenfassung und Interpretation.....	95
5.3.5	Hypothesen- Überblick	97
5.3.6	Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von repressivem/sensitivem Angstbewältigungsstil und Arztserienkonsum	99
5.3.6.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	104
5.3.7	Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Sensation Seeking und Arztserienkonsum	105
5.3.7.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	109
5.3.8	Hypothesen und Ergebnisse zum Einfluss von Arztserien auf die Rezipienten	109
5.3.8.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	110
5.3.9	Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Angst vor Ärzten und der Einstellung zu medizinischen Darstellungen in Arztserien	111
5.3.9.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	112
5.3.10	Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Angst vor Ärzten und repressivem bzw. sensitivem Angstbewältigungsstil.....	112
5.3.10.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	115
5.4	Résumé und Ausblick.....	116
5.5	Literaturverzeichnis	118
5.6	Anhang.....	123
I.	Zusammenfassung.....	123

II.	Abstract	124
III.	Auswertungstabellen	125
IV.	Tabellenverzeichnis.....	129
V.	Abbildungsverzeichnis.....	130
VI.	Online- Fragebogen	131
VII.	Lebenslauf.....	140

1 Einleitung

Amerikanische Arztserien sind aus der deutschsprachigen Fernsehlandschaft nicht mehr wegzudenken und erfreuen sich größter Beliebtheit bei den Zuschauern. Während sich die deutschen Produktionen nach wie vor an traditionellen Mustern der Familienserie, des Heimatfilms oder der klassischen Soap Opera orientieren, setzen viele der aktuellen amerikanischen Serienvorteiler auf Action, Realitätsnähe und detaillierte medizinische Darstellungen. Die Frage, die sich in Anbetracht des enormen Erfolgs dieses Seriengenres nun unausweichlich stellt, ist: Wieso schauen sich Fernsehzuschauer freiwillig Serien über Krankheiten, Unfälle und schwere Verletzungen an? Und welche Inhalte genau faszinieren bzw. interessieren die Zuschauer an diesen Serien?

1.1 Forschungsinteresse

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen aktuelle amerikanische Arzt-/Krankenhausserien, die sich durch eine Mischung aus Action, Spannung, medizinische Inhalte und Darstellungen sowie klassische Seifenopern-Elemente um zwischenmenschliche Beziehungen, Liebe und Schicksal auszeichnen.

Ziel meiner Arbeit ist es zu untersuchen, welche Nutzungs- bzw. Zuwendungsmotive bei der Rezeption moderner amerikanischer Arztserien bzw. Medical Dramas eine Rolle spielen, um herauszufinden, was genau die Beliebtheit dieses sehr vielseitigen Seriengenres ausmacht. Da amerikanische Arztserien aufgrund ihrer inhaltlichen Vielfalt, die von Krankengeschichten und Unfallkatastrophen über medizinische Inhalte und Fakten bis hin zu Beziehungsgeschichten reicht, viele verschiedene Bedürfnisse und Motive potentiell befriedigen und aufgrund ihrer Darstellungsformen viele verschiedene Emotionen beim Zuschauer ansprechen können, ist es interessant herauszufinden, welche Aspekte nun tatsächlich den Konsum dieser Serien motivieren und welche Rolle die medizinischen Themen und Darstellungen dabei spielen.

Da die individuelle Mediennutzung und die dahinter stehenden Motive und Bedürfnisse der Rezipienten sehr eng mit psychosozialen Persönlichkeitseigenschaften verbunden sind, möchte ich diesen Aspekt ebenso behandeln und einige persönlichkeits-theoretische Konzepte der Medienforschung in meine Untersuchung mit einbeziehen. Im Zuge dessen wird konkret auf den Einfluss des Angstbewältigungsstils, der den individuellen Umgang mit Angst besetzten Situationen und Reizen beschreibt, der Kontrollerwartung, sowie der Erlebnissuche auf den Konsum von amerikanischen Arzt-/Krankenhausserien eingegangen. Wie in vielen Forschungsarbeiten bestätigt, haben eben diese Persönlichkeitsmerkmale großen Einfluss auf die Wahl der Medien bzw. der medialen Inhalte und somit auf die Zuwendungsintensität. Weil in derartigen Serien generell Angst besetzte Inhalte wie Krankheit, Verletzungen bzw. das Sterben thematisiert und Dinge gezeigt und angesprochen werden, welche keinesfalls als alltäglich gelten, scheint gerade bei diesem Seriengenre die Einbeziehung dieser Aspekte in die Untersuchung sehr sinnvoll. Damit soll, mit anderen Worten, untersucht werden, ob Arztserien von den Zusehern als Mittel zur Bewältigung und/oder Stimulation bzw. Erlebnissuche herangezogen werden.

Für die Untersuchung dieser Fragestellungen soll im Zuge meiner Online-Fragebogenerhebung ein Überblick über die allgemeinen und speziellen Nutzungsmotive amerikanischer Arzt-/Krankenhausserien gegeben und dabei Unterschiede zwischen Viel- und Wenigsehern herausgearbeitet werden, um in einem nächsten Schritt den Zusammenhang zwischen dem Serienkonsum und oben genannten Persönlichkeitsmerkmalen zu untersuchen.

1.2 Forschungsleitende Fragestellungen

Meine forschungsleitenden Fragestellungen lauten somit:

- Welche Mediennutzungsmotive spielen im Allgemeinen eine Rolle bei der Zuwendung zu modernen amerikanischen Arztserien?

- Welche Rolle spielen die Persönlichkeitsdispositionen Angstbewältigung, Kontrollerwartung und Erlebnissuche beim Konsum dieser Serien bzw. den spezifischen Formaten dieses Genres?

1.3 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel wird der medientheoretische Rahmen meiner Arbeit erläutert, die rezipientenorientierte Mediennutzungs- bzw. Gratifikationsforschung. Hierbei wird sowohl auf den traditionellen Uses- and- Gratifications- Ansatz von Katz et al. eingegangen, als auch auf den darauf aufbauenden Nutzenansatz. Da sich diese Ansätze mit der Zuwendung zu spezifischen Medieninhalten aufgrund bestimmter Bedürfnisse und Motive beschäftigen, wird in der Folge auf diese eingegangen, und zwar konkret auf die vier Motivgruppen der kognitiven, affektiven, sozialen und Identitätsbedürfnisse.

Im Anschluss daran werden die persönlichkeits-theoretischen Konzepte erläutert, wobei das Hauptaugenmerk auf den Angstbewältigungsstilen sowie deren Einfluss auf das Medien- bzw. Fernsehverhalten liegt. Neben diesem Persönlichkeitsmerkmal wird, wie bereits erwähnt, das „Sensation- Seeking- Konzept“ nach Zuckerman und dessen Auswirkungen auf die Rezeption von Filmen und Fernsehsendungen erläutert. Darüber hinaus wird als dritter Aspekt auf die „Locus- of- Control- Theorie“ von Rotter eingegangen, die eng mit den Angstbewältigungsstilen verbunden ist und ebenso eine zentrale Rolle in der persönlichkeits-theoretischen Medienforschung spielt.

Nach Vorstellung der in dieser Arbeit berücksichtigten Medien- und Persönlichkeitstheorien wird das Genre Arzt-/Krankenhausserie thematisiert, wobei mit einem geschichtlichen Abriss über die Entwicklung dieses Genres begonnen wird. Daran anschließend wird auf die Eigenschaften und Merkmale dieser neuen amerikanischen Arztseriengeneration eingegangen sowie ein Überblick über einige wichtige Forschungsarbeiten zur Rezeption dieser Programmform gegeben.

Im zweiten Abschnitt der Arbeit wird folgt die Beschreibung des empirischen Teils, welcher sich mit dem Aufbau und der Durchführung meiner Online-Fragebogenerhebung beschäftigt sowie mit der Präsentation und Interpretation der daraus gewonnen Ergebnisse unter Bezugnahme auf die theoretischen Ausführungen.

2 Rezipientenorientierte Medienforschung

2.1 Der Uses- and- Gratifications- Ansatz

Die Frage, warum Menschen bestimmte Medien und Mediengenres nutzen und andere nicht, gilt als zentrale Forschungsfrage dieses theoretischen Ansatzes, der sich mit rezipientenorientierter Mediennutzung und Medienpräferenzen beschäftigt.

Der Uses- and- Gratifications- Ansatz (in dieser Arbeit kurz U&G- Ansatz genannt) wurde von Katz und Blumler erstmals in den 1940-ern thematisiert, erlebte seine Blüte allerdings erst in den 1970-ern und 1980-ern, als in den USA durch das Aufkommen von Kabelfernsehen ein enormer Kanal- und Programmwachstum stattfand. (vgl. Schweiger, 2007, S. 60) Dieser Forschungsansatz versteht sich grundsätzlich als Abkehr von der lange Zeit vorherrschenden Stimulus- Response- orientierten Wirkungsforschung hin zu einer publikumszentrierten Sichtweise der Mediennutzung. Während erstere Medienwirkung als einfache Reiz- Reaktions- Beziehung erklärt, besagt letztere, dass man viele Medieneffekte und auch Medienwirkungen nur unter Berücksichtigung verschiedener Rezipienten- und Rezeptionsmerkmalen erfassen und messen kann. (vgl. Schweiger, 2007, S. 61f)

Im Zentrum dieses Forschungsansatzes steht die Annahme, dass Menschen gezielt Medien nutzen, um bestimmte Bedürfnisse zu befriedigen und Ziele zu erreichen. (vgl. Katz et al., 1974, S. 21). Sie erwarten sich demnach von der Nutzung bestimmter Medien bzw. Medieninhalte eine Art Belohnung (Gratifikation), welche von Individuum zu Individuum ganz unterschiedlich ausfallen kann. So kann ein und derselbe mediale Inhalt bzw. ein und dasselbe Medium bei verschiedenen Menschen aus ganz unterschiedlichen Gründen konsumiert werden und auch ganz unterschiedliche Gratifikationen hervorrufen. (vgl. Burkart, 2002, S. 222) Dies bedeutet, dass bestimmte menschliche Bedürfnisse und persönliche Gründe zu Motiven für die Nutzung bestimmter Medien und in der Folge zu bestimmten Gratifikationen führen und somit als Triebfeder der Mediennutzung gelten. (vgl. Schweiger, 2007, S. 61) Aufbauend auf dieser zentralen Annahme führen Katz und Blumler in ihrem Ansatz einige zentrale Elemente der Mediennutzung an, die in der Folge kurz erläutert werden.

- Das aktiv-selektive Publikum

„The audience is conceived of as active, that is, an important part of mass media use is assumed to be goal directed.“ (McQuail et. al, 1972, zit. nach Katz et. al., 1974, S. 21)
 Eine entscheidende Rolle bei der Bedürfnisbefriedigung spielt die Annahme eines aktiven Publikums, wobei die aktive Medienselektion und -rezeption der Erreichung gewünschter Gratifikationen bzw. Wirkungen dient. Diese Annahme geht von einer Vorstellung des Menschen als aktiven Informationsverarbeiter und Problemlöser aus, der Medienselektion nicht Trieb gesteuert oder unbewusst betreibt, sondern funktional bzw. intentional und zielgerichtet handelt. (vgl. Schweiger, 2007, S. 61) Das Publikum wählt also absichtsvoll und zielbewusst aufgrund der individuellen Bedürfnislage bestimmt Medieninhalte aus (vgl. Schenk, 2007, S. 653; vgl. Burkart, 2002, S. 223).

- Der Zuschauer ist der Initiator der medialen Kommunikation

„In the mass communication process much initiative in linking need gratification and media choice lies with the audience member.“ (Katz et. al., 1974, S. 21)
 Diese zweite Annahme besagt, dass die Initiative zur Mediennutzung nicht auf der Medien- sondern auf der Rezipientenseite liegt. Während die klassische Stimulus-Response- orientierte Wirkungsforschung den Einfluss von Medieninhalten auf den Rezipienten untersucht, fragt der U&G- Ansatz in die andere Richtung, nämlich, wie individuelle Bedürfnisse der Rezipienten den Umgang mit und die Nutzung von Medien beeinflussen. Die U&G- Forschung nimmt also eine andere Perspektive ein und so wird aus der ursprünglichen Fragestellung „Was machen die Medien mit den Menschen?“ nun die Frage „Was machen die Menschen mit den Medien?“ (vgl. Schenk, 2007, S. 651f.; vgl. Schweiger, 2007, S. 62)

- Massenmedien konkurrieren mit anderen Mitteln der Bedürfnisbefriedigung

„The media compete with other sources of need satisfaction.“ (Katz et al., 1974, S. 22)
 Diese dritte Grundannahme besagt, dass Medien nicht nur untereinander um Zeit und Aufmerksamkeit der Rezipienten konkurrieren, sondern auch in direkter Konkurrenz zu anderen Mitteln und Quellen der Bedürfnisbefriedigung stehen. Eben dieses Vorhandensein von Wahlentscheidungen und Alternativen unterstreicht die Grundannahme einer aktiven Medienwahl eines aktiven Publikums. (vgl. Schweiger, 2007, S. 62; vgl. Burkart, 2002, S. 223)

- Menschen sind sich ihrer Mediennutzungsbedürfnisse bewusst

„[...] people are sufficiently self-aware to be able to report their interests and motives in particular cases, or at least to recognize them when confronted with them in an intelligible and familiar verbal formulation.” (Katz et al., 1974, S. 22)

Die Rezipienten sind in der Lage ihre Bedürfnisse und Ziele anzugeben, welche für die Nutzung bestimmter Medien verantwortlich sind. Sie sind sich mit anderen Worten also ihrer Bedürfnisse, Interessen und Motive bewusst und können Auskünfte darüber geben. (vgl. Schweiger, 2007, S. 63)

Die Gründe und Motive, weshalb sich Menschen nun bestimmten Medien oder Inhalten hinwenden, sind vielfach, sie gehen jedoch zurück auf eine Kombination aus psychologischer Veranlagung, sozialer bzw. gesellschaftlicher Faktoren und Umweltbedingungen. (vgl. Katz et al., S. 27) So beschäftigt sich der klassische U&G-Ansatz mit den sozialen und psychologischen Ursprünge von Bedürfnissen (needs), die Erwartungen (expectations) gegenüber Massenmedien oder andere Quelle der Bedürfnisbefriedigung hervorrufen, die zu verschiedenen Mustern der Mediennutzung und anderen Aktivitäten führen mit dem Resultat der Bedürfnisbefriedigung (need gratification) bzw. anderen Konsequenzen. (vgl. Katz et al., 1974, S. 20; vgl. Schweiger, 2007, S. 74)

Eine etwas umfangreichere Ausführung dieses Ansatzes findet man bei Rosengren, der „certain basic human needs of lower and higher order“ (Rosengren, 1974, S. 270) an führt, die in Interaktion mit verschiedenen Kombinationen von intra- und extraindividuellen Eigenschaften des Rezipienten und dessen gesellschaftlichen Umgebung, die auch Medienstrukturen beinhaltet, verschiedene individuelle Probleme und die Wahrnehmung von Problemlösungen ergeben. (vgl. Rosengren, 1974, S. 271) Diese führen zu Motiven der Gratifikationssuche und Problemlösungsverhalten, was verschiedene Mediennutzungsmuster (uses) und auch alternative Handlungsweisen zur Folge hat, woraus sich letztendlich verschiedene Formen der Gratifikation oder Nicht- Gratifikation (gratifications) ergeben können. Diese können wiederum auf die individuelle Kombination intra- und extraindividuelle Eigenschaften des Rezipienten und die Gesellschafts-/Medienstruktur Einfluss nehmen. (vgl. Rosengren, S. 271; vgl. Schenk, 2007, S. 686) Dieses Modell verbindet also menschliche Bedürfnisse sowohl höherer als auch niedrigerer Ordnung mit individuellen menschlichen Eigenschaften, um die Motive für die Zuwendung zu Medieninhalten zu erklären. Während Katz et al. nur zwischen Bedürfnissen und deren Ursprüngen unterscheiden, unterscheidet

Rosengren einerseits Bedürfnisse und Probleme und andererseits verhaltensspezifischen Motive. (vgl. Schenk, 2007, S. 686)

Ein weiteres wichtiges Gratifikationsmodell ist das „Transaktionale Nutzen- und Belohnungs- Modell“ von McLeod und Becker (1981), das eine dynamische Beziehung zwischen den Motiven für die Mediennutzung und die Konsequenzen der Mediennutzung enthält. Demnach führt eine auf unterschiedlichen Motiven (=gesuchte Gratifikationen) basierende differentielle Mediennutzung zu unterschiedlichen Effekten (=erhaltene Gratifikationen), wobei die Motive geprägt sind von basalen (=internen) Bedürfnissen, der sozialen Situation und dem Hintergrund einer Person. McLeod und Becker unterscheiden also ebenso zwischen basalen Bedürfnissen und verhaltensbestimmenden Motiven, die letztlich zu Gratifikationen werden. (vgl. McLeod; Becker, 1981, zit. nach Schenk, 2007, S. 687) Während erstere im Bereich der Psychologie und Biologie liegen und nicht durch Selbstauskunft gemessen werden können, gelten Motive als etwas bewusster und leichter zu messen und verstärkt auf ein Problemlösungsverhalten ausgerichtet. (vgl. Schweiger, 2007, S. 75)

2.2 Der Nutzenansatz

Dieser rezipientenorientierte Ansatz von Renckstorf aus dem Jahr 1973 knüpft an den klassischen U&G- Ansatzes von Blumler und Katz an, worin davon ausgegangen wird, dass der aktive Rezipient Medien als Gratifikationsinstanzen nutzt, und in der Mediennutzung eine Befriedigung von bestimmten Interessen, Wünschen und Bedürfnissen findet. (vgl. Burkart, 2002, S. 221) Zusätzlich wird jedoch noch ein anderes theoretisches Konzept mit einbezogen, nämlich das des „Symbolischen Interaktionismus“, wobei vor allem die Konzepte des „sozialen Handelns“ sowie der „subjektspezifischen Interpretation“ der Wirklichkeit in den Nutzenansatz integriert werden. (vgl. Burkart, 2002, S. 221) Der Nutzenansatz orientiert sich somit einerseits am aktiven Publikum bzw. am Rezipienten- Interesse und andererseits an einem dynamischen, interpretativen Verständnis sozialen Handelns. (vgl. Renckstorf, 1977, S. 11)

Hauptannahme des Nutzenansatzes ist also, dass der aktive Umgang mit Medien und die direkte Hinwendung zu diesen als eine Art soziales Handeln verstanden und somit als Teil des Alltagshandelns betrachtet wird. Die Theorie des „Symbolischen Interaktionismus“ versucht dieses Alltagshandeln zu analysieren, wobei die beiden

Konzepte „Bedeutungszuweisung“ bzw. „Interpretation“ und „soziales Handeln“ im Mittelpunkt stehen. (vgl. ebd.)

Die Publikums- Aktivität wurde bereits im Zuge des U&G- Ansatzes erläutert und besagt, dass die Nutzung bestimmter Medien und die Auswahl bestimmter Medien und medialer Inhalte ganz im Ermessen des Publikums liegt und von ihm kontrolliert wird. Das heißt, ob, wann und wie mit medialen Angeboten umgegangen wird und in Zusammenhang mit welchen Zielen, Bedürfnissen und Interessen dies geschieht, entscheidet voll und ganz das Publikum. (vgl. Renckstorf, 1977, S. 14) Im Rahmen des Nutzenansatzes bedeutet dies, dass sich die zielgerichtete, intentionale Mediennutzung der Zuschauer aus vorhandenen Bedürfnissen, Problemen, Problemlösungen und Interessen erklärt, wobei die gezielte Mediennutzung als sinnhaftes Handeln im Kontext des Alltagshandelns verstanden wird. (vgl. ebd.)

Das Besondere an menschlicher, sozialer Interaktion ist, dass Menschen vor allem „symbolisch“ miteinander interagieren. Dies erfordert eine Interpretation bzw. Zuordnung von Bedeutung zu Objekten, wobei die Handelnden ihr eigenes Handeln und das der anderen interpretieren und definieren müssen. (vgl. Renckstorf, 1977, S. 25f.) Symbolische Interaktion ist demnach ein interpretativer Prozess, „in dessen Verlauf die Situation selbst identifiziert (definiert) wird und sich Bedeutungen für Objekte und Aktionen ausbilden, die – im Zuge permanenter Redefinitionen – aber ständig gewandelt werden können.“ (Renckstorf, 1977, S. 26)

Die Theorie des „Symbolischen Interaktionismus“ besagt also, dass Umweltobjekte keine Stimuli darstellen, die von sich aus automatisch Reaktionen und Handlungen hervorrufen, sondern es hängt ganz vom Interpretationsprozess des Handelnden selbst ab, welche Bedeutung bzw. welchen Sinn ein Umweltobjekt zugeschrieben bekommt. Und in der Folge hängt es auch ganz vom Handelnden und seinen Interessen und Zielen, Erfahrungen und sozialen Normen ab, wie er auf diese Umweltobjekte reagiert. (vgl. Renckstorf, S. 124)

In Bezug auf die Mediennutzung bedeutet dies, dass es ganz vom Rezipienten und dessen soziokulturellem Hintergrund abhängt, wie er bestimmte mediale Botschaften interpretiert und definiert. Und erst seine ganz individuelle Bedeutungszuweisung und Interpretation machen für ihn die Botschaft aus, unabhängig davon, was der Produzent der Botschaft meinte oder was die Botschaft an sich ist. Und letztlich ist es auch der Rezipient, der entscheidet, wie er auf diese Botschaft reagiert. (vgl. Renckstorf, S. 124)

Mit anderen Worten gewinnen mediale Aussagen und Inhalte für den Rezipienten ihre Bedeutung erst im Verlauf der Interpretation dieser, wobei sich die Interpretationshandlungen an den Rezipientenzielen und -bedürfnissen orientieren. (vgl. ebd.)

2.3 Bedürfnisse und Motive der Mediennutzung

Massenmedien können generell eine ganze Reihe von Bedürfnissen befriedigen, wobei sich die U&G- Forschung auf Bedürfnisse beschränkt, „die eine potenzielle Befriedigung durch Mediennutzung zulassen, wie z. B. Informationshunger, Einsamkeit, Langeweile oder soziales Orientierungsbedürfnis.“ (Schweiger, 2007, S. 62) Die Liste der menschlichen Bedürfnisse und Motive ist jedoch sehr lang. Dies führt zu einem der Hauptprobleme und Hauptkritikpunkte dieses Ansatzes, nämlich dem Mangel einer einheitlichen Systematisierung und Kategorisierung dieser Bedürfnisse (vgl. Katz et al., 1974 24), was zur Folge hat, dass in den meisten U&G-Forschungsarbeiten mit unterschiedlichen Bedürfnislisten und -katalogen gearbeitet wird. Um ein besseres Verständnis für die im Rahmen der U&G- Forschung besprochenen Bedürfnisse und Mediennutzungsmotive zu bekommen, wird im nächsten Abschnitt ein zentrales Bedürfnisschema erläutert, das Basis vieler U&G-Forschungsarbeiten ist.

2.3.1 Die Bedürfnishierarchie von Maslow

Ein Modell, welches als Ausgangspunkt für den klassischen U&G- Ansatz gilt, ist die Bedürfnishierarchie von Maslow, die von ursprünglich fünf auf später acht Stufen erweitert wurde und das gesamte Spektrum menschlicher Motivationen umfasst. (vgl. Schweiger, 2007, S. 76). Im Folgenden werden diese acht Stufen sowie Beispiele für die Befriedigung dieser durch massenmediale Angebote erläutert:

1. Am unteren Ende der Hierarchie stehen **biologische Bedürfnisse**, wie Hunger, Durst, Sexualität oder auch Entspannung. Mediennutzung aufgrund sexueller Bedürfnisse ist beispielsweise auf dieser Ebene anzusiedeln und bezieht sich auf den Konsum von Softsex- und Pornographieprodukten jeglicher

- Art. Das Bedürfnis nach Spannung oder Entspannung spielt im Bereich der Mediennutzung vor allem in der Unterhaltungsforschung eine zentrale Rolle.
2. Nach der Befriedigung biologischer Bedürfnisse wendet sich der Mensch seinen **Sicherheitsbedürfnissen** zu. Auf dieser Ebene kommt den Medien eine eher geringe Funktion zu, da sich Sicherheitsbedürfnisse nur sehr begrenzt medial befriedigen lassen. Dennoch kann beispielsweise der Konsum bestimmter Filme und Fernsehsendungen Angstgefühle vermindern oder Ruhe und Behaglichkeit hervorrufen.
 3. Auf dieser Ebene finden sich die **sozialen Bindungsbedürfnisse** wie Zugehörigkeit, der Wunsch geliebt zu werden und Freunde zu haben. Beim Einsatz von Medien spielt hier beispielsweise der Konsum von Fernsehserien eine entscheidende Rolle, sowohl in Bezug auf die Anschlusskommunikation in der Familie oder im Freundeskreis als auch auf die Ausbildung para- sozialer Interaktionen und Beziehungen zu Serienfiguren.
 4. Das **Selbstwertbedürfnis** bezieht sich auf die Entwicklung einer eigenständigen Identität und auf den Wunsch, etwas wert zu sein und Anerkennung zu bekommen. Das Streben nach sozialem Vergleich, also das Bedürfnis, die eigene Person und die eigene Situation mit anderen zu vergleichen, um dann festzustellen, ob man dem Vergleich standhalten kann, gehört auf diese Ebene und lässt sich ebenfalls in Zusammenhang mit der Rezeption fiktionaler Medieninhalte, speziell im Bereich der Fernsehserien und Daily Soaps, verstärkt finden.
 5. Zu den **kognitiven Bedürfnissen** zählen das Bedürfnis nach Wissen, Verstehen und der Suche nach neuen Reizen. In den Bereich der kognitiven Bedürfnisbefriedigung fallen somit unter anderem die Nutzung von Nachrichten und anderen medialen Informations- und auch Unterhaltungsangeboten, wobei der menschlichen Neugier als Initiator der Informationssuche eine große Rolle zukommt.
 6. **Ästhetische Bedürfnisse**, wie das Bedürfnis nach Schönheit und Ordnung können ebenso medial befriedigt werden, beispielsweise im Rahmen von Konzert-, Theater- und Tanzübertragungen oder Kunstfilmen. Auch ansprechend gestaltete Bildbänden oder Belletristik gehören auf diese Ebene.
 7. **Selbstverwirklichung** umfasst das Bedürfnis, das eigene Potential auszuschöpfen und bedeutende Ziele zu haben. Ab dieser Stufe entziehen sich die Bedürfnisse zu einem sehr großen Teil der empirischen Überprüfbarkeit, weshalb sie auch in den meisten Untersuchungen unbeachtet bleiben.

8. **Transzendenz** bildet die höchste Bedürfnisstufe und umfasst sämtliche spirituelle Bedürfnisse. (vgl. Schweiger, 2007, S. 76-77)

Diese Hierarchie wird vielfach in Mangel/Defizit- und Wachstumsbedürfnisse unterschieden: Auf den ersten vier Stufen finden sich Defizitbedürfnisse, die durch Mangel an Bedürfnis befriedigenden Reizen entstehen, erst nach erfolgter Befriedigung dieser kann der Mensch sich den höheren Wachstumsbedürfnissen zuwenden. (vgl. Schweiger, 2007, S. 77) Die Maslow'sche Bedürfnishierarchie nimmt einen zentralen Stellenwert in der U&G- Forschung ein und ist nicht nur Vorbild vieler Gratifikationskataloge und Bedürfnislisten, sondern auch für viele Weiterentwicklungen des klassischen U&G- Ansatzes von Katz und Blumler.

2.3.2 Gratifikationsmessung

Es existieren in der U&G- Literatur zahlreiche Gratifikationskataloge und Bedürfnislisten, welche alle Parallelen und Gemeinsamkeiten zueinander aufweisen. In der Folge sollen nun die wichtigsten Kataloge und dazugehörigen Studien angeführt werden, die als Basis vieler Forschungsarbeiten gelten.

Eines der ersten Beispiele für Gratifikationsforschung in den Massenmedien ist eine Studie von Herzog aus dem Jahr 1940, im Zuge derer untersucht wurde, welche Gratifikationen Hausfrauen aus den täglichen Radio- Soap Operas erhalten. Dabei wurden folgende vier Hauptgratifikationen festgestellt: 1. ein stellvertretender Ausgleich für die Nichterfüllung von Wünschen und Träumen, 2. eine Kompensation der eigenen Situation durch die Identifikation mit Lebensstilen, die belohnender wirken, 3. die Möglichkeit, eigenes Versagen auf die Figuren der Handlung zu projizieren und 4. Ratschläge für eine bessere Rollenausübung. (vgl. Schenk, 2007, S. 682)

Eine wichtige Studie in Bezug auf Fernsehgratifikationen führte Greenberg im Jahr 1972 durch, wobei er insgesamt 726 britische Schüler im Alter zwischen neun und fünfzehn Jahren mittels Fragebogen zu ihren Fernsehgewohnheiten und Gründen für die Fernsehnutzung befragte. (vgl. Greenberg, 1974, S. 73) Dabei stellte sich heraus, dass folgende acht Motivdimensionen bei der Fernsehnutzung Jugendlicher eine zentrale Rolle spielen:

1. Entspannung (relaxation), 2. Geselligkeit (companionship), 3. Information (learning about things), 4. Gewohnheit (as a habit), 5. Zeitfüller (to pass time), 6. Selbstfindung (learning about myself), 7. Spannung (arousal), 8. Eskapismus (to forget). (vgl. ebd., S. 91; vgl. Schenk, 2007, S. 698) Dieser Gratifikationskatalog gilt als Vorbild für die Entwicklung zahlreicher Skalen im amerikanischen Raum. So haben Rubin und Perse ähnliche Skalen zur Ermittlung von Motiven der allgemeinen Fernsehnutzung verwendet und Greenbergs Skala auch adaptiert, um speziell die Motive der Nutzung von Soap Operas zu ermitteln. Als wesentliche Motive der allgemeinen Fernsehnutzung haben sich im Zuge dieser Studie 1. Lernen, 2. Gewohnheit/Zeitvertreib, 3. Geselligkeit, 4. Eskapismus, 5. Spannung/Erregung und 6. Entspannung, herausgestellt. Für die Nutzung von Soap Operas wurden die Motive 1. Aufregende/spannende Unterhaltung, 2. Information - Voyeurismus, 3. Eskapismus/Entspannung, 4. Zeitvertreib, 5. Soziale Nützlichkeit und 6. Geselligkeit genannt. (vgl. Rubin, 1979, zit. nach Schenk, 2007, S. 699f.) Wie diese Untersuchung zeigt, befinden sich hinter der Nutzung spezieller Genres immer auch ganz bestimmte Nutzungsmotive. So sind beispielsweise Spannung und Geselligkeit mit der Rezeption von Actionfilmen oder Komödien verbunden, das Bedürfnis etwas zu lernen ist hingegen unter anderem bei der Rezeption von Reality- Formaten zu erkennen. (vgl. Schenk, 2007, S. 700)

Ebenfalls viel zitiert ist die Studie von McQuail et al. aus dem Jahr 1972, im Rahmen derer Fernsehzuschauer zu Aussagen über verschiedene Programme Stellung nehmen mussten. Diese Aussagen bezogen sich auf die Motive für die Nutzung des Programms und den daraus erhaltenen Gratifikationen. Aus den Antworten der Probanden wurde eine Typologie der Zuschauer-Gratifikationen erstellt (vgl. Katz et al., 1974, S. 23; vgl. Schenk, 2007, S. 700), die ebenfalls Ausgangspunkt vieler Forschungsarbeiten zum Thema Mediennutzung und Bedürfnisbefriedigung ist. Die darin enthaltenen Motive sind:

1. Zeitvertreib/Eskapismus (diversion): Ablenkung von Problemen und dem tristen Alltag
2. Persönliche Beziehungen (personal relationships) zu anderen Menschen mittels Anschlusskommunikation oder parasozialer Beziehung
3. Persönliche Identität (personal identity): Entwicklung und Stärkung einer persönlichen Identität
4. Orientierung (surveillance): Umweltbeobachtung, Suche nach Orientierung durch Informationen und Nachrichten (vgl. Katz et al. S. 23; vgl. Schweiger, 2007, S. 80; vgl. Schenk, 2007, S. 700)

Katz et al. betonen in einer Arbeit aus dem Jahr 1973 überdies als zentrales Motiv der Mediennutzung das Bedürfnis nach Verbindung zu bzw. mit anderen, was zu einer ganz bestimmten Wahl von Medien und medialen Inhalten führt. „[...] mass communication is used by individuals to connect (or sometimes disconnect) themselves – via instrumental, affective, or integrative relations – with different kinds of others (self, family, friends, nation, etc.)” (Katz et al., 1974, S. 23)

Wie man an den hier angeführten Bedürfnis- und Gratifikationslisten erkennen kann, tauchen einige zentrale Motive der Fernsehnutzung immer wieder auf. So kann man zusammenfassend folgende vier „klassischen“ Bedürfnisse bzw. Bedürfnisgruppen festhalten:

1. Kognitive Bedürfnisse: das Bedürfnis bzw. die Suche nach Informationen und Wissen, Orientierung und Umweltbeobachtung bzw. -kontrolle. (vgl. Kunczik et al., 2001, S. 345; vgl. Schweiger, 2007, S. 80)
2. Affektive Bedürfnisse: Entspannung, Erholung, Ablenkung, Verdrängen von Problemen, Bekämpfung von Langeweile, Suche nach affektiver Erregung, Gefühlsmanagement (vgl., ebd.)
3. Soziale Bedürfnisse: parasoziale Beziehungen, Anschlusskommunikation. (vgl. ebd.)
4. Identitätsbedürfnisse: Selbstfindung, Suche nach Rollenvorbildern, Identifikation, Bestärkung von Werthaltungen, sozialer Vergleich der eigenen Situation mit der Situation von Medienakteuren. (vgl. ebd.)

Im Folgenden soll nun auf diese Bedürfnisse und Nutzungsmotive näher eingegangen werden.

2.3.3 Kognitive Motive

„Das menschliche Bedürfnis nach Informationen über alle Wissens- und Lebensbereiche ist nicht nur so alt wie die Massenmedien selbst; es ist vermutlich der Grund für ihre Entstehung.“ (Schweiger, 2007, S. 92)

Menschen brauchen um handlungsfähig zu sein Informationen und Wissen über ihre Umwelt und den darin stattfindenden Ereignissen. Der Großteil dieser Ereignisse

entzieht sich allerdings unserer direkten Wahrnehmung da sie an anderen Orten, zu einer anderen Zeit, in anderen Gesellschaftsbereichen oder nicht-öffentlich stattfinden bzw. stattfanden. (vgl. Schweiger, 2007, S. 92) Dieses Bedürfnis nach Information ist eng verbunden mit dem menschlichen Orientierungsbedürfnis und es variiert mit der Bedeutsamkeit der Information für den Rezipienten, dem Interesse am Gegenstand, dem Grad der Unsicherheit über den Gegenstand und auch der Schwierigkeit des Zugangs zu Informationen. (vgl. Weaver, 1977, zit. nach Schenk, 2007, S. 490)

Die Informations- und Orientierungsfunktion der Massenmedien spielt nicht nur auf dem Gebiet der Nachrichtenforschung eine Rolle, obgleich die meisten Publikationen Informationsmotive hauptsächlich in diesem Zusammenhang untersuchen, sondern auch in Bezug auf sämtliche Unterhaltungsprogramme. So hat beispielsweise Dehm (2002) in einer Studie die Erwartungen der Fernsehzuschauer an gute Unterhaltung untersucht. Die Auswertung dieser Erwartungslisten ergab, dass der Faktor Information an dritter Stelle stand, nach Spaß und Spannung. So stellt Unterhaltung keinesfalls einen Gegensatz zu Information dar, vielmehr einen Aspekt davon. (vgl. Mikos, 2006, S. 135-136)

Der „Informational- Utility- Ansatz“ von Atkin (1985) gibt zwei kognitive Motivgruppen an, die die Zuwendung der Menschen zu Medieninformationen jeglicher Art erklären. Nämliche einerseits Gratifikationen (gratifications) als spontane Bedürfnisse nach Information, die im Medienkonsum eine sofortige Befriedigung erfahren, beispielsweise die Befriedigung spontaner Neugier, und andererseits ein instrumenteller Nutzen (uses), also eine zweckdienliche Orientierung zur späteren Bedürfnisbefriedigung, beziehungsweise zur späteren Anwendung dieser Informationen. (vgl. Schweiger, 2007, S. 95) Die aktive Suche nach neuen Umweltreizen spielt also im Zuge der kognitiven Mediennutzung eine große Rolle. Sie kann entweder spezifisch sein, wenn Unsicherheiten erlebt werden, die durch eine spezifische Informationssuche abgebaut werden sollen, oder sie erfolgt aufgrund von Reizarmut und Langweile wenn das Individuum mithilfe neuer, abwechslungsreicher Reize das Erregungsniveau anheben will. (vgl. Berlyne, 1971, zit. nach Schweiger, 2007, S. 97) Diese Suche nach Informationen zur Regulierung der Erregungsniveaus wird nach Schweiger auch als „kognitiver Stimulationshunger“ bezeichnet (vgl. Schweiger, 2007, S. 97) und ist keinesfalls als ein reines Informationsmotiv zu betrachten, sondern spielt vor allem auch bei Unterhaltungsmotiven der Mediennutzung eine zentrale Rolle. (vgl. ebd.)

Einen ähnlichen Ansatz der Einteilung kognitiver Mediennutzungsmotive findet man bei Grimm, welcher zwischen kognitiver Stimulierung, also kognitiver Neugier, und kognitiver Reflexion, welche sich auf kognitive Orientierung im Alltag bezieht, unterscheidet. (vgl. Grimm, 2001, S. 17)

2.3.4 Affektive Motive

Affektive Motive werden meist mit Unterhaltung gleichgesetzt (vgl. Schweiger, 2007, S. 104) und somit vor allem in Zusammenhang mit Unterhaltungsprogrammen untersucht. Es hat sich jedoch in Gratifikationsforschungen von Unterhaltungsprogrammen gezeigt, dass die vom Zuschauer angestrebten Gratifikationen weit mehr umfassen als Unterhaltung allein (vgl. Schenk, 2007, S. 737)

Es existieren in der Unterhaltungsforschung zahlreiche miteinander konkurrierende Modelle und Theorien, die sich sowohl mit der Unterhaltung als Motiv für die Mediennutzung als auch als Erlebnisqualität während und nach der Mediennutzung beschäftigen. Wenn man Unterhaltung als Selbstzweck betrachtet, der alle Nutzungsmotive umfasst, die direkte Gratifikation während der Mediennutzung ermöglichen und keinem darüber hinaus gehenden Nutzen dienen, dann geht es im Rahmen der medialen Unterhaltung vor allem um das Erleben einer angenehmen Zeit, was bedeutet, „dass unangenehme Emotionen vermindert und angenehme Emotionen verstärkt werden sollen“ (Schweiger, 2007, S. 108) Somit ist die Unterhaltungsforschung in der Kommunikationswissenschaft immer mit individuellen Emotionen oder Stimmungen verbunden. (vgl. ebd., S. 108)

Gerade dem Medium Fernsehen wird in Zusammenhang mit affektiven, also emotionalen Nutzungsmotiven großes Potenzial zugeschrieben, da man ohne große Anstrengung und Aufwand jeden Tag unterschiedliche und auch mehrere emotionale Erfahrungen machen. Damit ist das Fernsehen, wie wir es heute kennen, mit einer Fülle an Angeboten und Programmen ein Medium geworden, das in erster Linie auf die Emotionen von Zuschauern zielt. (vgl. Winterhoff, 2004, S. 70) Bente und Fromm (1997) sprechen in diesem Zusammenhang von „Affektfernsehen“. (Winterhoff, 2004, S. 70)

Nach Bryant gilt Unterhaltung „als ein Prozess, in dessen Verlauf eine Person entweder Lust, Freude („delight“), Vergnügen („enjoyment“) erlebt oder ein besseres Verständnis von der Welt erlangt („enlightenment“).“ (Schweiger, 2007, S. 105; vgl. Bryant et. al, 2002, S. 550) Das Bedürfnis nach Unterhaltung ist jedoch nicht nur auf das Erleben bestimmter Gefühle beschränkt, sondern es hängt generell immer mit der jeweiligen Stimmungslage des Rezipienten zusammen, welche die Auswahl bestimmter Fernsehinhalte steuert. Diese beiden Aspekte des Bedürfnisses nach Unterhaltung sowie der Stimmungslage spielen bei den affektiven Motiven der Mediennutzung eine große Rolle (vgl. Schenk, 2007, S. 195) und sind Inhalt der so genannten „Mood- Management- Theorie“ von Zillmann (1988), die sich mit dem Einfluss von Stimmungen und emotionalen Bedürfnissen auf die Mediennutzung beschäftigt. (vgl. Schweiger, 2007, S. 107) Dieser Theorie nach versuchen Menschen schlechte Stimmungen zu vermeiden bzw. diese durch weniger schlechte zu ersetzen und gute Stimmung zu erhalten. (vgl. Vorderer, 1996, S. 315) So spielt die vom Rezipienten angestrebte Stimmungslage bei der Auswahl spezifischer Fernsehinhalte eine große Rolle. (vgl. Winterhoff, 2004, S. 80)

Diese Kombination aus Erlebnisaspekt und Stimmungsregulation findet man auch bei der Kategorisierung affektiver Nutzungsmotive bei Grimm. Die Dimension der Erlebniswerte wird hier als affektive Stimulation bezeichnet und äußert sich beispielsweise im Erleben von Spannung und Gefühlen während der Medienrezeption. Daneben spielt jedoch noch ein anderer Aspekt eine Rolle, nämlich die affektive Reflexion. In diesen Bereich fallen sämtliche Motive des Gefühlsmanagements wie beispielsweise die Stimmungsregulierung aber auch der Umgang mit eigenen Gefühlen. (vgl. Grimm, 2001, S. 17)

Wie bereits erwähnt werden affektive Nutzungsmotive meist auf Unterhaltungsprogramme beschränkt, generell kann aber jedes Medium und jeder Medieninhalt affektive Motive befriedigen. Es gibt laut Bryant & Zillmann allerdings bestimmte Medieninhalten, die ein besonders ausgeprägtes Unterhaltungspotenzial in sich tragen: Nämlich einerseits **fiktionale Inhalte**, die bestimmte Figuren und deren Erlebnisse und Emotionen zeigen. In diesen Bereich fallen sämtliche Spielfilmgenres, von Liebesfilmen über Horror-/Actionfilme bis hin zu Pornografie oder Splatter, Serien und Seifenopern aber auch Romane. Und andererseits **non- fiktionale Inhalte**, nämlich dann, wenn es sich um real existierende Personen und deren Leistungen und Erlebnisse handelt. Musik und Musikvideos, Sport, Talk-Shows und Reality- Formate gehören beispielsweise diesem Bereich an. (vgl. Schweiger, 2007, S. 105)

An dieser Stelle soll jedoch festgehalten werden, dass dem Element Reality bzw. Realitätsnähe bei vielen fiktionalen Programmen ebenso ein großer Stellenwert in Bezug auf die Zuwendungsattraktivität zukommt. Denn vor allem Untersuchungen zu fiktionalen Unterhaltungsserien haben gezeigt, dass ein Großteil der Zuseher Bezüge zur Realität und der eigenen Lebenswirklichkeit herstellt und diese Serien zur Interpretation der eigenen Lebenssituation heranzieht. (vgl. Schenk, 2007, S. 739f.)

Zusammengefasst kann man festhalten, dass affektive Mediennutzungsmotive weit über ein reines Unterhaltungsmotiv hinausgehen und somit nicht nur auf Unterhaltungsprogramme bezogen sind.

Im Folgenden soll in Anlehnung an Schweiger (2007) auf einige wichtige Unterhaltungsmotive eingegangen werden:

1. Das Bedürfnis nach Erheiterung (Humor) führt zu einer als angenehm empfundenen Erregung und bringt Emotionen wie Freude und Überraschung mit sich.
2. Das Bedürfnis nach Entspannung, Erholung oder Passivität zielt auf einen Abbau eines als unangenehm hoch empfundenem Erregungsniveaus ab.
3. Das Bedürfnis nach Spannung und Erregung zielt auf das genaue Gegenteil ab. Krimis, Action-/Horrorfilme oder Pornographie führen zu einer Anhebung eines als unangenehm niedrig empfundenem Erregungsniveau. Dieses Bedürfnis nach Erregung erklärt auch die Lust an Ekel oder Angst in medialen Inhalten.
4. Das Bedürfnis nach Aktivität. Da die Nutzung von Massenmedien im Allgemeinen wenig körperliche Aktivität erlaubt, wird dieses Bedürfnis hauptsächlich durch die Nutzung von Videospiele und interaktiven Anwendungen befriedigt, die ein hohes Maß an Nutzeraktivität erlauben.
5. Das Bedürfnis nach heile Welt und Liebe. Dieses Motiv ist mit dem Entspannungsmotiv eng verwandt, wobei hier vor allem die Emotionen Liebe, Freude und Optimismus im Mittelpunkt stehen.
6. Das Bedürfnis nach ästhetischem Genuss zielt ebenso hauptsächlich auf eine angenehme Entspannung hin und wird beispielsweise durch klassische Musik oder Lyrik befriedigt.
7. Das Bedürfnis nach kognitiver Stimulation: Wie bereits erwähnt, ist dies sowohl ein Informations- als auch Unterhaltungsmotiv. Mediale Inhalte wie Quiz-Shows oder Boulevardmagazine sprechen so beispielsweise die menschliche Neugier an und rufen Emotionen wie Überraschung oder Vorahnung hervor.

Aus diesem Grund sind sie trotz ihrer Bildungsfunktion meist der Unterhaltung zuzuordnen.

8. Das Bedürfnis nach Zeitvertreib bzw. der Bekämpfung von Langeweile bezieht sich ebenso auf eine Steigerung des Erregungsniveaus.
9. Das Bedürfnis nach Ablenkung bzw. Realitätsflucht (Eskapismus). Die Eskapismusthese geht davon aus, „daß [sic!] Menschen aufgrund unbefriedigender Lebensverhältnisse immer wieder Anlaß [sic!] haben, vorübergehend aus der Realität, in der sie leben, kognitiv und emotional ‚ausszusteigen‘.“ Dies entspricht einer Flucht (escape) aus eben dieser realen Welt mit ihrem oft tristen und immer gleichen Alltag. (vgl. Vorderer, 1996, S. 311). Das Erregungsniveau ist hier zweitrangig, so kann Ablenkung sowohl durch Spannung als auch durch Entspannung hervorgerufen werden. (vgl. Schweiger, 2007, S. 110)

All diese Motive beziehen sich auf Unterhaltung, die keinem instrumentellen Nutzen folgt und die sich auf die Erlebnisqualität während der Mediennutzung bezieht. So definieren sich die meisten Motive dadurch, welche Emotionen angestrebt bzw. vermieden werden sollen. An dieser Stelle muss jedoch festgehalten werden, dass emotionale Zustände wie beispielsweise Langeweile, Ablenkung oder Zeitvertreib nicht nur mittels affektiven Motiven behoben werden können, sondern beispielsweise auch durch kognitive oder soziale Motive. Eine strikte Abgrenzung von Unterhaltungsmotiven zu den anderen Motivgruppen ist somit kaum möglich, dies ist auch der Grund, weshalb in der Literatur viele unterschiedliche Unterhaltungsmotivkataloge und -dimensionen zu finden sind. (vgl. Schweiger, 2007, S. 110f.) Darüber hinaus kann Unterhaltung sehr wohl auch einen instrumentellen Nutzen haben und über positive Rezeptionserlebnisse hinausgehen, vor allem in Bezug auf die Rezeption von negativen, unangenehmen oder belastbaren Medieninhalten. „Da sich die meisten Mediennutzer derartigen Angeboten freiwillig aussetzen, in der Rezeption selbst aber keine positiven Anreize finden, müssen diese Anreize außerhalb der Handlung liegen.“ (Vorderer, 1996, S. 321)

2.3.5 Soziale Motive

Medien werden generell in den unterschiedlichsten sozialen Konstellationen verwendet und selbst individuelle Mediennutzung dient der Befriedigung sozialer Bedürfnisse. So

tragen sämtliche Kommunikationssituationen wie beispielsweise interpersonale Kommunikation, parasoziale Kommunikation, Anschlusskommunikation, Mediennutzung in Gruppen oder auch die individuelle Mediennutzung in der Öffentlichkeit zur Befriedigung ganz unterschiedlicher sozialer Bedürfnisse bei.

Die wichtigsten davon sollen in der Folge kurz angesprochen werden (vgl. Schweiger, 2007, S. 120f.):

1. Das Bedürfnis nach interpersonaler Kommunikation bzw. Gruppenkommunikation.
2. Die Suche nach sozialen Kontakten: Menschen versuchen mithilfe der Massenmedien andere Menschen kennenzulernen und mit diesen in direkten Kontakt zu treten bzw. im Idealfall Face- to- Face Beziehungen aufzubauen.
3. Anschlusskommunikation: Menschen nutzen Medien, um mit anderen Menschen über diese medialen Inhalte sprechen zu können.
4. Soziale Integration und Distinktion: Massenmedien ermöglichen Individuen das Gefühl, Teil einer sozialen Gruppe (z. B. der Fangemeinschaft einer TV-Serie oder Musikband), eines Milieus (z. B. Hipopper, Skater) oder einer Gesellschaft (z. B. als Immigrant) zu sein. Damit verbunden ist auch das Mediennutzungsmotiv sich durch die Nutzung bestimmter Medieninhalte von der Allgemeinheit – dem „Mainstream“- oder von anderen Gruppen abzugrenzen (Disktinktion).
5. Parasoziale Interaktion: Massenmedien und die darin auftretenden Figuren und Personen können das menschliche Bedürfnis nach sozialem Kontakt zumindest ersatzweise befriedigen. (vgl. Schweiger, 2007, S. 120f.) In den 1950-er Jahren haben die amerikanischen Soziologen Horton & Wohl ganz in Anlehnung an die Grundannahme eines aktiven Zuschauers im U&G- Ansatz beobachtet, dass der Fernsehzuschauer das damals neue Medium nicht einfach nur passiv verfolgt bzw. beobachtet, sondern auch aktiv auf Fernsehakteure reagiert und somit auch an der Handlung teilnimmt. (vgl. Horton; Wohl, 2001, S. 76; vgl. Schweiger, 2007, S. 121) Somit zeichneten sich die neuen Massenmedien-Fernsehen, Film und Radio- dadurch aus, „dass sie die Illusion einer Face- to- face- Beziehung mit dem Performer errichten.“ (Horton; Wohl, 2001, S. 74) Für diese scheinbaren Face- to- face- Beziehungen zwischen Zuschauer und Medienakteur führten sie den Terminus „parasoziale Beziehungen“ ein, (vgl. ebd.) welche Gegenstand ihrer Theorie der parasozialen Interaktion (PSI) sind. Diese Theorie mit ihrer Hauptaussage, „dass durch imaginäre Interaktionen von Zuschauern mit den Fernsehpersonen affektive oder emotionale Beziehungen

aufgebaut werden“ (Schenk, 2007, S. 741) weist einerseits Bezüge zum symbolischen Interaktionismus, andererseits wie oben bereits erwähnt, zum U&G- Ansatz auf. (vgl. Schenk, 2007, S. 741) So wird parasoziale Interaktion als eine der möglichen Gratifikationen bzw. Motiv zur Mediennutzung innerhalb des U&G- Ansatzes untersucht.

2.3.6 Identitätsmotive

Identitätsbildung wird meist im Zusammenhang mit fiktiven Inhalten und somit oftmals unter dem Aspekt der Unterhaltung behandelt. (vgl. Schweiger, 2007, S. 129) Mediennutzung erfolgt dabei jedoch nicht bloß aufgrund von Unterhaltungsbedürfnissen oder zur Regulierung des Erregungsniveaus, sondern aufgrund des Bedürfnisses nach Identitätsbildung, -erweiterung bzw. -stabilisierung. (vgl. Vorderer, 1996, S. 321f.) Mediennutzung aufgrund von Identitätsmotiven folgt einem ganz bestimmten Zweck, nämlich der Bewältigung individueller Entwicklungsaufgaben und Lebensproblemen und der Identitätsarbeit. (vgl. ebd., S. 322) Damit erfüllen Identitätsmotive eine langfristige Aufgabe und sind keinesfalls zweckfreie Unterhaltung, auch wenn fiktive Unterhaltungsangebote wie Filme oder Romane dazu herangezogen werden. (vgl. Vorderer, 1996, S. 321ff., vgl. Schweiger, 2007, S. 129) So steht auch die Rezeption belastender Unterhaltungsangebote in Zusammenhang mit dem Selbst- Konzept und der Identität der Rezipienten. (vgl. Vorderer, 1996, S. 321)

Die beiden wesentlichen Formen der Identitätsbildung sind der soziale Vergleich und die Identifikation, welche auch als zentrale Mediennutzungsmotive gelten.

1. Sozialer Vergleich: hierbei geht es darum, die eigenen Gefühle, Werte und auch Verhaltensweisen mit denen anderer, medialer Personen bzw. Rollenvorbilder zu vergleichen. Dieser Vergleich kann entweder nach oben oder nach unten erfolgen.

Ein sozialer Vergleich nach oben bezweckt eine soziale Orientierung am medialen Meinungsklima sowie eine Bestärkung der eigenen Werthaltungen. Er bezieht sich auf positive Rollenvorbilder, deren Gefühle, Werte und Verhalten dann gegebenenfalls auch übernommen bzw. eigene Werte und Einstellungen dementsprechend geändert werden. (vgl. Schweiger, 2007, S. 131) Ein sozialer Vergleich nach unten bezieht sich auf den Vergleich mit schlechter gestellte Personen, die weniger Glück oder Erfolg haben oder hässlicher sind als man selbst. (vgl. Vorderer, 1996, S. 323) Ziel dabei ist

die eigene, als unbefriedigend empfundene Situation im Vergleich zu den Umständen der medialen Vergleichsperson als weniger schlimm und belastend zu erleben. (vgl. Schweiger, 2007, S. 131) Dieser Vergleich hat den Schutz bzw. auch eine Erhöhung des eigenen Selbstwerts zur Folge (vgl. Vorderer, 1996, S. 323) und gilt als ein zentrales Motiv der Mediennutzung vor allem in Bezug auf Reality- Formaten und Talkshows, wo das Sich- Lustig- Machen über die Fernsehpersonen einen großen Stellenwert einnimmt. (vgl. Schweiger, 2007, S.131)

2. Identifikation: ermöglicht es dem Zuschauer sich in eine bestimmte Medienperson hineinzuversetzen und in dieser Rolle Dinge zu erleben, die man ansonsten nie erleben könnte bzw. die große Gefahren mit sich bringen würden. Der Rezipient muss dabei keine Verantwortung übernehmen, weil es ja nicht sein eigenes Verhalten ist und kann so verschiedene Rollen, Situationen und Verhaltensoptionen ausprobieren. In der Regel bezieht sich Identifikation auf positive, erfolgreiche und vorbildliche Medienpersonen. (vgl. Schweiger, 2007, S. 131)

Diese beiden Formen der Identitätsbildung unterscheiden sich vor allem dahingehend, dass sich der Rezipient bei der Identifikation in die Rolle der Medienperson hineinversetzt, wohingegen er beim sozialen Vergleich in seiner eigenen Rolle bleibt und lediglich beobachtet. Doch so einfach und strikt diese Unterscheidung in der Theorie zu sein scheint, „es ist plausibel, dass die Rezeption einer Persona gleichzeitig beobachtend- vergleichende *und* identifikatorische Elemente umfasst.“ (Schweiger, 2007, S. 132) Gemeinsam haben diese beiden Konstrukte jedoch die kognitiv-affektive Beschäftigung der Rezipienten mit medialen Rollenvorbildern bzw. Personen. (vgl. ebd.)

Wie bereits erwähnt, stellt diese Einteilung lediglich eine mögliche Kategorisierung von Mediennutzungsmotiven dar und es können viele der einer bestimmten Motivgruppe zugeordneten Motive auch in anderen Gruppen eine Rolle spielen. So folgen beispielsweise sowohl kognitive Ziele als auch Identitätsziele einem instrumentellen Zweck. Kognitive Motive richten sich nicht nur auf Information und Identitätsbildung richtet sich nicht nur an Unterhaltung. In der Praxis zeigt sich vielmehr, dass Rezipienten unterhaltende Inhalte auch zur Information und informative Inhalte zur Unterhaltung und Identitätsbildung nutzen. Auch die Unterscheidung zwischen Identitätsbildung und sozialen Bedürfnissen ist schwierig, da „sich die Identität eines Menschen zu wesentlichen Teilen auf seine Position innerhalb seiner sozialen Umwelt

bezieht.“ (Schweiger, 2007, S. 130) Damit gehört die Identitätsbildung in gewisser Weise auch den sozialen Motiven an.

Damit ist diese Zuordnung keinesfalls als eine fixe zu verstehen, sie hilft jedoch einen Überblick über Gemeinsamkeiten, Überschneidungen und Unterschiede zwischen den Motivgruppen herauszuarbeiten.

2.4 Kritik an der Uses- and- Gratifications- Forschung

Der U&G- Ansatz mit seinen Vorstellungen eines aktiven, handlungsorientierten Publikums hat nicht nur eine neue Forschungsrichtung bzw -tradition eingeläutet, sondern auch Inhalt für zahlreiche Kritik geliefert. Durch einige Weiterentwicklungen wie dem Modell der gesuchten und erhaltenen Gratifikationen und dem Erwartungs-/Bewertungsansatz konnten zwar einige Kritikpunkte entkräftet werden, dennoch wird nach wie vor viel Kritik an diesem Forschungsansatz laut.

Eng in Verbindung mit dem bereits thematisierten mangelnden Kategoriensystem für Bedürfnisse und Motive steht das Problem der Begriffsverwirrung. So werden die Begriffe Bedürfnisse, Motive, Nutzen und Gratifikation in der Literatur entweder sehr unscharf oder gar nicht voneinander getrennt (vgl. Rosengren, 1974, S. 275f.; vgl. Schweiger, 2007, S. 74f.), was eben daran liegt, dass es bis jetzt keine einheitlichen Definitionen und Schemata gibt. Diese unterschiedlichen Verwendungen und Vermischungen der Begriffe Motive und Bedürfnisse haben nun zur Folge, dass in einigen Forschungsarbeiten von Nutzungsmotiven und Motivkatalogen, in anderen von Bedürfnissen und Bedürfnisbatterien gesprochen wird, wobei in beiden Fällen dasselbe gemeint ist. (vgl. Schweiger, 2007, S. 75) Auch die Begriffe Nutzen und Gratifikation werden oft synonym verwendet, während von einigen Autoren letztere auf allgemeine, wenig zielgerichtete Bedürfnisse wie beispielsweise Unterhaltung verweisen, bezieht sich Nutzen als Motivtyp auf instrumentelle, meist informationsbezogene Bedürfnisse wie beispielsweise das Finden einer Telefonnummer. (vgl. Atkin, 1974, zit. nach Schweiger, 2007, S. 75).

Hauptkritikpunkt am U&G- Ansatz ist in erster Linie jedoch seine Theorielosigkeit bzw. Theorieschwäche, denn es fehlt an einer theoretischen Einbettung bzw. Ableitung menschlicher Bedürfnisse von psychologischen und sozialen Ursprüngen. (vgl.

Kunczik, 2001, S. 346; vgl. Meyen, 2001, S. 13) Darüber hinaus stößt die Annahme eines aktiven, zielgerichtet und rational handelnden Publikums auf heftige Kritik, denn ein habitueller bzw. ritualisierter Mediengebrauch wird völlig außer Acht gelassen (vgl. Kunczik, 2001, S. 350) Doch gerade die Mediennutzung wird vielfach auch von Gewohnheit und Gelegenheit bestimmt, was bedeutet, dass Rezipienten keineswegs immer rational, sondern oft auch habituell, impulsiv oder unbewusst mediale Inhalte nutzen. (vgl. Meyen, 2001, S. 13)

Des Weiteren besteht die Gefahr eines Zirkelschlusses, wenn von der Mediennutzung auf Bedürfnisse geschlossen wird, die dann wiederum die Mediennutzung erklären. Aus diesem Grund müssen die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Bildung von Bedürfnissen genau untersucht werden, wobei ein ganz zentraler Aspekt meist gänzlich außer Acht gelassen wird, nämlich, dass Bedürfnisse durch Medien auch geschaffen werden können. (vgl. Kunczik, 2001, S. 350)

Diese isolierte Betrachtung der Bedürfnisse liefert außerdem ein sehr einseitiges Bild der Mediennutzung, denn es werden vom U&G- Ansatz sowohl die Medieninhalte als auch das gesellschaftliche Umfeld der Rezipienten weitgehend vernachlässigt. (vgl. Meyen, 2001, S. 13)

Ein letzter zentraler Kritikpunkt richtet sich gegen die methodische Herangehensweise des U&G- Ansatzes. So wird hauptsächlich mit Befragung gearbeitet, sodass die Ergebnisse rein auf Selbstauskünfte der Rezipienten basieren. Dies setzt voraus, dass sich Rezipienten ihrer Bedürfnisse bewusst sind, wovon in der Realität jedoch in vielen Fällen nicht ausgegangen werden kann. (vgl. Kunczik, 2001, S. 351; vgl. Meyen, 2001, S. 13)

3 Persönlichkeitsorientierte Medienforschung

Schon zu Beginn der U&G- Forschung beschäftigten sich Forscher mit dem Einfluss von demographischen Standard- Variablen sowie sozialen und psychologischen Bedingungen auf die Mediennutzung (vgl. Palmgreen, 1983, S. 70) und fanden heraus, dass Gratifikationen nicht „isoliert betrachtet werden können, da sie mit einem ganzen Bündel vorhergehender und nachfolgender Variablen – medialer, wahrnehmungsspezifischer, sozialer und psychologischer Art – verknüpft sind.“ (ebd., S. 76) So wurde schon in den klassischen U&G- Annahmen auf die Bedeutung der sozialen und psychologischen Ursachen bzw. psychologischen Veranlagungen der Rezipienten eingegangen, auf welche die Medien bezogenen Bedürfnisse zurückgeführt werden können bzw. welche eine Rolle bei der Mediennutzung spielen. (vgl. Schenk, 2007, S. 969; vgl. Bommert, 2000, S. 175) Und auch der Nutzenansatz betont die Rolle persönlicher Dispositionen seitens der Rezipienten bei der Wahrnehmung und Interpretation von Medieninhalten. (vgl. Bommert, 2000, S. 175)

Bislang wurden bzw. werden in medienwissenschaftlichen Forschungsarbeiten in diesem Zusammenhang allerdings hauptsächlich sozialstatistische, also soziodemographische und soziologische Rezipientenmerkmalen miteinbezogen und somit psychologische Merkmale im engeren Sinn stark vernachlässigt. (vgl. ebd., S. 19) Dementsprechend beschäftigen sich die meisten Mediennutzungs- bzw. -wirkungstudien fast ausschließlich mit dem Aspekt der bewussten Bedürfnisse der Rezipienten und liefern damit eine sehr eingeschränkte und „reduzierte Abbildung der Individualität der Medienkonsumenten“. (Bommert, 2000, S. 12)

Persönlichkeitsorientierte Ansätze der Medienforschung versuchen hingegen verstärkt individuelle, rezipientenbezogene Fragen der Mediennutzung und -wirkung mittels psychologischer Theorien und Methoden zu untersuchen. (vgl. ebd., S. 17) Da die Interpretation, Wahrnehmung und auch Beurteilung von Medieninhalten nachweislich eng mit Persönlichkeitsdispositionen zusammenhängen, versucht die persönlichkeitsorientierte Medienforschung den Einfluss eben dieser Variablen auf die Mediennutzung und -wirkung in ihre Untersuchungen mit einzubeziehen. (vgl. ebd., S. 189) Nach Schütz kann in diesem Zusammenhang zwischen um- zu- Motiven und weil- Motiven der Mediennutzung unterschieden werden. Bei den um- zu- Motiven geht es um die Verfolgung eines bestimmten, subjektiven bzw. bewussten Handlungsziels, welches das tatsächliche Handeln motiviert. Somit sind um- zu- Motive bewusste

zielorientierte Handlungsmotive, das Handlungsziel liegt zeitlich vor dem Handeln und wird als Handlungsergebnis betrachtet, also als zukünftiger angestrebter Sachverhalt. (vgl. Schütz; Luckmann, 2003, S.292) Bei den weil- Motiven gilt das Handeln hingegen nicht mehr als Entwurf in die Zukunft, sondern vielmehr als durch vergangene Erfahrungen bedingt. Das Handeln bzw. das Handlungsziel ist also durch Einstellungen und Erfahrungen motiviert, also biographisch verankert, und im Verhalten objektiv messbar, was sie ebenfalls von den subjektiven bzw. bewussten um- zu- Motiven unterscheidet. (vgl. ebd, S. 296ff.)

Mit anderen Worten, die Nutzung bestimmter Medien und medialer Inhalte hängt nicht nur von bewussten subjektiven menschlichen Bedürfnissen und Motiven ab, sondern zu einem ganz zentralen Teil auch von psychosozialen und individuellen Eigenschaften der Rezipienten, die durch seine Biographie und vergangene Erfahrungen bestimmt sind. Dabei unterscheidet man folgende Faktoren:

1. Allgemeine soziodemographische Merkmale: in diese Gruppe gehören beispielsweise Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, Bildung oder allgemeine Interessen.
2. Soziologische Merkmale: umfassen Merkmale wie Einstellungen und Werte, Lebensstil und Geschmack, Wohnort und Region, Religion, Beruf und Einkommen oder Zeitbudget. All diese Merkmale prägen die Position einer Person in der Gesellschaft sowie das soziale Zusammenleben.
3. Psychologische Eigenschaften bzw. langfristige Persönlichkeitseigenschaften (traits): dieser Gruppe gehören beispielsweise Persönlichkeitskonzepte wie Sensation Seeking, Ängstlichkeit, Coping, Kontrollüberzeugung, Aggressivität etc. an. Diese bestimmen das Denken, Fühlen und Verhalten von Personen und sind auch nur begrenzt veränderbar bzw. wandeln sich im Laufe eines Lebens kaum grundlegend. (vgl. Schweiger, 2007, S. 232) Einige dieser Persönlichkeitsdispositionen bzw. Rezipientenmerkmale, die das Medienverhalten maßgeblich beeinflussen, sollen im nächsten Abschnitt erläutert werden.

3.1 Angst und Angstbewältigung

Im Folgenden wird das Persönlichkeitskonstrukt Angstbewältigung erläutert, wobei nach einer allgemeinen Begriffsklärung vor allem auf jene Aspekte eingegangen wird, welche in Bezug auf die Mediennutzung bzw. den Konsum von modernen amerikanischen Arztserien eine Rolle spielen (können).

3.1.1 Angst und Ängstlichkeit: Emotionaler Zustand vs. Persönlichkeitsmerkmal

Die Erforschung der Angst und den ihr zugrunde liegenden Merkmalen und Ausprägungen geht zurück auf Sigmund Freud, der bereits Ende des 19. Jahrhunderts in seinen Arbeiten über Hysterie (1893) die für die spätere Angstforschung ganz zentrale Trennung zwischen Angst als aktuellen emotionalen Zustand, auch Angstaffekt genannt, und Angst als habitualisiertes Persönlichkeitsmerkmal, auch Ängstlichkeit genannt, vornahm. (vgl. Krohne, 1996, S. 4)

In Anlehnung daran unterscheidet Spielberger in seinem in der modernen Angstforschung zentralen State- Trait- Angstmodell zwischen Angstzuständen (Zustands- Angst), als „emotionale Reaktionen, die durch subjektive, bewußte [sic!] Gefühle von Anspannung, Furcht, Nervosität und Sorge gekennzeichnet sind“ (Spielberger, 1980, S. 92) und Ängstlichkeit (Eigenschafts- Angst). Letztere bezieht sich sowohl auf individuelle Unterschiede in der generelleren Angstneigung, also in der Neigung die Welt als bedrohlich anzusehen, als auch auf die Häufigkeit, mit der Angstzustände erlebt werden. (vgl. ebd., S. 92)

Darauf basierend formulierte Krohne in seinen zentralen Arbeiten zur Angstforschung folgende Definition:

*„Die **aktuelle Angstemotion (state)** ist ein mit bestimmten Situationsveränderungen intraindividuell variierender Zustand des Organismus, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erlebnis des Bedrohtwerdens und verstärkter Besorgnis gekennzeichnet ist.“*
(Krohne, 1996, S. 8)

*„Das **Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit (trait)** bezeichnet die intraindividuell relativ stabile, aber interindividuell variierende Tendenz, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und hierauf mit einem erhöhten Angstzustand zu reagieren.“ (Krohne, 1996, S. 9)*

Die Angst als aktueller subjektiv erlebter Gefühlszustand kann durch verschiedene interne und/oder externe Reize ausgelöst werden. (vgl. Lazarus-Mainka, 2000, S. 13) und gilt als ein Muster aus verschiedenen Emotionen, die mit bestimmten Kognitionen und Handlungstendenzen assoziiert werden. (vgl. Krohne, 1996, S. 9) Die Entstehung dieser Angstemotion hängt vor allem von der Interpretation der vorliegenden situativen Bedingungen durch das Individuum ab. Mit anderen Worten Angst wird dann ausgelöst, wenn eine Situation vorliegt, die als gefährlich bzw. bedrohlich erlebt wird, ohne, dass man darauf angemessen reagieren kann. Dies hat zur Folge, dass versucht wird, weitere Informationen über die bedrohlichen Situations- und Verhaltensaspekte zu sammeln. (vgl., ebd.)

Ängstlichkeit hingegen kann als Persönlichkeitseigenschaft eines Individuum definiert werden, das in bestimmten bzw. in generell vielen Situationen mit Angst reagiert. (vgl. Lazarus-Mainka, 2000, S. 16) Die Angstforschung im Bereich des Persönlichkeitsmerkmals Ängstlichkeit beschäftigt sich somit vor allem mit der Unterscheidung von Ängsten nach den bestimmten sie auslösenden Umweltgegebenheiten. Hierbei können zwei grobe Teilbereiche bzw. Situationsgruppen voneinander unterschieden werden, die Angstreaktionen hervorrufen können:

1. Selbstwert- bzw. ich- bedrohende Situationen, die beispielsweise bei Prüfungen, Bewerbungsgesprächen oder ähnlichem vorliegen.
2. Physisch bedrohliche Situationen, wie man sie bei Zahnarztbesuchen, vor ärztlichen Eingriffen und dergleichen vorfindet. (vgl. Krohne, 1996, S. 11) Da sich diese Arbeit mit den Konsum von Arztserien und somit zu einem großen Teil mit medizinischen Behandlungen und ärztlichen Eingriffen beschäftigt, wird in dieser Arbeit ausschließlich auf die zweite Situationsgruppe eingegangen.

Ad 2: Angst vor physischer Verletzung

Viele Menschen reagieren in Situationen, in denen eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit vorliegt, mit Angst. Diese Form der bereichsspezifischen Ängstlichkeit umfasst eine Vielzahl von Angst auslösenden Bedingungen und Situationen, wie beispielsweise die generelle Angst vor Krankheiten, vor Schmerzen, vor der

Anästhesie und wie bereits erwähnt die Angst vor medizinischen Eingriffen und zahnärztlichen Behandlungen. Auch die Angst vor Operationen und möglichen negativen Folgen, sowie die Angst vor bedrohlichen Diagnosen gehören diesem Bereich an. (vgl. Krohne, 1996, S. 13)

3.1.2 Angstbewältigung

Die Bewältigung von Angstreaktionen, auch Coping genannt, umfasst zwei zentrale Aspekte, nämlich verstärkte Informationssuche bzw. Versuche die emotionale Erregung zu regulieren. (vgl. Krohne, 1996, S. 79)

Ausgehend davon definiert Krohne Angstbewältigung nun folgendermaßen:

„Angstbewältigung umfaßt [sic!] jene kognitiven oder verhaltensmäßigen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Bedrohungsquelle zu kontrollieren und den durch diese Quelle ausgelösten emotionalen Zustand mit seinen verschiedenen (somatischen und kognitiven) Komponenten zu regulieren.“ (Krohne, 1996, S. 80)

Mit anderen Worten es werden im Zuge der Angstbewältigung versucht Bedrohungsquellen zu kontrollieren und die dadurch verursachten emotionalen Reaktionen zu regulieren. Um dies zu erreichen wenden Menschen unterschiedliche Maßnahmen an, die auf verschiedene theoretische Ansätze und Modelle zurückgehen. Zwei davon werden im nächsten Abschnitt nun erläutert.

3.1.2.1 Das Repression- Sensitization- Konstrukt

Dieses eindimensionale Konstrukt gilt als „der ‚Stammvater‘ aller Angstbewältigungskonzepte“ (Krohne, 1996, S. 116) und erklärt bzw. erfasst zentrale defensive Angstbewältigungsdispositionen. Grundlage des Modells ist die Unterscheidung zwischen „abnormer bzw. defensiver“ und „normaler bzw. angemessener“ Angstbewältigung. (vgl. Krohne, 1996, S. 115)

Das Konstrukt geht sowohl auf eine wahrnehmungsorientierte als auch auf eine klinische Tradition zurück, nämlich auf den Personen zentrierten Ansatz in der Wahrnehmungsforschung von Brunswik (1947) und die psychoanalytischen Annahmen

zu den „Angstabwehrmechanismen“ Freuds (1926), die später in der „Hypothesen- Informations-Theorie“ der Wahrnehmung von Bruner 1951 zusammengeführt wurden. (vgl. Kohlmann, 1997, S. 23; vgl. Krohne, 1996, S. 115)

Als Resultat dieser Zusammenführung kam nun die Ansicht auf, dass alle (Wahrnehmungs-)Abwehrmechanismen auf zwei Grundformen basieren: „Angstreduzierung durch Vermeidung Gefahren bezogener Reize und Angstreduzierung durch verstärkte Aufmerksamkeit bzw. Sensibilisierung für derartige Reize.“ (Kohlmann, 1997, S. 24.). Gordon hat 1957 für dieses eindimensional- bipolare Persönlichkeitskonstrukts die Bezeichnung „Repression- Sensitization“ eingeführt. (vgl. ebd.) Diesem Konstrukt zufolge haben Menschen also eine variable Tendenz (=Disposition), mithilfe welcher Maßnahmen sie situationsübergreifend versuchen potentiell Angst auslösenden bzw. Angst besetzte Stimuli und Sachverhalten zu bewältigen: Entweder sie richten ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf diese Reize (Sensitization bzw. Sensibilisierung) oder sie wenden sie davon ab bzw. versuchen diese Reize zu vermeiden (Repression). (vgl. Krohne, 1996, S. 118)

Represser und Sensitizer zeigen aufgrund ihrer Angstbewältigungsdisposition erhebliche Unterschiede in bestimmten Verhaltensbereichen. Diese Unterschiede wurden mithilfe einer eigens dafür entwickelten Repression- Sensitization- Skala in zahlreichen empirischen Untersuchungen erfasst, wobei an einem Skalenende der bipolaren Skala die Represser und am anderen Ende die Sensibilisierer angesiedelt sind. Personen, die sich im mittleren Bereich der Datenverteilung dieser Skala befinden, werden als Nichtdefensive (also angemessene Angstbewältiger) bezeichnet. (vgl. ebd., S. 96; vgl. Krohne, 1974, S. 3f.)

Das Konstrukt und das vor allem von Byrne maßgeblich entwickelte Messinstrument (vgl. Kohlmann, 1997, S. 25) wurden in der Vergangenheit vielfach empirisch untersucht und angewandt und gilt als Basis vieler heute aktueller Angstbewältigungsmodelle und Forschungsarbeiten. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die für diese Arbeit relevanten Untersuchungen und Ergebnisse gegeben werden.

- Wahrnehmung

Haley (1974) zeigte in einer Studie Probanden Filmausschnitte mit Unfallszenen am Arbeitsplatz, die sowohl neutrale als auch negativ besetzte Elemente enthielten. Mittels Blickbewegungskamera wurde die quantitative Blickzuwendung untersucht, und ob die

Probanden ihren Blick auf das zentrale Geschehen richteten oder auf den Randbereich. In der Häufigkeit der Blickzuwendung zeigten sich keine Unterschiede zwischen Repressern und Sensitizern, jedoch unterschieden sich diese beiden Gruppen von der Gruppe der Nichtdefensiven, die generell weniger Zuwendung zeigten. In Bezug auf den Fokus des Blicks bzw. der Aufmerksamkeit ergaben sich hingegen signifikante Differenzen. So vermieden Represser bedrohliche Bildteile und richteten den Blick auf Felder außerhalb des Geschehens, Sensitizer hingegen richteten ihren Blick eben genau auf diese bedrohlichen Inhalte. (vgl. Krohne, 1996, S.122)

Eine ähnliche Untersuchung, die ebenso den Zusammenhang zwischen Repression-Sensitization und Aufmerksamkeitsfokussierung prüfte, nahm Halperin 1986 vor, indem er Probanden Dias mit neutralen Stimuli (z. B. Landschaften) und emotional erregenden Stimuli (Unfallszenen, Sexszenen, Bilder von offenen Wunden und Verletzungen) zeigte. Dabei stellte sich heraus, dass bei neutralen Stimuli keinerlei Unterschiede in der Fixierung einzelner Bildteile zwischen den einzelnen Gruppen, also Represser, Sensitizer und der Mittelgruppe der Nichtdefensiven, bestanden. Sensitizer zeigten jedoch eine signifikant stärkere Beachtung der emotional bedeutsamen Bildinhalte sowohl bei den sexuellen als auch bei den physisch bedrohlichen Bildern von Verletzungen und Wunden als die beiden anderen Gruppen. (vgl. Kohlmann, 1997, S. 25)

- Informationsverarbeitung

Krohne postuliert in seinem Modell der Informationsverarbeitung, dass diese maßgeblich durch den persönlichen Stil der Angstverarbeitung beeinflusst wird. Ausgangspunkt hierfür ist Schroders Modell der komplexen Informationsverarbeitung, das besagt, „daß [sic!] es individuelle Unterschiede bezüglich der Adaptierung und Verarbeitungsstrategie der wahrgenommenen Informationseinheiten gibt.“ (Vitouch, 2000, S. 139) Es gibt also individuelle Unterschiede bei der Informationsaufnahme, die einlaufende Reize kategorisiert und nach Dimensionen ordnet (auch Differenzierung genannt), und bei der Organisation der aufgenommenen Inhalte, im Zuge derer unterschiedliche Sichtweisen über ein und denselben Reiz erzeugt werden (auch Integration genannt). Aus der Leistungsfähigkeit dieser Komponenten ergibt sich das Niveau der Informationsverarbeitungsfähigkeit eines Individuums. (vgl. ebd., S. 145) In seinen Untersuchungen fand Krohne heraus, dass Represser auf Angst auslösende Reize mit einer Einschränkung der Differenzierungsleistung, also einer Einschränkung

der Informationsaufnahme und Reduktion der Informationssuche reagieren. Diese defensive Reaktion dient der Abwehr von unsicheren und schmerzvollen Informationen. (vgl. Krennbauer, 1990, S. 69) Sensitizer hingegen reagieren auf Gefahrensignale mit gesteigerter Aufmerksamkeit und erhöhter Informationssuche. Ziel dieser ist es, die Angst vorwegzunehmen und dadurch Kontrolle über die Gefahrensignale zu erlangen. Sensitizer zeichnen sich demnach durch eine sehr einseitige Informationssuche aus. Nichtdefensive verwenden zwar die gleichen Strategien der Angstbewältigung, können diese aber flexibel und in angepasster Form anwenden, was sich positiv sowohl auf die Informationsaufnahme als auch auf die Integration von Informationen auswirkt. (vgl., ebd.)

- Medizin- und Gesundheitsverhalten

„Krankheitssymptome stellen Gefahrenreize dar, die allerdings hinsichtlich der Bedeutung oft nicht eindeutig bestimmbar sind.“ (Krohne, 1996, S. 131) Das Repression- Sensitization- Konstrukt wurde in der Vergangenheit vielfach auf den Bereich Krankheit bzw. Gesundheitsverhalten angewandt und es zeigte sich, dass sich Sensitizer viel mehr mit Krankheitssymptomen auseinandersetzen und somit auch ein anderes Gesundheitsverhalten zeigen als Represser. Dies wurde in einer Studie von Byrne, Steinberg und Schwarz (1968) bestätigt, in der Krankenakten von Studenten ausgewertet wurden, mit dem Ergebnis, dass Sensitizer viel häufiger den Studententarzt besuchten, mehr Beschwerden hatten und auch häufiger krank waren als Represser. Auch im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung liegen ähnliche Ergebnisse vor. So fand Thelen (1969) in einer Studie heraus, dass Sensitizer einerseits häufiger psychotherapeutische Beratung aufsuchten und diese andererseits auch nicht so schnell abbrachen wie Represser. (vgl. ebd., S. 131)

Ein für diese Arbeit und Untersuchung zentraler Bereich und Bestandteil des Gesundheitsverhaltens ist die Auseinandersetzung mit Informationen über Krankheit und Gesundheit. So nahmen in einer Studie von Hill und Gardner (1980) Sensitizer beispielsweise professionelle Ratschläge zur Verringerung von Erkrankungsrisiken und Möglichkeiten zur Frühdiagnose (z. B. Lungenkrebs, Brustkrebs etc.) viel eher wahr als Represser. (vgl. ebd., S. 132)

Aufgrund der steigenden Kritik an diesem eindimensionalen Konstrukt, wird in der modernen Angstforschung kaum mehr damit gearbeitet. Hauptkritikpunkt liegt ganz klar an der relativ beliebigen Trennung der Gruppen Represser, Sensitizer und

Nichtdefensive, also den Personen, die bei der Datenverteilung im mittleren Bereich liegen, da für die Skala keine Normen vorliegen. Darüber hinaus werden bei den Personen des Mittelbereichs die erfolglosen Bewältiger missachtet und der Status der Personen dieses Mittelbereichs ist generell sehr unklar. Ein weiteres Problem ist die hohe Korrelation der R-S- Skala mit Skalen der Ängstlichkeit, was dazu führte, dass viele Autoren Ängstlichkeit und Angstbewältigung als weitgehend identisch aufgefasst haben und Repression- Sensitization oft über eine Ängstlichkeitsskala operationalisiert haben. Empirisch gesehen bedeutet dies, dass am Repressions-Pol auch niedrigängstliche und am Sensitizations- Pol hochängstliche Personen angesiedelt sind. Somit kann man anhand einer Skala nicht zwischen Repressern und Niedrigängstlichen und Sensitizern und Hochängstlichen unterscheiden. (vgl. Kohlmann, 1997, S. 26f.; vgl. Krohne, 1996, S. 133ff.)

3.1.2.2 Das Modell der Bewältigungsmodi

Dieser mehrdimensionale Ansatz, der Bewältigungsdispositionen anhand mehrerer Variablen misst, orientiert sich an den Konzepten der Informationsverarbeitung und der Person-Situation- Interaktion, wie man sie auch bei der Stressbewältigung vorfindet. Er befasst sich somit „mit der Beschreibung und Erklärung individueller Unterschiede bei der Verhaltens- und Emotionsregulation in streßinduzierten [sic!] Situationen. (vgl. Krohne, 1996, S. 143-144) Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Prozessen der Aufmerksamkeitsorientierung der Individuen, wenn diese mit Hinweisreizen auf Bedrohung konfrontiert werden (Krohne; Egloff, 1999, S. 15) Dabei spielen zwei Konzepte eine Rolle, mithilfe derer diese Aufmerksamkeitsorientierung beschrieben werden:

1. Vigilanz: Damit ist eine vermehrte und intensiviertere Aufnahme und Verarbeitung bedrohlicher Informationen gemeint.
2. Kognitive Vermeidung: Damit ist eine Abwendung der Aufmerksamkeit von bedrohungsrelevanten Informationen und Hinweisreizen gemeint.

So wird nach der Identifizierung einer Bedrohungssituation, die gekennzeichnet ist von der Anwesenheit von Gefahrenreizen und einem hohen Grad an Mehrdeutigkeit, die Aufmerksamkeit entweder auf derartige Stimuli hingelenkt oder abgewandt. (vgl. Krohne, 1996, S. 144)

Grundlage dieses Modells ist, dass Menschen nach ihrer habituellen, also zur Gewohnheit gewordenen und somit zum Charakter gehörenden Reaktion auf Bedrohungsreize bzw. ihrer Reaktion in Bedrohungssituationen unterschieden werden können. Diese Unterscheidung erfolgt auf Ebene der eben genannten Konzepte Vigilanz und kognitive Vermeidung, wobei diese zwei separate Persönlichkeitsvariablen darstellen. Die verschiedenen Ausprägungsmuster dieser beiden Variablen, also beispielsweise hohe Vigilanz und niedrige kognitive Vermeidung oder umgekehrt, werden als Bewältigungsmodi bezeichnet. (vgl. ebd.)

Die Identifizierung von Bedrohungssituation hat meist zwei Reaktionen zur Folge, nämlich das Erleben von Unsicherheit und das Erleben von emotionaler Erregung. Die habituelle Tendenz entweder vigilante oder kognitiv vermeidende Strategien in Bedrohungssituationen einzusetzen, werden bei diesem Modell mithilfe der beiden Komponenten Intoleranz gegenüber Unsicherheit und Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung erklärt. Dementsprechend unterscheiden sich Personen im Grad ihrer Toleranz für Unsicherheit bzw. emotionaler Erregung, dies führt zu einem unterschiedlichen Einsatz von Bewältigungsstrategien. So reagieren Menschen, die Unsicherheit in Bedrohungssituationen schlecht ertragen können meist mit vigilanten Bewältigungsstrategien, wohingegen Menschen, welche emotionale Erregung in Bedrohungssituationen schlecht ertragen, mit kognitiv vermeidenden Strategien. (vgl., Krohne, 1996, S. 144ff.)

Aus der Kombination der beiden Variablen Vigilanz und kognitive Vermeidung und der Komponenten Intoleranz gegenüber Unsicherheit bzw. Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung ergeben sich in Anlehnung an das Repression- Sensitization-Konstrukt nach Krohne vier verschiedene Bewältigungstypen, die nun näher beschrieben werden.

- Sensitizer

Personen, die diesem Bewältigungstypus angehören versuchen stets negative Überraschungen zu vermeiden und wenden sich deshalb bedrohungsrelevanten Informationen zu, um diese zu überwachen und ein kognitives Schema der zu erwartenden Gefährdung zu konstruieren (konsistente Überwachung). Der emotionalen Erregung, die durch diese Zuwendung intensiviert wird, stehen Sensitizer eher unempfindlich gegenüber. Sie zeichnen sich also durch hohe Intoleranz gegenüber Unsicherheit und niedriger Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung aus und

versuchen stets die Unsicherheit zu reduzieren. Damit zeigen sie hohe Werte bei der Persönlichkeitsvariabel Vigilanz und niedrige bei der kognitiven Vermeidung. (vgl. Krohne, 1996, S. 146)

- Represser

Auf die emotionale Erregung, die durch die Wahrnehmung bedrohungsrelevanten Stimuli entsteht, reagieren Represser hingegen sehr empfindlich. Ihre Reaktion auf derartige Stimuli besteht darin, dass sie versuchen diese möglichst nicht zu beachten und sie konsistent zu vermeiden, das heißt sich gegen die erregungsinduzierten Stimuli abzuschirmen (konsistente Vermeider). (vgl. Krohne; Egloff, 1999, S. 16). Die Unsicherheiten, die durch Nichtbeachtung der bedrohungsrelevanten Stimuli eventuell entstehen, bereiten den Repressern keine Probleme und stellen somit keine Belastung dar. Represser zeichnen sich also durch niedrige Intoleranz gegenüber Unsicherheit und hohe Intoleranz gegenüber emotionaler Erregung aus. Sie zeigen im Gegensatz zu den Sensitizern niedrige Vigilanz-Werte und hohe Werte bei der Variabel kognitiven Vermeidung. (vgl. Krohne, 1996, S. 147)

- Nichtdefensive

Personen, die niedrige Intoleranz sowohl gegenüber Unsicherheit als auch gegenüber emotionaler Erregung zeigen, können in bedrohungsrelevanten Situationen spezifische Bewältigungsstrategien auswählen und besitzen somit ein großes Repertoire an Bewältigungsstrategien, „aus dem sie flexibel das in der jeweiligen Situation passende Verhalten auswählen. Somit zeigen sie niedrige Werte bei beiden Persönlichkeitsvariablen. (vgl. Krohne, 1996, S. 148)

- Erfolgreiche Bewältiger

Personen, die eine hohe Intoleranz sowohl gegenüber Unsicherheit also auch gegenüber emotionaler Erregung zeigen, greifen meist sehr unsystematisch sowohl auf vigilante als auch auf kognitiv vermeidende Bewältigungsstrategien zurück. Weil aber hohe emotionale Erregung und Unsicherheit nicht gleichzeitig regulierbar sind, stehen sie meist vor einem Dilemma, da die Zuwendung zu den bedrohungsrelevanten Stimuli die emotionale Erregung bis ins Unerträgliche erhöht und die Abkehr davon die Unsicherheit noch zusätzlich verstärkt. Aus diesem Grund werden Personen dieser

Gruppe auch erfolglose Bewältiger oder Hochhängstliche genannt. Sie zeigen sowohl hohe Vigilanz- Werte als auch hohe Werte der kognitiven Vermeidung. (vgl. ebd.)

3.1.3 Das Fernsehverhalten von Repressern und Sensitizern

Vitouch hat in seinen Arbeiten zum Thema Angstbewältigung und Fernsehkonsum ebenso wie Krohne einen Zusammenhang zwischen Angstbewältigungsstil und Informationsverarbeitung nachgewiesen. (vgl. Vitouch, 2000, S. 138) Die Informationsverarbeitungsfähigkeit und die persönliche Form der Angstbewältigung haben Einfluss auf den Konsum, die Auswahl von Fernsehprogrammen und Filmen und auch auf die Art der Auseinandersetzung mit den medialen Inhalten. (vgl. ebd., S. 177) Diese spezifische Mediennutzung hat eine verstärkende Rückwirkung auf den Rezipienten und ist zentraler Inhalt seines „Interaktiven Kompensations- und Verstärkungsmodells“. (vgl. ebd., S. 173) In diesem Modell postuliert Vitouch, dass Represser vermehrt „Heile- Welt“- Sendungen und Unterhaltung konsumieren, um damit die sie ängstigende Umwelt zu kompensieren. Ihre Angstbewältigungsstrategie besteht, wie bereits erwähnt, darin, Gefahren- und Angstreize zu vermeiden bzw. zu unterdrücken, dies führt zu einer geringeren Informationsaufnahme und dementsprechend zu einer Abkehr von bestimmten Fernsehprogrammen wie beispielsweise Nachrichten. Sie verarbeiten Informationen also auf einem sehr simplen konzeptuellen Niveau und bevorzugen fiktionale Unterhaltungsprogramme, die von Form und Inhalt her eher stereotyp sind, wenn dies der Fall ist wenden sie sich auch spannenden Unterhaltungsprogrammen zu. Diese Vermeidung der Konfrontation mit Gefahren- und Angstreizen führt jedoch zwangsläufig dazu, dass „beim Auftauchen realer (oder medial vermittelter realer) Bedrohung keine Verhaltenssequenzen zur Verfügung stehen, was in der aktuellen Situation zu Hilflosigkeitserlebnissen führen muss.“ (Vitouch, 2000, S. 180) Dies führt wiederum zu einer weiteren Verstärkung dieses Nutzungsverhaltens, da die fiktionalen Angstvermeidungsangebote des Fernsehens verstärkt zur Kompensation herangezogen werden.

Der Angstbewältigungsstil der Sensitizer ist hingegen mit einer verstärkten Zuwendung und Suche nach Gefahren- und Angstreizen verbunden, wobei auch hier die Informationsverarbeitung auf simplem konzeptuellem Niveau erfolgt. Sensibilisierer zeichnen sich dementsprechend zwar durch eine besondere Aufmerksamkeit für Nachrichten aus, bevorzugen jedoch so genannten „human interest“ Nachrichten, die

negative Inhalte in Form von sensationeller Aufmachung und somit auf einfachem konzeptuellem Niveau vermitteln. Ihre Vorliebe für Gefahren- und Angstreize zeigt sich auch im fiktiven Unterhaltungsbereich und sie konsumieren vermehrt Thriller oder Krimis, die ebenso zu klischeehaften Inhalten tendieren. Bevorzugte Fernsehprogramme der Sensibilisierer sind demzufolge sensationelle Nachrichten, „human interest stories“, Lebenshilfesendungen und spannende, klischeehafte Unterhaltung. Dieses Fernsehverhalten führt bei ängstlichen Menschen ebenso zu Hilflosigkeitsgefühlen und Verstärkung der Angst, was wiederum eine Kompensation der Angst durch mediale Inhalte verstärkt. (vgl. Vitouch, 2000, S. 180-181)

3.2 Sensation Seeking

Das Persönlichkeitsmerkmal Sensation Seeking, also die Suche nach Erlebnis, spielt in Bezug auf die Mediennutzung eine zentrale Rolle und ist Gegenstand vieler Forschungsarbeiten, die sich mit der Auswahl und den spezifischen Nutzungsbedingungen medialer Produkte beschäftigen.

Der Begriff bzw. das Konstrukt „Sensation Seeking“ wurde von dem amerikanischen Wissenschaftler Marvin Zuckerman (1994) erstmals thematisiert und wird allgemein definiert als ‘...the seeking of varied, novel, complex and intense sensations and experiences, and the willingness to take risks for the sake of such experience.’ (Zuckerman, 1994, zit. nach Zuckerman, 2006, S. 367)

Zuckerman hat dieses Persönlichkeitsmerkmal mithilfe seiner Sensation- Seeking-Scale (SSS) in zahlreichen Studien untersucht. Dabei hat er es in Bezug zu Aktivitäten wie Sport, soziale Interaktionen, Aggression, schnelles Autofahren, Zuwendung zu Drogen und Alkohol und Sex gestellt und Unterschiede zwischen High, Medium und Low Sensation Seekern herausgearbeitet. (vgl. Zuckerman, 2007, S. 65) High Sensation Seeker sind Personen, die nach intensiven und stark erregenden Erlebnissen suchen, während Low Sensation Seeker stark erregende Reize und Situation eher vermeiden. Sie nehmen diese als bedrohlich wahr weil sie ihre inneren Kontrollmöglichkeiten überschreiten könnten. (vgl. Grimm, 2006, S. 43)

In Bezug auf die Mediennutzung, welche eine gänzliche andere Art der Aktivität darstellt als eben genannte, hat Zuckerman die Definition von Sensation Seeking etwas abgewandelt, indem er den Teil, der sich auf das Eingehen von Risiken bezieht, wegließ, da es sich bei der Mediennutzung hauptsächlich um Sinneserfahrungen und -

erlebnisse handelt. (vgl. Zuckerman, 2006, S. S. 372) So trägt beispielsweise das Ansehen von pornographischen Filmen oder Gewaltfilmen kein Risiko in sich, das Betreiben von Extremsportarten, der Konsum von Alkohol oder Drogen oder ungeschützter Geschlechtsverkehr hingegen ein sehr großes. (vgl. Zuckerman, 2007, S. 49)

Ausgehend von dieser Definition hat Zuckerman das Persönlichkeitsmerkmal Sensation Seeking in Bezug zu subjektiven Präferenzen auf den Gebieten Film und Fernsehen gesetzt. (vgl. Zuckerman, 2006, S. 372) Diese beiden Medien weisen generell ein großes Potential in Bezug auf die Hinwendung zum Geschehen und die emotionale Erregung der Rezipienten auf, da sowohl der Seh- als auch der Gehörsinn an der Verarbeitung des Gesehenen beteiligt sind. Dies erzeugt auch eine Unmittelbarkeit der Erfahrung und der Erlebnisse. (vgl. Zuckerman, 2006, S. 373) Vor allem die Genres Horror, Sex, Action, Gewalt, die heutzutage nicht mehr nur im Kino sondern (in meist abgeschwächter Form) auch im Fernsehen zu sehen sind, wurden und sind nach wie vor Inhalt zahlreicher Sensation Seeking- Studien, wobei hier lediglich die wichtigsten angeführt werden können.

Schierman und Rowland (1985) haben Collegestudenten zu ihrer Hinwendung zu verschiedenen Unterhaltungsangeboten befragt. Daneben wurde mithilfe der von Zuckerman entwickelten Sensation- Seeking- Skala gemessen, ob eine Person der Gruppe der High, Medium oder Low Sensation Seekern angehört. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass je höher ihr Sensation Seeking Wert war, desto größer war das Interesse an Porno-/Sexfilmen bei Frauen und pornographischen Magazinen bei Männern. (vgl. Zuckerman, 2006, 373) In einer ebenfalls von Schierman und Rowland durchgeführten Laborsituation, in der unter verschiedenen Fernsehprogrammen gewählt werden konnte, stellte sich außerdem heraus, dass High Sensation Seeker, egal welchen Geschlechts, Actionfilme allen anderen Programmen vorzogen. (vgl. ebd., S. 374)

Einen positiven Zusammenhang zwischen High Sensation Seeking und Vorliebe für pornographische Filme zeigte auch eine Reihe anderer Studien, wie beispielsweise die von Zuckerman und Little aus dem Jahr 1986. Hier zeigte sich darüber hinaus, dass High Sensation Seeker an medialen Produkten wie Musicals und Romantik-/Liebesfilmen wenig bzw. kein Interesse zeigten. Außerdem konnten sie nachweisen, dass High Sensation Seeker eine größere allgemeine Neugier in Bezug auf sexuelle

und auch morbide Ereignisse haben und somit auch mehr Interesse an Porno- und Horror- Slasher- Filmen zeigen. (vgl. ebd., S. 375)

Analog belegten auch einige Studien aus den Neunzigerjahren (Perse 1996, Aluja-Farbegat et. al. 1998), dass High Sensation Seeker eine Vorliebe für Action-, /Gewalt- und Abenteuerfilme sowie für Musikprogramme zeigen, Game- Shows hingegen eher ablehnten. (vgl. ebd., S. 374)

Zusammenfassend kann man sagen, dass High Sensation Seeker Action-, Gewalt- und Sex-/Pornofilme bzw. -serien bevorzugen, Low Sensation Seeker sehen dagegen gerne Game Shows, Sitcoms (Komödien) und romantische Filme und Serien. (vgl. Zuckerman, 2006, S. 383)

Da moderne Arzt-/Krankenhausserien, wie im nächsten Abschnitt erläutert wird, eine Mischung verschiedener Genres, von Liebes-, über Reality-, Comedy- bis hin zu Actionfilmen darstellen, spielt der Aspekt des Sensation Seeking eine ganz zentrale Rolle, sowohl in der allgemeinen Zuwendung zu diesen Serien also auch in Bezug auf die spezifische Präferenz der Serien dieses Genres.

3.3 Kontrollerwartungen

Menschen haben ein allgemeines Bedürfnis nach Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit, um sich in der komplexen Welt zu orientieren. Aus diesem Grund werden Geschehnisse und Informationen nach bestimmten Kategorien geordnet um so eine Reduktion der Umweltkomplexität zu erreichen und handlungsfähig zu werden. (vgl. Krennbauer, 1990, S. 38) Eine Form dieser Kategorisierung ist die Ursachenzuschreibung, die zentraler Bestandteil der „Locus of Control- Theorie“ von Rotter ist.

Diese Theorie, die sich mit dem Streben der Menschen nach Kontrollausübung beschäftigt, geht zurück auf Rotters „Soziale Lerntheorie“. Hier spielt die Verknüpfung der Elemente Verhaltensweisen, Erwartungen, Verstärkungen und psychologische Situationen eine wichtige Rolle. Eine zentrale Annahme dieser Erwartungs-Wert-Theorie ist, „daß [sic!] ein Organismus, wenn er zwei Situationen als ähnlich wahrnimmt, seine Erwartungen für eine bestimmte Art von Verstärkung bzw. eine

Klasse von Verstärkungen von einer Situation auf eine andere generalisiert.“ (Rotter, 1982, S. 45) Es geht bei Rotters „Locus of Control- Theorie“ also um generalisierte Erwartungen als Größen eines generalisierten Persönlichkeitskonzepts. (vgl. Vitouch, 2000, S. 42)

Wenn ein Mensch lernt, dass sein Verhalten etwas bewirken kann und es somit in direkter Beziehung zu bestimmten Verhaltensfolgen steht, dann lernt er auch, dass er bestimmte Abläufe und Ereignisse in der Umwelt vorhersagen und kontrollieren kann. (vgl. Vitouch, 2000, S. 42) Im Laufe ihres Lebens entwickeln Menschen aus ihren Lebenserfahrungen heraus bestimmte Kontrollwahrnehmungen und auch ein Kontrollbewusstsein, wobei der Ort der Kontrolle entweder intern oder extern sein kann. (vgl. ebd., S. 42) Aus diesen generalisierten Erwartungen ergeben sich nun die beiden Pole interne und externe Kontrollüberzeugung/-erwartung.

Personen mit einer internen Kontrollüberzeugung sehen die Verstärkungen in direktem Zusammenhang mit ihrem eigenen Verhalten und sehen Merkmale ihrer eigenen Person (Fähigkeit, Begabung, Anstrengung, Fleiß etc.) als Ursache für Verhaltensfolgen. (vgl. Mielke, 1982, S. 19) Mit anderen Worten, sie haben die generalisierte Erwartung, dass sie das Auftreten oder auch Ausbleiben von Ereignissen in ihrer Umwelt mit ihrem eigenen Verhalten oder bestimmten Eigenschaften beeinflussen können (vgl. Krennbauer, 1990, S. 38) und sind davon überzeugt, sehr viele Kontrollmöglichkeiten zu haben. (vgl. Mielke, 1982, S. 21) Da sie eine systematische Beziehung zwischen ihrem Verhalten und den Verhaltensfolgen erkennen, können sie auch viel häufiger Ereignisse bzw. Verhaltensfolgen vorhersehen, die aufgrund des Verhaltens auftreten. (vgl. Mielke, 1982, S. 22)

Personen mit externer Kontrollüberzeugung hingegen sehen die Verstärkung in keinem direkten Zusammenhang mit ihrem eigenen Verhalten und vermuten die Ursachen für die Verhaltensfolgen außerhalb ihrer Person (Glück, Zufall, andere Personen). (vgl. Mielke, 1982, S. 19) Sie glauben also, dass sie das Auftreten oder Ausbleiben von Ereignissen nicht beeinflussen können (vgl. Krennbauer, 1990, S. 39) und sind davon überzeugt, dass sie sehr wenig Kontrolle ausüben können. (vgl. Mielke, 1982, S. 21) Da sie das Auftreten der Verhaltensfolgen und Ereignissen als zufällig wahrnehmen, können sie diese auch nicht sehr gut vorhersehen. (vgl. Mielke, 1982, S. 22)

Der Verlust von Kontrolle und Vorhersagbarkeit ruft bei Menschen ein Bedürfnis nach Kompensation hervor, was zu einer ganz bestimmten Mediennutzung und

Programmwahl führt, denn „Fernsehen bietet sowohl in formaler als auch in inhaltlicher Sicht Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit.“ (Krennbauer, 1990, S. 48)

Die beiden Hauptgründe dafür sind einerseits die fixen Strukturen, wie beispielsweise fixe Programmblöcke und –abfolgen, und andererseits die Programminhalte selbst.

Denn gerade Serien zeichnen sich durch einen hohen Grad an Struktur aus, da sie über einen bestimmten Zeitraum immer zur gleichen Zeit ausgestrahlt werden und einen hohen Grad an Vorhersagbarkeit und Kontrolle in Bezug auf die Handlungen und Charaktere zeigen. (vgl. Krennbauer, 1990, S. 48) Darüber hinaus unterstützen Programmzeitschriften, die das Fernsehprogramm inklusive Informationen über einzelne Sendungen und Schauspieler schon Wochen vorher preisgeben, diese fixen Strukturen und somit die Vorhersagbarkeit des Fernsehens noch zusätzlich. (vgl. ebd.)

Da Personen mit externer Kontrollüberzeugung für sie wichtige Ereignisse immer als Folge äußerer Umstände betrachten und somit nicht an eigene Handlungsmöglichkeiten bzw. Kontrollmöglichkeiten glauben, suchen sie vorgegebene, fixe Strukturen, um Vorhersagbarkeit und zumindest stellvertretende Kontrolle zu bekommen. Gerade für diese Menschen sind die Strukturen des Fernsehens und seiner Programme sehr hilfreich. Denn hier geht mit der allgemeinen Vorhersagbarkeit auch eine Informationskontrolle einher, da Inhalte immer vorangekündigt werden und so das Film- und Seriengeschehen vorhersehbar wird und den Zuschauer nicht böse überraschen kann. Aufgrund dessen ist auch eine gezielte Angstkontrolle möglich. (vgl. Krennbauer, 1990, S. 49-50) Somit sind für diese Personen stereotype, einfache Sendungen mit vorhersehbarem Inhalt besonders attraktiv. Nachrichten und Informationssendungen hingegen verstärken vielfach das Gefühl, keinen Einfluss auf wichtige Ereignisse nehmen zu können und werden dadurch vermieden. (vgl. Krennbauer, 1990, S. 50)

Menschen, die interne Controllerwartungen aufweisen, sind hingegen an differenzierten Informationen interessiert, und vielschichtige, mehrdeutige Darstellungen wirken stimulierend auf diese Gruppe, ganz im Gegensatz zu klischeehaften und stereotypen Programmen und Darstellungen. Zu den bevorzugten Programmen dieser Gruppe gehören somit Nachrichten, politische und wissenschaftliche Hintergrundinformationen und Kulturprogramme. (vgl. Vitouch, 2000, S. 183)

4 Das Seriengenre Arzt-/Krankenhausserie

Arztserien spielten bereits von Beginn des Fernsehens an eine zentrale Rolle in der medialen Unterhaltung und waren schon immer bzw. werden wahrscheinlich auch in Zukunft ein fixer Bestandteil der Serienlandschaft sein. Hierfür gibt es zwei einfache Gründe: erstens verfügt kaum ein Thema über einen so hohen Anteil an Ich-Beteiligung und Engagement wie Medizin und Gesundheit, und zweitens ist Krankheit eine ganz grundlegende Form menschlicher Probleme und wird damit immer von Interesse für die Zuseher sein. (vgl. Hurth, 2008, S. 13-14)

4.1 Arztreihe und Arztserie

Aktuelle und auch klassische Arzt-/Krankenhausserien nehmen in Anlehnung an Mikos' (1987) formaltypische Serieneinteilung hauptsächlich folgende zwei Serienformen an:

1. Die Reihe („series“ bzw. „episodic series“) erzählt einzelne Episoden aus dem Leben der Protagonisten, welche entweder durch Gemeinschaft miteinander verbunden sind oder auch als einzelne Helden bzw. Heldinnen durchs Leben gehen. Die Hauptprotagonisten und die Grundsituation sind von Folge zu Folge gleich, die einzelnen Episoden und den darin erzählten Geschichten können jedoch ganz unabhängig voneinander existieren und werden meist innerhalb einer Folge abgeschlossen. Die Organisation der Zeit ist dadurch bestimmt, dass die Folgen zwar regelmäßig in zyklischen Abständen ausgestrahlt werden, sie ist aber dem Leben der Zuschauer nicht angepasst. So ist das Vergehen der Zeit nur innerhalb der erzählten Zeit der einzelnen Episoden möglich. (vgl. Mikos, 1994, S. 137; vgl. Mikos, 1987, S. 8)
2. Die Serie („serial“) erzählt eine offene und zukunftsorientierte Geschichte, die auf Unendlichkeit angelegt ist. In Serien sind mehrere Handlungsstränge miteinander verbunden, die parallel erzählt werden, wobei die Protagonisten durch soziale und räumliche Gemeinschaft miteinander verbunden sind. In der Organisation der Zeit ist die Handlung dem Leben der Zuschauer angepasst, was bedeutet, dass auch außerhalb der erzählten Zeit in den einzelnen Folgen Zeit vergeht. Somit schließt eine neue Folge meist nicht direkt bei der vorherigen an, weil in der Zwischenzeit das Leben der Protagonisten

weitergegangen ist. Sämtliche Daily Soaps gehören beispielsweise dieser Kategorie an. (vgl. Mikos, 1994, S. 137; vgl. Mikos, 1987, S. 8)

Die dritte Serienform in Mikos' Schema, der Mehrteiler („mini-series“), der eine abgeschlossene Geschichte von Anfang bis Ende in mehreren Folgen erzählt und dessen Protagonisten nicht zwangsweise durch Gemeinschaft miteinander verbunden sind (vgl. Mikos, 1994, S. 136; vgl. Mikos, 1987, S. 8), findet heutzutage generell kaum mehr Anwendung und spielt somit in Bezug auf aktuelle Medical Dramas keine Rolle.

Eine ähnliche formaltypische Unterscheidung findet man auch bei Douglas, welche jedoch in Bezug auf moderne Arztserien zwischen Serien mit abgeschlossenen Episoden und der klassischen Fortsetzungsserie mit episodенübergreifenden Plots unterscheidet:

1. Serien mit abgeschlossenen Episoden sind gekennzeichnet durch eine fixe Hauptbesetzung, wobei in jeder Episode eine neue Geschichte erzählt wird. Es kann jedoch auch vorkommen, dass bestimmte Handlungsstränge episodенübergreifend weitergeführt werden. (vgl. Douglas, 2008, S. 15) Dieses Serienformat kommt Mikos' Begriff der Reihe bzw. „episodic series“ sehr nahe.
2. Die klassischen Fortsetzungsserie beinhaltet Handlungen und Geschichten, die sich über viele Episoden erstrecken, in deren Verlauf sich die Figuren weiterentwickeln und oft ganze Lebensgeschichten über viele hundert Stunden erzählt werden. Neben den klassischen Daily Soaps und Soap Operas gehören auch viele Serien des Abendprogramms dieser Kategorie an. (vgl. Douglas, 2008, S. 15-16) Dieser Kategorie entspricht im Allgemeinen Mikos' Definition von einer Serie.

Diese formaltypischen Einteilungen und Zuordnungen gelten jedoch lediglich als Richtlinien, denn in vielen Fällen treten Mischformen auf. (vgl. Mikos, 1994, S. 137) Moderne Serien und Reihen sind dementsprechend gekennzeichnet durch dynamische Erzählstrukturen, eine größere Zahl an Charakteren sowie multiplen Handlungssträngen, von denen einige innerhalb einer Episode abgeschlossen werden, andere sich über mehrere Episoden erstrecken. (vgl. Ndalianis, 2005, S. 96)

Mithilfe dieser Mischform, die dynamischere, offener und flexiblere Erzählstrukturen und Charakterentwicklungen erlaubt, werden dem Zuseher auch mehr Möglichkeiten

der Involvierung und Bindung an das Geschehen geliefert. (vgl. Hammond, 2005, S. 183)

Betrachtet man die in dieser Untersuchung berücksichtigten Arzt-/Krankenhausserien kann man feststellen, dass modernen Arztserien in Anlehnung an diese beiden Schemata je nach Episode sowohl Merkmale einer Reihe (series), als auch Merkmale einer Serie (serial) einnehmen können, sie stellen also eine „serialised- series form“ (Jacobs, 2003, S. 34) dar, die gekennzeichnet ist „by both the serial format of the longer story arc with open storylines and their combination with the shorter more contained plot- lines that come to an end within one episode.“ (Michael Hammond, 2005, S. 76)

4.2 Definitionen und Merkmale

Eine generelle Hilfestellung bei der Zuordnung von Serien zu einem bestimmten Genre liefern die so genannten „Katalysatoren“, die man in jeder Serie bzw. Episode findet und, die die Geschichte auf einen spannenden Höhepunkt bzw. dramatische Konflikte hinführen. Diese Handlungselemente sind bei vielen Genres im Grundschema angelegt und damit können Serien zumindest grob einem Genre zugeordnet werden. Beispiele für derartige Katalysatoren sind: ein Verbrechen geschieht, das nun aufgeklärt werden muss, ein Anwalt wird um Hilfe gebeten oder ein Verletzter/Kranker wird ins Krankenhaus oder die Arztpraxis eingeliefert. (vgl. Douglas, 2008, S. 30)

Vor allem in der älteren Serienliteratur ist eine Zuordnung von Arzt-/Krankenhausserien zum Genre Familienserie vielfach zu finden, sie stellen hier noch kein eigenständiges Seriengenre dar, sondern eine Unterkategorie eines Genres. So gehen nach Boll alle Serien in ihrer Struktur auf zwei Seriengenres zurück, nämlich Familien- oder Krimiserien (vgl. Boll, 1994, S. 51), wobei er eine Serie dann dem Genre Familienserie zuordnet, „wenn die Handlungsträger miteinander leben und/oder arbeiten und im Mittelpunkt der Handlung ihre familiären bzw. privaten und/oder beruflichen Probleme stehen.“ (Boll, 1994, S. 89) Dieser Definition zufolge können alle Arzt-/Krankenhausserien, egal welcher Herkunft, welchen Inhaltes oder Aufbaus, diesem Genre zugeordnet werden. In Anlehnung daran definiert Rossmann das Genre Arztserie als Oberbegriff für alle Serien, „in denen einer oder mehrere der Hauptprotagonisten dem Berufsstand der Ärzte oder des Pflegepersonals zuzuordnen

sind, deren dominanter räumlicher Handlungsrahmen eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus ist, [...]“ (Rossmann, 2002, S. 14) Darüber hinaus handeln diese Serien der Definition nach vom Arbeitsalltag in einer Praxis oder einem Krankenhaus, den Krankheiten und dahinter liegenden Geschichten der Patienten sowie den Konflikten des Personals. Daneben spielen die persönlichen Probleme der Patienten und des Personals ebenso eine zentrale Rolle. (vgl. Rossmann, 2002, S. 14)

Auch Mikos folgt einer ähnlichen Zuordnung wie Boll, unterscheidet allerdings in Hinblick auf seine formale Einteilung in Reihe und Serie. Seiner Definition nach werden fiktionale serielle Formate medizinischen Inhalts also entweder als Arzt-/Krankenhausreihe oder Familienserie, die Krankengeschichten beinhaltet, betitelt. (vgl. Mikos, 1994, S. 138f.)

An dieser Stelle muss man jedoch festhalten, dass sich diese frühen Definitionen und Zuordnungen auf die damals ausgestrahlten Produktionen wie „Dr. Kildare“ beziehen. Damit ist fraglich, ob die seit den 1990-ern produzierten amerikanischen Reihen/Serien- Mischformen wie „Emergency Room“ oder „Dr. House“, die viele verschiedene Genrelemente in sich vereinen, von Action-, über Krimi- bis hin zu Reality- Elementen, nach dem gleichen Schema behandelt und ebenso als Familienserien bezeichnet werden können wie ihre Serienvorgänger.

Gerade wegen des Themenschwerpunktes Medizin und Gesundheit ist dieses Seriengenre einem ständigen Wandel unterworfen und die Gestaltungs- und Handlungsspielräume sind im Laufe der Zeit immer größer geworden. Seit ihren Anfängen in den 1950-ern haben sich Arztserien stets an gesellschaftliche und auch medizinische Entwicklungen angepasst und sich damit ständig verändert und weiterentwickelt, sowohl in Bezug auf den Inhalt und dessen Darstellung, als auch auf die Form. Dies hat zur Folge, dass sich viele der neuen Serien zwar in ihrer Grundstruktur an dem alten Genre orientieren, sie werden jedoch mehr und mehr an die moderne Zeit angepasst, was auch eine Veränderung des Genres mit sich bringt. (vgl. Douglas, 2008, S. 33) So können allein schon die medizinischen Themen und Inhalte, aber auch die sozialen und gesellschaftlichen Aspekte, in modernen Arztserien mit denen der alten Serienklassiker kaum mehr verglichen werden.

4.3 Geschichtliche Entwicklung amerikanischer Arzt- und Krankhausserien

Im Folgenden sollen die Entwicklungsstufen von amerikanischen Medical Dramas kurz skizziert werden, um ein besseres Verständnis für die heute sehr populären Serien wie „ER“, „Grey’s Anatomy“ oder „Dr. House“ zu bekommen. Nach Jacobs (2003) kann die Entwicklung des Medical Drama- Genres in drei Entwicklungsstufen eingeteilt werden:

4.3.1 Die 1950-er und 1960-er

Während der 1950-er, also zur Zeit der Geburtstunde des Mediums Fernsehen, fand in den USA ein Umschwung bzw. Aufschwung im Gesundheitswesen und auch in der medizinischen Forschung statt. So ist es nicht überraschend, dass im Jahr 1954 mit „Medic“ das allererste Medical Drama ausgestrahlt wurde. (vgl. Jacobs, 2003, S. 4) Diese Serie war Wegbereiter für viele Folgeserien dieses Genres, denn es wurden zum ersten Mal Operationen und Geburten im Fernsehen gezeigt, die Statisten waren echte Ärzte und Schwestern und die Schauplätze waren sehr authentisch. (vgl. Hurth, 2008, S. 18) Dieser innovativen, ersten Krankenhausserie, welche allerdings nur ein Jahr lang ausgestrahlt wurde, folgte im Jahr 1961 das weitaus bekanntere und auch erfolgreichere Format „Dr. Kildare“, das sich thematisch stark an „Medic“ anlehnte und bis 1967 im amerikanischen Fernsehen zu sehen war. (vgl. Jacobs, 2003, S. 4)

Inhaltlich ging es den Machern dieser beiden Arztserien- Prototypen darum, den Zuschauern einerseits melodramatische Geschichten zu liefern und andererseits das Vertrauen in Mediziner und den medizinischen Fortschritt zu verstärken. (vgl. Jacobsen, 2003, S. 4) Aus diesem Grund wurden die Drehbücher von Vertretern der American Medical Association auf die Richtigkeit aller medizinischer Angaben und Behandlungen geprüft und es wurde stets darauf geachtet, dass Mediziner und ihr Beruf in einem guten Licht erschienen, sodass beim Zuschauer keine Ängste geschürt wurden. Es ging also schon bei den ersten Vertretern dieses Genres darum, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen (melo)dramatischen Elementen und dem Anspruch an medizinischer Korrektheit und Realität herzustellen (vgl. Jacobs, 2003, S. 7), was auch bei den Zuschauern auf große Resonanz stieß. So erreichte „Dr. Kildare“ bereits im Jahr 1962 eine Einschaltquote von 25,6%. (vgl. Hurth, 2008, S. 18)

Ein weiterer inhaltlich zentraler Aspekt in vielen aktuellen Medical Dramas tauchte ebenso bei „Dr. Kildare“ zum ersten Mal auf, nämlich die Darstellung eines väterlichen Verhältnisses zwischen jungen Ärzten und ihren erfahrenen Lehrern bzw. Mentoren, die als Team zusammen arbeiten. (vgl. Jacobs, 2003, S. 5) Diese Art der Beziehung kann man beispielsweise in den aktuellen Serien „Grey’s Anatomy“, „ER“, „Dr. House“ oder auch „Scrubs“ deutlich erkennen. Darüber hinaus war die Wahl der Besetzung der Ärzte schon von Beginn an von Glamour, Schönheit und Attraktivität geprägt. Denn dadurch wurde und wird das Bild des kompetenten aber auch mitfühlenden Mediziners noch um den Faktor Attraktivität erweitert, was das Vertrauen des Zuschauers in die Medizin noch weiter verstärken soll. (vgl. ebd.)

4.3.2 Die 1970-er und 1980-er

Die 1960-er und 1970-er sind in den USA gekennzeichnet durch Generationskonflikte zwischen der älteren, etablierten, und jüngeren Generation, welche zum Entstehen einer kulturellen Gegenbewegung führten. Auch der Fernsehmarkt reagierte darauf und ersetzte die hierarchische Schüler-Mentor-Beziehung zwischen den jüngeren und älteren Ärzten durch das Konzept des verstärkten gegenseitigen Respekts und der gegenseitigen Anerkennung, wobei den jüngeren Ärzten mehr Kompetenz und Selbständigkeit zugeschrieben und Vertrauen geschenkt wurde. Als Paradebeispiel kann hier die amerikanische Serie „Medical Center“ (1971) angeführt werden. Ebenfalls kennzeichnend für diese Ära ist die Thematisierung von sozialen und medizinischen Problemen, die bis dahin als Tabu und moralisch verwerflich galten, nämlich Abtreibung, Homosexualität, Vergewaltigung, Drogensucht, künstliche Befruchtung oder Geschlechtskrankheiten. (vgl. Jacobs, 2003, S. 7)

Ein wichtiger Serienvertreter dieser Zeit ist die Krankenhausserie „M*A*S*H“, die zwischen 1972 und 1983 in Amerika gedreht wurde und an der Front im Koreakrieg spielt. Diese Serie unterscheidet sich von den bisher besprochenen ganz deutlich, da sie genau genommen als Sitcom bezeichnet wird, allerdings mit einem erheblichen Maß an Sozialkritik und auch Kritik am Gesundheitswesen. Schwarzer Humor und Ironie werden hier groß geschrieben, gleichzeitig wird aber auch die Verzweiflung der Mediziner über den Kriegszustand deutlich thematisiert. (vgl. Jacobs, 2003, S. 8) Das ist auch der Grund, weshalb „M*A*S*H“ als ein wichtiger Vorläufer der heutigen

Medical Dramas gilt, denn es stehen eben nicht nur Krankheiten und medizinische Probleme alleine im Vordergrund, sondern gleichzeitig wird auch Kritik an grundlegenden Problemen der Menschen in der modernen Gesellschaft geübt. (vgl. Jacobsen, S. 9) Außerdem läutete „M*A*S*H“ eine zentrale Veränderung bezüglich der Hauptdarsteller von Krankenhausserien ein. So wird der Fokus nicht mehr nur auf einen Mediziner und dessen Erlebnisse gelegt, sondern es werden die Geschichten von dem gesamten Team einer bestimmten Krankenhausstation erzählt. Damit wurden aufgrund des Einsatzes mehrere Hauptcharaktere nun auch Geschichten aus verschiedenen Perspektiven dargestellt und komplexere Erzählstrukturen erreicht. (vgl. Jacobs, 2003, S. 9)

Einen ähnlich pessimistischen Unterton findet man auch in der in den 1980-ern berühmt gewordenen Krankenhausserie „St Elsewhere“ (1982 bis 1986), die in einem Bostoner Lehrkrankenhaus spielt und überwiegend sozialmedizinische Themen wie Aids, Homosexualität, Organspende oder Sterbehilfe behandelt. Darüber hinaus zeichnet sich diese Serie durch eine sehr explizite Darstellung von Verletzungen und Operationen aus und das medizinische Personal kämpft verstärkt mit Versagensängsten, starrer Bürokratie, Budgetkürzungen und den Konsequenzen täglicher Gewalt und anderer gesellschaftlicher Probleme. (vgl. Jacobs, 2003, S. 10) Zwei Aspekt, die ebenfalls in den neuen Medical Dramas eine entscheidende Rolle spielen.

4.3.3 Die 1990-er: Die neuen Medical Dramas

Die so genannten „new medical dramas“ (vgl. Jacobs, 2003) begannen sich Anfang der 1990-er zu etablieren, wobei 1994 als das Geburtsjahr dieses Genres gilt. In diesem Jahr wurden die beiden Serien „ER (Emergency Room)“ und „Chicago Hope“ erstmals ausgestrahlt. Während letztere 1999 wieder eingestellt wurde, feierte „Emergency Room“ weltweit enorme Erfolge bis sie schließlich 2009 zu einem Ende kam. (vgl. Jacobs, 2003, S. 11)

Das Ziel der Serienmacher war es ein jüngeres Publikum anzusprechen, nämlich vor allem die für die Werbewirtschaft entscheidende Gruppe der 20- bis 29-jährigen. (vgl. Hurth, 2008, S. 15) und um dies zu erreichen wurden Arztserien in Richtung Reality, Action und Spannung weiter entwickelt. (vgl. Hurth, 2008, S. 21) So sind diese Serien vor allem durch eine ausgewogene Mischung aus klassischen Genrelementen und

innovativen Elementen aus Action- und Reality- Formaten gekennzeichnet. „The style and address of new hospital drama had a rawness, explicitness, pace, cynism and despair [...] in their narratives. However the ‘traditional genre’ remains in play as a point of reference [...].“ (Jacobs, 2003, S. 11)

Ein Aspekt, der maßgeblich zur Entwicklung dieses Genres beitrug, war das Aufkommen der neuen Programmform „Reality TV“ in den 1990-ern. Damit etablierte sich eine Art voyeuristisches Interesse am alltäglichen Leben anderer. Die Unmittelbarkeit, Schnelligkeit und Authentizität der Ereignisse und Reaktionen begeisterte viele Zuschauer, sei es bei der Darstellung von Kriminalfällen oder Not- bzw. Unfällen. Viele Krankenhausserien haben sich dieser Entwicklung angepasst und Reality- Elemente auf ihre fiktionalen Seriengeschichten übertragen, gepaart mit Elementen des Actionfilms, wie beispielsweise actionreiche Schnitte, die zwischen medizinischen (Notfall-) Behandlungen und ruhigen Momenten der Reflexion des medizinischen Personals wechseln. Jacobs spricht hier von einem, „‘action mode’ of hospital drama“. (Jacobs, 2003, S. 13) „Combining fast-paced action with an observational- realist mode that follows workplace behaviour and the long-term character development associated with soap operas is part of the appeal of the new hospital dramas [...].“ (ebd., S. 13)

Abgesehen von der immer wichtiger werdenden medizinischen Komponente spielen in diesen neuen Serien jedoch nach wie vor melodramatische Elemente eine wichtige Rolle. Dabei geht es einerseits um medizinische Melodramen, die sich um körperliche Krisen der Patienten ansiedeln, um die Verantwortung der Ärzte für deren Körper und dessen Heilung oder auch Tod. (vgl. Hurth, 2008, S. 33) Andererseits spielen jedoch nach wie vor auch Beziehungen am Arbeitsplatz, zwischen Ärzten und Schwestern oder Patienten und Schwestern eine Rolle. Diese melodramatischen Handlungsstränge, welche eine Nähe zur Seifenoper zeigen, stellten bzw. stellen nach wie vor für viele Arztserienkritiker einen Widerspruch zum Realismus bzw. den realistischen Bestrebungen dieser Serien dar. Die Versuche des Krankenhauspersonals, Arbeits- und Privatleben im Krankenhaus getrennt zu halten und trotzdem keines davon zu vernachlässigen, liefern viel Stoff für Konflikte und Dramen, doch diese Vermischung von Arbeits- und Privatleben ist keinesfalls per se eine unrealistische Komponente, denn „workplace romance is, after all, a realistic dimension of life.“ (Jacobs, 2003, S. 116)

Zusammenfassend kann man festhalten, dass moderne Arzt-/Krankenhausserien allesamt schneller geworden sind, die Zuschauer bekommen mehr medizinische Details zu sehen sowie Dialoge voll mit medizinischem Fachvokabular. Operationen, Wunden und medizinische Behandlungen werden entweder direkt oder über einen Monitor gezeigt und es werden vielfach ethische, politische und soziale Fragen aufgeworfen. Darüber hinaus stehen Tabuthemen in diesen neuen Serien auf der Tagesordnung. (vgl. Krajweski, 2002, S. 55) Damit soll eine Entwicklung weg von dem in früheren Serien vorherrschenden melodramatischen, oftmals arztverherrlichenden hin zu einem realistisch-dokumentarischen Schwerpunkt geschafft werden. (vgl. ebd., S. 47)

Eine Serie, die als Prototyp dieser neuen Arztserien gilt, ist die bereits angesprochene Serie „ER (Emergency Room)“. Da diese Serie eine neue Arztserien- Ära einläutete und Vorbild für viele nachfolgende Serien war und immer noch ist, wird nun etwas näher auf diese eingegangen.

4.3.3.1 Emergency Room – Die Mutter aller modernen Arzt-/Krankenhausserien

Die Idee zu dieser Serie basiert auf dem Filmskript bzw. Buch namens „Five Cases“, das der Mediziner und spätere Serienschöpfer Michael Crichton bereits 1974 in Hollywood vorlegte. Darin schrieb er seine eigenen Erfahrungen als Assistenzarzt nieder und baute die Patientengeschichten ehemaliger Patienten mit ein. (vgl. Krajewski, 2002, S. 57) Nachdem das Drehbuch abgelehnt wurde, vergingen zwanzig Jahre bis er schließlich zusammen mit Steven Spielberg das Filmskript zu einem Serienpiloten umschrieb und 1994 den Stein ins Rollen brachte. Unter der kreativen Leitung von Co-Produzent John Wells entstanden zwischen 1994 und 2009 insgesamt 332 Episoden. (vgl. <http://www.imdb.com/title/tt0108757/episodes>)

Die Serie spielte von Beginn an in der Notaufnahme einer Klinik im Stadtzentrum von Chicago, das Medizinerteam bestand aus jungen Assistenzärzten und deren älteren und erfahrenen Ausbildern sowie Chef- bzw. Oberärzten. Die Serie zeichnete sich stets durch einen eher ernsten Unterton aus und im Mittelpunkt standen das medizinische Personal und in gewisser Weise auch deren Patienten, die ihnen die Möglichkeit zur Selbstreflexion und moralischen, ethischen und auch persönlichen Weiterentwicklung lieferten. (vgl. Jacobs, 2003, S. 26) Die Macher der Serie wollten mit dieser Ernsthaftigkeit erreichen, dass die Zuseher einen realistischen Blick auf medizinische

Angelegenheiten und Abläufe bekommen und keinesfalls eine Beschwichtigung dieser vermittelt wird. Michael Crichton sagte dazu über sein Drehbuch:

„ I wanted to write something that was based in reality... Something that would have a fast pace and treat medicine in a realistic way. [...] It was very focused on the doctors, not the patients – the patients came and went. [...] It was very technical, almost a quasi- documentary.“ (zit. nach Jacobs, 2003, S. 26)

Action, spektakuläre Ereignisse, menschliches und persönliches Versagen sowie eine allgemeine Ernüchterung über das Medizinwesen, charakterisieren also diese Arztserie und auch sämtliche ihrer Nachfolger. (vgl. ebd.) Mit komplizierten, vielfach tödlich verlaufenden Krankheitsbildern, die aus realen Vorlagen entstanden, schockierenden Bildern von Verletzungen und Operationen sowie einer insgesamt dramatischeren, schnelleren und actionreicheren Handlung läutete diese Serie also eine völlig neue Arztserien- Ära ein. (vgl. Hurth, 2008, S. 66)

„Emergency Room“ zeichnet sich jedoch nicht nur durch eine völlig neue Darstellung der Inhalte, sondern auch durch eine neue Form der Darstellungstechnik aus. Unkonventionelle Lichtsetzung (wie beispielsweise Leuchtstoffröhren), ein unkonventioneller Kamerastil (es wird vor allem mit Steadycams und Handkameras gearbeitet) sowie sehr schnelle Schnitte (700 bis 800 Schnitte anstelle der normalen 300 bis 400 bei einstündigen Serien) verleihen dieser Serie ein völlig neues, anderes Aussehen. (vgl. McCabe, 2005, S. 217) Gerade diese Elemente bringen den Zuseher noch näher an das actionreiche Geschehen und verleihen ihm das Gefühl mittendrin zu sein statt nur zuzusehen. (vgl. ebd.) In jeder Episode findet man mehrere Handlungsstränge sowie Mini-Szenen zwischen denen hin und her geschnitten wird und die Gespräche drehen sich zu einem Großteil um medizinische Details und Behandlungen. (vgl. McCabe, 2005, S. 218)

4.4 New Medical Dramas – moderne amerikanische Arztserien

Serien „reflektieren die Zeit, in der sie stattfinden.“ (Feil, S. 174) Dies trifft auf moderne Arztserien voll und ganz zu. Moderne Serien wie „Emergency Room“, „Dr. House“ oder „Grey’s Anatomy“ bauen auf dem klassischen Muster der Arztserien auf und ihre Protagonisten kümmern sich Woche für Woche um neue Patienten und deren Krankheiten. Sie spiegeln allerdings ganz klar das moderne Leben wider, wodurch sie

sich von den ursprünglichen Serienschemata stark entfernen mussten. (vgl. Douglas, 2008, S. 33) Dieser Bezug zur Realität führt auch dazu, dass moderne Arztserien sehr facettenreich und differenziert gestaltet sind und die einzelnen Serienvorteiler Mischungen aus verschiedenen Fernsehgenres darstellen.

Abhängig von der angesprochenen Hauptzielgruppe, der Ausstrahlungszeit der Serie oder auch der Programmgestaltung eines Fernsehsenders, weisen moderne Arztserien Merkmale von Soaps, Dokumentationen, Sitcoms, Actionserien, Familiendramen oder auch Abenteuer- oder Krimiserien/filmen auf. Dementsprechend unterschiedlich fallen auch die Klassifikations- und Definitionsversuche dieser neuen Arztseriengeneration aus. Unabhängig von der konkreten Genremischung hat Krajewski in ihrer Analyse amerikanischer, englischer und deutscher Arztserien bzw. Medical Dramas in Bezug auf die Genrevielfalt eine Basisdefinition aufgestellt, die für die Arbeit mit aktuellen Arztserien sehr sinnvoll erscheint: „Hospital series are somewhere between melodrama, soap opera and a serial format with a documentary character.“ (Krajewski, 2002, S. 49)

4.4.1 Inhaltliche und formale Merkmale

Dieser eben genannten Definition zufolge ist ein ganz zentrales Merkmal von Arzt-/Krankenhausserien der Aspekt des Dokumentarischen, und genau dieser Aspekt unterscheidet sie ganz klar von den vielen anderen Vertretern dieser Programmgestaltung. So findet man in sämtlichen Produktionen dokumentarisches Material und Inhalte in Bezug auf medizinische Geräte, Behandlungen, Entwicklungen und natürlich Krankheiten und Verletzungen. Neben diesem dokumentarischen Genrelement gibt es in jeder der Serien auch ein (melo)dramatisches Element, nämlich in den Handlungssträngen um zwischenmenschliche Beziehungen, Freundschaft, Liebe, Kollegenschaft und Arzt-Patienten-Bindung. (vgl. Krajewski, 2002, S. 46-47) Diese beiden Aspekte sind zentrale Bestandteile sämtlicher moderner Arzt- und Krankenhausserien, jedoch in unterschiedlicher Gewichtung und Ausprägung.

Das zweite Definitionsmerkmal bezieht sich auf die Nähe der Arztserien zum Genre Soap, welche sich einerseits aufgrund der melodramatischen Handlungselemente erklären lässt und sich andererseits auf eine formale Ebene bezieht. So ist ein entscheidendes Merkmal einer Soap das Vorhandensein immer weiter laufender Geschichten und Handlungsstränge, welche sich innerhalb einer bestimmten

Gemeinschaft und/oder Familie abspielen. Im Bezug auf Krankenhaus-/Arztserien besteht diese Gemeinschaft nun aus Ärzten, Krankenschwestern, Pflegern, Verwaltungsmitarbeitern, Krankenhausmanagern etc., die eine Art Soapfamilie bilden. (vgl. Hurth, 2008, S. 14; vgl. Krajewski, 2002, S.47) Im Laufe einer Staffel lernen die Zuschauer die Charaktere dieser „Familie“, deren Privatleben, Ängste sowie Stärken und Schwächen kennen, wobei den fixen und regelmäßig auftretenden Charakteren jene der Patienten gegenüber stehen, die von Episode zu Episode ausgetauscht werden. Deren Geschichten können als so genannte Mini-Dramen betrachtet werden, welche innerhalb einer einzigen Episode einen Anfang und ein Ende haben und sich nur selten über mehrere Episoden erstrecken. (vgl. Krajewski, 2002, S. 48)

Trotz dieser formalen Gemeinsamkeiten weisen moderne Arztserien jedoch inhaltlich zentrale Unterschiede zu gewöhnlichen Soaps auf, denn sie sind allein schon aufgrund der Thematik Medizin und Gesundheit schneller und auch actionreicher. So kombinieren diese Serien in ihren Handlungen „lifesaving action with real time soap conversations about personal problems.“ (Krajewski, 2002, S. 50) Darüber hinaus hat, wie bereits erwähnt, jede Episode einer Serie zumindest in Bezug auf die Patientengeschichten ein bestimmtes Ende und man findet hier nicht grundsätzlich episodенübergreifende Geschichten und Handlungsstränge, was bei klassischen Soaps stets der Fall ist. (vgl. S. 48)

Inhaltlich finden sich ebenso bei allen Serien dieses Genres deutliche Parallelen: Der Zuschauer bekommt Einblicke in medizinische Fakten und Details sowie in das Arbeits- und Privatleben der Charaktere, wobei in diesem Zusammenhang meist auch sozialkritisch auf die Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals eingegangen wird. Um diesen Themen-Kern werden dann im Laufe einer Staffel Liebesgeschichten, Machtverhältnisse, Intrigen sowie politische und soziale Themen angesiedelt. (vgl. Krajewski, 2002, S. 49) Den Geschichten und Handlungssträngen, welche sich um die Patienten und deren Schicksale und Gründe für den Krankenhausaufenthalt drehen, liegen meist (Tabu)Themen wie Beziehungs- und andere familiäre Probleme, Missbrauch, Arbeitslosigkeit, Gewalt, Suizid, Vergewaltigung, Obdachlosigkeit und Drogen- oder Alkoholmissbrauch zugrunde. (vgl. ebd, S. 48; vgl. Hurth, 2008, S. 14) Diese Serien spielen inhaltlich also „with the fascination with illness and death of people in crisis.“ (Krajewski, 2002, S. 49)

Gerade die Darstellung von Tabuthemen ist ein ganz zentrales Charakteristikum von Arztserien und hängt mit der natürlichen Serenumgebung zusammen. In

Krankenhäusern, in denen Krankheiten, Verletzungen und der Tod auf der Tagesordnung stehen und somit der menschliche Körper und die menschliche Seele stets mit all ihren Schwächen dargestellt werden, fällt der Umgang mit Tabuthemen viel leichter als in anderen Seriumgebungen. (vgl. Krajewski, 2002, S. 135) So lassen sich im Krankenhausrahmen Probleme, Tabus, Grenzfälle und Voyeurismus auf einfache Art verschmelzen, denn hier landen, egal ob es sich um reale oder fiktive Krankenhäuser handelt, naturgemäß stets Kranke, Problem-Behaftete sowie Ausgestoßene. (vgl. Wilkens, 2001, S. 3) Damit können Themen wie AIDS, Geschlechtsumwandlung, Abtreibung, Sucht, Sterbehilfe oder auch sämtliche Aspekte der Sexualität problemlos angesprochen werden (vgl. Krajewski, 2002, S. 141ff) und müssen nicht wie bei anderen Serien in den Plot integriert werden, denn sie sind der Plot. (vgl. Wilkens, 2001, S. 3)

4.4.2 Beispiele moderner Arztserien

Die eben genannten inhaltlichen und formalen Charakteristika findet man in allen modernen Arztserien von „Scrubs“, über „Grey’s Anatomy“ bis hin zu „Dr. House“, jedoch in unterschiedlich starkem Ausmaß und in unterschiedlichen Genremischungen. So beschreibt die Produzentin von „Grey’s Anatomy“, Shonda Rhimes, die Serie als „eine Beziehungsstory mit medizinischem Anstrich“. (Douglas, 2008, S. 33) Auch die Serie „Nip/Tuck - Schönheit hat ihren Preis“, in der es um die Arbeit von zwei Schönheitschirurgen geht, stehen neben den medizinischen Themen zwischenmenschliche und familiäre Konflikte im Vordergrund. (vgl. ebd.) Ähnlich verhält es sich bei der Serie „Private Practice“. Anhand dieser Serien kann man also erkennen, dass sich traditionelle Arztserienelemente mit Elementen der Familienserie vermischen.

Bei der Arztserie „Emergency Room“ spielen, wie bereits erwähnt, medizinische Themen und zwischenmenschliche Beziehungen eine Rolle, wobei ersteren ein größerer Stellenwert eingeräumt wird. Diese Serie wird auch in Medizinerkreisen vielfach als sehr realistisch bezeichnet, vor allem, weil die Ärzte wenig Zeit für ihre Patienten haben. (vgl. Witzel, zit. nach Tuffs, Deutsches Ärzteblatt, 2009b), denn es werden meist fünf bis sechs medizinische Fälle pro Episode gezeigt. Aufgrund der Darstellungstechnik mit schnellen Schnitten und Handkamera beinhaltet diese Serie

neben Elementen der Familienserie auch zahlreiche Elemente des Actionfilms. (vgl. Krajewski, 2002, S. 71)

Eine etwas andere Genremischung liegt bei der Serie „Dr. House“ vor. Auch hier finden sich Elemente der klassischen Arztserie, jedoch stehen hier ganz eindeutig die medizinischen Aspekte, nämlich die medizinische Diagnostik, im Vordergrund. Dr. House und sein Team versuchen in jeder Episode anhand spezieller Untersuchungsmethoden medizinisch knifflige und außergewöhnliche Fälle zu lösen. (vgl. Douglas, 2008, S. 35) Diese Serie findet in Medizinerkreisen sehr großen Anklang, so bezeichnet beispielsweise der Marburger Kardiologe Prof. Dr. Jürgen Schäfer Dr. House als einen ausgezeichneten Diagnostiker und bietet seinen Studenten sogar Dr. House- Seminare an, in welchen die in der Serie thematisierten Diagnosen diskutiert werden. (vgl. Tuffs, Deutsches Ärzteblatt, 2009a) Diese Serie kann man in Gegensatz zu den anderen Serienvertretern als eine Art medizinische Krimiserie bezeichnen. (vgl. Douglas, 2008, S. 35)

Alle eben genannten Serien haben eine Episodenlänge von circa 45 Minuten und werden entweder im Hauptabendprogramm oder im Nachtprogramm ausgestrahlt. „Scrubs“ hält innerhalb der in dieser Arbeit thematisierten Arztserien eine Sonderposition inne, einerseits wegen der kürzeren Episodenlänge von 25 Minuten und wegen der früheren Ausstrahlungszeit im Vorabendprogramm, andererseits weil bei diesem Format eine Vermischung medizinischer und zwischenmenschlicher Themen mit dem Elementen einer Comedy- Serie vorliegt. So spielen in dieser Serie humorvolle Darstellungen des Krankenhausalltags eine zentrale Rolle. Humor stellt jedoch nicht von vornherein einen Widerspruch zu den ernstesten, medizinischen Themen und Aspekten der Serie dar, vielmehr erfüllen die humorvollen Handlungsstränge, Szenen oder Sätze einen ganz bestimmten Zweck, nämlich „of literally relieving the audience from the tension created by the ‚serious‘ topics, cases around critical illnesses, unbearable fates and bloody accidents.“ (Krajewski, 2002, S. 163). Darüber hinaus wird in dieser Serie, zwar mit humoristischem Unterton, aufgezeigt, „[...] mit welchen Problemen medizinische Anfänger zu kämpfen haben.“ (Witzel, zit. nach Tuffs, Ärzteblatt, 2009a) Außerdem kommen in dieser Serie Ich-Erzählungen in Sprüngen, Überblendungen und harte Schnitte zur Anwendung, was für eine klassische Sitcom ebenso ungewöhnlich ist. (vgl. Feil, S. 171)

4.4.3 Das Arztbild in modernen amerikanischen Arztserien

Die Art und Weise, wie Mediziner in den verschiedenen fiktionalen Fernsehprogrammen repräsentiert werden, ist je nach Produktionsland sehr unterschiedlich. Vor allem deutschen Produktionen, wie beispielsweise die aktuelle Krankenhausserie „In aller Freundschaft“ (ARD), orientieren sich nach wie vor stark an dem traditionellen Bild der Halbgötter in Weiß und halten an dem Mythos der Allmacht und Unfehlbarkeit einfühlsamer und kompetenter Ärzte fest, die alles für das Wohl ihrer Patienten tun, ohne Rücksicht auf eigene Verluste. (vgl. Hurth, 2008, S. 7f.)

Ein etwas anderes Arzt- Bild wird, wie bereits erwähnt, in aktuellen amerikanischen Serien wie „Emergency Room“, „Scrubs“ oder „Dr. House“ vermittelt. Darin sind die Mediziner oftmals moderne Sklaven in Weiß, die mit völliger Überlastung, monotoner Bürokratie oder maroden Sozial- und Gesundheitssystemen zu kämpfen haben. Es werden in diesen Serien also auch die unattraktiven Aspekte des Arztberufs aufgezeigt. (vgl. Hurth, 2008, S. 66) Es steht zwar nach wie vor das Wohl der Patienten im Vordergrund und die Ärzte werden ebenso großteils als einfühlsam und kompetent dargestellt, doch sie haben neben den oftmals schwierigen Arbeitsbedingungen zugleich auch mit ihren eigenen Fehlern, Schwächen und Selbstzweifel zu kämpfen. (vgl. ebd., S. 21)

4.5 New Medical Dramas im deutschen/österreichischen Fernsehen

Arztserien spielten in den letzten fünfzehn Jahren eine übergeordnete Rolle in der deutschen bzw. österreichischen Fernsehserienlandschaft, wobei das Jahr 1998 den Höhepunkt dieser Entwicklung darstellt. Bis zu fünf Stunden täglich konnte man sowohl amerikanischen als auch deutschen Ärzteteams bei ihrer Arbeit zusehen. 2007 sah die Programmlandschaft schon ganz anders aus, der Boom ist klar zurückgegangen, doch das Genre hat sich nach wie vor im Programm gehalten, wenn auch mit einigen Veränderungen. So haben sich neue Genretypen etabliert, die sich auf bestimmte medizinische Bereiche spezialisiert haben, um sich so vom bestehenden Arztserienangebot abzusetzen, die Schönheitschirurgenserie „Nip/Tuck“ ist ein Beispiel dafür aber auch die Serie „Scrubs“, die erstmals das Genre Comedy mit einbezieht. (vgl. Hurth, 2008, S. 13) Diese Veränderungen gehen auch mit einem Wandel der Zielgruppe einher. Während klassische Vertreter des Genres hauptsächlich Frauen

mittleren Alters ansprechen, versuchen die Produktionen ab den 1990-ern ein jüngeres Publikum sowie Männer und Frauen gleichsam anzusprechen. (vgl. Krajewski, 2002, S. 79)

Auch im österreichischen Fernsehen erfreuen sich amerikanische Arztserien größter Beliebtheit. So ergab eine im letzten Jahr durchgeführte Umfrage des größten österreichischen Kabelfernsehanbieters UPC zum Thema „Gesundheit im TV“ folgende Ergebnisse: 40% aller Umfrageteilnehmer sehen sich gerne ausländische Arztserien wie „Grey’s Anatomy“ oder „Emergency Room“ an, in der Gruppe der unter 30-jährigen waren es sogar 55%. Bei den Frauen gaben insgesamt 49% an, diese Serien gern anzusehen, bei den Männern waren es 32%. Im Vergleich dazu sehen sich lediglich 13% aller Umfrageteilnehmer gerne deutschsprachige Arztserien an, in der Gruppe der unter 30-jährigen liegt die Zahl bei 12%. (vgl. UPC TV-Umfrage 2008) Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Umfrage bezieht sich auf die Darstellung von operativen/chirurgischen Eingriffen im Fernsehen. Hier gaben 53% aller Befragten an, diese Eingriffe im Fernsehen zu verfolgen, 13% tun dies nur, wenn kein Blut zu sehen ist und 22% können sich diese Darstellungen gar nicht ansehen. Bei der Gruppe der unter 30-jährigen liegen die Zahlen bei 55%, 15% sowie 20%. (vgl. ebd.) Darüber hinaus gaben führten 69% der Umfrageteilnehmer an, sich Programme anzusehen, in denen Allgemeinmediziner praktische Tipps zur Behandlung von Krankheiten geben, lediglich 25% gaben an, dies nicht zu tun. In der Gruppe der unter 30-jährigen liegt die Zahl der Konsumenten derartiger Programme bei 63%, insgesamt 31% tun dies nicht. (vgl. UPC TV-Umfrage 2008) An diesen aktuellen Zahlen kann man deutlich erkennen, dass das Thema Gesundheit einen großen Stellenwert im Fernsehen hat, was nachfolgenden Einschaltquoten einiger aktueller Serien ebenso bestätigen.

4.5.1 Aktuelle Einschaltquoten

Durchschnittlich 1,52 Millionen Zuseher verfolgten die letzte Staffel der Serie „Private Practice“ auf „Pro7“, was einem Marktanteil von 11,3% bei der werberelevanten Zielgruppe der 14- 49-jährigen ausmacht. Die finale Staffel der Serie „Emergency Room“ brachte durchschnittlich 1,18 Mio. Seher mit einem Marktanteil von 5,8% bzw. 10,4% der 14- 49-jährigen. Bei dieser letzten Staffel war vor allem die letzte Folge mit 1,43 Millionen Zuseher der quotenmäßige Höhepunkt. Sie erreichte 15,9% Marktanteil in der werberelevanten Zielgruppe der 14- bis 49-jährigen.

Die letzte Staffel „Grey’s Anatomy“ verfolgten durchschnittlich 2,12 Millionen Zuseher, (7,1% MA), wobei sie mit 1,8 Millionen rund 13,9% der werberelevanten Zielgruppe erreichte. Im österreichischen Fernsehen sahen 572.000 Zuseher die letzte Folge der aktuellen Staffel von „Grey’s Anatomy“, was einem Marktanteil von 25% entspricht. (vgl. mediaresearch.orf.at) Die Comedy Serie „Scrubs“ brachte es im deutschen Fernsehen zuletzt auf einen Marktanteil zwischen 12% und 15,3% im Morgenprogramm und 16,8% und 20,7% im Nachmittagsprogramm. (vgl. www.quotenmeter.de) Im österreichischen Fernsehen lag der Marktanteil im Morgenprogramm bei rund 19%, im Vorabendprogramm bei rund 9%. (vgl. mediaresearch.orf.at) Die derzeit erfolgreichste amerikanische Arztserie ist mit Abstand jedoch „Dr. House“, dessen letzte Staffel durchschnittlich von rund 5,21 Millionen Zusehern verfolgt wurde und damit einen Marktanteil von 17,6% erreichte (30,5% MA bei den Werberelevanten). (vgl. www.quotenmeter.de; vgl. Tuffs, Deutsches Ärzteblatt 2009a)

4.6 Der Einfluss von Arztserien auf die Rezipienten

Das große Interesse an modernen Arztserien, die nicht mehr versuchen den Eindruck einer heilen Welt unfehlbarer Allround- Halbgötter in Weiß zu vermitteln, sondern den Arzt als „Mensch wie du und ich“ mit Stärken und Schwächen darstellen, wirft nun die Frage nach dem Einfluss dieser vermeintlich realistischeren Darstellungen des Gesundheitswesens und der Mediziner auf die Zuschauer und deren Arztbild auf. (vgl. Hurth, 2008, S. 50)

Während inhaltsanalytische Auswertungen von Arztserien in den Neunzigern zeigen, dass Ärzte in der Regel stark idealisiert und stereotyp dargestellt werden, die fürsorglich und einfühlsam mit den Patienten umgehen und sich durch Wissen und Macht auszeichnen, findet man in aktuellen Auswertungen ein etwas anderes, zunehmend negatives Arztbild vor. Das Verhalten der Ärzte wird oftmals in Frage gestellt und vom unangreifbaren Halb Gott in Weiß ist nicht mehr viel übrig. Diese Hinwendung zu einer realistischen Darstellung von Ärzten geht auch mit den Entwicklungen im Gesundheitssystem einher, das mit Finanznöten, Personalmangel und Bürokratismus zu kämpfen hat. (vgl. Hurth, 2008, S. 25) Dementsprechend sind überlastete Ärzte, denen Fehler passieren, die sich selbstgerecht und oft auch fragwürdig oder unmoralisch verhalten, keine Seltenheit in den modernen Arztserien.

Das Paradebeispiel hierfür ist „Dr. House“, der sowohl seinen Kollegen als auch den Patienten gegenüber meist arrogant, sarkastisch und rechthaberisch gegenübertritt und der mehr von einem Handwerker am Menschen als von einem Heiler oder Lebensberater hat. (vgl. Hurth, 2008, S. 41) Aber auch in anderen Serien, wie beispielsweise „Scrubs“, findet man derartiges Verhalten der Ärzte. Und genau dieses veränderte mediale Arztbild beeinflusst potentiell die Wahrnehmung und Bewertung von realen Ärzten sowie die Erwartungen an diese. Doch die Befürchtung, dass der Berufsstand der Ärzte darunter leidet, konnte in vielen Studien, die vor allem auf dem Kultivierungsansatz von Gerbner beruhen, entkräftigt bzw. widerlegt werden.

Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Menschen einen Großteil ihrer Erfahrungen aus der Medienwelt ziehen und dementsprechend die Realität aus medial vermittelten Botschaften rekonstruieren. (vgl. Weimann, 2000, zit. nach Rossmann, 2002, S. 41f) Dabei kommt vor allem dem Fernsehen eine bedeutende Rolle zu, denn hier verschwimmen die Grenzen zwischen Nachricht und Unterhaltung bzw. Tatsache und Fiktion zusehens, sodass fiktionale Programme als Realität interpretiert werden. (vgl. Rossmann, 2002, S. 42) Demzufolge geht die Kultivierungsforschung davon aus, dass Vielseher die Realität stärker so wahrnehmen wie sie im Fernsehen dargestellt wird als Wenigseher. Während für erstere das Fernsehen als primäre Informationsquelle dient, ziehen letztere mehrere verschiedene (mediale und auch interpersonale) Informationsquellen hinzu. (vgl. ebd.) Die Kultivierung basiert somit auf zwei Aspekten: einerseits der Schwierigkeit bei vielen fiktionalen Fernsehprogramme zwischen Realität und Fiktion zu unterscheiden und andererseits der Tatsache, dass Primärerfahrungen aus dem wirklichen Leben immer mehr durch mediale Erfahrungen ersetzt werden.

In Bezug auf Arzt-/Krankenhausserien bedeutet dies, dass die meisten Menschen bevor sie selbst ein Krankenhaus von innen gesehen und ihre eigenen Erfahrungen damit gemacht haben, dies in medialen Programmen schon hunderte Male erlebt haben. „Wie Ärzte und Krankenhäuser sind, erfahren viele Menschen vor allem aus dem Fernsehen.“ (Truffs, Deutsches Ärzteblatt 2009a) Dieses Wissen über den Krankenhausalltag aus derartigen Serien führt zu einer Illusionsbildung und zur Entstehung von Klischees. (vgl. Witzel, Deutsches Ärzteblatt 2003). Eben diese medialen Erfahrungen und Wissensbestände haben starken Einfluss auf spätere reale Arzt-/Krankenhausbesuche und rufen auch bestimmte Erwartungshaltungen an diese hervor, aufgrund des Vergleichs realer und medialer Wirklichkeit. (vgl. Witzel et al., 2008, S. 333)

Ausgehend von diesen Annahmen haben sich einige Studien mit dem Einfluss des TV-Arztbildes auf die Wahrnehmung und Beurteilung von Krankenhausbesuchen und dem Krankenhausbetrieb beschäftigt, wobei zwei davon kurz erläutert werden:

Im Rahmen einer Studie unter der Leitung von Constanze Rossmann wurden insgesamt 157 Patienten des Kreiskrankenhauses Mainburg kurz nach ihrer Aufnahme sowie kurz vor ihrer Entlassung zu ihrer Einschätzung von Krankenhausärzten und dem Krankenhauspersonal sowie zu ihrem Konsum von Arzt-/Krankenhausserien befragt. Die wichtigsten Ergebnisse daraus waren:

1. Die Vielseher bewerteten die Ärzte am Anfang ihres Krankenhausaufenthalts positiver als am Ende ihres Aufenthaltes
2. Wenigseher bewerteten das Krankenhauspersonal am Ende ihres Aufenthaltes positiver als zu Beginn.
3. Vielseher bewerteten die Ärzte und das Personal grundsätzlich positiver als Wenigseher, sie waren somit grundsätzlich zufriedener, je größer der Serienkonsum war. (vgl. Rossmann, 2002, S. 143)

Somit konnten die Befürchtungen, Arztserienkonsum könnte das reale Arztbild negativ beeinflussen entkräftet werden, denn Vielseher bewerteten die Ärzte nach ihrer Behandlung zwar negativer als zuvor, jedoch immer noch positiver als Wenigseher. (vgl. Rossmann, 2002, S. 145) Daran kann man erkennen, dass viele Patienten nach wie vor ein idealistisches Arztbild haben und somit Arztserien eher einen desillusionierenden Effekt hervorbringen, das Bild der Ärzte bzw. des Gesundheitssystems leidet darunter jedoch nicht maßgeblich. (vgl. Hurth, 2008, S. 27)

Eine Studie an der Fachhochschule Fulda, im Zuge derer 71 Krankenhauspatienten befragt wurden, kam zu ähnlichen Ergebnissen. Hier wurde die Erwartungshaltung von Patienten, die noch nie zuvor einen stationären Krankenhausaufenthalt hatten, untersucht, nämlich mittels eines Fragebogens zum Konsum von Arzt- und Krankenhausserien sowie zur Zufriedenheit mit dem pflegerischen und ärztlichen Krankenhauspersonal. Dabei stellte sich heraus, dass 65% der Patienten, die viele derartige Serien kennen oder regelmäßig verfolgen, die Zeit, die das Personal in Gesprächen für sie aufwendete nicht als ausreichend empfanden, während 65% der Patienten, die weniger Serien kennen oder nicht regelmäßig verfolgen, damit zufrieden waren. Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Studie bezieht sich auf die Einschätzung der Realitätsgehalts von Arzt-/Krankenhausserien. Diejenigen Patienten, welche die in den Serien dargestellte Wirklichkeit für wenig wahrheitsgetreu hielten, empfanden die vom Krankenhauspersonal aufgebrachte Gesprächszeit als vollkommen ausreichend.

Patienten, welche die die Serienwirklichkeit als realistisch einschätzten, hielten die Gesprächszeit für zu kurz. Damit wurde gezeigt, dass die in den Serien vermittelte Wirklichkeit mit dem realen Krankenhausalltag meist wenig zu tun hat (vgl. Witzel et al., Deutsches Ärzteblatt, 2003), was wiederum zu einer Desillusionierung seitens der Vielseher führt, denen in der Realität viel weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde, als den Patienten in Arztserien. (vgl. Hurth, 2008, S. 28)

Eine im Jahr 2008 veröffentlichte Studie der deutschen Gesellschaft für Chirurgie belegte überdies, dass Patienten, die sich oft Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen ansehen, viel größere Angst vor Operationen zeigen, als Patienten, die keine oder nur sehr selten derartige Serien ansehen. Im Zuge dieser Studie wurden an der chirurgischen Universitätsklinik Hünfeld unter der Leitung von Dr. Dr. med. Kai Witzel 162 Patienten mittels standardisierter Fragebögen kurz vor ihrem Krankenhausaufenthalt sowie am zweiten Tag nach der Operation zu ihren Fernsehgewohnheiten, zu ihrem Arzt- /Krankenhausserienkonsum bzw. ihrer Kenntnis derartiger Serien sowie zu ihrer Zufriedenheit in der Klinik und ihrem Angst- und Schmerzempfinden befragt. (vgl. Witzel et al., 2008, S. 333) Die Patienten dieser Studie waren allesamt aufgrund eines Leistenbruchs bzw. der Entfernung von Gallensteinen in der Klinik, da diese beiden operativen Eingriffe in Bezug auf Invasivität und Schmerzsymptomatik vergleichbar sind. (vgl. ebd.) Die Auswertungen dieser Fragebögen ergaben einen statistisch signifikanten Unterschied bei der präoperativen Angst zwischen Arztserienvielsehern und Patienten, die weniger bis gar keine Arztserien ansehen. So lag der durchschnittliche Angstwert der Vielseher bei 5 (auf einer Skala von 1-10), der der übrigen Patienten bei 3,31. Darüber hinaus zeigte sich auch eine signifikante Abhängigkeit des Angstniveaus von der Anzahl der den Patienten bekannten Arztserien. Damit konnte in dieser Studie ein Zusammenhang zwischen Arztserienkonsum und der Angst vor Operationen eindeutig belegt werden. (vgl. Witzel et al., 2008, S.334) Es wurde jedoch auch festgestellt, dass diese ängstlicheren Vielseher mit der Umsorgung ihrer Angst durch das medizinische Personal zufriedener waren, als die übrigen Patienten, wobei gilt, je mehr Serien die Patienten kennen, desto zufriedener waren sie. (vgl. Witzel et al., 2008, S. 335) Außerdem zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Arztserienvielsehern und den übrigen Patienten bei der Zufriedenheit mit der Visite. So waren die Wenigseher tendenziell zufriedener damit als die Vielseher, was ebenso wieder eine Desillusionierung dieser bedeutet (vgl. ebd.)

Die Angst vor Operationen ist hier also geprägt durch Kultivierung aufgrund der Rezeption von Arztserien. Dieser Zusammenhang zwischen Angstniveau und Arztserienkonsum wird in dieser Studie vor allem durch die Darstellungen operativer Eingriffe in Arztserien erklärt. Da sich mit völlig realitätsgetreuen, routinemäßigen Operationen keine Einschaltquoten erzielen lassen, nehmen derartige Eingriffe im Fernsehen fast immer einen schicksalhaften Verlauf, entweder aufgrund unvorhergesehener Komplikationen oder Fehlverhaltens seitens der Ärzte. „Wenn also seltene Realitäten wie intraoperative Komplikationen häufig gezeigt werden, so entsteht der Eindruck, sie passierten tatsächlich häufig, was zu einer Steigerung des Angstniveaus führt.“ (Witzel et al., 2008, S. 336)

Neben dem quantitativen Arztserienkonsum haben jedoch auch die spezifischen Serieninhalte Einfluss auf die Rezipienten. So haben zwei britische Studien belegt, dass Zuseher auf eine Episode der BBC-Krankenhausserie „Casualty“, in der ein Patient versucht hat, sich mit einer Überdosis Paracetamol (Schmerzmittel) das Leben zu nehmen, auf unterschiedliche Weise reagierten. Einerseits stieg die Anzahl der Patienten mit Medikamentenüberdosis um ein Fünftel an, andererseits zeigten Wissenschaftler des Barrow Hospitals in Bristol, dass die Zuseher im Vergleich zu den Nichtsehern doppelt so häufig über die Gefahren tödlicher Leberschäden durch Paracetamol informiert waren und dieses Wissen auch Monate nach Ausstrahlung dieser Folge noch präsent war. (vgl. Hurth, 2008, S. 30)

Auch die Einstellung zu bestimmten Operationen kann sich durch Arztserien verändern. So wurden bei einem Experiment am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung Hannover im Jahr 2001 insgesamt 64 Probanden vor und nach der Präsentation von Szenen aus der Serie „Schwarzwaldklinik“, welche sich mit dem Thema Organspende beschäftigen, zu ihrer Einstellung und Handlungsbereitschaft zu einer Organspende befragt. In Bezug auf das Stimulusmaterial sei gesagt, dass die gezeigten Szenen in ihrer Aussage ganz eindeutig in Richtung Pro-Organspende gingen. (vgl. Gassmann et al., 2003, S. 483f.) Die Ergebnisse dieses Experiments zeigten, dass einerseits die Einstellung zur Organspende nach der Rezeption positiver war (vgl. ebd., S. 489), und andererseits die Bereitschaft der Probanden zu einer Organspende größer war, als vor der Ausstrahlung. (vgl. ebd., S. 491) Da sich derartige Veränderungen bei einer Kontrollgruppe, welche den Film nicht sah und die beiden Fragebögen der Pretest- und Posttest- Messung lediglich in einem zeitlichen Abstand von einer Stunde ausfüllten,

nicht zeigten, können sie kausal auf die Rezeption des Filmmaterials zurückgeführt werden. (vgl. ebd., S. 491)

Eine weitere britische Studie des Norwich Union Healthcare Centers ergab, dass sich viele Patienten nach Ausstrahlung von Arztserien einbildeten, an den in den Serien gezeigten Krankheiten zu leiden und über Symptome klagen, von denen sie in der Serie gehört haben. (vgl. Hurth, 2008, S. 30)

Aus den Ergebnissen dieser Studien kann man festhalten, dass „das Arztbild in der Öffentlichkeit durch die fiktionalen Formate mitgeprägt wird“. (Hurth, 2008, S. 29) Ebenso verhält es sich mit den Erwartungen an Krankenhausaufenthalte, medizinische Eingriffe und den subjektiven Einschätzungen dieser. Da sich der Rezipient jedoch aktiv mit dem Fernsehangebot auseinandersetzt und sich Fernsehprogrammen aktiv hinwendet, müssen diese Wirkungsvermutungen von Arztserien immer auch unter Berücksichtigung der Persönlichkeitseigenschaften und individuellen Voraussetzungen der Rezipienten untersucht werden. (vgl., ebd., S. 29).

4.7 Exkurs: Die geschichtliche Entwicklung deutscher Arztserien

In Deutschland haben sich Arzt- und Krankenhausserien vor allem aus den Vorläufern in Film, Literatur und Radio entwickelt. (vgl. Rossmann, 2002, S. 14) Aufgrund der Nachkriegswehen setzte die Serienproduktion etwas später ein als in vielen anderen Ländern, sodass anfangs hauptsächlich britische und amerikanische Serien ins Programm genommen wurden.

4.7.1 Arztfilme und Arztromane der 1950-er Jahre

Viele Arztfilme der 1950-er Jahre sind geprägt von der nationalsozialistischen Vergangenheit und liefern allesamt ein extrem überhöhtes Arztbild, in dem der Arzt DIE Autoritätsperson und Vor- bzw. Leitbild schlechthin war. Ein Beispiel dafür ist die Figur des Professor Sauerbruch in dem Arztfilm „Sauerbruch- Das war mein Leben“ aus dem Jahr 1954. Es gab jedoch auch einige Filme, die nicht diesem Autoritätsanspruch folgten, so stehen in den Filmen „Dr. Holl“ (1951) oder „Roman eines Frauenarztes“

(1954) vor allem Liebesbeziehungen und Gewissenskonflikte im Vordergrund. (vgl. Rosenstein, 1998, S. 10)

Mitte der 1950-er Jahre kamen Genre-Mischungen (Heimat- und Arztfilm) sowie Genre-Varianten ins Kino, die bestimmte Arztgruppen (Chirurgen, Gynäkologen etc.) in den Mittelpunkt stellten. In diesen Filmen lag der Schwerpunkt der Handlung bereits auf den privaten Beziehungsgeschichten, wobei im Zuge dessen auch eine Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen und Problemen wie ungewollte Schwangerschaft und Abtreibung erstmals thematisiert wurden. 70% aller Arztfilme dieser Zeit hatten ein Happy End und die Liebesbeziehungen endeten meist in einer Eheschließung. (vgl. ebd., S. 11)

Neben dem Arztfilm für das Kino spielten auch Arztromane eine entscheidende Rolle in der Entwicklung von deutschen Arztserien. Diese Fortsetzungsgeschichten, die auch als Vorbilder für die meisten Kinofilme galten, wurden in Form von Heftchenliteratur angeboten und stellten eine Untergruppe des Liebesromans dar, der hauptsächlich von Frauen gelesen wurde. (vgl. ebd., S. 12) Die Arztfiguren in diesen Geschichten sind gekennzeichnet durch außergewöhnliche Attraktivität, heldenhaftes Auftreten, und übermenschliches Handeln und die sentimentalen „Heile- Welt“- Geschichten im ärztlichen Milieu endeten stets glücklich. (vgl. ebd., S. 12; vgl. Rossmann, S. 14)

4.7.2 Die deutsche Arztserie von 1960 bis heute

Der Beginn der deutschen Arztserie in den 1960-er Jahren stand grundsätzlich unter dem Einfluss der deutschen Familienserie, des Arztfilms der 50-er Jahre und des Musikfilms. (vgl. Rosenstein, 1998, S. 15) Mit „Landarzt Dr. Brock“ ging 1967 erstmals ein Humanmediziner in 26 Folgen auf Sendung. Dieser gewann mehr aufgrund seiner Rolle als guter und verständnisvoller Helfer und weniger als medizinische Größe an Autorität und seine Liebesbeziehungen standen deutlich im Vordergrund. Das Heimat-Motiv kommt in dieser Serie ganz klar zum Vorschein, damit gilt sie auch als Vorgänger für Serien wie „Der Landarzt“ oder „Der Bergdoktor“. Die erste Krankenhausserie kam 1968 mit 13 Folgen unter dem Titel „Das Hafenkrankenhaus“ ins deutsche Fernsehen und spielte im Hamburger Hafen. Auch diese Serie folgt deutlich dem „Heile- Welt“-Konzept der Vorgänger, wobei hier schon Versuche unternommen wurden,

Realitätsbezüge herzustellen und Alltagsmilieus aufzuzeigen, vor allem mithilfe von Außenaufnahmen. (vgl. ebd., S. 15; vgl. Rossmann, 1996, S. 16)

- Die 1970-er

Während sich in den USA bereits in den 1950-ern und 1960-ern viele verschiedene Genrevarianten herausbildeten, begann diese Entwicklung in Deutschland erst Anfang der 1970-er. So wurde 1971 die Reihe „Das Jahrhundert der Chirurgen“ in 19 Folgen ausgestrahlt, wobei jede Folge ein in sich geschlossenes Portrait eines herausragenden Mediziners bzw. Pioniers darstellt. Es handelt sich hierbei jedoch um keine reinen Dokumentationen, sondern die Mediziner und ihre Geschichten werden vielmehr in fiktionalisierter Form dargestellt. Diese Ärztereihe stellt ganz klar eine Trendwende in der Gestaltung von Arzt- und Krankenhausgeschichten dar und gilt als Antwort auf die Anfang der 1970-er Jahre immer lauter gewordene Forderung nach mehr Realitäts- und Alltagsnähe bzw. Problembezogenheit. Man wollte mit dieser Forderung und dem Einfluss sozialkritischer Tendenz eine Entwicklung weg von der traditionellen Heile- Welt- Ideologie der frühen Arztserien hin zu einer Reflexion sozialer Realität erreichen. (vgl. Rosenstein, 1998, S. 17) „Realitätsnähe und Problembewusstsein wurden zu zwei wichtigen Erfolgskriterien bei Arztserien, sozialkritische Tendenzen wurden zum Qualitätsmaßstab.“ (Wilkens, 2001, S. 8)

Eine Serie, die diesem neuen Typ entsprach, war die siebenteilige ZDF- Vorabendserie „Der schwarze Doktor“, welche die Erlebnisse, Probleme und Erfahrungen eines farbigen Medizinstudenten und später Arztes sowie einer koreanischen Krankenschwester in Deutschland zum Thema hatte. Hier sollte erstmals versucht werden, den „Widerspruch zwischen gemütvoller Unterhaltung und kritischer Aufklärung aufzuheben.“ (Rosenstein, 1998, S. 17) Auch die fünfteilige Produktion „Patienten“ machte es sich zum Ziel, Ärzte und deren Entscheidungen zwischen Medizin und Moral aufzuzeigen. (vgl. ebd.) Weitere Produktionen dieser Zeit waren „Der kleine Doktor“ (1973), „Der Notarztwagen“ (1975), „Nachtärzte“ (1979) oder „Schicht in Weiß“ (1982), die den Arbeitsalltag von Medizinern mit sozial relevanten Themen verknüpften. (vgl. ebd., S. 18)

- Die 1980-er

Die 1980-er Jahre sind im westdeutschen Fernsehen vor allem von einer Krankenhausserie geprägt, der „Schwarzwaldklinik“. Am 22.10.1985 wurde der Pilot zu

dieser Erfolgsserie ausgestrahlt und bis 1989 folgten 70 weitere Episoden, die einen Mix aus Arzt-/Krankenhaus-, Familien- und Heimatserie darstellen. Mit einer durchschnittlichen Einschaltquote von 60% gilt sie bis heute als die erfolgreichste Arztserie und wurde damit auch zum Inbegriff dieses Genres im deutschsprachigen Raum. Diese vielgeliebte und gleichzeitig heftig kritisierte Serie um Professor Brinkmann wurde zu einem sehr erfolgreichen Serien- Export ins Ausland, wo die Arztserien dieser Zeit (vor allem die amerikanischen und englischen) gänzlich andere inhaltliche und gestalterische Schwerpunkte setzten. (vgl. Rosenstein, 1998, 20ff.) So hat die rührselige Märchenwelt der Schwarzwaldklinik mit ihren übersichtlichen Konflikten und Handlungssträngen um meist nur einen einzigen medizinischen Fall pro Episode (vgl. Krajewski, 2002, S. 74) kaum etwas gemein mit dem im Ausland bereits vorherrschenden Anspruch an actionreicher Dramatik und Realismus. (vgl. Hurth, 2008, S. 53)

Mit der Einführung des dualen Rundfunks stieg das Angebot an Arzt- und Krankenhausserien deutlich an, vor allem bei den Sendern ARD und ZDF, wobei „die Schwarzwaldklinik“ mit ihrem Familienthema zum Vorbild vieler dieser Serien wurde. (vgl. Wilkens, 2001, S. 8) Zu den bekanntesten Serien dieser Zeit zählen „Der Landarzt“ (1986), „Praxis Bülowbogen (1987), „Freunde fürs Leben“ (1992) oder „Ärzte“ (1993). Die privaten Fernsehanstalten strahlten bis in die frühen 1990-er ausschließlich importierte Arzt- und Krankenhausserien, hauptsächlich aus England, Amerika und Australien, aus. (vgl. Hurth, 2008, S. 22)

- Die 1990-er bis heute

Im Jahr 1992 begannen nun auch die privaten Anbieter Sat1, Pro7 und RTLplus ihre Eigenproduktionen ins Programm zu nehmen, wobei den Beginn die Serie „Bergdoktor“ (1992) machte, die sehr gute Einschaltquoten erreichte. (vgl. Hurth, 2008, S. 72) Gerade diese Serie, die sich an der gleichnamigen Romanserie des Bastei-Verlags anlehnt, verknüpft in alter Tradition Elemente von Heimatfilm, Familien- und Abenteuerserie. (vgl. Rosenstein, 1998, S. 23) Auch die beiden Eigenproduktionen „Stadtklinik“ (1993) sowie „Dr. Christiane B – Notärztin im Einsatz“ (1993) lehnten sich mit ihrer Alles- wird- gut- Ideologie stark an traditionellen Mustern an. (vgl. Hurth, 2008, S. 20) Und genau das war auch Anlass zu neuerlicher Kritik an der deutschen Arztserie und brachte bei vielen Fernsehmachern die Forderung nach frischem Wind in den OP-Sälen des Fernsehens auf. (vgl. Gauer, 1993, zit. nach die Rosenstein, 1998, S. 24)

Trotz Kritik boomte dieses Genre und es kamen bis Ende der 1990-iger noch zahlreiche Produktionen auf den Fernsehmarkt, in immer neuen Genremischungen und auch unterschiedlichen Formaten von 25-minütigen Vorabendserien hin zu 90-minütigen Prime Time- Serien. Stilistisch bewegen sich die Serien von sozialkritischer, über realitätsnaher bis hin zu comedyhafter Gestaltung. Viele der neuen Serien sind erkennbar vom Reality- TV beeinflusst und setzen auf dokumentarische Stilelemente. Ein Beispiel dafür ist die Serie „OP. Schicksal im Klinikum“ (1998) (vgl. Rosenstein, 1998, S. 28)

Darüber hinaus wird in Serien wie „Alphateam“ (1997) oder „OP ruft Dr. Bruckner“ (1996) auch zusehends ein anderes Arztbild vermittelt als in den klassischen Serienvorgängern. Hier spielen keine überhöhten Arztfiguren mehr eine Rolle, sondern ihre Arbeit im Team und auch menschlichen Widersprüche und Fehler werden thematisiert. (vgl. Rosenstein, 1998, S. 28) Die medizinischen Behandlungen bekommen hier einen viel höheren Stellenwert, weshalb bei der Produktion dieser Serien nun auch medizinische Fachberater hinzugezogen werden. (vgl. ebd.) Auch diese beiden deutschen Serienvertreter setzen auf schnelle Schnitte, mehrere Handlungssträngen, dichte Geschichten und eine Notaufnahme- Atmosphäre. Damit wird nicht nur eine authentischere Darstellung der Fälle angestrebt, sondern auch verstärkt versucht das jüngere Publikum anzusprechen. (vgl. Wilkens, 2001, S. 9) Nichtsdestotrotz kommen diese deutschen Produktionen, die nur halb so viele medizinische Fälle pro Episode behandeln und auch einen viel langsameren Handlungsverlauf aufzeigen, nicht an ihre amerikanischen Vorbilder „ER“ oder „Chicago Hope“ heran. (vgl. Krajewski, 2002, S. 77f.) Auch die jüngste deutsche Arztserie „Doctor’s Dairy. Männer sind die beste Medizin“ (2008), eine Eigenproduktion der Fernsehanstalt RTL, kann dem Vergleich und den Einschaltquoten amerikanischer Vorbilder wie „Grey’s Anatomy“ nicht standhalten.

Wie man an diesem kurzen geschichtlichen Abriss erkennen kann, verlief die Entwicklung der deutschen Arztserie nicht nur zeitlich verzögert, sondern sie zeigt auch ganz andere Wurzeln (Heimattfilm, Musikfilm, Arztroman) auf als die amerikanischen Vertreter dieses Genres. Aus diesem Grund ist bei der Untersuchung von Arztserien, egal ob klassische oder aktuelle, eine Trennung zwischen amerikanischen und deutschen Produktionen von großer Bedeutung, da diese sowohl inhaltlich als auch gestalterisch große Unterschiede aufweisen.

5 Empirischer Teil

5.1 Untersuchungsdesign und Durchführung

Für die Untersuchung der forschungsleitenden Fragestellungen und Hypothesen wurde eine quantitative Befragung mittels standardisiertem Online- Fragebogen durchgeführt. Der Online- Fragebogen wurde im Erhebungszeitraum von 9. Juni bis 19. Juni 2009 über den Studenten- Mailverteiler des Instituts für Publizistik- und Kommunikationswissenschaften an alle Publizistikstudenten mit aktivem Mailaccount ausgeschildt. Es wurde im Rahmen dieser Arbeit somit eine Klumpenstichprobe aus allen Publizistikstudenten an der Universität Wien gezogen.

5.2 Fragebogendesign

Für diese quantitative Befragung wurde ein standardisierter Online- Fragebogen entwickelt, der folgende Fragen enthält:

- Soziodemographische Fragen zu Alter, Geschlecht, Familienstand, höchste abgeschlossene Bildung, Studienrichtung und medizinischer Berufserfahrung. Dieser letzte Aspekt dient dazu sicherzugehen, dass keiner der Teilnehmer im medizinischen Bereich tätig ist oder war, da dies die Ergebnisse der Untersuchung verfälschen könnte.
- Fragen zur allgemeinen Fernsehnutzung, dem allgemeinen Fernsehinteresse und Format- bzw. Genrepräferenzen.
- Fragen zu Konsum, Bewertung und Vorlieben aktueller amerikanischer Arztserien, wobei die Serien „Emergency Room“, „Dr. House“, „Grey’s Anatomy“, „Private Practice“, „Nip/Tuck“ und „Scrubs“ dezidiert hervorgehoben wurden. Der Grund für die Auswahl liegt darin, dass diese Serien zum Erhebungszeitpunkt gerade im deutschen bzw. österreichischen Fernsehen zu sehen waren und von Form und Inhalt her unterschiedliche Elemente aufweisen, wodurch sämtliche Facetten des Genres in der Untersuchung gut

abgedeckt wurden. Darüber hinaus zählen sie in Anbetracht der guten Einschaltquoten derzeit zu den erfolgreichsten Vertretern dieses Genres.

- Fragen zu den allgemeinen und speziellen Nutzungsmotiven für den Konsum von Arztserien, wobei zu jeder der vier Motivgruppen, also kognitive, affektive, soziale und Identitätsmotive, eine bestimmte Anzahl an Items abgefragt wurde. Diese Motivgruppen wurden in Anlehnung an Grimm in folgende Motivuntergruppen und Items aufgeteilt:

Kognitive Motive:

Kognitive Stimulation:

...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren

...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht

...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessieren

Kognitive Reflexion:

...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will

...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte

...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte

...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen

Affektive Motive:

Emotionale Stimulation:

...weil ich etwas Spannendes erleben möchte

...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet

Emotionale Reflexion:

...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann

...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen

...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen

...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt

...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln

Soziale Motive:

Parasoziale Interaktion:

...weil mir die Charaktere sympathisch sind

...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen

...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind

...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein

Soziale Interaktion:

...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann

Identitätsmotive:

...weil die Charaktere meine Vorbilder sind

...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann

...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere

- Fragen zur Beurteilung des Realitätsgehaltes von Arztserien sowie zu spezifischen Serieninhalten, wobei vor allem auf die beiden Aspekte medizinische Darstellungen und zwischenmenschliche Beziehungsgeschichten eingegangen wurde.
- Fragen zur eigenen Einstellung zu Krankenhaus-/Arztbesuchen, der allgemeinen Angst vor medizinischen Behandlungen sowie zum Vertrauen in Ärzte.

Sämtliche Bewertungs- und Einstellungsfragen waren anhand einer 5-stufigen Likertskala zu beantworten. Vor allem bei den Fragen zur allgemeinen Fernsehnutzung, zum Fernsehinteresse, den Formatpräferenzen und den Nutzungsmotiven wurden Erhebungsinstrumente von Grimm (vgl. Talkshow- Studie bzw. Super Nanny- Studie) herangezogen.

5.2.1 Medienpsychologische Messinstrumente

Neben dem Fragebogen zum Medien- bzw. Fernsehverhalten wurden auch medienpsychologische Messinstrumente eingesetzt, um die Persönlichkeitseigenschaften Angstbewältigungsstil, Sensation Seeking und Kontrollerwartung zu erheben.

5.2.1.1 Das Angstbewältigungs- Inventar (ABI) von Krohne und Egloff

Mithilfe dieses Inventars kann die habituelle Tendenz einer Person gemessen werden, sich bedrohungsrelevanten Stimuli entweder hinzuwenden oder sich davon abzuwenden. Das ABI misst also die im Theorieteil vorgestellten zwei Persönlichkeitsdimensionen der Angstbewältigung, nämlich Vigilanz und kognitive

Vermeidung, wobei das Inventar in zwei Untertests gegliedert ist, die unabhängig voneinander einsetzbar sind. So wird mit dem ABI-E die Angstbewältigung einer Person in selbstwertrelevanten Situationen gemessen (vor Prüfungen, einem Bewerbungsgespräch, vor einer Rede in der Öffentlichkeit, vor einer Aussprache mit dem Chef), während das ABI-P die Angstbewältigung in physisch bedrohlichen Situationen erfasst (beim Arzt- bzw. Zahnarztbesuch, im Flugzeug, als Beifahrer im Auto, auf dem Heimweg nachts). (vgl. Krohne; Egloff, 1999, S. 9) Da bei dieser Arbeit, die sich hauptsächlich mit dem Thema Medizin, Arzt-/Krankenhausbesuche und den damit verbundenen Themen Operationen bzw. Krankheiten beschäftigt, die Angstbewältigung in physisch bedrohlichen Situationen im Vordergrund steht, wird zur Erhebung ausschließlich der ABI-P eingesetzt.

5.2.1.2 Die Messung des Merkmals Sensation Seeking

Für die Erhebung dieses Merkmals wurde ein von Grimm entwickelter Fragebogen, basierend auf der Sensation- Seeking- Scale von Zuckerman, eingesetzt. Dieser misst das Merkmal Sensation Seeking mittels folgender vier Subdimensionen:

Risikosuche (Thrill and Adventure Seeking):

Diese Skala erfasst die Bereitschaft bzw. den Wunsch, im Zuge der Erlebnissuche Angst auslösende Reize aufzusuchen (vgl. Grimm, S. 43) und zwar in Bezug auf physische Aktivitäten, die außergewöhnliche Erlebnisse und Erfahrungen bieten. (vgl. Zuckerman, 2007, S. 13) Hierbei geht es also vor allem um die Bereitschaft bei gefährlichen Sportarten Risiken einzugehen, „wenn der Erregungsgewinn größer zu sein scheint als die wahrgenommene Gefährdung von Leib und Seele.“ (Grimm, 2006, S. 43) Bei der Risikosuche gilt also das Erlebnis und nicht das Risiko selbst als Belohnung für High Sensation Seeker. (vgl. Zuckermann, 2007, S. 13)

Erfahrungssuche (Experience Seeking):

Die Erfahrungssuche bezieht sich vor allem auf neue Erfahrungen „through the mind and the senses (music, art, travel) [...]“ (Zuckerman, 2007, S. 13)

Mittels dieser Skala wird konkret die Eigenschaft gemessen, bei Urlaubsreisen Unsicherheiten bewusst in Kauf zu nehmen, weil unvorhergesehene Erfahrungen dabei ermöglicht werden. Die Erfahrungssuche bzw. Erweiterung der Erfahrung hängt mit der Erforschung bzw. dem Aufsuchen von Neuem und Unbekanntem zusammen. (vgl. Grimm, 2006, S. 43)

Enthemmungsbestreben (Disinhibition):

Dieser Sensation Seeking Faktor untersucht die Tendenz einer Person mittels hedonistischen Lebensstils, wilden Parties, sexueller Abwechslung und Alkohol ungehemmter zu werden. (vgl. Zuckerman, 2007, S. 13) Hierbei wird also konkret die Neigung einer Person gemessen, sich mithilfe von Rauschmitteln (Alkohol, Nikotin) in eine gute Stimmung zu versetzen bzw. entsprechende soziale Situationen (z.B. wilde Partys) zu bevorzugen. Diese Neigung zielt auf eine Entfesselung ansonsten verschlossener Erlebnispotentiale ab. (vgl. Grimm, S. 43)

Neigung zur Langeweile/Ungeduld (Boredom Susceptibility):

Hiermit wird die Aversion gegen jede Form von Monotonie sowie die innere Unruhe, wenn man genau damit konfrontiert wird, gemessen. (vgl. Zuckerman, 2007, S. 13)

Es geht mit anderen Worten um das Ausmaß der inneren Ruhe bzw. Unruhe, das bei reizschwachen Situationen wie beispielsweise bei langweiligen Gesprächspartnern oder Filmen ohne Überraschungsmomente auftritt. Langeweile schlägt dabei in die Suche nach starken Reizen um mit dem Ziel, eine Unterschreitung eines angenehmen Erregungsniveaus zu verhindern. (vgl. Grimm, 2006, S. 43)

5.2.1.3 Die Messung internaler/externaler Kontrollerwartung

Hier wurde eine deutsche Kurzversion der IEK- Skala von Rotter nach Rost- Schaudt et al. (1978) herangezogen. Diese Kurzversion verfügt über mehrere Subskalen, von denen zwei zum Einsatz kamen:

Internale Kontrollerwartung im Alltag:

Hohe Werte auf der Skala „internale Kontrollerwartung im Alltag“ deuten darauf hin, dass die Person der Meinung ist, auf ihr Alltagsleben großen Einfluss nehmen zu können und dieses somit in hohem Maße selbst bestimmen bzw. kontrollieren zu können. (vgl. Grimm, 2006, S. 42) Niedrige Werte auf dieser Skala weisen auf das Gegenteil hin, nämlich auf eine externale Kontrollerwartung. Hier hat die Person das Gefühl, sehr wenig bis keinen Einfluss auf ihr Alltagsleben zu haben. Sie nimmt sich selbst als fremdbestimmt wahr und ihr Alltagsleben unterliegt nicht ihrer Kontrolle. (vgl. ebd.)

Internale Kontrollerwartung in der Politik:

Personen mit hohen Werten auf der Skala „internale Kontrollerwartung in der Politik“ sind der Überzeugung, auf politische Vorgänge selbst Einfluss nehmen zu können und diese somit auch in gewisser Weise kontrollieren zu können. Personen, die niedrige Werte auf dieser Skala erreichen und somit externale Kontrollerwartungen in der Politik haben, gehen hingegen davon aus, dass politische Vorgänge durch andere fremdbestimmt sind und sie selbst keinen Einfluss auf politische Angelegenheiten nehmen können. (vgl. Grimm, 2006, S. 42)

5.3 Auswertung der Daten

Zur Auswertung der Daten bzw. zur Überprüfung der Hypothesen wurde die Statistiksoftware „SPSS 15.0“ verwendet und folgende Analysemethoden eingesetzt:

Bei nominal- bzw. ordinalskalierten Variablen wurden hauptsächlich Häufigkeitsauszählungen durchgeführt bzw. Kreuztabellen mit anschließendem Chi-Quadrat- Test angewandt.

Bei intervallskalierten Variablen wurde mit Mittelwertvergleichen gearbeitet, wobei die beiden Verfahren ANOVA bzw. T-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz kamen. Im Falle von Varianzhomogenität bzw. nicht normalverteilten Variablen wurden analog dazu der Kruskal- Wallis- Test bzw. der Mann- Whitney- U-Test angewandt. Darüber hinaus wurden mehrfaktorielle univariate Varianzanalysen (Unianova, allgemeine lineare Modelle) durchgeführt, wenn der Einfluss von mehr als einer unabhängigen Variabel auf eine abhängige Variabel untersucht wurde.

5.3.1 Deskriptivstatistische Auswertungen

5.3.1.1 Sozialstatistische Stichprobenzusammensetzung

Nach Datenbereinigung beläuft sich die Gesamtstichprobe auf 360 Personen und setzt sich sozialstatistisch wie folgt zusammen:

		Total (N=360)
Geschlecht	Männlich	57 (15,8%)
	Weiblich	301 (83,6%)
	Keine Angabe	2 (0,6%)
Altersgruppen	Bis 20 Jahre	114 (31,7%)
	21 bis 30 Jahre	236 (65,6%)
	31 bis 45 Jahre	10 (2,8%)
Beruf	Student	360 (100%)
Studienrichtung	Publizistik- und Kommunikationswissenschaft	287 (79,7%)
	Andere (Theaterwissenschaft, Politikwissenschaft, Germanistik,...)	48 (13,3%)
	Keine Angabe	25 (6,9%)
Höchste abgeschlossene Schulbildung	Hauptschule	1 (0,3%)
	Matura	299 (83,1%)
	Kolleg	4 (1,1%)
	Hochschule (FH, Universität)	55 (15,3%)
	Sonstiges	1 (0,3%)
Familienstand	Single	171 (47,5%)
	In fester Partnerschaft	183 (50,8%)
	Verheiratet	5 (1,4%)
	Keine Angabe	1 (0,3%)

Tab. 1 Sozialstatistik der Stichprobe; Angaben in absoluten Zahlen bzw. Prozent

Auffallend ist die extrem unausgeglichene Geschlechterverteilung der Stichprobe. Die Gründe für dieses Ungleichgewicht können einerseits darin liegen, dass das Studienfach generell einen viel höheren Frauenanteil hat, andererseits kann es auch ein Zeichen dafür sein, dass nach wie vor Frauen die Hauptzielgruppe von Arztserien sind und der Fragebogen bzw. das Thema somit hauptsächlich Frauen angesprochen hat.

Das Altersmittel der Stichprobe liegt bei 22,4 Jahren, der Median bei 22 Jahren, wobei das Minimum bei 18, das Maximum bei 41 Jahren liegt.

Die Stichprobe setzt sich ausschließlich aus Studenten zusammen, wobei abgesehen von der Studienrichtung Publizistik- und Kommunikationswissenschaft vereinzelt auch noch andere Studienrichtungen genannt wurden. Diese wurden unter der Kategorie „andere“ subsumiert, da die Häufigkeiten der Nennungen zu gering waren, um getrennte Kategorien zu bilden. In Anlehnung an das Altersmittel und den Beruf liegt der Bildungsstand bei fast allen Teilnehmern auf Matura- bzw. auf Hochschulniveau, lediglich zwei Teilnehmer gaben anderes (Hauptschule und Sonstiges) an.

5.3.1.2 Allgemeines Fernsehnutzungsverhalten

- Durchschnittlicher täglicher Fernsehkonsum

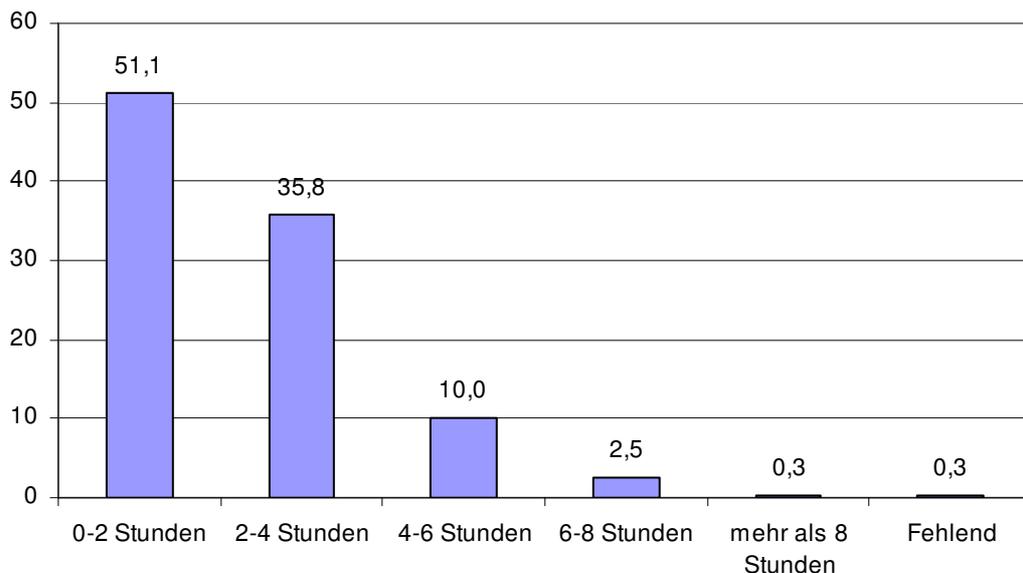


Abb. 1 Fernsehkonsum: Angaben in Prozent; N=360

Auffallend an dieser Abbildung ist der große Anteil an Personen (N= 184), welche nur 0 bis 2 Stunden pro Tag fernsehen. Bei derartigen Angaben zur durchschnittlichen täglichen Fernsehnutzung ist vermutlich jedoch der Aspekt der sozialen Erwünschtheit bei der Beantwortung der Frage stets mitzudenken und könnte durchaus ein Grund für dieses Ergebnis sein.

- Allgemeines Fernsehinteresse und Format- bzw. Genrepräferenzen

Mittel; Skala 1-5; 1=nicht interessiert, 5= sehr interessiert; N=360	m
Fernsehunterhaltung	4,0
Fernsehinformation	3,7

Tab. 2 Allgemeines Fernsehinteresse

Mittel; Skala 1-5; 1=nicht interessiert, 5=sehr interessiert; N=360; absteigend sortiert	
Fernsehformate	m
Komödiantische Spielfilme/Serien (Komödien, Sitcoms)	4,0
Dokumentationen/Reportagen	3,9
Nachrichtensendungen	3,8
Action-/Spannungsbetonte Spielfilme/Serien (Abenteuer, Thriller, Krimi, Science Fiction)	3,5
Informationssendungen (Politik, Wirtschaft, Kultur)	3,4
Romantische/Gefühlsbetonte Spielfilme/Serien (Liebe, Freundschaft, Schicksal, Familie)	3,3
Musiksendungen	3,0
Politische Diskussionsrunden/Magazinsendungen	2,9
Boulevard Magazine (z.B. Taff, High Society)	2,9
Tier- und Natursendungen	2,5
Horrorfilme/-serien (Grusel, Horror, Splatter)	2,3
Quiz-/Gameshows (z.B. Millionenshow, Wetten, dass)	2,2
Daily Soaps/Telenovelas	2,1
Sportsendungen	2,1
Sex-/Erotikfilme	2,0
Reality- Serien Soziales/Gefühl (z.B. Mitten im Leben, Bauer sucht Frau, Erste gemeinsame Wohnung)	1,9
Reality- Serien Verbrechen/Katastrophen/Rettung (z.B. Aktenzeichen XY)	1,8
Talkshows/Gerichtshows	1,4

Tab. 3 Allgemeine Format- und Genrepräferenzen

Wie man Tabelle 3 entnehmen kann sind Komödien eindeutig das beliebteste Serien-/Spielfilmgenre, gefolgt von Dokumentationen und Nachrichtensendungen. Außerdem sind action- und spannungsbetonten Serien und Filme etwas beliebter als romantische bzw. gefühlsbetonte. Somit sind unter den sieben beliebtesten Fernsehformaten drei Informationsformate und vier Unterhaltungsformate. Dies spiegelt auch das in Tabelle 2 dargestellte allgemeine Fernsehinteresse der Untersuchungsteilnehmer wider, was etwas stärker unterhaltungsgeprägt ist.

5.3.1.3 Allgemeiner Arztserienkonsum

- Quantitativer Arztserienkonsum

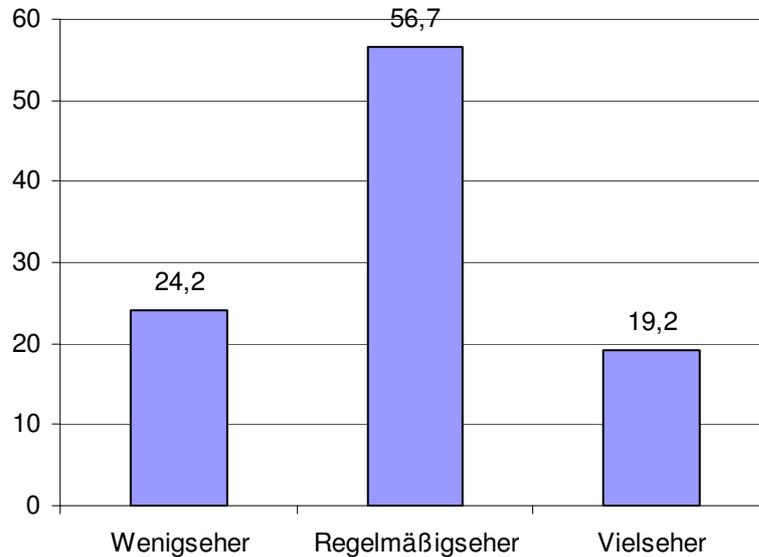


Abb. 2 Arztserienkonsum: Angaben in Prozent; N=360

Häuf; N=360	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozent	kumulierte Prozent
Wenigseher	87	24,2	24,2	24,2
Regelmäßigseher	204	56,7	56,7	80,8
Vielseher	69	19,2	19,2	100,0
Gesamt	360	100,0	100,0	

Tab. 4 Arztserienkonsum

Die Einteilung der Teilnehmer in die drei Gruppen Wenig- Regelmäßig- und Vielseher erfolgte mittels Bildung eines Summenindexes aus den Angaben des Konsums der Serien „Emergency Room“, „Dr. House“, „Grey’s Anatomy“, „Private Practice“, „Nip/Tuck“ sowie „Scrubs“. Dabei konnten die Teilnehmer 6 bis maximal 30 Punkte und somit einen Wert zwischen 1 und 5 erreichen. Die Bildung der Gruppen erfolgte nun gemäß der Antwortkategorien, wobei Teilnehmer mit einem Wert bis 1,99 der Gruppe „Wenigseher“, mit einem Wert bis 2,99 der Gruppe „Regelmäßigseher“ und mit einem Wert ab 3 Punkten der Gruppe „Vielseher“ zugeordnet wurden. Da die meisten der abgefragten Serien regulär nur einmal wöchentlich zu sehen sind, werden Personen, welche mehrere dieser Serien 2- 3-mal monatlich (entspricht Kategorie 3 der Antwortmöglichkeiten) sehen im Rahmen dieser Erhebung als Vielseher bezeichnet, Personen, welche mehrere dieser Serien einmal monatlich sehen als

Regelmäßigeher. Wenigseher sind demnach Personen, die einige dieser Serien nie und einige davon nur einmal monatlich verfolgen.

Da unter der Variable „andere“ lediglich ein Teilnehmer angab, eine andere als die im Fragebogen erwähnten aktuellen amerikanischen Arztserien anzusehen, nämlich „Chicago Hope“, wurde diese Variabel nicht in die allgemeine Berechnung des Summenindexes mit eingerechnet. Die übrigen Angaben unter dieser Variable bezogen sich hauptsächlich auf die aktuelle deutsche Arztserie „Doctor’s Diary“, welche insgesamt von 23 Personen genannt wurde, als Einzelnennung fielen die deutschen Serien „Nikola“ und „In aller Freundschaft“ sowie „Medical Investigation“, eine amerikanische Krimiserie.

- Bewertung der Arztserien

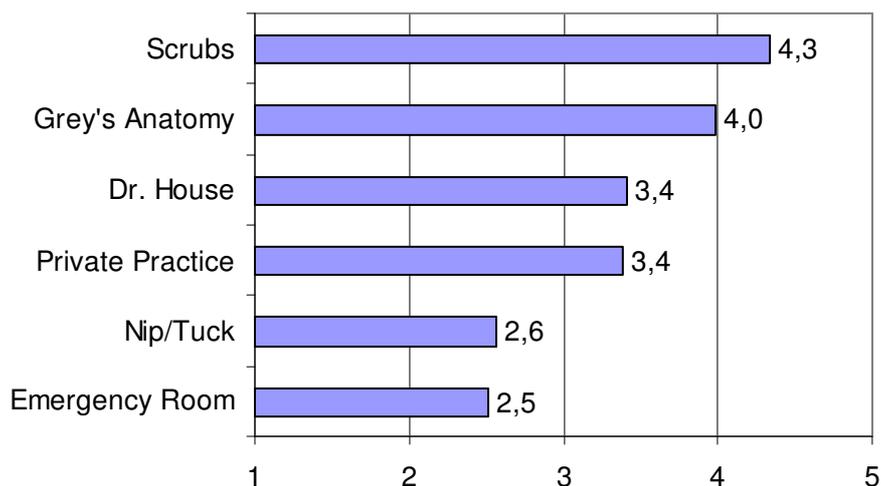


Abb. 3 Arztserienbewertung; Mittel; Skala 1-5; 1=gefällt mir nicht, 5=gefällt mir sehr gut, N=360, absteigend sortiert

Auch bei der Bewertung der einzelnen Arztserien zeichnet sich das allgemein große Interesse am Komödiengenre deutlich ab, denn die Comedy- Serie „Scrubs“ wurde mit einem Mittelwert von 4,3 von den Befragten am besten bewertet, gefolgt von „Grey’s Anatomy“ mit einem Wert von 4,0. Am schlechtesten schnitten der Arztserienklassiker „Emergency Room“ (m=2,5) sowie die Schönheitschirurgenserie „Nip/Tuck“ (m=2,6) ab. Der Quotenhit „Dr. House“ liegt mit einem Mittelwert von 3,4 nur an dritter Stelle.

- Lieblingsarztserie

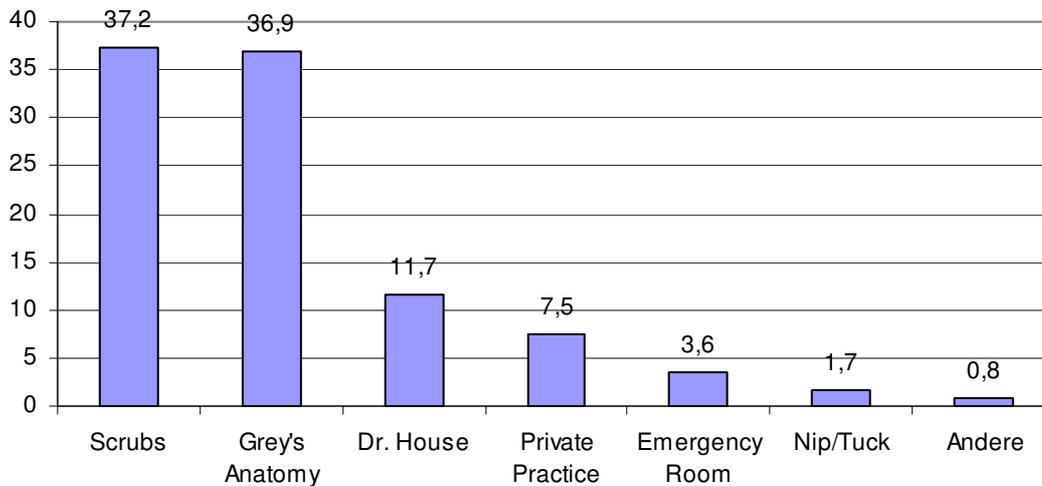


Abb. 4 Lieblingsarztserie; Angaben in absoluten Prozent; N=360

Häuf.;N=360	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozent	kumulierte Prozent
Emergency Room	13	3,6	3,6	3,6
Dr. House	42	11,7	11,7	15,4
Grey's Anatomy	133	36,9	37,2	52,5
Private Practice	27	7,5	7,5	60,1
Nip/Tuck	6	1,7	1,7	61,7
Scrubs	134	37,2	37,4	99,2
Andere:	3	0,8	0,8	100,0
Gesamt	358	99,4	100,0	
Fehlend	2	0,6		
Gesamt	360	100,0		

Tab. 5 Lieblingsarztserie

Entsprechend der guten Bewertung ist die Serie „Scrubs“ mit 134 Nennungen auch die am häufigsten genannte Lieblingsserie der Untersuchungsteilnehmer, ganz knapp gefolgt von „Grey's Anatomy“ (133 Nennungen). Am seltensten wurden wiederum die beiden Serien „Nip/Tuck“ (N=6) und „Emergency Room“ (N=13) genannt, was deren Bewertung gut widerspiegelt. Unter der Kategorie „andere“ wurde von zwei Teilnehmern die aktuelle deutsche Arztserie „Doctors Dairy“ genannt und es gab auch hier eine Nennung der Serie „Medical Investigation“.

Die Ergebnisse der Arztserienbewertung sowie der Wahl der Lieblingsarztserie spiegeln zu einem gewissen Grad auch die aktuellen Einschaltquoten der Serien wider, die bei „Emergency Room“ zuletzt eher schlecht ausfielen, bei „Scrubs“ und „Grey's Anatomy“ hingegen sehr gut waren. „Dr. House“, der derzeit die höchsten Quoten erzielt, kommt jedoch bei beiden Auswertungen nur an dritter Stelle.

5.3.1.4 Allgemeine und spezielle Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360; absteigend sortiert	
Allgemeine Nutzungsmotive	m
...um mich zu entspannen	4,0
...um mich zu unterhalten	4,4
...um mich abzulenken	3,5
...aus Langeweile	2,7
...aus Gewohnheit	2,9

Tab. 6 Allgemeine Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum

Bei den allgemeinen Nutzungsmotiven spielt das Unterhaltungsmotiv beim Arztserienkonsum eindeutig die größte Rolle, gefolgt vom Entspannungsmotiv und dem Motiv sich abzulenken. Gewohnheit und Langeweile liegen im Vergleich dazu an hinteren Stellen.

In Bezug auf die speziellen Nutzungsmotivgruppen und -untergruppen ergab die Auswertung Folgendes:

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360; absteigend sortiert	
Motivgruppen gesamt	m
soziale Motive	3,1
affektive Motive	3,0
kognitive Motive	1,9
Identitätsmotive	1,8

Tab. 7 Nutzungsmotivgruppen für den Arztserienkonsum

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu N=360, absteigend sortiert	
Motivuntergruppen	m
emotionale Reflexion	3,2
parasoziale Interaktion	3,2
soziale Interaktion	2,7
emotionale Stimulation	2,4
kognitive Stimulation	2,4
kognitive Reflexion	1,6

Tab. 8 Nutzungsmotivuntergruppen für den Arztserienkonsum

Die Betrachtung der Einzelmotivitems für den Arztserienkonsum zeigt folgende Ergebnisse:

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5= trifft sehr zu; N=360	
Spezielle Nutzungsmotive	
Kognitive Motive	m
...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren	1,9
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessieren	3,2
...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht	2,0
...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will	1,5
...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte	1,5
...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte	1,6
...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen	1,8
Affektive Motive	
...weil ich etwas Spannendes erleben möchte	2,5
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	2,4
...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann	3,8
...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen	2,4
...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen	4,1
...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt	3,9
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	1,8
Soziale Motive	
...weil mir die Charaktere sympathisch sind	4,2
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	3,6
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	3,1
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	1,8
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	2,7
Identitätsmotive	
...weil die Charaktere meine Vorbilder sind	1,4
...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann	2,1
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	1,9

Tab. 9 Spezielle Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum

Den höchsten Gesamtmittelwert von 3,1 findet man gemäß Tabellen 7 bis 9 bei den sozialen Motiven, wobei vor allem der para- sozialen Interaktion als Zuwendungsmotiv ein entscheidender Stellenwert zukommt. Die Arztserienzuseher gehen also parasoziale Interaktionen und Bindungen mit den Charakteren ein, was die Zuwendung zu diesen Serien zu einem großen Teil motiviert. Außerdem ist der Aspekt der sozialen Interaktion bzw. der Anschlusskommunikation, also dem anschließenden Sprechen mit Freunden über die Serien, ebenso ausschlaggebend für den Konsum.

Ebenfalls sehr hoch ist der Gesamtmittelwert von 3,0 bei den affektiven Motiven, wobei vor allem dem Gefühlsmanagement, also der emotionalen Reflexion, als Nutzungsmotiv ein großer Stellenwert zukommt. Das Ansehen der Serien versetzt die

Zuseher also in eine gute Stimmung, bringt sie zum Lachen/Weinen und es hilft ihnen dabei vom Alltag abzuschalten, was auch die hohen Werte beim allgemeinen Motiv der Entspannung widerspiegelt. Die emotionale Stimulation, also das Bedürfnis etwas Spannendes bzw. Nicht- Alltägliches zu erleben, weist hingegen eindeutig niedrigere Mittelwerte auf und spielt somit bei der Zuwendung zu Arztserien eine geringere Rolle.

Auffallend bei den speziellen Nutzungsmotiven sind die durchwegs niedrigen Werte bei den kognitiven Motiven. So kommt den medizinischen Aspekten und Themen in Arztserien, die als Hauptcharakteristika dieses Seriengenres gelten, eine sehr geringe Bedeutung für den Konsum dieser zu, sowohl in Bezug auf die kognitive Stimulation als auch auf die kognitive Reflexion. Es sind vielmehr die Themen um zwischenmenschliche Beziehungen, welche die Zuseher interessieren und zum Konsum motivieren. Damit bezieht sich die kognitive Neugier beim Arztserienkonsum hauptsächlich auf zwischenmenschliche Themen und Beziehungsgeschichten und nicht auf medizinische Aspekte und Inhalte. Die kognitive Reflexion, also die Orientierung im Alltagsleben, hat hingegen weder in Bezug auf medizinische Themen und Vorgänge noch auf soziale und zwischenmenschliche Aspekte, einen großen Stellenwert bei der Zuwendung zu Arztserien.

Die Identitätsmotive haben mit einem Gesamtmittelwert von 1,8 ebenso einen vergleichsweise geringen Stellenwert bei den Zusehern und motivieren diese kaum zum Konsum von Arztserien. Ein Grund dafür könnte sein, dass es Nicht- Medizinern schwer fällt, sich ernsthaft in die Rolle eines Arztes bzw. Pflegers hineinzusetzen bzw. diese als Vorbilder anzusehen, außerdem scheint auch der Vergleich mit Medizinern für Nicht- Mediziner keine große Rolle zu spielen.

5.3.1.5 Zusammenfassung und Interpretation

Die Tatsache, dass drei Viertel aller Befragten als Regelmäßig- bzw. Vielseher von aktuellen amerikanischen Arzt-/Krankenhausserien gelten, spiegelt den enormen Erfolg dieses Genres wider. Betrachtet man nun die einzelnen Serienvertreter, kann man feststellen, dass vor allem die neueren Produktionen wie „Scrubs“, „Grey’s Anatomy“ oder „Dr. House“ bei der in dieser Untersuchung berücksichtigten Zielgruppe der 19- bis 29-jährigen sehr beliebt sind und auch dementsprechende Einschaltquoten bringen. Die Serie „Emergency Room“, die als Prototyp der New Medical Dramas enorme Erfolge in den 1990-ern feierte, musste deshalb sowohl in Bezug auf die Bewertung als

auch auf die Beliebtheit diesen neueren Produktionen Platz machen, was das endgültige Ende der Serie im Jahr 2009 auch bestätigt.

Die Gründe, weshalb sich Menschen nun diesen aktuellen Arztserien zuwenden, sind vielfältig. In erster Linie wollen sich Arztserienkonsumenten jedoch unterhalten, entspannen und vom Alltag ablenken.

Bei genauerer Betrachtung der Beweggründe für den Konsum kann man erkennen, dass das Gefühlsmanagement sowie parasoziale Interaktionen eine große Rolle dabei spielen. Somit motiviert die Kontrolle bzw. Veränderung des eigenen Gefühlszustands ebenso wie die parasozialen Interaktionen und Bindungen mit den Seriencharakteren die Zuwendung zu diesen Serien maßgeblich. Aber auch das Motiv der sozialen Interaktion in Form von Anschlusskommunikation ist ein wichtiger Faktor bei der Erklärung des Konsums derartiger Serien. So scheint das anschließende Sprechen mit Freunden über die Serieninhalte für den Konsum ebenfalls stark motivierend zu sein.

Dem Bedürfnis nach Orientierung im Alltag kommt hingegen sowohl im emotionalen als auch im kognitiven Bereich nur ein mittlerer Stellenwert zu. So spielen der Wunsch etwas Spannendes und Außergewöhnliches zu erleben und die Neugier eine vergleichsweise geringe Rolle beim Konsum von Arztserien. Wie man den Motivauswertungen entnehmen kann, ist die kognitiven Neugier generell nur in Bezug auf die Themen um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte entscheidend beim Konsum von Arztserien, wohingegen die Neugier und Alltagsorientierung bezüglich medizinischer Inhalte und Vorgänge in Krankenhäusern und Arztpraxen den Konsum kaum motiviert. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die medizinischen Inhalte in Arztserien für die Zuseher lediglich unter dem Gesichtspunkt der damit verbundenen zwischenmenschlichen Beziehungen und Aspekte wichtig zu sein scheinen.

5.3.2 Angstbewältigungstypen

Die Zuordnung der Teilnehmer zu den vier Angstbewältigungsstilen erfolgte mittels doppelter Medianteilung der beiden getrennt erhobenen Summenscores für die Variablen Vigilanz (M=10) und kognitive Vermeidung (M=11) und anschließender Kreuzklassifikation nach folgendem Modell:

	Vermeidung	
Vigilanz	Niedrig	Hoch
Hoch	Sensitizer	Erfolgreiche Bewältiger
Niedrig	Nichtdefensive	Represser

Tab. 10 Modell der Bewältigungsmodi; vgl. Krohne; Egloff, 1999, S. 15

Dementsprechend bilden sich die vier Gruppen wie folgt:

	Vigilanz	kognitive Vermeidung
Represser	≤ 10	> 11
Sensitizer	> 10	≤ 11
Erfolgreiche Bewältiger/Ängstliche	> 10	> 11
Nichtdefensive	≤ 10	≤ 11

Tab. 11 Angstbewältigungstypen

Die vier Angstbewältigungstypen teilen sich folgendermaßen auf die Gesamtstichprobe auf:

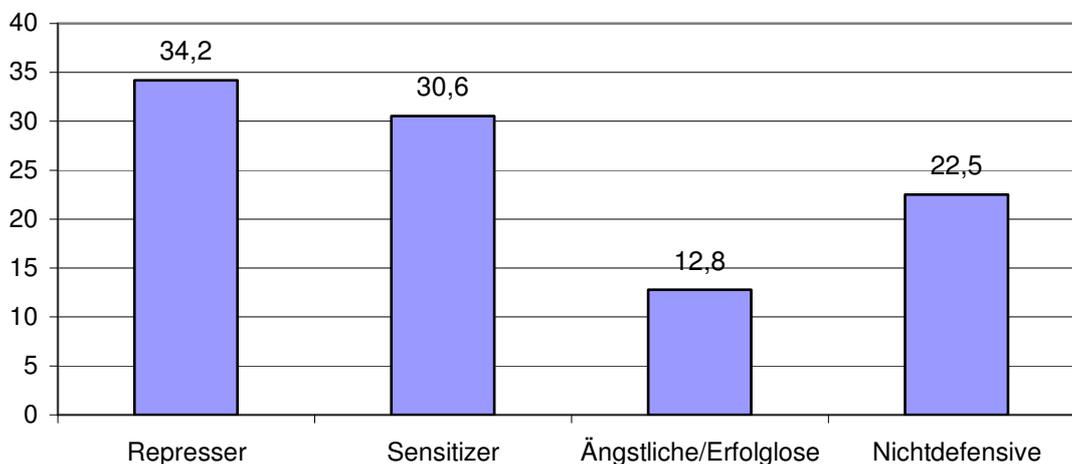


Abb. 5 Angstbewältigungstypen, Angaben in Prozent; N=360

Somit ist die Anzahl von Repressern und Sensitizern mit N=123 bzw. N=110 relativ ausgeglichen. Die Gruppe der erfolglosen Bewältiger/Ängstlichen ist mit N=46 am kleinsten, zu den Nichtdefensiven zählen 81 Personen der Gesamtstichprobe.

5.3.3 Sensation Seeking- Typen

Die Zuordnung der Teilnehmer zu den beiden Typen Low Sensation Seeker (LSS) und High Sensation Seeker (HSS) erfolgte mittels Summenbildung aus den Testitems, wobei die Teilnehmer Werte zwischen 0 und 8 erreichen konnten. Nach Medianteilung (M=4) wurden alle Teilnehmer, die einen Wert bis einschließlich 4 erreichten als Low Sensation Seeker, diejenigen, die einen Wert ab 5 erreichten, als High Sensation

Seeker klassifiziert. Dementsprechend setzt sich die Gesamtstichprobe folgendermaßen zusammen:

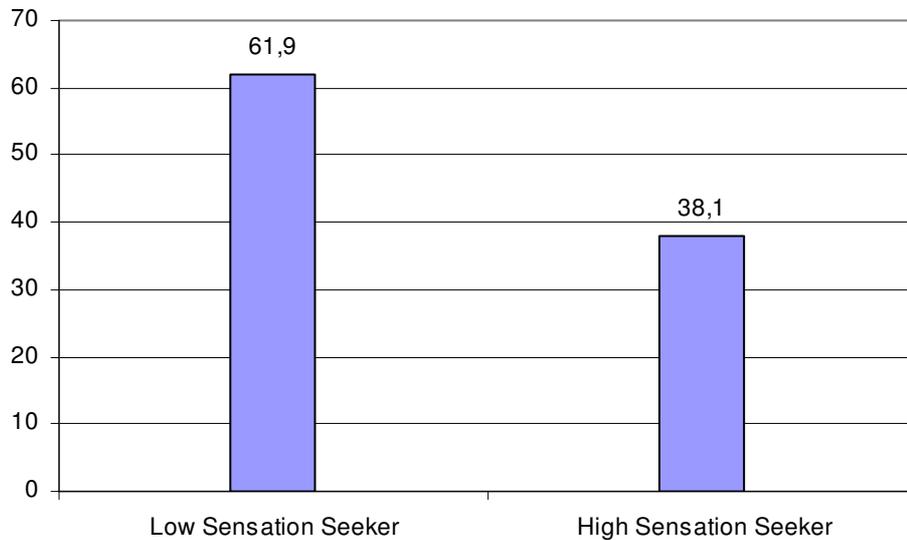


Abb. 6 Sensation Seeking- Typen; Angaben in Prozent; N=360

Somit sind rund zwei Drittel der Gesamtstichprobe (N=223) LSS und rund ein Drittel (N=137) HSS.

5.3.4 Charakterisierung von Arztserienwenig-, regelmäßig- und vielsehern

5.3.4.1 Fernsehinteresse und Formatpräferenzen

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360					
Fernsehinteresse	Arztserienkonsum			Sign.	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Fernsehunterhaltung	3,6	4,1	4,4	***	4,0
Fernsehinformation	3,8	3,7	3,8		3,7

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 12 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsum und Fernsehinteresse

Wie aus Tabelle 12 hervorgeht besteht ein höchstsignifikanter Unterschied ($p=0,000$) beim Interesse an Fernsehunterhaltung zwischen den drei Arztserienkonsumgruppen. Die einzelnen Gruppenvergleiche ergaben, dass Vielseher höchstsignifikant ($p=0,000$) und Regelmäßigseher ebenso höchstsignifikant ($p=0,001$) mehr an Fernsehunterhaltung interessiert sind als Wenigseher. Darüber hinaus sind Vielseher sehr signifikant ($p=0,008$) mehr daran interessiert als Regelmäßigseher. Bei den

Wenigsehern ist hingegen das Interesse an Fernsehinformation etwas stärker als an Unterhaltung.

Mittel; Skala 1-5; 1=nicht interessiert, 5=sehr interessiert; N=360					
Fernsehformate	Arztserienkonsum			Sign	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Nachrichtensendungen	3,9	3,8	3,8		3,8
Informationssendungen (Politik, Wirtschaft, Kultur)	3,6	3,3	3,5		3,4
Politische Diskussionsrunden/Magazinsendungen	3,0	2,8	3,1		2,9
Dokumentationen/Reportagen	4,1	3,8	3,9		3,9
Action-/Spannungsbetonte Spielfilme/Serien (Abenteuer, Thriller, Krimi, Science Fiction)	3,4	3,6	3,5		3,5
Romantische/Gefühlsbetonte Spielfilme/Serien (Liebe, Freundschaft, Schicksal, Familie)	2,9	3,4	3,4	***	3,3
Komödiantische Spielfilme/Serien (Komödien, Sitcoms)	3,9	4,1	4,1		4,0
Daily Soaps/Telenovelas	1,7	2,2	2,5	***	2,1
Horrorfilme/-serien (Grusel, Horror, Splatter)	2,1	2,2	2,5		2,3
Sex-/Erotikfilme	2,2	2,0	1,9		2,0
Reality- Serien Verbrechen/Katastrophen/Rettung (z.B. Aktenzeichen XY)	1,7	1,7	2,0		1,8
Reality- Serien Soziales/Gefühl (z.B. Mitten im Leben, Bauer sucht Frau, Erste gemeinsame Wohnung)	1,7	1,9	2,3	**	1,9
Talkshows/Gerichtshows	1,2	1,4	1,5		1,4
Quiz-/Gameshows (z.B. Millionenshow, Wetten, dass)	2,4	2,1	2,4		2,2
Boulevard Magazine (z.B. Taff, High Society)	2,4	2,9	3,4	***	2,9
Sportsendungen	2,0	2,1	2,4		2,1
Musiksendungen	2,7	3,0	3,1		3,0

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 13 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsum und Format- und Genrepräferenzen

In Bezug auf die unterschiedlichen Genrepräferenzen brachten die Gruppenvergleiche folgende Ergebnisse:

- Vielseher sind signifikant ($p=0,015$) mehr und Regelmäßigseher sehr signifikant ($p=0,002$) mehr an romantischen Spielfilmen und Serien interessiert als Wenigseher.
- Vielseher sind höchstsignifikant ($p=0,000$) und Regelmäßigseher sehr signifikant ($p=0,002$) mehr an Daily Soaps und Telenovelas interessiert als Wenigseher.

- Vielseher sind sehr signifikant ($p=0,003$) mehr an Reality- Serien um soziale und gefühlsbetonte Themen interessiert als Wenigseher und signifikant ($p=0,016$) mehr als Regelmäßigseher.

- Vielseher sind höchstsignifikant mehr an Boulevardmagazinen interessiert ($P=0,000$) als Wenigseher und signifikant mehr ($P=0,05$) als Regelmäßigseher. Diese sind wiederum sehr signifikant ($p=0,009$) mehr daran interessiert als Wenigseher.

Bei den Format- und Genrepräferenzen lässt sich also erkennen, dass Arztserienviel- bzw. -regelmäßigseher im Vergleich zu Wenigsehern romantische, gefühlsbetonte Spielfilme und Serien sowie Daily Soaps und Telenovelas bevorzugen. Darüber hinaus zeigen sie größeres Interesse an Reality- Serien, die sich um zwischenmenschliche und soziale Themen drehen, sowie an Boulevard- Magazinen.

Abgesehen von den Gruppenvergleichen zeigen sich in Bezug auf Formatpräferenzen lediglich geringe Abweichungen zwischen den drei Konsumgruppen: Wenigseher haben das größte Interesse an Dokumentationen/Reportagen, Nachrichtensendungen bzw. komödiantischen Spielfilmen und Serien und an Informationssendungen.

Regelmäßigseher zeigen das größte Interesse an komödiantischen Spielfilmen und Serien gefolgt von Nachrichtensendungen bzw. Dokumentationen/Reportagen und action- und spannungsbetonten Spielfilmen und Serien. Und auch Vielseher interessieren sich am meisten für komödiantischen Spielfilmen und Serien, gefolgt von Dokumentationen/Reportagen und Nachrichtensendungen.

5.3.4.2 Nutzungsmotive

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu; 5= trifft sehr zu; N=360	Arztserienkonsum			Sign.	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Allgemeine Nutzungsmotive					
...um mich zu entspannen	3,8	4,0	4,2		4,0
...um mich abzulenken	3,4	3,5	3,6		3,5
...aus Gewohnheit	2,2	3,1	3,2	***	2,9
...aus Langeweile	2,8	2,7	2,6		2,7
...um mich zu unterhalten	4,3	4,4	4,5		4,4

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p<=0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p<=0,01$; *=signifikante Unterschiede $p<=0,05$

Tab. 14 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und allgemeine Nutzungsmotive

Sowohl für Vielseher als auch für Regelmäßigseher spielt die Gewohnheit als Motiv für den Arztserienkonsum eine höchstsignifikant ($p=0,000$) größere Rolle als für Wenigseher.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu; 5= trifft sehr zu; N=360					
	Arztserienkonsum				
Motivgruppen	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
kognitive Stimulation	2,1	2,4	2,7	***	2,4
kognitive Reflexion	1,6	1,6	1,8		1,6
kognitive Motive gesamt	1,8	1,9	2,2	**	1,9
emotionale Stimulation	2,3	2,5	2,6		2,4
emotionale Reflexion	3,1	3,2	3,3		3,2
affektive Motive gesamt	2,9	3,0	3,1		3,0
parasoziale Interaktion	3,1	3,2	3,2		3,2
soziale Interaktion	2,3	2,8	2,9	**	2,7
soziale Motive gesamt	3,0	3,1	3,2		3,1
Identitätsmotive	1,7	1,8	1,7		1,8

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p < 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 15 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Motivuntergruppen

Der Vergleich der Motivuntergruppen zeigt laut Tabelle 15 folgende Unterschiede: Bei den kognitiven Motiven für den Arztserienkonsum zeigten sich sehr signifikante ($p=0,01$) Unterschiede zwischen den drei Gruppen, nämlich bezüglich der kognitiven Stimulation. So ist für Vielseher die kognitive Neugier beim Arztserienkonsum höchstsignifikant ($p=0,000$) und für Regelmäßigseher signifikant ($p=0,033$) wichtiger als für Wenigseher. Für Vielseher spielt außerdem die soziale Interaktion, die der Arztserienkonsum mit sich bringt, eine signifikant ($p=0,014$) und für Regemäßigseher eine sehr signifikant ($p=0,006$) größere Rolle als für Wenigseher.

Um nun festzustellen, worauf sich die signifikanten Unterschiede in der kognitiven Stimulation nun speziell beziehen wurden die Einzelmotive (Gesamttabelle siehe Anhang) genauer untersucht, wobei sich bei folgenden Items signifikante Unterschiede feststellten:

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu; 5= trifft sehr zu; N=360					
	Arztserienkonsum				
Motivgruppen	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign	Gesamt
Kognitive Motive					
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessiere	2,6	3,3	3,6	***	3,2
Soziale Motive					
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	2,3	2,8	2,9	**	2,7

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p < 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 16 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Einzelnutzungsmotive

Die Untersuchung der Einzelmotive zeigte, dass Vielseher höchstsignifikant ($p=0,000$) und Regelmäßigseher ebenso höchstsignifikant ($p=0,001$) mehr an den Themen um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte der Seriencharaktere interessiert sind als Wenigseher. Außerdem spielt für Vielseher das Motiv mit den Freunden über die Serien zu sprechen eine signifikant ($p=0,014$) und für Regemäßigseher eine sehr signifikant ($p=0,006$) größere Rolle als für Wenigseher.

Gemäß ihrem allgemeinen Fernsehinteresse sind Vielseher bzw. Regelmäßigseher also auch bei Arztserien vor allem an den emotionalen, zwischenmenschlichen Geschichten und Themen interessiert und wollen später mit ihren Freunden darüber sprechen.

5.3.4.3 Spezifische Serieninhalte

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360	Arztserienkonsum				
Spezifische Serieninhalte I	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Ich finde die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßend.	2,8	2,7	2,3	*	2,7
Je mehr medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge vorkommen, desto besser.	2,0	2,2	2,7	***	2,2
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 17 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und spezifische Serieninhalte I

Mittel; Skala 1-5; 1=nie, 5=immer; N=360	Arztserienkonsum				
Spezifische Serieninhalte II	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg.	2,7	2,4	2,3		2,5
Ich finde die emotionalen Handlungsstränge bzw. Momente um Beziehungen, Affären und Familie langweilig.	2,6	2,0	1,8	***	2,1
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 18 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und spezifische Serieninhalte II

Wie man Tabellen 17 und 18 entnehmen kann, bestehen signifikante Unterschiede bei der Beurteilung von Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw.

Operationen zwischen den drei Sehergruppen: So finden Vielseher diese signifikant ($p=0.038$) weniger abstoßender als Wenigseher und wollen höchstsignifikant mehr medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge sehen als Regelmäßigseher ($p=0,001$) bzw. Wenigseher ($p=0,000$). Außerdem finden sowohl Vielseher als auch Regemäßigseher die emotionalen Handlungsstränge und Geschichten höchstsignifikant ($p=0,000$) spannender als Wenigseher.

Vielseher finden die oft sehr detaillierten und blutigen Nahaufnahmen von Verletzungen, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen mit einem Mittelwert von 2,3 nur wenig abstoßend, und sind deshalb auch am meisten von den drei Sehergruppen an Episoden mit vielen medizinischen Fällen interessiert. Gleichzeitig finden sie jedoch die emotionalen Handlungsstränge um Liebe, Beziehungen und Familie am spannendsten von allen drei Gruppen. Somit zeichnet sich bei den Vielsehern ebenso der Trend ab, dass sie sich in Zusammenhang mit den medizinischen Themen und Behandlungen vor allem für die damit verbundenen emotionalen, zwischenmenschlichen Aspekte interessieren.

5.3.4.4 Arztserienbewertung

Mittel; Skala 1-5; 1=gefällt mir nicht, 5=gefällt mir sehr gut; N=360					
	Arztserienkonsum				
Arztserienbewertung	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Emergency Room	2,3	2,3	3,3	***	2,5
Dr. House	3,1	3,4	3,8	**	3,4
Grey's Anatomy	3,0	4,1	4,6	***	4,0
Private Practice	2,1	3,4	4,3	***	3,4
Nip/Tuck	1,9	2,5	3,2	***	2,6
Scrubs	4,3	4,2	4,8	***	4,3
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p<=0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p<=0,01$; *=signifikante Unterschiede $p<=0,05$					

Tab. 19 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Arztserienbewertung

Vielseher bewerteten laut Tabelle 19 alle Serien höchstsignifikant besser als Wenigseher bzw. im Fall von „Dr. House“ sehr signifikant ($p=0,007$) besser. Außerdem bewerteten sie die Serien „ER“, „Grey's Anatomy“ „Private Practice“ und „Scrubs“ höchstsignifikant ($p=0,000$), „Dr. House“ sehr signifikant ($p=0,007$) und Nip/Tuck signifikant ($p=0,013$) besser als Regelmäßigseher.

Unterschiede zwischen Wenigsehern und Regelmäßigsehern zeigten sich bei folgenden Serien: Die Serien „Grey's Anatomy“ und „Private Practice“ wurden von den

Wenigsehern höchstsignifikant ($p=0,000$) und die Serie Nip/Tuck signifikant ($P=0,013$) schlechter bewertet als von den Regelmäßigsehern. Bei den Serien „Emergency Room“ bzw. „Scrubs“ ergaben sich hier keine Unterschiede.

Somit lässt sich deutlich erkennen, dass der quantitative Arztserienkonsum einen großen Einfluss darauf hat, wie man Arztserien im Allgemeinen beurteilt. Während bei den Serien „Dr. House“, „Grey’s Anatomy“, „Private Practice“ und „Nip/Tuck“ die Serienbewertung mit steigendem Arztserienkonsum immer besser ausfällt, zeigt sich bei den Serien „Emergency Room“ und „Scrubs“ also bei der unbeliebtesten und bei der beliebtesten Serie, dass lediglich die Vielseher eine mit Abstand bessere Bewertung abgaben.

5.3.4.5 Angstbewältigung, Sensation Seeking und Kontrollerwartung

Spalten%; N=360					
	Arztserienkonsum				
Angstbewältigungstyp	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Represser	33,3	34,8	33,3		34,2
Sensitizer	28,7	30,4	33,3		30,6
Erfolgreiche Bewältiger	13,8	11,8	14,5		12,8
Nichtdefensive	24,1	23,0	18,8		22,5
Gesamt	100	100	100		100

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p<=0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p<=0,01$; *=signifikante Unterschiede $p<=0,05$

Tab. 20 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Angstbewältigungstypen

Mit einem Chi- Quadrat von $p=0,974$ liegen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Angstbewältigungsstil und Arztserienkonsum vor. Betrachtet man nun die einzelnen Sehergruppen kann man erkennen, dass die prozentuelle Zusammensetzung der drei Sehergruppen aus den vier Angstbewältigungstypen in keinem Fall signifikant von den Gesamtprozentwerten abweicht. Somit setzen sich die drei Konsumgruppen zu etwa gleiche Teilen aus Repressern, Sensitizern, erfolglosen Bewältigern sowie Nichtdefensiven zusammen und zeigen nur geringfügige allerdings nicht signifikante Abweichungen.

Mittel; Skala 0-8; 0=Low Sensation Seeking, 8= High Sensation Seeking; N=360	Arztserienkonsum				
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Sensation Seeking gesamt	3,8	3,9	4,1		3,9

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p<=0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p<=0,01$; *=signifikante Unterschiede $p<=0,05$

Tab. 21 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Sensation Seeking

Der Sensation Seeking- Wert nimmt mit zunehmendem Arztserienkonsum etwas zu, jedoch zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Arztserienvielseher befinden sich mit einem Mittelwert von 4,1 ziemlich genau im Mittelfeld der Sensation- Seeking- Gesamtskala.

Mittel; Skala 0-4; 0=stark external, 4=stark internal N=360	Arztserienkonsum				
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Kontrollerwartung Alltag	2,0	1,8	1,8		1,8
Kontrollerwartung Politik	2,3	2,0	1,9		2,1
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 22 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Kontrollerwartung im Alltag bzw. in der Politik

Mittel; Skala 0-8; 0=stark external, 8=stark internal N=360	Arztserienkonsum				
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Kontrollerwartung gesamt	4,3	3,8	3,7		3,9
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 23 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Kontrollerwartung gesamt

Auch der Vergleich der Kontrollerwartungen zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Konsumgruppen. Die Kontrollerwartung im Alltag ist bei Wenigsehern lediglich etwas stärker internal als bei Regelmäßig- und Vielsehern, die den gleichen Wert aufweisen. Der niedrige Mittelwert von 1,8 zeigt aber deutlich, dass Arztserienregelmäßig- und Vielseher generell externe Kontrollerwartungen im Alltag aufweisen. Ähnlich verhält es sich bei den Kontrollerwartungen in der Politik. Auch hier kann man deutlich erkennen, dass mit steigendem Arztserienkonsum die Mittelwerte abnehmen, sodass Arztserienregelmäßig- und -vielseher in Bezug auf ihren Einfluss in politische Angelegenheiten ebenfalls externe Kontrollerwartungen haben.

Insgesamt haben Arztserienregelmäßigseher- bzw. Vielseher also etwas stärker das Gefühl, keinen Einfluss auf Ereignisse und Situationen, die in ihrem Umfeld geschehen, nehmen zu können, als Wenigseher, jedoch nicht signifikant stärker.

5.3.4.6 Angst vor ärztlichen Behandlungen und Krankenhausbesuchen

Spalten%, N=360	Arztserienkonsum				
Angst vor ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbesuchen	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
geringe Angst	29,1	34,3	36,2		33,4
mittlere Angst	39,5	30,3	33,3		33,1
große Angst	31,4	35,3	30,4		33,4
Gesamt	100	100	100		100
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 24 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Angstgruppen

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360					
	Arztserienkonsum				
Angst vor ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbesuchen	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Ich fühle mich in Krankenhäusern generell unwohl	3,2	3,2	3,1		3,2
Ich habe oft Angst vor ärztlichen Untersuchungen	2,5	2,6	2,4		2,6
Ich habe oft Angst vor medizinischen Behandlungen/Operationen	3,3	3,1	3,1		3,1
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 25 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Angst vor ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbesuchen

Hier zeigen weder die Betrachtung Angstgruppen in Tabelle 24 noch die der Einzelitems in Tabelle 25 signifikante Unterschiede zwischen den Arztserienkonsumgruppen. Wie man Tabelle 24 entnehmen kann, setzen sich alle drei Konsumgruppen zu circa gleichen Teilen aus den drei Angstgruppen zusammen, was bedeutet, dass sich in etwa jeweils gleich viele Personen mit geringer, mittlerer und großer Angst bei den Wenig-, Regelmäßig- und Vielsehern befinden. Damit hat die eigene Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen mit $p=0,602$ keinen signifikanten Einfluss auf den quantitativen Arztserienkonsum. Während man bei den Wenigsehern einen etwas größeren Anteil an Personen mit mittlerer Angst findet, befinden sich unter den Regelmäßigsehern etwas mehr Personen mit großer Angst und bei den Vielsehern etwas mehr Personen mit geringer Angst. Daraus lässt sich tendenziell ableiten, dass sich Menschen, die große Angst vor ärztlichen Behandlungen haben durchaus Serien mit für sie Angst besetzten Inhalten zuwenden, jedoch in Maßen.

5.3.4.7 Geschlecht, Alter, Bildungs- und Familienstand

Spalten%; N=360					
	Arztserienkonsum				
Geschlecht	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
weiblich	73,6	85,2	94,1	**	84,1
männlich	26,4	14,8	5,9		15,9
Gesamt	100	100	100		100

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 26 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Geschlecht

Während sich unter den Vielsehern in Vergleich zum prozentuellen Gesamtanteil signifikant mehr Frauen und signifikant weniger Männer befinden, ist die Geschlechterverteilung bei den Wenigsehern genau umgekehrt. Damit findet man bei diesen beiden Konsumgruppen signifikante Abweichungen von der prozentuellen Geschlechterzusammensetzung der Gesamtstichprobe. Es besteht mit $p=0,002$ somit ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen quantitativem Arztserienkonsum und Geschlecht dahingehend, dass wesentlich mehr Frauen zu den Vielsehern gehören als Männer und wesentlich mehr Männer Wenigseher sind als Frauen.

Spalten%; N=360					
	Arztserienkonsum				
Alter	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
bis 20 Jahre	29,9	32,4	31,9		31,7
21 bis 30 Jahre	65,5	65,2	66,7		65,6
31 bis 41 Jahre	4,6	2,5	1,4		2,8
Gesamt	100	100	100		100

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 27 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Alter

Da die Altersgruppe der 31 bis 41 Jährigen nur aus 10 Personen besteht konnte sie nicht in die Auswertung miteinbezogen werden. Betrachtet man die Zusammensetzung der drei Sehergruppen in Bezug auf die beiden Altersgruppen bis 20 Jahre und 21 und 30 Jahre kann man erkennen, dass keine signifikanten Abweichungen von der Gesamtprozentzahl zu finden sind. Es besteht mit einem Chi- Quadrat von $p=0,955$ kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Altersgruppen und ihrem quantitativen Arztserienkonsum.

Spalten%, N=360					
	Arztserienkonsum				
Bildung	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
Hauptschule	1,1	0,0	0,0		0,3
Kolleg	2,3	0,5	1,4		1,1
Matura	81,6	83,8	82,6		83,1
Hochschule (Fachhochschule/Uni)	14,9	15,2	15,9		15,3
Sonstiges	0,0	0,5	0,0		0,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0		100,0

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 28 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Bildungsstand

Auch hier weisen die Kategorien „Hauptschule“, „Kolleg“ und „Sonstiges“ zu geringe Nennungen auf und konnten nicht in die Auswertung miteinbezogen werden. Bei Betrachtung der Prozentzahlen der beiden Hauptbildungsgruppen Matura und Hochschule kann man jedoch erkennen, dass nur sehr geringfügige Unterschiede in der Zusammensetzung der Sehergruppen bestehen, sodass auch hier kein statistisch signifikanter ($p=0,987$) Unterschied zwischen dem quantitativen Arztserienkonsum und dem Bildungsstand Matura bzw. Hochschule nachgewiesen werden konnte.

Spalten%; N=360					
	Arztserienkonsum				
Familienstand	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign.	Gesamt
single	49,4	46,8	47,8		47,6
in einer festen Partnerschaft	49,4	52,2	49,3		51,0
verheiratet	1,1	1,0	2,9		1,4
Gesamt	100	100	100		100

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 29 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Familienstand

Da lediglich fünf der befragten Personen verheiratet sind, konnte dieser Familienstand nicht in die Auswertung mit einbezogen werden. Bei der Untersuchung der beiden Gruppen „Singles“ und „in einer festen Partnerschaft“ konnte mit einem Chi- Quadrat von $p=0,900$ nachgewiesen werden, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf den quantitativen Arztserienkonsum zwischen Singles und Liierten gibt, was auch die prozentuelle Verteilung deutlich zeigt. Man kann lediglich bei den Regelmäßigsehern etwas weniger Singles und etwas mehr Liierte feststellen und bei den Wenigsehern etwas mehr Singles und etwas weniger Liierte, diese sind allerdings nur Tendenzen.

5.3.4.8 Zusammenfassung und Interpretation

Fernsehverhalten, Nutzungsmotive und spezifische Serieninhalte

- Arztserienvielseher zeigen nicht nur allgemein ein größeres Interesse an Fernsehunterhaltung als an Fernsehinformation, sondern sind im Vergleich zu Regelmäßigsehern bzw. Wenigsehern auch viel stärker an Unterhaltung interessiert. In Bezug auf ihre Format- und Genrepräferenzen stellte sich heraus, dass sie am stärksten von allen drei Gruppen an romantischen, gefühlsbetonten Formaten um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte sowie an Reality- Sendungen mit sozialem bzw. emotionalem Hintergrund interessiert sind. Darüber hinaus haben sie ein vergleichsweise ausgeprägtes Interesse an Boulevard Magazinen, die gekennzeichnet sind von Klatschgeschichten und voyeuristischer Aufmachung. Diese spezifischen Format- und Genrepräferenzen nehmen mit steigendem Arztserienkonsum stetig zu.
- Vielseher bewerten sämtliche Arztserien besser als Regelmäßig- und Wenigseher, wobei die Bewertung im Allgemeinen mit steigendem Arztserienkonsum immer besser ausfällt.
- Arztserienviel- und -regelmäßigseher schauen sich Arztserien verstärkt aus Gewohnheit an als Wenigseher. Sie zeigen beim Konsum von Arztserien eine größere kognitive Neugier und sind dabei hauptsächlich an den Themen um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte der Seriencharaktere interessiert, nicht jedoch an den medizinischen Themen und Inhalten. Dementsprechend finden sie die emotionalen Handlungsstränge um Liebe und Beziehungen auch seltener langweilig als Wenigseher. Der Arztserienkonsum von Viel- und Regelmäßigsehern ist im Vergleich zu den Wenigsehern verstärkt durch Anschlusskommunikation motiviert, das heißt sie schauen sich die Serien an, um mit ihren Freunden später darüber sprechen zu können.
- In Bezug auf die Darstellung von medizinischen Inhalten zeigen Vielseher ein anderes Zuseherverhalten als Wenig- und Regelmäßigseher: So finden sie die Nahaufnahmen von Wunden und Operationen weniger abstoßend und wollen auch möglichst viele medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge sehen. In Anbetracht der Tatsache, dass sie Arztserien hauptsächlich wegen

der Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte konsumieren, kann man daraus schließen, dass sie sich für die medizinischen Fälle vor allem in Zusammenhang mit den damit verbundenen zwischenmenschlichen und emotionalen Aspekten und Handlungen, welche diese mit sich bringen, interessieren.

- Vielseher zeigen weder mehr noch weniger Angst vor ärztlichen Behandlungen und Krankenhäusern als Regelmäßig- und Wenigseher. Somit haben die eigenen Ängste vor medizinischen Darstellungen und dem Krankenhausumfeld auf den Konsum von Arztserien keinen Einfluss. Daraus lässt sich ableiten, dass den Zuschauern Reize und Inhalte, die eigentlich Angst besetzt sind, im Rahmen des Serienkonsums keine Probleme bereiten.

Psychosoziale Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale

- Die drei Konsumgruppen Vielseher, Regelmäßigseher und Wenigseher zeigen keine spezifischen bzw. besonders ausgeprägten Formen der defensiven Angstbewältigung, so finden sich in allen drei Gruppen zu etwa gleichen Anteilen Personen, die sowohl repressiv als auch sensitiv mit Angst besetzten Inhalten umgehen wie auch Personen, die als erfolgreiche Bewältiger generell sehr ängstlich sind und solche, die nichtdefensiv damit umgehen.
- Für Arztserienvielseher spielt die Erlebnissuche im Allgemeinen einen etwas größeren Stellenwert als für Wenig- und Regelmäßigseher, was darauf schließen lässt, dass sich diese Erlebnissuche auch in ihrer Zuwendung zu Arztserien zeigt. Sie befinden sich auf der Sensation Seeking Skala generell jedoch im Mittelfeld was bedeutet, dass sich Arztserienvielseher genau zwischen den beiden Gruppen Low und High Sensation Seekern befinden.
- Arztserienviel- und -regelmäßigseher zeigen tendenziell etwas stärkere externale Kontrollerwartungen als Wenigseher und haben sowohl in Bezug auf den Alltag als auch auf die Politik verstärkt das Gefühl keinen Einfluss nehmen zu können.
- Unter den Arztserienvielsehern befinden sich signifikant mehr Frauen als Männer, wohingegen der Männeranteil bei den Wenigsehern signifikant stärker ausgeprägt ist. Somit scheinen Arztserien nach wie vor hauptsächlich Frauen anzusprechen. Keinen Einfluss haben hingegen Alter, Bildungs- und

Familienstand der Befragten auf den Arztserienkonsum. Personen bis 20 Jahre schauen genauso wenig bzw. viel Arztserien wie Personen bis 30 Jahre, gleich verhält es sich auch bei Personen mit Matura und Hochschulabschluss und auch zwischen Singles und Lierten gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Zuwendungshäufigkeit zu Arztserien.

5.3.5 Hypothesen- Überblick

In Anlehnung an die theoretischen Ausführungen werden im Rahmen dieser Untersuchung folgende Hypothesen geprüft:

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen Repressern und Sensitizern und dem quantitativem Arztserienkonsum.

H2: Es bestehen Unterschiede in der Bewertung der Arztserien zwischen den beiden Gruppen Represser und Sensitizer.

H3: Es bestehen Unterschiede zwischen Repressern und Sensitizern bei den Motiven für den Arztserienkonsum.

H4: Represser finden die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßender als Sensitizer.

H5: Represser sehen Episoden mit vielen medizinischen Fällen und Behandlungen weniger gern als Sensitizer.

H6: Represser schauen bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen häufiger weg als Sensitizer.

H7: Represser finden die emotionalen Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen seltener langweilig als Sensitizer.

H8: Es zeigen sich Unterschiede im quantitativen Arztserienkonsum zwischen Low Sensation Seekern (LSS) und High Sensation Seekern (HSS).

H9: Es zeigen sich Unterschiede bei den Nutzungsmotiven für Arztserien zwischen LSS und HSS.

H10: LSS finden die Nahaufnahmen von medizinischen Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßender als HSS.

H11: LSS schauen bei den Nahaufnahmen von medizinischen Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen häufiger weg als HSS.

H12: Für HSS sind abwechslungsreiche Serienfolgen mit vielen medizinischen Fällen wichtiger als für LSS.

H13: HSS finden die emotionalen Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen, Affären und Familie langweiliger als LSS.

H14: Es bestehen Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Arztserien zwischen LSS und HSS.

H15: Der quantitative Arztserienkonsum hat Einfluss auf das Vertrauen in Ärzte und deren Arbeit.

H16: Personen, die selbst schon einmal stationär im Krankenhaus gelegen haben, finden die Handlungen und Darstellungen der Serien im Allgemeinen weniger realitätsnah als diejenigen, die noch nie im Krankenhaus gelegen haben.

H17: Je größer die Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen desto abstoßender werden die Nahaufnahmen von Wunden und medizinischen Behandlungen empfunden.

H18: Je größer die Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen desto häufiger schauen die Rezipienten bei Nahaufnahmen von Wunden und medizinischen Behandlungen weg.

H19: Represser, die Angst vor Ärzten haben, schauen weniger Arztserien, als Represser, die wenig bzw. keine Angst davor haben.

H20: Sensitizer, die Angst vor Ärzten haben, schauen mehr Arztserien als Sensitizer, die wenig bzw. keine Angst davor haben.

H21: Represser, die große Angst vor Ärzten haben, schauen bei Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen und Operationen häufiger weg, als diejenigen, die weniger Angst haben.

H22: Sensitizer, die große Angst vor Ärzten haben, schauen bei Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen und Operationen seltener weg, als diejenigen, die mittelgroße bzw. wenig Angst haben.

5.3.6 Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von repressivem/sensitivem Angstbewältigungsstil und Arztserienkonsum

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen Repressern und Sensitizern und dem quantitativem Arztserienkonsum.

Zeilen%;N=233					
Angstbewältigungstyp	Arztserienkonsum			Sign.	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Represser	23,6	57,7	18,7		100,0
Sensitizer	22,7	56,4	20,9		100,0
Gesamt	23,2	57,1	19,7		100,0

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 30 Kreuztabelle- Arztserienkonsum von Repressern und Sensitizern

Wie bereits bei der Charakterisierung der Konsumgruppen aufgezeigt gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Angstbewältigungstypen, so auch beim Vergleich der beiden Gruppen Represser und Sensitizer. Während es bei den Represser etwas mehr Wenigseher und etwas weniger Vielseher gibt als bei den Sensitizern, ist das Verhältnis bei den Sensitizern genau umgekehrt. Aufgrund der lediglich minimalen Abweichungen von der gesamtprozentuellen Aufteilung der drei Sehergruppen, liegt kein signifikanter ($p=0,914$) Unterschied zwischen den beiden Angstbewältigungstypen und dem quantitativen Arztserienkonsum vor. Hypothese 1 wird somit falsifiziert.

H2: Es bestehen Unterschiede in der Bewertung der Arztserien zwischen den beiden Gruppen Represser und Sensitizer.

Mittel; Skala 1-5; 1=gefällt mir nicht, 5=gefällt mir sehr gut; N=360				
Angstbewältigungsstil				
Arztserien	Represser	Sensitizer	Sign.	Gesamt
Emergency Room	2,6	2,5		2,5
Dr. House	3,5	3,4		3,4
Grey's Anatomy	3,9	4,3	*	4,0
Private Practice	3,3	3,6		3,4
Nip/Tuck	2,5	2,6		2,6
Scrubs	4,4	4,4		4,3
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 31 Mittelwertvergleich- Arztserienbewertung von Repressern und Sensitzern

Der paarweise Mittelwertvergleich der beiden Gruppen Represser und Sensitizer zeigte, dass lediglich die Serie „Grey's Anatomy“ von Sensitzern signifikant ($p=0,026$) besser bewertet wurde als von Repressern, wohingegen die anderen Serien von den beiden Gruppen ähnlich bewertet wurden. Das bedeutet, dass beide Gruppen sowohl Serien mit medizinischem Schwerpunkt, wie „Dr. House“ oder „Emergency Room“, als auch Serien mit Schwerpunkt auf den Handlungssträngen um zwischenmenschliche Beziehungen und emotionale Konflikte, wie „Nip/Tuck“ oder „Private Practice“, gleich bewerten und letztere nicht, wie vermutet, von Repressern besser bewertet wurden. Bei der Serie „Grey's Anatomy“, die eben dieser letzten Seriengruppe zugehört, zeigten sich vielmehr gegenteilige Tendenzen. Hypothese 2 wird dementsprechend ebenso falsifiziert.

H3: Es bestehen Unterschiede zwischen Repressern und Sensitzern bei den Motiven für den Arztserienkonsum.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Angstbewältigungsstil				
Allgemeine Motive	Represser	Sensitizer	Sign.	Gesamt
...um mich zu entspannen	4,0	3,9		4,0
...um mich abzulenken	3,5	3,5		3,5
...aus Gewohnheit	2,8	3,0		2,9
...aus Langeweile	2,8	2,7		2,7
...um mich zu unterhalten	4,4	4,3		4,4
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 32 Mittelwertvergleich- Allgemeine Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum von Repressern und Sensitzern

Wie man Tabelle 32 entnehmen kann, bestehen in Bezug auf die allgemeinen Nutzungsmotive keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Angstbewältigungstypen Represser und Sensitizer.

Mittel; Skala 1-5; N=233				
Motivgruppen	Angstbewältigungstyp		Sign.	Gesamt
	Represser	Sensitizer		
kognitive Stimulation	2,3	2,5		2,4
kognitive Reflexion	1,6	1,7		1,6
kognitive Motive gesamt	1,9	2,1		1,9
emotionale Stimulation	2,4	2,6		2,4
emotionale Reflexion	3,1	3,3		3,2
affektive Motive gesamt	2,9	3,1		3,0
parasoziale Interaktion	3,0	3,4	**	3,2
soziale Interaktion	2,6	2,9		2,7
soziale Motive gesamt	3,0	3,3	**	3,1
Identitätsmotive	1,7	1,9		1,8

*** = höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; ** = sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; * = signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 33 Mittelwertvergleich- Spezielle Motive für den Arztserienkonsum von Repressern und Sensitzern

Sensitizer zeigen laut Tabelle 33 signifikant ($p=0,005$) ausgeprägtere soziale Nutzungsmotive als Represser und zwar dahingehend, dass sie sehr signifikant ($p=0,005$) stärker parasoziale Interaktionen und Beziehungen zu den Seriencharakteren eingehen als Represser dies tun. Hypothese 3 konnte somit in Bezug auf die sozialen Motive verifiziert werden.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Spezielle Nutzungsmotive	Angstbewältigungsstil		Sign.	Gesamt
	Represser	Sensitizer		
Kognitive Motive				
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessiere	3,1	3,4	*	3,2
Affektive Motive				
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	2,3	2,7	*	2,4
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	1,7	2,0	*	1,8
Soziale Motive				
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	3,5	3,8	*	3,6
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	2,9	3,3	*	3,1
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	1,7	2,0	*	1,8

*** = höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; ** = sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; * = signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 34 Mittelwertvergleich- Einzelmotive für den Arztserienkonsum für Represser und Sensitizer

Der paarweise Mittelwertsvergleich der Einzelmotivitems (Gesamttabelle siehe Anhang) zeigte außerdem noch folgende signifikante Unterschiede: Entgegen der Erwartungen spielt für Sensitizer das Gefühl einer heilen Welt eine größere Rolle als für Represser. Eine Bestätigung der Theorie des Mediennutzungsverhaltens zeigt sich jedoch bei dem Motiv „um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet“. Hier zeigen Sensitizer höhere Werte. Außerdem scheinen für Sensitizer die zwischenmenschlichen Beziehungen der Seriencharaktere von etwas größerem Interesse zu sein als für Represser.

Dementsprechend kann Hypothese 3 nur in Teilbereichen verifiziert werden.

H4: Represser finden die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßender als Sensitizer.

H5: Represser sehen Episoden mit vielen medizinischen Fällen und Behandlungen weniger gern als Sensitizer.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=233				
	Angstbewältigungstyp			
Spezifische Serieninhalte I	Represser	Sensitizer	Sign.	Gesamt
Ich finde die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßend.	2,5	2,8		2,7
Je mehr medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge vorkommen, desto besser.	2,2	2,2		2,2
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 35 Mittelwertvergleich- Represser, Sensitizer und Spezifische Serieninhalte I

Der Vergleich der Gruppen Represser und Sensitizer zeigte keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der Nahaufnahmen von Wunden bzw. medizinischen Behandlungen. Man kann jedoch erkennen, dass Represser diese Angst besetzten Inhalte und Bilder entgegen aller Erwartungen sogar etwas weniger abstoßend finden als Sensitizer. Somit konnten Hypothesen 4 nicht verifiziert werden. Vielmehr stellten sich gegenteilige Tendenzen heraus. Dementsprechend gleich sind auch die Mittelwerte beider Gruppen bei der Frage nach der Anzahl der medizinischen Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge, sodass auch Hypothese 5 falsifiziert wurde. Gemäß den allgemeinen Nutzungsmotiven, die ein sehr geringes Interesse an medizinischen Themen und Vorgängen aufzeigten, ist auch das Interesse an einer

großen Anzahl von medizinischen Fällen und Behandlungen in einer Serienfolge mit einem Mittelwert von 2,2 äußerst gering bei beiden Gruppen.

H6: Represser schauen bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen häufiger weg als Sensitizer.

H7: Represser finden die emotionalen Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen seltener langweilig als Sensitizer.

Mittel; Skala 1-5; 1=nie, 5=immer; N=233				
Spezifische Serieninhalte II	Angstbewältigungstyp		Sign.	Gesamt
	Represser	Sensitizer		
Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg.	2,3	2,5		2,5
Ich finde die emotionalen Handlungsstränge bzw. Momente um Beziehungen, Affären und Familie langweilig.	2,2	1,9	*	2,1
*** = höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; ** = sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; * = signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 36 Mittelwertvergleich- Represser, Sensitizer und spezifische Serieninhalte II

Der Mittelwertvergleich der beiden Gruppen brachte keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Wegschauens bei Nahaufnahmen. Man kann auch hier sogar wieder einen von der Theorie abweichenden Trend erkennen. So schauen Represser, die auf Angst besetzte Inhalte mit Abwendung reagieren, mit einem Mittelwert von 2,3 generell nur selten weg und unterscheiden sich somit nicht von der Gruppe der Sensitizer, die auf derartige Reize gemäß ihres dispositionellen Angstbewältigungsstills mit Hinwendung reagieren. Vielmehr schauen letztere sogar etwas häufiger weg. Damit wurde Hypothese 6 falsifiziert.

Auch in Bezug auf die emotionalen Handlungsstränge konnte die Hypothese 7 nicht verifiziert werden, sondern brachte gegenteilige Ergebnisse, denn Represser finden die emotionalen Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen signifikant ($p=0,022$) langweiliger als Sensitizer und nicht wie umgekehrt vermutet.

5.3.6.1 Zusammenfassung und Interpretation

- Die beiden defensiven Angstbewältigungstypen Represser und Sensitizer zeigen keinerlei Unterschied in ihrem quantitativen Arztserienkonsum und bewerten die einzelnen Arztserien, egal ob sie einen Schwerpunkt auf realitätsnahen medizinischen Darstellungen haben oder auf zwischenmenschliche Beziehungsgeschichten und Konflikte sehr ähnlich. Die Thematisierung von Angst besetzten Bildern und Reizen scheint somit im Rahmen fiktionaler Arztserien keinen Einfluss auf die Hinwendung zu bzw. die Bewertung der Serien zu nehmen.
- Bezüglich der Zuwendungsmotiven zeigen Sensitizer im Vergleich zu Repressern größeres Interesse an zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikten der Seriencharaktere, sie gehen überdies stärkere parasoziale Bindungen mit diesen ein und das Erleben von Nicht- Alltäglichem motiviert sie vermehrt zum Konsum von Arztserien, die ihnen das Gefühl von Heiler Welt vermitteln. Abgesehen davon zeigen die beiden Angstbewältigungstypen allerdings keine Unterschiede bei den Zuwendungsmotiven zu Arztserien.
- Sowohl Represser als auch Sensitizer finden die Nahaufnahmen von medizinischen Wunden und Behandlungen eher wenig abstoßend und schauen dementsprechend bei den Nahaufnahmen nur selten weg, Sensitizer sogar noch etwas häufiger als Represser. Außerdem sind beide Gruppen an einer Vielzahl von medizinischen Fällen und Behandlungen in den Serienfolgen generell nicht sehr interessiert und finden analog zu den Nutzungsmotiven vor allem die emotionalen Handlungsstränge spannend und interessant, Sensitizer sogar signifikant mehr als Represser.

5.3.7 Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Sensation Seeking und Arztserienkonsum

H8: Es zeigen sich Unterschiede im quantitativen Arztserienkonsum zwischen Low Sensation Seekern (LSS) und High Sensation Seekern (HSS).

Zeilen%; N=360					
Sensation Seeking	Arztserienkonsum			Sign.	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Low Sensation Seeker	24,7	57,0	18,4		100,0
High Sensation Seeker	23,4	56,2	20,4		100,0
Gesamt	24,2	56,7	19,2		100,0

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 37 Kreuztabelle- Sensation Seeking und Arztserienkonsum

Wie man Tabelle 37 entnehmen kann zeigt die prozentuelle Verteilung der beiden Sensation Seeking Typen auf die drei Sehergruppen keine Unterschiede. Aufgrund des Chi- Quadrats von $p=0,880$ besteht somit kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Sensation Seeking Typen und ihrem quantitativen Arztserienkonsum. Hypothese 8 wurde somit falsifiziert.

H9: Es zeigen sich Unterschiede bei den Nutzungsmotiven für Arztserien zwischen LSS und HSS.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Nutzungsmotive	Sensation Seeking		Sign.	Gesamt
	LSS	HSS		
Allgemeine Motive				
...um mich zu entspannen	4,0	4,0		4,0
...um mich abzulenken	3,5	3,5		3,5
...aus Gewohnheit	2,9	2,9		2,9
...aus Langeweile	2,7	2,8		2,7
...um mich zu unterhalten	4,4	4,4		4,4

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 38 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und allgemeine Arztserienutzungsmotive

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Motivgruppen	Sensation Seeking		Sign.	Gesamt
	LSS	HSS		
kognitive Stimulation	2,5	2,2	*	
kognitive Reflexion	1,7	1,5		
kognitive Motive gesamt	2,0	1,8	*	
emotionale Stimulation	2,5	2,3		
emotionale Reflexion	3,2	3,1		
affektive Motive gesamt	3,0	2,9		
parasoziale Interaktion	3,2	3,1		
soziale Interaktion	2,7	2,7		
soziale Motive gesamt	3,1	3,0		
Identitätsmotive	1,8	1,9		
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$				

Tab. 39 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezielle Arztseriennutzungsmotive

Während sich bei den allgemeinen Nutzungsmotiven keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Sensation Seeking- Typen zeigen, findet man bei den speziellen Motivgruppen signifikante ($p=0,033$) Unterschiede bei der Ausprägung der kognitiven Motive. Die Untersuchung der Motivuntergruppen zeigt, dass die kognitive Stimulation LSS signifikant ($p=0,02$) stärker zum Konsum von Arztserien motiviert als HSS.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Spezielle Nutzungsmotive	Sensation Seeking		Sign.	Gesamt
	LSS	HSS		
Kognitive Motive				
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessieren	3,3	3,0	*	3,2
Affektive Motive				
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	1,9	1,7	*	1,8
Identitätsmotive				
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	1,8	2,1	*	1,9
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$				

Tab. 40 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und Einzelmotive für den Arztserienkonsum

Wie Tabelle 40 zu entnehmen ist, beziehen sich auch hier die Unterschiede bei der kognitive Neugier auf die Geschichten um zwischenmenschliche Beziehungen (Gesamttabelle siehe Anhang). LSS sind signifikant ($p=0,05$) mehr an den Geschichten um zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikten der Seriencharaktere interessiert als HSS, außerdem ist das Motiv der „heilen Welt“ bei LSS signifikant

($p=0,029$) stärker ausgeprägt als bei HSS. Diese beiden Aspekte spiegeln die allgemeinen Fernsehpräferenzen der beiden Gruppen deutlich wider. Darüber hinaus hat für HSS die Identifikation mit den Seriencharakteren einen signifikant ($p=0,017$) größeren Stellenwert als für LSS.

Hypothese 9 kann somit nur in Teilbereichen verifiziert werden.

H10: LSS finden die Nahaufnahmen von medizinischen Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßender als HSS.

H11: LSS schauen bei den Nahaufnahmen von medizinischen Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen häufiger weg als HSS.

H12: Für HSS sind abwechslungsreiche Serienfolgen mit vielen medizinischen Fällen wichtiger als für LSS.

H13: HSS finden die emotionalen Handlungsstränge um zwischenmenschliche Beziehungen, Affären und Familie langweiliger als LSS.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360	Sensation Seeking			
Spezifische Serieninhalte I	LSS	HSS	Sign.	Gesamt
Ich finde die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßend.	2,7	2,6		2,7
Je mehr medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge vorkommen, desto besser.	2,3	2,1		2,2
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 41 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezifische Serieninhalte I

Mittel; Skala 1-5; 1=nie, 5=immer; N=360	Sensation Seeking			
Spezifische Serieninhalte II	LSS	HSS	Sign.	Gesamt
Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg.	2,5	2,4		2,5
Ich finde die emotionalen Handlungsstränge bzw. Momente um Beziehungen, Affären und Familie langweilig.	2,0	2,2	*	2,1
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Tab. 42 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezifische Serieninhalte II

In Bezug auf spezifische Serieninhalte unterscheiden sich LSS und HSS laut Tabellen 41 und 42 lediglich bei den Geschichten um zwischenmenschliche Beziehungen, was sich auch bereits bei den Motiven für den Arztserienkonsum zeigte. HSS finden diese signifikant ($p=0,042$) häufiger langweilig als LSS, dies entspricht auch ihrem allgemeinen Fernsehinteresse, denn HSS sind weniger an Liebes- und Romantikserien/-filmen interessiert als LSS. Es konnte sich jedoch kein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Nahaufnahmen von medizinischen Behandlungen, dem Wegschauen bei Nahaufnahmen davon und der Vorliebe für abwechslungsreiche Serienfolgen feststellen lassen, wie dies aus der Theorie zu erwarten gewesen wäre, denn gerade diese oft sehr blutigen Aufnahmen und abwechslungsreichen Serienfolgen sprechen eigentlich gemäß ihres allgemeinen Fernsehverhaltens verstärkt HSS an.

Somit besteht bei diesen Aspekten kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, womit die Hypothesen 10, 11 und 12 falsifiziert und nur Hypothese 13 verifiziert wurden.

H14: Es bestehen Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Arztserien zwischen LSS und HSS.

Mittel; Skala 1-5; 1= gefällt mir nicht, 5= gefällt mir sehr gut; N=360	Sensation Seeking			
	LSS	HSS	Sign.	Gesamt
Arztserien				
Emergency Room	2,7	2,2	***	2,5
Dr. House	3,3	3,5		3,4
Grey's Anatomy	4,0	3,9		4,0
Private Practice	3,5	3,3		3,4
Nip/Tuck	2,5	2,7		2,6
Scrubs	4,3	4,3		4,3

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p<=0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p<=0,01$; *=signifikante Unterschiede $p<=0,05$

Tab. 43 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und Arztserienbewertung

Beide Gruppen bewerten die Serien „Scrubs“ und „Grey's Anatomy“ am besten. Während LSS jedoch die Serie „Nip/Tuck“ am schlechtesten bewerten, fiel dieses Urteil bei den HSS auf die Serie „Emergency Room“. Dies ist ein Ergebnis entgegen aller Erwartungen, da die Serie „ER“ als actionreich, spannend und abwechslungsreich gilt und somit eigentlich den bevorzugten Inhalten der HSS entsprechen würde. Es besteht somit ein höchstsignifikanter ($p=0,001$) Unterschied in der Bewertung der Serie „ER“ zwischen LSS und HSS, wobei letztere diese signifikant schlechter bewertet haben als

erstere. Somit konnte Hypothese 14 nur in Bezug auf die Serie „Emergency Room“ verifiziert werden, wenn auch mit einem Ergebnis entgegen der Erwartungen.

5.3.7.1 Zusammenfassung und Interpretation

- Sowohl Low Sensation Seeker als auch High Sensation Seeker konsumieren in etwa gleich oft Arztserien und beide Typen sind dabei vor allem an den Geschichten um zwischenmenschliche Beziehungen interessiert, nicht jedoch an den medizinischen Vorgängen und Themen. In Bezug auf die einzelnen Nutzungsmotive zeigen sich Low Sensation Seeker gemäß ihres allgemeinen Fernsehverhaltens lediglich etwas stärker an den zwischenmenschlichen Aspekten von Arztserien interessiert als HSS und auch ihre Vorliebe für Heile-Welt- Sendungen spielt bei der Zuwendung zu Arztserien eine größere Rolle.
- Bei der Darstellung von Wunden, Behandlungen und Operationen zeigen sich hingegen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, obwohl diese eigentlich verstärkt HSS ansprechen und LSS abschrecken sollen. Dementsprechend gering sind auch die Unterschiede in der Bewertung der einzelnen Arztserien, von denen einige einen Schwerpunkt auf medizinische Themen („Dr. House“, „Emergency Room“), andere auf zwischenmenschliche Themen („Grey’s Anatomy“, „Private Practice“ etc.) haben.

5.3.8 Hypothesen und Ergebnisse zum Einfluss von Arztserien auf die Rezipienten

H15: Der quantitative Arztserienkonsum hat Einfluss auf das Vertrauen in Ärzte und deren Arbeit.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360					
	Arztserienkonsum			Sign.	Gesamt
	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher		
Ich habe im Allgemeinen Vertrauen zu Ärzten und deren Arbeit	3,5	3,6	3,8		3,6
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 44 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Vertrauen in Ärzte

Der Mittelwertvergleich zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Arztserienviel-, Regelmäßig- bzw. Wenigsehern und deren Vertrauen in Ärzte. Es liegt bei allen drei Gruppen leicht über dem Gesamtmittelwert. Somit kann man keinen statistisch signifikanten ($p=0,237$) Unterschied zwischen den drei Arztserienkonsumgruppen und dem allgemeinen Vertrauen in Ärzte erkennen. Man kann jedoch deutlich eine Tendenz ablesen, und zwar nimmt das Vertrauen mit dem quantitativen Konsum kontinuierlich zu, sodass Vielseher das größte Vertrauen in Ärzte aufweisen. Hypothese 15 wurde somit falsifiziert.

H16: Personen, die selbst schon einmal stationär im Krankenhaus gelegen haben, finden die Handlungen und Darstellungen der Serien im Allgemeinen weniger realitätsnah als diejenigen, die noch nie im Krankenhaus gelegen haben.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360					
	Krankenhausbesuch			Sign.	Gesamt
	ja	nein	k.A.		
Ich finde die Handlungen und Darstellungen der Serien im Allgemeinen realitätsnah	2,3	2,3	2,3		2,3
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 45 Mittelwertvergleich- Realitätsnähe von Arztserien und vergangene Krankenhausbesuche

Eigene vergangene Krankenhausbesuche haben keinerlei Einfluss auf die Beurteilung des Realitätsgehaltes von Arztserien. Mit einem Mittelwert von 2,3 werden die Serien von allen Gruppen als eher wenig realitätsnah beurteilt. Somit wurde Hypothese 16 ebenso falsifiziert.

5.3.8.1 Zusammenfassung und Interpretation

Im Rahmen dieser Untersuchung konnte weder ein signifikanter Einfluss des allgemeinen Arztserienkonsums auf den Rezipienten nachgewiesen werden, noch wurde ein Zusammenhang zwischen der eigenen Krankenhausgeschichte und der Beurteilung von Arztserien festgestellt. Somit scheint der Konsum von Arztserien wie in einigen Studien nachgewiesen lediglich im Rahmen eines tatsächlichen Krankenhausaufenthaltes und im direkten Vergleich eine desillusionierende Wirkung zu haben.

5.3.9 Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Angst vor Ärzten und der Einstellung zu medizinischen Darstellungen in Arztserien

H17: Je größer die Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen desto abstoßender werden die Nahaufnahmen von Wunden und medizinischen Behandlungen empfunden.

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5= trifft sehr zu; N=356	Angst vor ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbesuchen			Sign.	Gesamt
	Geringe Angst	mittlere Angst	große Angst		
Ich finde die Nahaufnahmen von Wunden etc. abstoßend.	2,3	2,6	3,1	***	2,7
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 46 Mittelwertvergleich- Angstgruppen und Beurteilung von Nahaufnahmen von Wunden etc.

Mit $p=0,000$ besteht ein höchstsignifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen geringe, mittlere und große Angst vor Ärzten/Behandlungen und der Einstellung zu Nahaufnahmen von medizinischen Behandlungen. Betrachtet man nun die paarweisen Gruppenvergleiche stellt man fest, dass Personen mit großer Angst die Nahaufnahmen höchstsignifikant ($p=0,000$) abstoßender finden als Personen mit geringer Angst und signifikant ($p=0,034$) abstoßender als Personen mit mittlerer Angst. Hypothese 17 wurde somit verifiziert.

H18: Je größer die Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen desto häufiger schauen die Rezipienten bei Nahaufnahmen von Wunden und medizinischen Behandlungen weg.

Spalten%;N=360	Angst vor Ärzten/Krankenhäusern			Sign.	Gesamt
	geringe Angst	mittlere Angst	große Angst		
Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden etc. weg					
nie	39,5	22,9	18,6	***	27,0
Selten	32,8	30,5	18,6		27,3
manchmal	16,8	22,9	30,5		23,4
oft	10,1	16,9	23,7		16,9
Immer	0,8	6,8	8,5		5,4
Gesamt	100	100	100		100
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$					

Tab. 47 Kreuztabelle: Angstgruppen und Wegschauen bei Nahaufnahmen von Wunden etc.

Mit einem Chi- Quadrat von $p= 0,000$ ist ein höchstsignifikanter Zusammenhang zwischen der Angst vor Ärzten und Krankenhäusern und dem Wegschauen bei Seriedarstellungen von medizinischen Behandlungen und Verletzungen zu erkennen. Die Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen hat also Einfluss auf den Umgang mit Darstellungen von medizinischen Behandlungen und Verletzungen. So schauen Menschen, die große Angst vor Ärzten und medizinischen Behandlungen haben höchstsignifikant öfter und Menschen mit geringern Angst weniger oft weg, wenn diese in den Serien gezeigt werden. Mit $r=0,287$ besteht eine geringe positive lineare Korrelation, was bedeutet, dass mit zunehmender Angst die Häufigkeit des Wegschauens ebenso zunimmt. Hypothese 18 wurde damit ebenso verifiziert.

5.3.9.1 Zusammenfassung und Interpretation

Die eigene Angst vor medizinischen Behandlungen und Krankenhausbesuchen hat zwar Einfluss darauf, wie man auf Nahaufnahmen von Wunden und Operationen reagiert, nämlich im Sinne von Abscheu bzw. Wegschauen, sie beeinflusst jedoch nicht den Konsum bzw. die Zuwendung zu Arztserien im Allgemeinen. Somit schauen wie bereits festgestellt, Menschen mit großer Angst genauso oft Arztserien wie Menschen mit mittlerer oder wenig Angst, sie schauen lediglich bei den Angst besetzten Nahaufnahmen öfter weg als die anderen Angstgruppen.

5.3.10 Hypothesen und Ergebnisse zum Zusammenhang von Angst vor Ärzten und repressivem bzw. sensitivem Angstbewältigungsstil

H19: Represser, die Angst vor Ärzten haben, schauen weniger Arztserien, als Represser, die wenig bzw. keine Angst davor haben.

H20: Sensitizer, die Angst vor Ärzten haben, schauen mehr Arztserien als Sensitizer, die wenig bzw. keine Angst davor haben.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine univariate, zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt mit den beiden Faktoren Angstbewältigungstyp Represser/Sensitizer und Angst vor Ärzten und Krankenhausbesuchen.

Abhängige Variable: Arztserienkonsum gesamt; N=233; Skala 1-5; 1=Wenigseher; 5=Vielseher			
Source		F	Sign.
Intercept	Hypothesis	24721,141	0,004
Angst vor Ärzten/KH	Hypothesis	0,456	0,687
Angstbewältigungstyp	Hypothesis	0,122	0,760
Angst vor Ärzten/KH* Angstbewältigungstyp	Hypothesis	1,153	0,317

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$

Tab. 48 Unianova AV: Arztserienkonsum, Faktoren: Angstgruppen und Angstbewältigungstypen Represser/Sensitizer

Wie man Tabelle 48 entnehmen kann besteht mit $p=0,317$ kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren Angst vor Ärzten bzw. repressiver/sensitiver Umgang mit Angst besetzten Reizen und Inhalten und dem quantitativen Konsum von Arztserien. Somit wurden Hypothesen 19 und 20 falsifiziert.

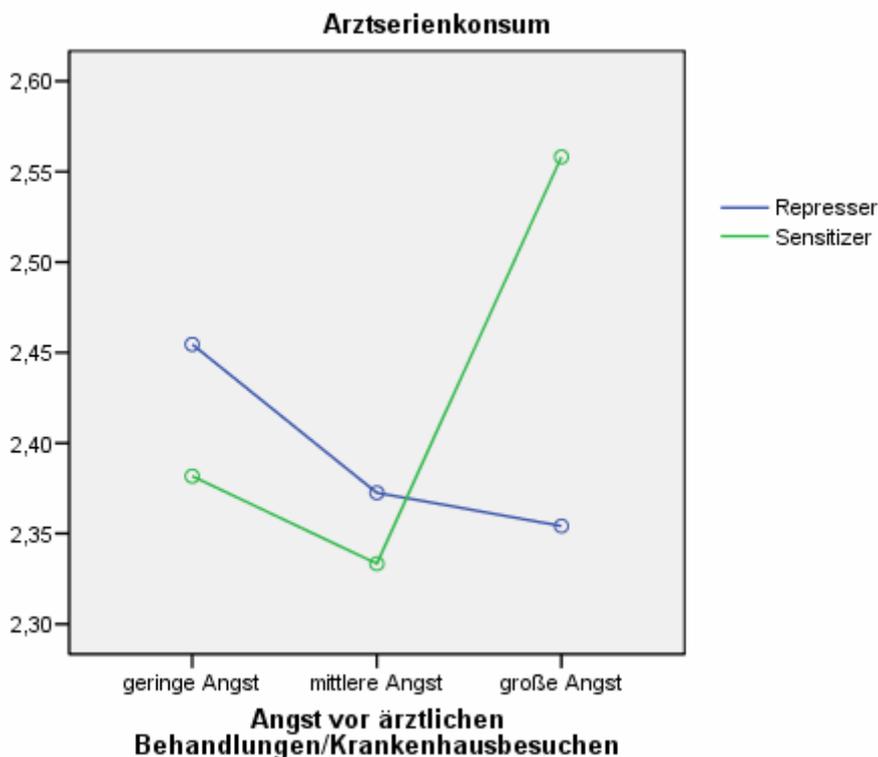


Abb. 7 Arztserienkonsum; Skala 1-5; 1=Wenigseher, 5=Vielseher; N=360

Man kann jedoch an Abb. 7 erkennen, dass bei der Gruppe der Represser der quantitative Konsum mit zunehmender Angst abnimmt. Bei den Sensitizern hingegen zeigen sich vor allem zwischen Personen mit mittlerer Angst und Personen mit großer Angst deutliche Unterschiede in der Zuwendungshäufigkeit zu Arztserien. So schauen

Sensitizer mit großer Angst deutlich mehr Arztserien als solche aus der mittleren Angstgruppe. Daran kann man erkennen, dass sich der individuelle Umgang mit Angst besetzten Reizen und Inhalten, wenn auch in sehr geringer Ausprägung, auch beim Konsum von Arztserien erkennen lässt, indem Represser sich mit zunehmender Angst davon abwenden, Sensitizer hingegen verstärkt hinwenden.

H21: Represser, die große Angst vor Ärzten haben, schauen bei Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen und Operationen häufiger weg, als diejenigen, die weniger Angst haben.

H22: Sensitizer, die große Angst vor Ärzten haben, schauen bei Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen und Operationen seltener weg, als diejenigen, die mittelgroße bzw. wenig Angst haben.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde ebenfalls eine univariate, zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt mit den beiden Faktoren Angstbewältigungstyp Represser/Sensitizer und Angst vor Ärzten und Krankenhausbesuchen.

Abhängige Variable: Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg. Skala 1-5; 1=nie, 5=immer N=233			
Source		F	Sig.
Intercept	Hypothesis	1635,423	0,016
Angst vor Ärzten/KH	Hypothesis	5,184	0,162
Angsbewältigungstyp	Hypothesis	0,287	0,646
Angst vor Ärzten/KH* Angstbewältigung	Hypothesis	2,272	0,106

***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$

Tab. 49 Unianova, AV: Wegschauen bei Nahaufnahmen von Wunden etc., Faktoren: Angstgruppen und Angstbewältigungstypen Represser/Sensitizer

Wie aus Tabelle 49 hervorgeht, hat das Zusammenwirken der beiden Faktoren Angst vor Ärzten und repressivem/sensitivem Angstbewältigungstyp mit $p=0,106$ keinen signifikanten Einfluss auf das Wegschauen bei Nahaufnahmen von Wunden, Behandlungen und Operationen. Somit wurden auch die beiden Hypothesen 21 und 22 falisiziert.

Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg.

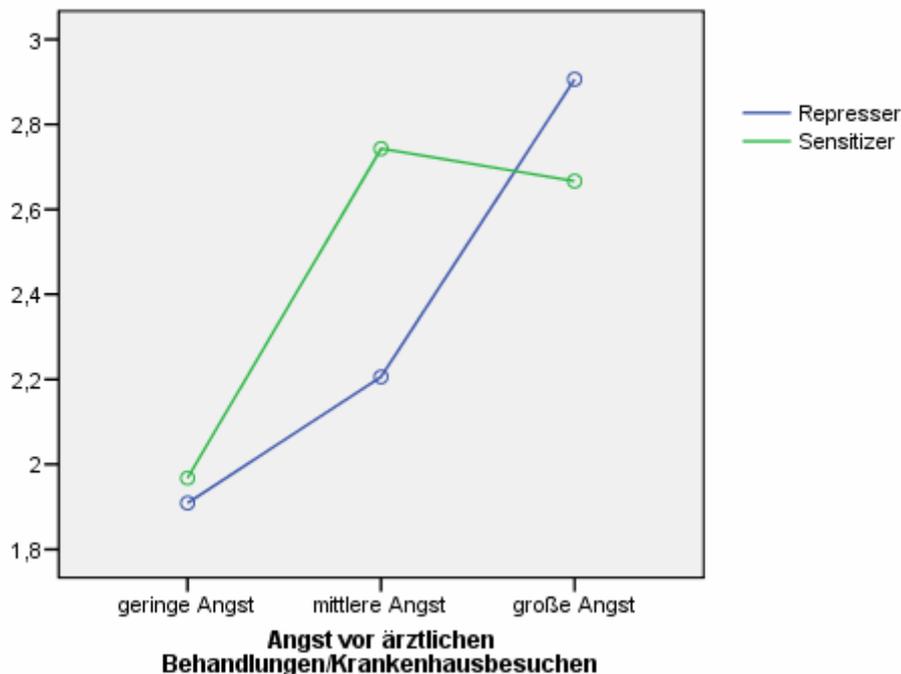


Abb. 8 „Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden etc. weg“; Skala 1-5; 1=nie, 5=immer; N=360

Abbildung 8 zeigt jedoch deutlich, dass vor allem die Gruppe der Represser mit zunehmender Angst auch häufiger wegschaut. Dies entspricht deutlich ihrem repressiven Umgang mit Angst besetzten Reizen, im Zuge dessen sie sich davon abwenden. Bei den Sensitizern bestehen vor allem zwischen den beiden Gruppen mit geringer und mittlerer Angst Unterschiede im Umgang mit Nahaufnahmen, wobei vor allem die Gruppe mit mittlerer Angst entgegen der theoretischen Ausführungen sehr häufig weg sieht, Personen mit großer Angst zeigen wiederum etwas ausgeprägtere Merkmale des sensitiven Umgangs mit Angst besetzten Reizen, indem sie sich diesen Hinwenden und somit etwas seltener weg schauen.

5.3.10.1 Zusammenfassung und Interpretation

Das Zusammenspiel der eigenen Angst vor ärztlichen Behandlungen und Krankenhausbesuchen mit der individuellen defensiven Art mit Angst besetzten Inhalten und Reizen umzugehen hat somit keinen signifikanten Einfluss auf den Arztserienkonsum im Allgemeinen und auch nicht auf den Umgang mit diesen Reizen im Zuge des Arztserienkonsums. Somit scheinen Situationen bzw. Reizen, die eigentlich Angst hervorrufen, im Rahmen fiktiver Arztserien anders wahrgenommen zu

werden, weshalb auch der tatsächliche individuelle Umgang mit derartigen Reizen keine signifikante Rolle beim Konsum von Arztserien zu spielen scheint.

5.4 Résumé und Ausblick

New Medical Dramas spielen seit dem Aufkommen der Serie „Emergency Room“ in den 1990-er Jahren eine große Rolle im deutschsprachigen Fernsehen und haben sich im Laufe der Zeit vor allem inhaltlich stark ausdifferenziert und weiterentwickelt.

Gründe für den enormen Erfolg dieses Genres können einerseits in der Thematik selbst gefunden werden, denn „Krankheit ist die simpelste und grundlegendste Form menschlicher Probleme.“ (Wilkens, 2001, S. 2) Andererseits trägt die inhaltliche und gestalterische Vielfalt der neuen Arztserien, deren unterschiedliche Genremischungen vor allem in der weiblichen Zielgruppe der 19- bis 29-jährigen eine breite Zuseherschaft ansprechen, zur Beliebtheit dieses Genres bei. Ein zentrales inhaltliches Charakteristikum all dieser Serien ist, dass zwischenmenschliche Beziehungen und Gefühle durch das Auge einer Krankheit, einer medizinischen Behandlung oder eines medizinischen Problems betrachtet und thematisiert werden (vgl. Jacobs, 2003, S. 7), wobei sowohl der medizinische als auch der zwischenmenschliche Aspekt je nach Serie unterschiedlich stark ausgeprägt und in unterschiedliche Genremischung integriert sind.

In Bezug auf die eingangs formulierten Forschungsfragen dieser empirischen Untersuchung lassen sich nun abschließend folgende Aspekte festhalten:

Trotz der teils sehr stark auf realitätsnahe medizinische Darstellungen und Fakten basierenden Handlungen und Geschichten, sind es nach wie vor die Soap- Elemente um zwischenmenschliche Beziehungen, Liebe und Affären, welche die Zuseher begeistern und an die Serien binden. Darüber hinaus kommt sowohl den Charakteren, mit denen die Zuseher parasoziale Bindungen eingehen, als auch dem eigenen sozialen Umfeld eine entscheidende Rolle bei der Zuwendung zu Arztserien zu. So geht es beim Konsum von New Medical Dramas weniger darum, etwas über Medizin und die Vorgänge in Kliniken und Arztpraxen zu lernen, sondern vielmehr darum, sich zu unterhalten, zu entspannen, sich in eine gute Stimmung zu versetzen, mit den

Charakteren mitzulachen bzw. mitzuweinen und am nächsten Tag mit Freunden über die Serien zu sprechen.

Entsprechend dieser Nutzungsmotive ist auch der Einfluss der in dieser Untersuchung erhobenen persönlichkeits-theoretischen Merkmale und Konzepte auf den Konsum von Arztserien sehr gering. Da das Hauptaugenmerk und Hauptinteresse der Zuseher auf den zwischenmenschlichen Beziehungen liegt und den medizinischen Inhalten und Handlungssträngen, welche die eigene Angst vor physischen Bedrohungen und Verletzungen ansprechen und außergewöhnliche nicht- alltägliche Bilder und Inhalte darstellen, ein sehr geringer Stellenwert zukommt, spielt auch der individuelle Umgang mit derartigen Angst besetzten Inhalten und Reizen im Rahmen des Arztserienkonsums keine ausschlaggebende Rolle. Dementsprechend verhält es sich auch mit der individuellen Erlebnissuche der Rezipienten, die bei Arztserienkonsumenten nur mittelmäßig ausgeprägt ist. Somit spielen bei der Zuwendung zu aktuellen amerikanischen Arzt/Krankenhausserien weder die Bewältigung eigener Ängste noch die Stimulierung bzw. Erlebnissuche eine signifikante Rolle, sondern vielmehr das Gefühlsmanagement in Bezug auf emotionale, zwischenmenschliche Lebensbereiche.

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben somit den großen Erfolg aktueller amerikanischer Arzt- und Krankenhausserien in der weiblichen Zielgruppe der 19- bis 29-jährigen deutlich bestätigt und die Zuwendung zu diesen Serien unter Berücksichtigung einiger zentraler medienpsychologischer Persönlichkeitsmerkmale und Konzept aufgezeigt. Im Rahmen weiterführender Untersuchungen in Form von Gruppendiskussionen oder Interviews wäre es nun interessant herauszufinden, aus welchen Gründen genau die medizinischen Inhalte in Arztserien von derart geringem Interesse sind und weshalb sich, trotz der inhaltlichen Ausdifferenzierung des Genres, nach wie vor hauptsächlich Frauen dafür interessieren. Da sich diese Untersuchung auf eine studentische Stichprobe bezieht wäre es außerdem interessant das Konsumverhalten anderer sozialer Bildungsschichten in künftige Forschungsarbeiten mit einzubeziehen und Unterschiede herauszuarbeiten.

5.5 Literaturverzeichnis

Bommert, Hanko; Weich, Karl W.; Dirksmeier, Christel: Rezipientenpersönlichkeit und Medienwirkung. Der persönlichkeits- orientierte Ansatz in der Medienwirkungsforschung. Münster [u.a.]: Lit, 2000.

Bryant, Jennings; Miron, Dorina: „Entertainment as media effect“. In: Bryant, J.; Zillmann, D.: Media Effects. Advances in Theory and Research. London: Lawrence Erlbaum, 2002, S. 549- 582.

Bühl, Achim: SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium, 2006.

Burkart, Roland: Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder; Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. Wien [u.a.]: Böhlau, 2002.

Douglas, Pamela: TV- Serien. Schreiben fürs Fernsehen. Frankfurt a. M.: Zweitausendeins, 2008.

Feil, Georg: Fortsetzung folgt. Schreiben für die Serie. Konstanz: UVK, 2006.

Greenberg, Bradley: “Gratifications of Television Viewing and their Correlations for British Children.” In: Blumler, Jay G; Katz, Elihu: The Uses of Mass Communications. Current Perspectives on Gratifications Research. California [u.a.]: Sage, 1974. S. 71- 91.

Grimm, Jürgen: Super Nannys. Ein TV- Format und sein Publikum. Konstanz: UVK, 2006.

Grimm, Jürgen: Talkshow- Studie: Irritation und Orientierung. Empirische Befunde zur Wirkung von Daily Talks. Universität Mannheim, 2001.

Gassmann, Christoph; Vorderer, Peter; Wirth, Werner: „Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionwirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende- Bereitschaft. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 51(3-4), 2003. S. 478- 496.

Hammond, Michael: Introduction. In: Hammond, Michael (Hrsg.): The contemporary television series. Edingburgh: Univ. Press, 2005. S. 75-82.

Hammond, Michael: Introduction. In: Hammond, Michael (Hrsg.): The contemporary television series. Edingburgh: Univ. Press, 2005. S. 183-189.

Horton, Donald; Wohl, Richard R.: „Massenkommunikation und parasoziale Interaktion. Beobachtungen zur Intimität über Distanz.“ In: Adelman, R. (Hrsg.): Grundlagentexte zur Fernsehwissenschaft. Konstanz: UVK, 2001.

Hurth, Elisabeth: Mythos Arzt? Taunusstein: Driesen, 2008.

Jacobs, Jason: Body Trauma TV: The new hospital dramas. London: British Film Institute, 2003.

Katz, Elihu; Blumler, Jay G; Gurevitch, Michael: „Utilization of Mass Communication by the Individual.“ In: Blumler, Jay G; Katz, Elihu: The Uses of Mass Communications. Current Perspectives on Gratifications Research. California [u.a.]: Sage, 1974. S. 19-32.

Kohlmann, Carl-Walter: Persönlichkeit und Emotionsregulation. Defensive Bewältigung von Angst und Streß. Bern: Verlag Hans Huber, 1997.

Krajewski, Sabine: Life goes on. And sometimes it doesn't. A comparative study of medical drama in the US, Great Britain and Germany. Frankfurt a. M.; Wien [u.a.]: Lang, 2002.

Krennbauer, Eva: Rezeption von Fernsehnachrichten im Zusammenhang mit dem persönlichen Stil der Angstverarbeitung und Kontrollerwartung. Univ. Wien: Diss., 1990.

Krohne, Heinz W.: Angst und Angstbewältigung. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer, 1996.

Krohne, Heinz W.; Egloff, B.: Das Angstbewältigungs- Inventar (ABI). Manual. Frankfurt a. M.: Swets Test Services, 1999.

Kunczik, Michael; Zipfel, Astrid: Publizistik. Ein Studienhandbuch. Köln; Wien [u.a.]: Böhlau, 2001.

Lazarus-Mainka, Gerda; Siebeneick, Stefanie: Angst und Ängstlichkeit. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 2000.

McCabe, Janet: „Creating ‚Quality‘ Audiences for ER on Channel Four.“ In: Hammond, Michael (Hrsg.): The contemporary television series. Edinburgh: Univ. Press, 2005. S. 207-221.

Meyen, Michael: Mediennutzung. Mediaforschung, Medienfunktionen, Nutzungsmuster. Konstanz: UVK, 2001.

Mielke, Rosemarie: „Locus of Control. Ein Überblick über den Forschungsgegenstand“. In: Mielke, R.; Collins, B. (Hrsg.): Interne, externe Kontrollüberzeugung. Theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of Control- Konstrukt. Wien [u.a.]: 1982. S. 15-62.

Mikos, Lothar: „Fernsehserien. Ihre Geschichte, Erzählweise und Themen“. In: Medien + Erziehung 31 Jg., 1987, 1, S. 2-16.

Mikos, Lothar: Es wird dein Leben! Familienserien im Fernsehen und im Alltag der Zuschauer. Münster: MAks- Publ., 1994.

Mikos, Lothar: „Unterhält Unterhaltung? Überlegungen zu Unterhaltung als Rezeptionskategorie“. In: Wirth, Werner; Schramm, Holger; Gehrau, Volker (Hrsg.): Unterhaltung durch Medien. Theorie und Messung. Köln: Herbert von Halem Verlag, 2006. S. 127- 141.

Ndalianis, Angela: Television and the Neo- Baroque. In: Hammond, Michael (Hrsg.): The contemporary television series. Edinburgh: Univ. Press, 2005. S. 83-101.

Palmgreen, Philip: „Der ‚Uses- and Gratifications Approach‘. Theoretische Perspektiven und praktische Relevanz.“ In: Renckstorf, Karsten; Teichert, Will (Hrsg.): Empirische Publikumsforschung. Fragen der Medienpraxis – Antworten der Medienwissenschaft. Hamburg: Verlag Hans- Bredow- Institut, 1984. S. 69-81.

Renckstorf, Karsten: Neue Perspektiven in der Massenkommunikationsforschung. Beiträge zur Begründung eines alternativen Forschungsansatzes. Berlin: Spiess, 1977.

Rosengren, Karl Erik: "Uses and Gratifications: A paradigm outlined." In: Blumler, Jay G; Katz, Elihu: The Uses of Mass Communications. Current Perspectives on Gratifications Research. California [u.a.]: Sage, 1974. S. 269- 285.

Rosenstein, Doris: „Arzt- und Krankenhausserien. Profil(e) eines Genres“. In: Die weiße Serie. Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen, Augenblick 28, 1998, S. 6-30.

Rossmann, Constanze: Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien. München: R. Fischer, 2002.

Rotter, Julian B.: „Einige Probleme und Missverständnisse beim Konstrukt der internen vs externen Kontrolle der Verstärkung. In: Mielke, R.; Collins, B. (Hrsg.): Interne, externe Kontrollüberzeugung. Theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of Control- Konstrukt. Wien [u.a.]: 1982. S. 43-62.

Schenk, Michael: Medienwirkungsforschung. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007.

Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas: Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK, 2003.

Schweiger, Wolfgang: Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2007.

Spielberger, Charles: Stress und Angst. Risiko unserer Zeit. Weinheim [u.a.]: Beltz, 1980.

Tuffs, Annette: „Arztserien: Von Dr. House kann man lernen.“ Deutsches Ärzteblatt 2009(a), 106(30).

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Dr.+House&id=65470>.
Zugriff: 10.10.2009

Tuffs, Annette: „Arztserien: Mehr Angst vor der OP, unzufriedener mit der Visite.“ Deutsches Ärzteblatt 2009(b), 106(1-2).

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=62905>. Zugriff: 10.10.2009

Vitouch, Peter: Fernsehen und Angstbewältigung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2000.

Vorderer, Peter: „Rezeptionsmotivation. Warum nutzen Rezipienten mediale Unterhaltungsangebote? In: Publizistik. Vierteljahreshefte für Kommunikationsforschung. Wiesbaden, SV Verlag für Sozialwissenschaften, 1996, 3, S. 310-326.

Wilkens, Karin: “Irgendwann sterben wir alle’. Die deutsche Arztserie.“ In: Adolf Grimme Institut (Hrsg.): Jahrbuch Fernsehen 2001. Marl: Adolf- Grimme- Institut, 2001. S. 54-61.

Winterhoff- Spurk, Peter: Medienpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer, 2004.

Witzel, K.; Kaminski, C.; Struve G.; Koch, H.J.: „Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation.“ In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 4, 2008. S. 332-336.

http://www.dgch.de/downloads/dgch/mitteilungen/DGCH_4online.pdf. Zugriff: 10.10.2009

Zuckerman, Marvin: „Sensation Seeking in Entertainment“. In: Bryant, Jennings (Hrsg.): Psychology of entertainment. Mahwah, NJ [u.a.]: Erlbaum, 2006. S. 367-387.

Zuckerman, Marvin: Sensation Seeking and risky behavior. Washington: American Psychological Association, 2007.

Websites:

- Internet Movie Database: [www. http://www.imdb.com/title/tt0108757/episodes](http://www.imdb.com/title/tt0108757/episodes).

Zugriff: 10.10.2009

- ORF Mediaresearch: <http://mediaresearch.orf.at>. Zugriff: 01.10.2009

- www.quotenmeter.de. Zugriff: 01.10.2009

- UPC: Paneuropäische TV-Umfrage 2008- Österreich

http://www.upc.at/pdf/Ergebnisse_UPC_TV_Umfrage2007_Austria_dt.pdf.

Zugriff: 10.10.2009

5.6 Anhang

I. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Hintergründen für den Konsum aktueller amerikanischer Arzt- und Krankenhausserien, wie beispielsweise „Emergency Room“, „Dr. House“ oder „Grey`s Anatomy“, welche sich einerseits auf bestimmte Nutzungsmotive und andererseits auf individuelle Persönlichkeitsmerkmale der Rezipienten beziehen. Da aktuelle amerikanische Arztserien gekennzeichnet sind durch eine Mischung aus Soap-, Reality- und Actionelementen, stellt sich die Frage, welche Inhalte und subjektiven Nutzungsmotive nun tatsächlich den Konsum beeinflussen und welche Rolle die individuellen Persönlichkeitsmerkmale bzw. -konzepte Angstbewältigung, Sensation Seeking und Kontrollerwartung dabei spielen. Aktuelle amerikanische Arztserien beschäftigen sich zu einem Großteil mit Angst besetzten, nicht- alltäglichen Inhalten und weisen oftmals sehr detaillierte Darstellungen von medizinischen Behandlungen bzw. Verletzungen auf. Deshalb geht diese Arbeit der Frage nach, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen dem habituellen individuellen Umgang mit Angst besetzten Reizen bzw. der individuellen Erlebnissuche und dem Konsum von Arztserien. Diese Fragestellungen wurden anhand einer empirischen, standardisierten Online- Fragebogenerhebung an 360 Studenten der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass Arztserien hauptsächlich aufgrund der emotionalen, zwischenmenschlichen Handlungsstränge und Geschichten konsumiert werden, nicht jedoch aufgrund der medizinischen Inhalte und Darstellungen. Außerdem wird der Konsum vor allem von Unterhaltung, Entspannung und Gefühlsmanagement motiviert sowie von para- sozialen Beziehungen zu den Seriencharakteren und Anschlusskommunikation. Aufgrund des geringen Interesses an den oftmals Angst besetzten und keinesfalls alltäglichen medizinischen Inhalte und Darstellungen hat dementsprechend weder der habitualisierte individuelle Umgang mit derartigen Reizen noch die individuelle Suche nach Erlebnissen einen nennenswerten Einfluss auf die Zuwendung zu aktuellen amerikanischen Arztserien.

II. Abstract

This paper deals with the subject of new American medical dramas such as “Grey’s Anatomy”, “Dr. House” or “Emergency Room” and the reasons for the big success of this serial genre. Therefore it focuses on investigating the viewer’s motives for watching these television series as well as on the role of the individual personality traits “anxiety coping”, “sensation seeking” and “locus of control”. As new medical dramas are characterized by a mixture of various genre elements such as soap opera, reality and action, the main aim of the paper is to find out which contents and genre elements respectively which motives are the crucial factors for watching them. Furthermore to a big extent new medical dramas deal with anxiety-provoking and extraordinary (damit meine ich “nicht-alltäglich”, ist extraordinary dann richtig?) contents such as illnesses, medical emergencies or surgeries and sometimes show very detailed pictures of medical treatments or injuries. In conjunction with these contents another aim of this paper is to find out whether or not there is a link between the individual habitual way of coping with anxiety-provoking stimuli respectively the individual way of sensation seeking and watching new medical dramas. To answer these research questions the paper includes an empirical study that is based on a standardised online survey 360 media studies students took part in. The main results of this study are that it is especially the soap opera elements about interpersonal relationships, love and affairs that are of interest when watching new medical dramas whereas the medical strands and contents only play a minor role. Apart from that it turned out that the viewer’s main reasons for watching them are entertainment, relaxation and mood management as well as the fact that they develop para-social relationships with the characters and have a need to talk about the television shows with their friends. Because of the viewer’s general low interest in the anxiety-provoking medical contents and strands neither the habitual individual way of coping with anxiety-provoking stimuli nor the individual way of sensation seeking have an important impact on watching new medical dramas.

III. Auswertungstabellen

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu; 5= trifft sehr zu; N=360	Arztserienkonsum				
Motivgruppen	Wenigseher	Regelmäßigseher	Vielseher	Sign	Gesamt
Kognitive Motive					
...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren	1,8	1,8	2,1		1,9
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessiere	2,6	3,3	3,6	***	3,2
...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht	1,9	2,0	2,2		2,0
...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will	1,4	1,5	1,7		1,5
...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte	1,6	1,5	1,7		1,5
...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte	1,5	1,5	1,8		1,6
...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen	1,7	1,8	2,0		1,8
Affektive Motive					
...weil ich etwas Spannendes erleben möchte	2,4	2,5	2,5		2,5
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	2,2	2,4	2,6		2,4
...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann	3,6	3,8	4,0		3,8
...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen	2,2	2,4	2,5		2,4
...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen	3,9	4,1	4,2		4,1
...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt	3,8	3,8	4,1		3,9
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	2,0	1,8	1,7		1,8
Soziale Motive					

...weil mir die Charaktere sympathisch sind	4,1	4,2	4,3		4,2
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	3,6	3,6	3,8		3,6
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	2,9	3,2	3,1		3,1
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	1,9	1,8	1,7		1,8
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	2,3	2,8	2,9	**	2,7
Identitätsmotive					
...weil die Charaktere meine Vorbilder sind	1,3	1,4	1,4		1,4
...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann	2,0	2,2	1,9		2,1
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	1,9	1,9	2,0		1,9
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p <= 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p <= 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p <= 0,05$					

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360				
Spezielle Nutzungsmotive	Angstbewältigungsstil		Sign.	Gesamt
	Represser	Sensitizer		
Kognitive Motive				
...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren	1,9	2,0		1,9
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessiere	3,1	3,4	*	3,2
...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht	2,0	2,2		2
...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will	1,5	1,6		1,5
...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte	1,5	1,7		1,5
...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte	1,5	1,6		1,6
...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen	1,8	1,8		1,8
Affektive Motive				
...weil ich etwas Spannendes erleben möchte	2,5	2,6		2,5
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	2,3	2,7	*	2,4
...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann	3,7	3,8		3,8

...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen	2,3	2,5		2,4
...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen	4,1	4,1		4,1
...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt	3,7	3,9		3,9
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	1,7	2,0	*	1,8
Soziale Motive				
...weil mir die Charaktere sympathisch sind	4,2	4,2		4,2
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	3,5	3,8	*	3,6
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	2,9	3,3	*	3,1
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	1,7	2,0	*	1,8
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	2,6	2,9		2,7
Identitätsmotive				
...weil die Charaktere meine Vorbilder sind	1,3	1,5		1,4
...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann	2,0	2,2		2,1
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	1,9	2,1		1,9
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

Mittel; Skala 1-5; 1=trifft nicht zu, 5=trifft sehr zu; N=360

Spezielle Nutzungsmotive	Sensation Seeking		Sign.	Gesamt
	LSS	HSS		
Kognitive Motive				
...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren	1,9	1,8		1,9
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessieren	3,3	3,0	*	3,2
...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht	2,1	1,9		2,0
...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will	1,6	1,4		1,5
...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte	1,6	1,4		1,5
...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte	1,6	1,5		1,6
...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen	1,9	1,8		1,8
Affektive Motive				

...weil ich etwas Spannendes erleben möchte	2,6	2,4		2,5
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	2,5	2,2		2,4
...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann	3,8	3,7		3,8
...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen	2,4	2,3		2,4
...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen	4,1	4,1		4,1
...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt	3,9	3,8		3,9
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	1,9	1,7	*	1,8
Soziale Motive				
...weil mir die Charaktere sympathisch sind	4,2	4,1		4,2
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	3,7	3,6		3,6
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	3,2	3,0		3,1
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	1,9	1,7		1,8
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	2,7	2,7		2,7
Identitätsmotive				
...weil die Charaktere meine Vorbilder sind	1,4	1,3		1,4
...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann	2,0	2,1		2,1
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	1,8	2,1	*	1,9
***= höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen $p \leq 0,001$; **=sehr signifikante Unterschiede $p \leq 0,01$; *=signifikante Unterschiede $p \leq 0,05$				

IV. Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Sozialstatistik der Stichprobe; Angaben in absoluten Zahlen bzw. Prozent.....	73
Tab. 2 Allgemeines Fernsehinteresse.....	75
Tab. 3 Allgemeine Format- und Genrepräferenzen	75
Tab. 4 Arztserienkonsum	76
Tab. 5 Lieblingsarztserie.....	78
Tab. 6 Allgemeine Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum	79
Tab. 7 Nutzungsmotivgruppen für den Arztserienkonsum.....	79
Tab. 8 Nutzungsmotivuntergruppen für den Arztserienkonsum.....	79
Tab. 9 Spezielle Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum.....	80
Tab. 10 Modell der Bewältigungsmodi; vgl. Krohne; Egloff, 1999, S. 15.....	83
Tab. 11 Angstbewältigungstypen	83
Tab. 12 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsum und Fernsehinteresse.....	84
Tab. 13 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsum und Format- und Genrepräferenzen ..	85
Tab. 14 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und allgemeine Nutzungsmotive.....	86
Tab. 15 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Motivuntergruppen.....	87
Tab. 16 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Einzelnutzungsmotive....	87
Tab. 17 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und spezifische Serieninhalte I	88
Tab. 18 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und spezifische Serieninhalte II	88
Tab. 19 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Arztserienbewertung.....	89
Tab. 20 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Angstbewältigungstypen	90
Tab. 21 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Sensation Seeking.....	90
Tab. 22 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Kontrollerwartung im Alltag bzw. in der Politik	91
Tab. 23 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Kontrollerwartung gesamt	91
Tab. 24 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Angstgruppen.....	92
Tab. 25 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Angst vor ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbesuchen	92
Tab. 26 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Geschlecht.....	93
Tab. 27 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Alter	93
Tab. 28 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Bildungsstand	94
Tab. 29 Kreuztabelle- Arztserienkonsumgruppen und Familienstand.....	94
Tab. 30 Kreuztabelle- Arztserienkonsum von Repressern und Sensitizern	99
Tab. 31 Mittelwertvergleich- Arztserienbewertung von Repressern und Sensitizern .	100
Tab. 32 Mittelwertvergleich- Allgemeine Nutzungsmotive für den Arztserienkonsum von Repressern und Sensitizern	100
Tab. 33 Mittelwertvergleich- Spezielle Motive für den Arztserienkonsum von Repressern und Sensitizern	101
Tab. 34 Mittelwertvergleich- Einzelmotive für den Arztserienkonsum für Represser und Sensitizer	101
Tab. 35 Mittelwertvergleich- Represser, Sensitizer und Spezifische Serieninhalte I..	102
Tab. 36 Mittelwertvergleich- Represser, Sensitizer und spezifische Serieninhalte II .	103
Tab. 37 Kreuztabelle- Sensation Seeking und Arztserienkonsum	105
Tab. 38 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und allgemeine Arztseriennutzungsmotive	105
Tab. 39 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezielle Arztseriennutzungsmotive	106
Tab. 40 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und Einzelmotive für den Arztserienkonsum.....	106

Tab. 41 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezifische Serieninhalte I.....	107
Tab. 42 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und spezifische Serieninhalte II.....	107
Tab. 43 Mittelwertvergleich- Sensation Seeking und Arztserienbewertung	108
Tab. 44 Mittelwertvergleich- Arztserienkonsumgruppen und Vertrauen in Ärzte.....	109
Tab. 45 Mittelwertvergleich- Realitätsnähe von Arztserien und vergangene Krankenhausbesuche.....	110
Tab. 46 Mittelwertvergleich- Angstgruppen und Beurteilung von Nahaufnahmen von Wunden etc.	111
Tab. 47 Kreuztabelle: Angstgruppen und Wegschauen bei Nahaufnahmen von Wunden etc.	111
Tab. 48 Unianova AV: Arztserienkonsum, Faktoren: Angstgruppen und Angstbewältigungstypen Represser/Sensitizer	113
Tab. 49 Unianova, AV: Wegschauen bei Nahaufnahmen von Wunden etc., Faktoren: Angstgruppen und Angstbewältigungstypen Represser/Sensitizer	114

V. **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1 Fernsehkonsum: Angaben in Prozent; N=360	74
Abb. 2 Arztserienkonsum: Angaben in Prozent; N=360	76
Abb. 3 Arztserienbewertung; Mittel; Skala 1-5; 1=gefällt mir nicht, 5=gefällt mir sehr gut, N=360, absteigend sortiert.....	77
Abb. 4 Lieblingsarztserie; Angaben in absoluten Prozent; N=360	78
Abb. 6 Sensation Seeking- Typen; Angaben in Prozent; N=360	84
Abb. 7 Arztserienkonsum; Skala 1-5; 1=Wenigseher, 5=Vielseher; N=360	113
Abb. 8 „Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden etc. weg“; Skala 1-5; 1=nie, 5=immer; N=360.....	115

VI. Online- Fragebogen

Vielen Dank für dein Interesse an meiner Umfrage zum Thema Konsum und Nutzungsmotive von amerikanischen Arztserien. Deine Teilnahme ist mir eine große Hilfe! Ich bitte dich daher, alle Fragen gewissenhaft und ehrlich zu beantworten, da dies für meine Arbeit von großer Bedeutung ist. Die Beantwortung der Fragen wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen, die Auswertung erfolgt natürlich anonym. Die Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich im Zuge meiner Arbeit verwendet.

Wie viele Stunden siehst du pro Tag durchschnittlich fern?

- 0-2 Stunden
- 2-4 Stunden
- 4-6 Stunden
- 6-8 Stunden
- mehr als 8 Stunden

Wie sehr bist du normalerweise an Unterhaltungssendungen interessiert (Serien, Spielfilme, Quizshows etc.)?

An Unterhaltungssendungen bin ich:

- nicht interessiert sehr interessiert
-

Wie sehr bist du normalerweise an Informationssendungen (Nachrichten, politische Magazine etc.) interessiert?

An Informationssendungen bin ich:

- nicht interessiert sehr interessiert
-

Wie gerne siehst du folgende Fernsehformate?

Bitte mache ein Kreuz zwischen 1=sehe ich nicht gerne und 5=sehe ich sehr gerne

	nicht gerne 1	2	3	4	5 sehr gerne
Nachrichtensendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationssendungen (Politik, Wirtschaft, Kultur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politische Diskussionsrunden/Magazinsendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentationen/Reportagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Action-/Spannungsbetonte Spielfilme/Serien (Abenteuer, Thriller, Krimi, Science Fiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romantische/Gefühlsbetonte Spielfilme/Serien (Liebe, Freundschaft, Schicksal, Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komödiantische Spielfilme/Serien (Kömodien, Sitcoms)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daily Soaps/Telenovelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horrorfilme/-serien (Grusel, Horror, Splatter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sex-/Erotikfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reality- Serien Verbrechen/Katastrophen/Rettung (z.B.Aktenzeichen XY)	<input type="checkbox"/>					
Reality- Serien Soziales/Gefühl (z.B.Mitten im Leben, Bauer sucht Frau, Erste gemeinsame Wohnung)	<input type="checkbox"/>					
Talkshows/Gerichtshows	<input type="checkbox"/>					
Quiz-/Gameshows (z.B.Millionenshow, Wetten, dass)	<input type="checkbox"/>					
Boulevard Magazine (z.B. Taff, High Society)	<input type="checkbox"/>					
Sportsendungen	<input type="checkbox"/>					
Musiksendungen	<input type="checkbox"/>					
Tier- und Natursendungen	<input type="checkbox"/>					

Wie häufig siehst du durchschnittlich folgende Arzt-/Krankenhausserien (im Fernsehen, auf DVD, im Internet usw.)?

	nie	1x/Monat	2- 3x/Monat	1x/Woche	mehrmals pro Woche
Emergency Room	<input type="checkbox"/>				
Dr. House	<input type="checkbox"/>				
Grey's Anatomy	<input type="checkbox"/>				
Private Practice	<input type="checkbox"/>				
Nip/Tuck	<input type="checkbox"/>				
Scrubs	<input type="checkbox"/>				

Siehst du, abgesehen davon, noch andere Arzt-/Krankenhausserien? Wenn ja, wie häufig?

Andere:	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

Wie gut gefallen dir folgende Arzt-/Krankenhausserien?

Bitte kreuze zwischen 1=gefällt mir nicht und 5=gefällt mir sehr gut an bzw. weiß nicht, wenn du Serie nicht kennst

	gefällt mir nicht 1	2	3	4	gefällt mir sehr gut 5	weiß nicht
Emergency Room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. House	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grey's Anatomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nip/Tuck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scrubs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Arzt-/Krankenhausserie siehst du am Liebsten?

Emergency Room

Dr. House

- Grey's Anatomy
- Private Practice
- Nip/Tuck
- Scrubs
- Andere:

Nun bitte ich dich, ein paar Aussagen in Bezug auf die Gründe für deinen Arztserienkonsum zu bearbeiten. Bitte gib an, ob bzw. wie sehr diese auf dich zutreffen.

Ich schaue mir Arzt-/Krankenhausserien an,...

	trifft nicht zu 1	2	3	4	trifft sehr zu 5
...um mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>				
...um mich abzulenken	<input type="checkbox"/>				
...aus Gewohnheit	<input type="checkbox"/>				
...aus Langeweile	<input type="checkbox"/>				
...um mich zu unterhalten	<input type="checkbox"/>				
...weil mich die medizinischen Inhalte interessieren	<input type="checkbox"/>				
...weil ich etwas über die Vorgänge und Arbeitsweisen in Krankenhäusern/Arztpraxen erfahren will	<input type="checkbox"/>				
...weil ich etwas über Medizin und die Behandlung von Krankheiten erfahren möchte	<input type="checkbox"/>				
...weil man Dinge/Situationen sehen kann, die man ansonsten nicht sieht	<input type="checkbox"/>				
...weil ich etwas über Dinge/Situationen erfahre, das für mich wichtig sein könnte	<input type="checkbox"/>				
...um zu sehen, wie andere ihre Probleme in den Griff bekommen	<input type="checkbox"/>				
...weil ich dabei gut vom Alltag abschalten kann	<input type="checkbox"/>				
...weil mich die zwischenmenschlichen Beziehungen und Konflikte des Krankenhauspersonals bzw. der Patienten interessieren (Liebe, Freundschaft, Familie etc.)	<input type="checkbox"/>				
...um zu sehen, wie andere mit ihren Gefühlen und inneren Konflikten umgehen	<input type="checkbox"/>				

Auch hier bitte ich dich anzugeben, wie sehr folgende Gründe für den Konsum von Arztserien auf dich zutreffen.

Ich schaue mir Arzt-/Krankenhausserien an, ...

	trifft nicht zu 1	2	3	4	trifft sehr zu 5
...weil ich etwas Spannendes erleben möchte	<input type="checkbox"/>				
...um etwas zu erleben, was mir mein Alltag normalerweise nicht bietet	<input type="checkbox"/>				

...weil mich die Serien zum Lachen bzw. Weinen bringen	<input type="checkbox"/>				
...weil mich das Sehen der Serien in eine gute Stimmung versetzt	<input type="checkbox"/>				
...weil mir die Serien das Gefühl einer heilen Welt vermitteln	<input type="checkbox"/>				
...weil mir die Charaktere sympathisch sind	<input type="checkbox"/>				
...weil ich mich freue, die Charaktere zu sehen	<input type="checkbox"/>				
...weil mir die Charaktere irgendwie vertraut sind	<input type="checkbox"/>				
...weil ich dabei das Gefühl habe, in Gesellschaft zu sein	<input type="checkbox"/>				
...weil ich danach mit meinen Freunden darüber sprechen kann	<input type="checkbox"/>				
...weil die Charaktere meine Vorbilder sind	<input type="checkbox"/>				
...weil ich mich mit den Charakteren identifizieren kann	<input type="checkbox"/>				
...weil ich mich manchmal in ähnlichen Situationen befinde, wie die Charaktere	<input type="checkbox"/>				

Bitte gib auch hier wiederum an, wie sehr folgende Aussagen in Bezug auf spezifische Serieninhalte auf dich zutreffen:

	trifft nicht zu 1	2	3	4	trifft sehr zu 5
Ich finde die Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen abstoßend.	<input type="checkbox"/>				
Je mehr medizinische Fälle und Behandlungen in einer Serienfolge vorkommen, desto besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich finde die Handlungen und Darstellungen der Serien im Allgemeinen realitätsnah	<input type="checkbox"/>				

Bitte bearbeite folgende Aussagen:

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ich schaue bei den Nahaufnahmen von Wunden, medizinischen Behandlungen bzw. Operationen weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde die emotionalen Handlungsstränge bzw. Momente um Beziehungen, Affären und Familie langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden Abschnitt sind vier Situationen aufgeführt, die du entweder in der einen oder anderen Form schon einmal selbst erlebt hast oder dir in Gedanken ausmalen kannst. Zu jeder Situation findest du eine Anzahl von Aussagen, welche Gedanken, Gefühle oder Vorstellungen enthalten, die in derartigen Situationen auftreten können. Versuche bitte, dich in diese Situationen zu versetzen und kreuze an, ob die aufgeführten Gedanken, Gefühle oder Vorstellungen gewöhnlich eher auf dich zutreffen oder nicht. Bitte beantworte jeden Satz. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten.

1. Stell dir vor, dass du längere Zeit nicht beim Zahnarzt warst und jetzt in seinem Wartezimmer sitzt, weil du Beschwerden mit den Zähnen hast.

In dieser Situation...

	trifft zu	trifft nicht zu
...stelle ich mir vor, dass es wohl ziemlich unangenehm werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir, dass der Zahnarzt die Ursache für die Zahnschmerzen wahrscheinlich gut und schnell behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...bleibe ich ganz entspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lese ich mir im Wartezimmer aufmerksam die Informationsblätter über Zahnerkrankungen und Behandlungen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überlege ich, ob bei der Zahnbehandlung (z. B. beim Bohren) vielleicht was schief gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...erinnere ich mich an frühere Zahnbehandlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir: „Bislang waren meine Zähne eigentlich immer ganz in Ordnung, also wird's wohl auch dieses Mal nichts Ernstes sein.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...denke ich möglichst wenig an die bevorstehende Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bin ich nicht so leicht aus der Ruhe zu bringen wie viele meiner Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überlege ich, ob wohl eine Behandlung ausreichen wird, oder ob noch eine Reihe von Behandlungen folgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Stell dir vor, du gehst spätabends allein durch die Stadt. Aus einer Seitengasse nähert sich eine Gruppe von Leuten, die dir irgendwie nicht ganz geheuer vorkommen.
In dieser Situation...

	trifft zu	trifft nicht zu
...bleibe ich ganz ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überlege ich, was sie vorhaben könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...überlege ich, wie ich bei Gefahr Hilfe herbeiholen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir: „Die waren sicher vorher in der Kneipe und gehen jetzt nach Hause.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...betrachte ich mir ein Schaufenster.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...beobachte ich die Leute genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir: „Hier hätte ich auch wirklich nicht langgehen sollen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tue ich so, als gingen mich die Leute nichts an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fallen mir ähnliche Situationen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir, die Leute sind vermutlich ganz harmlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Stell dir vor, du fährst als Beifahrer mit einem offensichtlich ungeübten Autofahrer. Es herrschen durch Schnee und Glatteis ungünstige Straßenverhältnisse.
In dieser Situation...

	trifft zu	trifft nicht zu
...sage ich mir: „Solche Fahrten mache ich in Zukunft nur noch, wenn ich mich vorher genauer über die Straßenverhältnisse informiert habe.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir, wir werden schon gut ankommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir: „Wenn man angeschnallt ist und außerdem so langsam fährt, kann eigentlich nicht viel passieren.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...beobachte ich Fahrer und Straße genau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bleibe ich ganz ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sage ich mir: „Als Beifahrer empfindet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

man die Fahrweise des Fahrers leicht als unsicher, obwohl er in Wirklichkeit ganz gut fährt.“				
...schaue ich nicht auf die Fahrbahn, sondern entspanne mich.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...versuche ich im Voraus zu erkennen, ob der Fahrer einen Fehler macht.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...stelle ich mir vor, was alles passieren kann.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...fallen mir ähnliche Situationen ein.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. Stell dir vor, du sitzt im Flugzeug. Seit einiger Zeit ist der Flug sehr unruhig, die Lampen „Nicht Rauchen“ und „Bitte Anschnallen“ sind an.
In dieser Situation...

	trifft zu		trifft nicht zu	
...achte ich darauf, wie andere Passagiere sich verhalten.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...sage ich mir: „Die Lampen „Nicht Rauchen“ und „Bitte Anschnallen“ leuchten schon bei kleinsten Anlässen auf, das hat in Wirklichkeit nichts zu bedeuten.“	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...überlege ich, wie ich mich verhalten soll, wenn ein Notfall eintritt.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...setze ich Kopfhörer auf und höre Musik.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...lese ich die Sicherheitsinstruktionen für den Notfall durch und schaue, wo der nächste Notausstieg ist.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...lese ich in meiner Zeitung oder in einem Buch.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...achte ich auf die Geräusche der Triebwerke.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...sage ich mir: „Das sind ganz normale Luftturbulenzen, die gibt's bei jedem Flug.“	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...frage ich das Bordpersonal und achte auf die Durchsagen.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
...bleibe ich ganz ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Nun bitte ich dich, ein paar Fragen über deine Einstellung zu Ärzten bzw. Arzt-/Krankenhausbesuchen zu beantworten. Kreuze ohne lange zu überlegen an, ob bzw. wie sehr die folgenden Aussagen auf dich zutreffen.

	trifft nicht zu 1	2	3	4	trifft sehr zu 5
Ich fühle mich in Krankenhäusern generell unwohl	<input type="checkbox"/>				
Ich habe oft Angst vor ärztlichen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe oft Angst vor medizinischen Behandlungen/Operationen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe im Allgemeinen Vertrauen zu Ärzten und deren Arbeit	<input type="checkbox"/>				

Ich war schon einmal stationär im Krankenhaus in Behandlung.

ja nein keine Angabe

Jedes der folgenden Satzpaare beinhaltet zwei Wahlmöglichkeiten, a und b. Bitte kreuze jeweils den Satz an, der auf deine Ansichten, Wünsche oder Gefühle meistens zutrifft. In einigen Fällen werden deiner Meinung nach beide Sätze oder keiner von beiden zutreffen. Wähle dann denjenigen Satz, dem du noch am ehesten zustimmen könntest. Es ist wichtig, dass du alle Satzpaare bearbeitest.

a. Ich liebe ausgelassene, "wilde" Partys.

- b. Ich bevorzuge ruhige Partys mit guten Gesprächen.
- a. Mir macht es nichts aus, wenn ich bei Filmen oder Schauspielen weiß, was als nächstes passiert.
- b. Ich kann mich normalerweise nicht an Filmen oder Schauspielen erfreuen, bei denen ich genau weiß, was als nächstes passiert.
- a. Manchmal liebe ich es, Dinge zu tun, die einem ein wenig Angst einflößen.
- b. Eine vernünftige Person vermeidet Aktivitäten, die gefährlich sind.
- a. Ich liebe es, mich häufig durch Alkohol oder Rauchen in eine gute Stimmung zu versetzen.
- b. Ich finde, dass mir künstliche Anregungsmittel wie Alkohol oder Rauchen nicht bekommen.
- a. Wenn ich eine Reise unternehme, dann lege ich vorher meine Reiseroute und Zeitplanung sorgfältig fest.
- b. Ich würde gerne eine Reise machen, ohne vorher die Route oder den zeitlichen Ablauf zu planen.
- a. Ich bevorzuge "normale" Personen aus meinem Umfeld als Freunde.
- b. Ich würde gerne Freunde in Außenseitergruppen wie "Skinheads" oder "Zigeuner" kennen lernen.
- a. Ich würde gerne einmal einen Fallschirmabsprung versuchen.
- b. Ich würde niemals einen Fallschirmabsprung aus einem Flugzeug wagen.
- a. Ich finde etwas Interessantes an fast jeder Person, mit der ich rede.
- b. Ich habe keine Geduld mit trügen oder langweiligen Personen.

Bitte kreuze auch bei diesen Satzpaaren den Satz an, dem du am ehesten zustimmen könntest.

- a. Vieles Unglück im Leben der Menschen ist zum Teil auf Pech zurückzuführen.
- b. Unglück ist die Folge von Fehlern, die man selbst gemacht hat.
- a. Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu treffen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.
- b. Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass die Dinge kommen, wie sie kommen müssen.
- a. Es lohnt sich nicht immer, zu weit voranzuplanen, weil viele Dinge schließlich doch vom Zufall abhängen.
- b. Wenn ich Pläne mache, bin ich meist sicher, dass ich sie auch verwirklichen kann.
- a. Ob ich das bekomme, was ich will, hat bei mir so gut wie nichts mit Glück zu tun.
- b. Häufig könnte man Entscheidungen treffen, indem man eine Münze wirft.
- a. Es wird immer Kriege geben, auch wenn sich die Menschen noch so sehr Mühe geben, sie zu verhindern.

b. Eine der Hauptgründe, warum es Kriege gibt, ist, dass sich Menschen nicht genug um Politik kümmern.

a. Die Welt wird von einigen wenigen Mächtigen beherrscht, der kleine Mann kann nur wenig daran ändern.

b. Auch der Durchschnittsbürger kann Einfluss auf die Entscheidungen der Regierung nehmen.

a. Durch aktive Beteiligung im politischen und gesellschaftlichen Bereich kann man Einfluss nehmen auf Ereignisse von weltweiter Bedeutung.

b. Bei dem, was auf der Welt geschieht, sind die meisten von uns Opfer von Kräften, die wir weder verstehen noch beeinflussen können.

a. Mit genügend Anstrengung kann man politische Korruption ausmerzen.

b. Für den einzelnen ist es schwierig, Einfluss darauf auszuüben, was die Politiker in Ihrem Amt leisten.

Bitte gib dein Alter an:

Bitte gib dein Geschlecht an:

weiblich männlich

Bitte gib deinen Familienstand an:

single

in einer festen Partnerschaft

verheiratet

geschieden/getrennt lebend

verwitwet

Was ist deine höchste abgeschlossene Ausbildung?

Hauptschule

Lehre/Berufsschule

Fachschule

Matura

Kolleg

Hochschule
(Fachhochschule/Universität)

Sonstiges

Was ist dein derzeitiger Beruf?

Schüler/In

Student/In der Studienrichtung

Arbeiter/In

Angestellte/R

Selbständig/Freiberuflich

Pensionist/In

Hausfrau/-mann

Arbeitslos

Anderer

Bist du bzw. warst du einmal beruflich im medizinischen Bereich tätig?

ja

nein

keine Angabe

Herzlichen Dank für deine Teilnahme!

VII. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Eva Huber
Wohnsitz: Schottenfeldgasse 86/12, 1070 Wien
Geburtsdatum: 29.03.1984
Geburtsort: Braunau am Inn (OÖ)
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Schulbildung

1990- 1994 Volksschule Braunau am Inn
1994- 2002 BG Braunau am Inn
Juni 2002 Matura mit gutem Erfolg

Hochschulbildung

Oktober 2003- Juli 2006 Bakkalaureatsstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Seit Oktober 2003 Diplomstudium der Theater-, Film- und Medienwissenschaft
Seit Oktober 2006 Masterstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Februar bis Juni 2008 Erasmus-Studienaufenthalt an der University of Aarhus in Dänemark (am Department of Media and Communication Studies und am Department of English)

Berufliche Tätigkeiten

Juli bis November 2005 Produktionsassistentin bei diversen Filmprojekten
August 2006 bis Mai 2009 Praktikum als Bildredakteurin bei der Zeitung „Österreich Spiegel“
Seit November 2009 Praktikum „MOYA“ Museum of Young Art

Fremdsprachen

Englisch sehr gut
Französisch Grundkenntnisse

