

## Heilsamer Kitsch: Edukative Effekte der TV-Arztserie „Der Bergdoktor“ auf das Gesundheitsbewusstsein

### 1 Ziel der Studie

Die *Bergdoktor*-Studie ist Teil einer Untersuchungsreihe, die an der Universität Wien zum Einsatz dramaturgischer Mittel in Arzt- und Krankenhausserien durchgeführt wird, um deren Relevanz für die Gesundheitskommunikation zu evaluieren<sup>1</sup>. Ähnlich wie in der Kultivierungsforschung gehen wir davon aus, dass es zur *edukativen* Wirkung auf das Gesundheitsbewusstsein keiner expliziten Absicht des Kommunikators bedarf. Murphy et al. (2011) zeigten, dass Gesundheitsthemen in Unterhaltungsserien als Nebennarrativ vorkommen und Effekte auf das Gesundheitsbewusstsein haben, obwohl eine entsprechende Absicht der Produzenten nicht vorlag. Umgekehrt bieten gesundheitsbezogene Intentionen keine hinreichende Sicherheit auf kommunikativen Erfolg, der von der Rezipientin bzw. vom Rezipienten mit beeinflusst wird. Singhal und Rogers (2002) berichten von Widerständen des Publikums, die Kampagnen der *Entertainment-Education* begleiten und Absichten der Planer konterkarieren. *Edukative Wirkung* ist daher nicht an der Kommunikatorintention, sondern an postrezeptiven Veränderungen zu messen, die die Zuschauerinnen und Zuschauer den Zielen positiv erachteter Gesundheitseinstellungen näher bringen.

Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage nach der Funktion romantischer Liebes-Narrative für die Gesundheitskommunikation. Neben Krankheit und Heilung gehören romantische Erzählstränge zu den populären Zutaten von Arztserien. Geprüft werden soll, welche Konsequenzen die Einfügung einer Liebesgeschichte auf die gesundheitsbezogene Informationsverarbeitung hat. Liebes-Narrative könnten helfen, die Angstmomente des Themas Krankheit zu moderieren. Sie könnten aber auch „widerständiges“ Verhalten in Bezug auf gesundheitsbezogene Botschaften

---

<sup>1</sup> Zur Forschungsgruppe *Gesundheitskommunikation und Unterhaltung* (Leitung: Jürgen Grimm) gehören neben Maria Emilia Rosenzweig auch Christiane Grill und Andreas Enzlinger (vgl. auch deren Beitrag in diesem Band).

erzeugen, weil sie die Abwehr inhärenter Furcht-Appelle erleichtern (Hastall, 2012).

Rossmann (2003) ermittelte, dass Krankenhausserien zu einem positiven Ärzte-Image beitragen. Damit verbunden steigen Arztvertrauen und potenziell die Vorsorgebereitschaft. Unklar ist aber, welche Narrative dafür ausschlaggebend sind. Sind es die Sequenzen mit Arzt-Patient-Interaktionen, in denen explizit Gesundheitsthemen angesprochen werden? Oder gibt gerade die Liebesgeschichte des Arztes den entscheidenden Impuls, das Arztbild aufzuhellen? Für den deutschsprachigen Raum konnten Gassmann, Vorderer und Wirth (2003) experimentell durch ein Prä-Post-Design belegen, dass die Krankenhausserie *Die Schwarzwaldklinik* dem Publikum eine positivere Haltung zu Gesundheitsthemen vermittelt und die Bereitschaft zur Organspende erhöht. Ein Problem stellt allerdings dar, dass romantische Liebesgeschichten, die zur *Schwarzwaldklinik* wie auch zum *Bergdoktor* stilbildend gehören, von Teilen des Publikums als „Kitsch“ abgewertet werden. Der *Anti-Kitsch-Affekt* (Grimm, 2012) sorgt dafür, dass Menschen Harmonieszenarien als „unrealistisch“ und „peinlich“ empfinden. Es ist daher möglich, dass zuviel Romantik oder eine ungeeignete Implementierung der Liebesgeschichte in die Dramaturgie die Verarbeitung der Gesundheitsinformation behindern.

Ziel der folgenden Untersuchung ist es, die Anziehungs- bzw. Abstoßungsqualitäten der Arztserie *Der Bergdoktor* sowie die daraus resultierenden Folgeeffekte bezüglich Wissen und Einstellungen in Gesundheitsfragen zu ermitteln. Besonderes Augenmerk gilt der Rolle romantischer Nebennarrative bei der Gesundheitskommunikation und deren Kompatibilität für mehr oder weniger romantisch disponierte Zuschauergruppen.

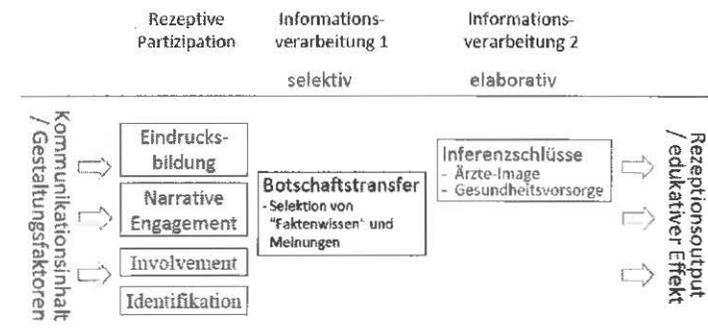
## 2 Theoretischer Rahmen und Fragestellung

Unstrittig beeinflusst die rezeptive Partizipation der Zuschauerinnen und Zuschauer das Endresultat der Rezeption. Im *Transportation Imagery*-Modell gehen Green, Strange und Brock (2002) davon aus, dass das Hineingezogenwerden in die Geschichte den persuasiven Effekt steigert, weil es die emotionale Beteiligung anregt und den Rezipienten für die Botschaft der Geschichte öffnet. Busselle und Bilandzic (2009) erweitern dieses Konzept in Richtung *Narrative Engagement*, das vier Subdimensionen vorsieht: *Narrative Understanding*, *Attentional Focus*, *Emotional Engagement* und *Narrative Presence*, wobei letzteres weitgehend der Bewegungssillusion des *Transportation*

entspricht. Auch in diesem Modell wird postuliert, dass mit der Intensität des *Narrative Engagement* die Wahrscheinlichkeit persuasiver Effekte steigt. Nach De Graaf et al. (2012) kann die Identifikation mit einzelnen Figuren selektive Persuasionseffekte verursachen. Schließlich legt das Involvement-Konzept (Krugman, 1966) im Rahmen des Elaboration-Likelihood-Modells (ELM, siehe Petty & Cacioppo, 1986) nahe, dass mit der Anzahl der Bezüge, die der Rezipient zwischen sich und dem Kommunikationsinhalt herstellt, Aufmerksamkeit und Verarbeitungstiefe, aber auch die Wahrscheinlichkeit kritischer Überlegungen zunehmen. Daher könnte mit dem Involvement die Empfänglichkeit wie auch die Widerständigkeit des Publikums gegenüber Gesundheitsbotschaften wachsen.

Ganz und gar ungeklärt ist, welche Form der rezeptiven Partizipation welche edukativen Effekte befördert oder behindert und wie das Zusammenspiel zwischen *Narrative Engagement*, *Involvement* und *Identifikation* genau funktioniert. Zu Recht kritisiert Wirth (2006) den unscharfen Gebrauch des Begriffs *Involvement*, der zu einem All-inclusive-Begriff verkommen. Demgegenüber bestehen wir auf der analytischen Trennung verschiedener Formen rezeptiver Partizipation, schon um ihre Wechselwirkung bei der Informationsverarbeitung empirisch prüfen zu können.

**Abbildung 1:** Drei-Stufen-Modell der Informationsverarbeitung im Rahmen von Entertainment-Education



Der Terminus Entertainment-Education in der Gesundheitskommunikation umfasst: a) die Präsentation von Faktenwissen, von Bewertungen und Interpretationsweisen gesundheitsrelevanter Phänomene im Rahmen von Unterhaltungssendungen, b) selektive Formen der Aneignung von Wissen aus Unterhaltungssendungen und c) elaborative Informationsverarbeitung der Unterhaltungssendung durch die Zuschauer mittels Inferenzschlüssen und abgeleiteten Urteilen.

Im *Drei-Stufen-Modell der Informationsverarbeitung* (Abbildung 1), das unserem Forschungsansatz zugrunde liegt, wird die erste Stufe mit der kognitiven und emotionalen Eindrucksbildung eingeleitet (interessant-uninteressant, angenehm-unangenehm, usw.), von der die weitere rezeptive Beteiligung abhängt.

Während die Eindrucksbildung bei der Rezeption ein relativ passives Erleben (anziehender und abstoßender Komponenten) darstellt, beinhalten *Narrative Engagement* (= Eintauchen in die Erzählung), *Involvement* (= Anzahl der Beziehungen zwischen Rezipient und Kommunikat) und *Identifikation* (= sympathische Einfühlung in Personen) aktivere Formen der Beteiligung mit einer stärkeren bewussten Rezeptionssteuerung.

Hypothetisch lassen die Varianten rezeptiver Partizipation unterschiedliche Prognosen edukativer Effekte zu. Bei der Eindrucksbildung werden die Weichen dafür gestellt, ob die weitere Verarbeitung eine positive oder negative Grundtönung erhält und wie hoch die Bereitschaft ist, eine aktive rezeptive Partizipation zu realisieren. Im Hinblick auf den Rezeptionsoutput lassen sich daraus allgemeine Wirkungswahrscheinlichkeiten ableiten, die aber nicht inhaltlich spezifiziert sind. So kann eine Stressinduktion, die beim Thema Krankheit zu erwarten ist, entweder die emotionale Sensibilität anregen und positives Gesundheitsverhalten motivieren oder aber eine Abwehrreaktion hervorrufen, die einen Rezeptionsabbruch oder sogar einen *Boomerang-Effekt* (Byrne, 2009) auslöst.

Während das *Narrative Engagement* als Overall-Maß für das Eintauchen in die Geschichte am ehesten mit der Gesamtbotschaft der Story und den insgesamt deduzierbaren Schlüssen korreliert (jedenfalls keine selektiven Wirkungswahrscheinlichkeiten im Hinblick auf Detailinformationen und Einzelbotschaften begründet), erwarten wir bei hohem *Involvement* eine erhöhte Verarbeitungswahrscheinlichkeit gerade solcher Informationen des Kommunikationsinhalts, die mit der im Alltagsleben verwurzelten *Relevanzstruktur* (Schütz, 1982) des Rezipienten korrespondieren. Identifikation wiederum erhöht die Suggestibilität der Ansichten, die der Rezipient mit einer bestimmten Identifikationsfigur teilt oder aufgrund der Erfahrungen der Identifikationsfigur als Lehre ableitet. Im Verlauf der Rezeption können sich die Beteiligungsformen überschneiden, sie werden im Modell lediglich zu analytischen Zwecken getrennt.

Die Art der rezeptiven Beteiligung bestimmt die Informationsverarbeitung, die in zwei Teilprozesse unterteilt wird: *Selektion* und (in Anlehnung an das ELM) *Elaboration*. Ausgewählt werden Informationen, die explizit als Meinungsposition einer Figur oder als Botschaft aus einer narrativen

(Teil-)Sequenz durch den Erzähler oder eine Figur formuliert werden. Davon zu unterscheiden sind elaborative Informationen, die die Rezipientin bzw. der Rezipient aktiv aufgrund der logischen Analyse der Erzählung und/oder des Vergleichs mit eigenen Erfahrungen deduziert, ohne dass diese im Kommunikat manifest in Erscheinung treten. Elaborationen treten häufig als Resultat von Zusammenfassungen und Verstehensleistungen auf (Kitsch, 1998), sie können aber auch den Horizont der Erzählung am Maßstab der Alltagserfahrungen der Rezipientinnen und Rezipienten übersteigen. Gerade der elaborative Teil der Informationsverarbeitung ist für die *Entertainment-Education* (EE) zentral, weil Elaborationen anzuregen eine wirksame Alternative zur offensichtlichen pädagogischen Einflussnahme darstellt, die das Unterhaltungspublikum verärgern könnte. Es geht also beim EE um ein kommunikatives Design, das (neben expliziten EE-Botschaften) den Raum für Elaborationen im Hinblick auf Gesundheitsthemen optimal begrenzt, d. h. genügend Freiheitsgrade lässt, ohne in Beliebigkeit abzugleiten. Gerade Elaborationen, die der Rezipient einem kritischen Realitätstest an eigenen Erfahrungen unterworfen hat, haben eine erhöhte Chance, nachhaltig zu wirken und verhaltensrelevant zu werden.

Gemäß dem Drei-Stufen-Modell fragen wir nach Immersionseffekten der TV-Serie *Der Bergdoktor*, aufgeschlüsselt nach Eindrucksbildung und einzelnen Dimensionen rezeptiver Partizipation. In Bezug auf Stufe 2 und 3 der Informationsverarbeitung geht es um koinzidente Selektionen medizinischen Faktenwissens und elaborative Informationsprozesse mit Konsequenzen für gesundheitsbezogene Einstellungen. Als maßgeblichen Gestaltungsfaktor romantischer Arztserien prüfen wir Liebes-Nebennarrative, die den Elaborationsraum funktional oder dysfunktional im Sinne der Gesundheitskommunikation beeinflussen.

- FF1: Welche Effekte hat eine Episode der TV-Serie *Der Bergdoktor* bezüglich Stresserleben, narrative Engagement, Involvement und Arzti-entifikation der Zuschauerinnen und Zuschauer? Welche Wirkungen ergeben sich postrezeptiv im Hinblick auf medizinisches Wissen, Ärzte-Image und Vorsorgeverhalten?
- FF2: In welcher Weise beeinflusst die Liebesgeschichte der Episode Verlauf und Endresultat der Gesundheitskommunikation? Welche Rolle spielen die Hauptnarrative mit der Arzt-Patient-Interaktion?
- FF3: Lassen sich Regelmäßigkeiten des edukativen Erfolgs/Misserfolgs erkennen, die aus der Auswahl und Koppelung der Narrative resultieren?

- FF4: Beeinflusst der *Anti-Kitsch-Affekt* die Bereitschaft des Publikums, gesundheitsbezogene Botschaften aus der *Bergdoktor*-Episode abzuleiten?

Neben diesen spezifischen Forschungsfragen geht es uns darum, die Dynamik der Informationsverarbeitung, die sich zwischen Eindrucksbildung, rezeptiver Partizipation und edukativen Effekten hinreichend komplex zu erfassen, um auf dieser Grundlage das Zusammenspiel der Faktoren im Drei-Stufen-Modell explorieren und besser verstehen zu können.

### 3 Methode

Die deutsch-österreichische Koproduktion *Der Bergdoktor*, die nach dem Vorbild einer Arzt-Heftromanserie aus dem Bastei-Verlag entstand, gehört zu den erfolgreichsten Arztserien des deutschsprachigen Fernsehens. Erstmals 1992 auf *Sat.1* ausgestrahlt, läuft die Reihe seit 1999 zunächst in Wiederholungen, dann mit eigenen Produktionen bei *ZDF* und *ORF*. Seit 2007 wird die Rolle des Dr. Martin Gruber vom jugendlich wirkenden Steirer Hans Sigl ausgefüllt. Neben den obligatorischen Krankheitsfällen und ärztlichen Interventionen werden in der Serie die Lebensumstände der Patientinnen und Patienten und des dörflichen Lebens ausgeleuchtet. Mit Sigl rückte das Privatleben des Arztes stärker in den Vordergrund, der sich vor imposanter Bergkulisse in verschiedene Liebesaffären verstrickt.

Für die Zwecke der Untersuchung haben wir die Episode *Ein harter Schnitt* (Staffel 1, Episode 3, Erstausstrahlung 2008) angepasst. In der Kernsequenz geht es um Vergiftungssymptome, die Markus Wendt nach dem Genuss von Pilzen entwickelt. Hinzu kommt eine Krebsdiagnose. Der Patient missachtet die Ratschläge des Arztes und gerät prompt in lebensgefährliche Bergnot, aus der er im letzten Moment gerettet wird. In Zukunft will Wendt die Vorsichtsmaßnahmen des Doktors beachten.

Das Liebes-Narrativ der Folge besteht aus zwei Teilen: (1) die Freundin Grubers, Julia Denson, besucht ihn überraschend in den Bergen. Sie ist aus New York angereist, wo Gruber zuvor an einer Klinik gearbeitet hat. Es kommt zu einem romantischen Treffen auf der Alm. Beide sind verliebt. (2) Julia verabschiedet sich von Gruber; sie will zurück in die große Stadt, die sie brauche wie die Luft zum Atmen. Gruber ist hin- und hergerissen; er entscheidet sich, in seinem Heimatort Ellmau zu bleiben: Er brauche die Berge und seine Patienten; und seine Patienten brauchen ihn.

Aus der gesundheitsbezogenen Kernsequenz und den Liebesszenen wurden drei Filmversionen erstellt:

- G1: Nur Kernsequenz mit Arzt-Patient-Interaktion und EE-Botschaft
- G2: Liebes-Narrativ 1: romantisches Treffen + Kernsequenz
- G3: Liebes-Narrativ 1 + Kernsequenz + Liebes-Narrativ 2: Abschied

Für die Untersuchungsanlage wählten wir ein Prä-Post-Design. Die Probanden füllten online einen Fragebogen aus, der u. a. Test-Items zu Ärzte-Image und Vorsorgeverhalten enthielt. Zwei Tage später sahen die Probanden in den Untersuchungsräumen des Wiener Instituts eine der drei Filmversionen. Unmittelbar danach füllten sie den zweiten Fragebogen aus, der nochmals den Image- und Vorsorge-Test enthielt. Als Wirkung in diesem Bereich gelten signifikante Abweichungen zwischen den Messzeitpunkten. Dabei können die Prä-Post-Differenzen in jeder Gruppe als „Wirkung des jeweiligen Filmstimulus“ interpretiert werden, sofern sie gegen die Nullhypothese geprüft wurden und die Differenz-Konfiguration insgesamt eine plausible Deutung des Befunds zulässt. Die Absicherung gegenüber statistischen Artefakten geschieht also einerseits durch die Signifikanzprüfung der Einzelwerte und prima facies durch Plausibilitätskontrolle im Rahmen des gesamten Veränderungsprofils. Einen Vorteil des Verfahrens sehen wir darin, dass bei jedem Individuum eine eigene Kontrollmessung vorliegt, die es gestattet, den Veränderungsprozess genau zu beobachten. Zusätzlich werden durch die Komplexität der Wirkungserhebung vielfältige Kontrollen der externen Validität ermöglicht. Zwar werden dadurch nur kurzfristige Effekte gemessen und interpretiert, dies aber weitaus zuverlässiger als bei einem reinen Post-Factum-Verfahren. Nimmt man an, dass viele der Serien-Zuschauerinnen und -Zuschauer regelmäßig ähnliche Inhalte konsumieren, so lassen die Prä-Post-Differenzen mit Einschränkung einen Schluss auf längerfristige Kumulationseffekte zu.

In einer zweiten ganzheitlichen Analyseperspektive wird der Haupteffekt aller vorgeführten *Bergdoktor*-Szenen (Prä-Post-Differenz im Gesamtsample) ermittelt, und zu den Filmversionen in Bezug gesetzt (mittels MANOVA mit Messwiederholung und dem Interaktionsfaktor Filmgruppenzugehörigkeit). Da die Probanden zufällig auf die Gruppen verteilt wurden, kann der Between-Group-Effekt unter Wahrung der *Ceteris-paribus*-Klausel als moderierender Einfluss der in der *Bergdoktor*-Episode verwendeten Gestaltungsvarianten auf das Rezeptions-Output gewertet werden. Aus der Funktion einzelner Sequenzen im Wirkungszusammenhang lassen sich dann auch Hinweise zur gestalterischen Optimierung einschlä-

giger Kommunikationsinhalte im Rahmen der Gesundheitskommunikation gewinnen. Um eine möglichst große Generalisierbarkeit zu erzielen, haben wir uns für ein *Forced-Exposure*-Verfahren entschieden, das den Serien-Fan ebenso umfasst wie den beiläufigen Zuseher und den weniger „freiwillig“ mitschauenden Ehepartner des Fans. Dies schließt für die Zukunft nicht aus, die Ergebnisse mittels eines *Selective-Exposure*-Ansatzes (Hastall & Knobloch-Westewick, 2013) zu spezifizieren.

Die rezeptive Partizipation (Eindrucksbildung, Narrative Engagement, Involvement, Identifikation) wurde postrezeptiv erhoben, ebenso wie der Transfer medizinischen Wissens (sechs Fragen mit jeweils vier Antwortoptionen). In allen Fällen haben wir uns nicht auf One-Item-Messungen verlassen, sondern mehrere Items gebildet (oder übernommen) und zu Indizes zusammengefasst (Summe der Zustimmungen, die dann an der maximal erreichbaren Zustimmung zu den Test-Items prozentuiert wurde). Zu den Alpha-Werten der Tests sei auf den Beitrag von Grill und Enzinger im vorliegenden Band verwiesen.

An der *Bergdoktor*-Studie haben 114 Probanden von Mai bis Juni 2013 teilgenommen: Der Anteil der Frauen betrug 61,4 %. 65 % waren unter 30 Jahre alt. Der Studierendenanteil betrug 57 %. Nach der Randomisierung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, sodass Prä-Post-Differenzen und Between-Group-Effekte auf die jeweiligen Stimulusbedingungen zurückgeführt werden können.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Eindrucksbildung

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse der Eindrucksbildung auf den semantischen Differenzialen (Skala 1-8) zu Kennwerten (0-100) für Unterhaltung („spannend“ und „interessant“), emotionale Belastung („angsterregend“, „traurig“, „berührend“) und Informationsqualität („informativ“, „objektiv“) zusammengefasst. Überraschenderweise ordnen die Probanden der Filmversion G1, die nur die Kernsequenz der *Bergdoktor*-Episode mit den Arzt-Patient-Interaktionen enthält, den größten Unterhaltungswert und zugleich die größte emotionale Belastung zu. Wir sehen darin ein Indiz dafür, dass Unterhaltung in Arztserien vom Thema Krankheit maßgeblich bestimmt wird. Außerdem scheinen die belastenden Aspekte des Themas keinen Widerspruch zur Unterhaltung zu bilden. Die Koinzidenz auf

Gruppenebene lässt sich auch auf Individuumsbasis bestätigen. Die Korrelation zwischen Unterhaltung und Belastung beträgt  $r = 0,51$  ( $p < 0,001$ ).

**Tabelle 1:** *Der Bergdoktor – Emotionale und kognitive Eindrucksbildung*

Eindrucksdimensionen	G1		G2		G3		Between Group	Total	
	M	SD	M	SD	M	SD		p	M
Unterhaltungswert	33,8 <sup>A</sup>	24,8	21,8 <sup>A</sup>	21,4	30,6	20,5	0,061	28,8	22,7
Emotionale Belastung	49,2 <sup>A</sup>	17,2	41,4 <sup>AB</sup>	15,0	48,6 <sup>B</sup>	12,8	0,050	46,5	15,3
Qualität der Information	25,9 <sup>A</sup>	17,6	19,1 <sup>B</sup>	15,1	34,4 <sup>AB</sup>	16,3	0,001	26,5	17,4

Dargestellt sind Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und signifikante p-Werte ( $< 0,05$ ) für Gruppenunterschiede insgesamt. Zusätzlich Einzelgruppenvergleiche mit Bonferroni-Korrektur: Gleiche Buchstaben in der Zeile bedeuten signifikanter Unterschied zwischen diesen Gruppen ( $p < 0,05$ ).

Unterhaltung und Belastung nehmen in G2, in der das romantische Treffen gezeigt wurde, drastisch ab, um in G3 mit der zusätzlich präsentierten Abschiedsszene wieder anzusteigen. Einen u-förmigen Verlauf zeigt auch die Informationsqualität: niedrigster Wert in G2, höhere Werte in G1 und G3. Die Parallelität der emotionalen und kognitiven Eindrucksbildung spricht dafür, dass Unterhaltung, Belastung und Information keinen Gegensatz bilden, sondern aufeinander aufbauen. Die individuumbezogene hochsignifikante Korrelation ( $p < 0,001$ ) belegt mit  $r = 0,48$ : Umso höher die Belastung, desto höher ist der wahrgenommene Informationsgewinn. Die Korrelation Information/Unterhaltung ist sogar noch höher:  $r = 0,62$ .

Unklar bleibt, was die Eindrucksbildung in G2 beeinträchtigte. So scheidet ein Zuviel an Romantik als Erklärung aus. In diesem Fall hätte man die schlechtesten Werte in G3 mit den längsten Liebesszenen erwartet. Im nächsten Abschnitt werden wir sehen, dass in G2 eine Irritation der Zuschauer eintrat, die die rezeptive Partizipation empfindlich störte.

### 4.2 Rezeptive Partizipation und Wissensvermittlung

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass die Liebesgeschichte vor romantischer Bergkulisse in G2 die rezeptive Partizipation des Publikums negativ be-



**Tabelle 3: Der Bergdoktor – Wirkung auf Ärzte-Image**

N=114; G1=37 G2=38 G3=39 Zustimmungsdifferenz% Post-Prä-Messung	G1		G2		G3		Interaktion mit G1-G3		Prä-Post- Haupteffekt		Total	
	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD	p	p	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD
Ärzte sind fachlich kompetent.	0,0	11,7	6,6**	19,2	0,4	15,5					2,3	15,9
Ärzte sind vertrauenswürdige Menschen.	-0,4	16,7	2,4	19,2	1,1	14,8					1,0	16,8
Ärzte leben für ihren Beruf.	6,0+	20,3	-5,6*	17,8	5,3	20,3	0,022				1,9	20,1
Ärzte setzen sich für ihre PatientInnen ein.	7,7**	20,4	1,9	17,9	11,3**	15,6	0,082	0,001			7,0	18,3
Ärzte wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.	5,5	18,0	0,0	14,3	7,8	25,0					5,8	20,3
Ärzte sind Autoritätspersonen, zu denen Patienten aufsehen.	-0,8	17,8	-1,2	18,8	7,9+	23,8	0,100				2,0	20,5
Arztbild positiv (total)	2,6+	9,3	0,6	11,5	5,4**	9,9			0,004		2,9	10,3

Dargestellt sind die Mittelwerte der Differenzen zwischen Prä- und Post-Messung (Ursprungsskalen für Einzel-Items und Index *Arztbild* 0-100: \*\* = nach t-Test (zweiseitig) Prä-Post-Differenz in der Gruppe hochsignifikant,  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ ; + =  $p < 0,10$  (Tendenz). Außerdem wurde eine MANOVA mit Mehrfachmessung und dem Faktor Filmgruppe durchgeführt: p-Werte für signifikante Prä-Post-Differenzen im Gesamtsample sowie für Interaktionseffekte mit den Experimentaumbedingungen G1-G3. In leeren Zellen ist  $p > 0,05$ .

Ähnliche Einbußen gegenüber G1 und G3 betreffen das Statement „Ärzte setzen sich für ihre Patienten ein“ ( $p = 0,082$ ). Offenbar haben die Zuschauerinnen und Zuschauer das romantische Liebestreffen als eine Art Pflichtvergessenheit von Gruber aufgefasst, die sich schädlich auf die ärztliche Fürsorge auswirkt. Nun verstehen wir auch, warum die Identifikation mit dem Bergdoktor in G2 eingebrochen ist (siehe Tabelle 2). Der berufsethische Aspekt des Pflichtverständnisses war für die Zuschauer der Arztserie wichtiger als die Liebelei. Dies wird nun nicht allein Dr. Gruber, sondern allen Ärzten zur Last gelegt. Fiktionale Figuren sind eben Typen, die nach Glaubwürdigkeits- und Wahrscheinlichkeitskriterien (Fisher, 1989) bewertet werden – in diesem Fall mit negativem Ausgang für den Arzt.

**Tabelle 4: Der Bergdoktor – Wirkung auf Gesundheitsvorsorge**

N=114; G1=37 G2=38 G3=39 Zustimmungsdifferenz% Post-Prä-Messung	G1		G2		G3		Interaktion mit G1-G3		Prä-Post- Haupteffekt		Total	
	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD	p	p	M <sub>Diff%</sub>	SD	M <sub>Diff%</sub>	SD
Ich achte auf gesunde Ernährung.	5,6**	11,5	1,9	11,1	3,3	18,1			0,008		3,5	14,0
Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.	0,4	11,4	4,2**	9,4	5,1 <sup>+</sup>	16,5			0,008		3,3	12,9
Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.	4,6 <sup>+</sup>	16,5	1,1	26,2	3,3	17,5					3,0	20,4
Ich treibe Sport.	4,6	18,5	0,8	11,0	6,2**	13,0			0,005		3,9	14,5
Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	6,1	22,5	2,3	13,9	3,7	22,4			0,037		4,0	19,9
Gesunder Lebensstil (total)	4,4**	8,4	1,8	8,4	4,3**	9,8			0,001		3,5	8,9
Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	1,6	25,3	-0,4	19,8	2,2	21,9					1,1	22,2
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	6,2 <sup>+</sup>	18,9	1,9	14,2	0,0	23,9					2,6	19,4
Medizin. Prävention (total)	3,9	16,7	0,0	13,4	1,1	17,5					1,6	15,9

Dargestellt sind die Mittelwerte der Differenzen zwischen Prä- und Post-Messung (Ursprungsskalen: Zustimmung 0-100 bei den Einzel-Items und den Summen-Indizes *Gesunder Lebensstil* und *Medizinische Prävention*). Signifikanztests und Notation wie bei Tabelle 3

Und dies hat Konsequenzen für die Bereitschaft des Publikums zur medizinischen Prävention. In Tabelle 4 ist deutlich zu erkennen, dass die *Bergdoktor*-Episode insgesamt die Motivation zu einem gesunden Lebensstil erhöht, dass aber die Bereitschaft zur medizinischen Vorsorge nur unwesentlich steigt. In der Problemgruppe 2 sinkt das Anregungspotenzial sogar auf Null. Hieraus folgt, dass die durch narrative Irritation verursachte Steigerung der Aufmerksamkeit für medizinisches Faktenwissen in G2 den verhaltensrelevanten Bereich der Gesundheitsvorsorge kaum berührt. Auch die Orientierung am gesunden Lebensstil ist in G2 am geringsten. Erst mit dem Abschied der Liebenden erreichen die Impulse wieder das Niveau der Kernsequenz, bei der Patient Wendt im Mittelpunkt steht.

Resümierend festzuhalten bleibt, dass die finalisierte Liebesgeschichte der Gesundheitskommunikation viel zuträglicher ist als das Liebestreffen ohne das zugegebenermaßen traurige Ende.

#### 4.4 Einfluss des Anti-Kitsch-Affekts

Am Ende der Ergebnispräsentation soll die Rolle von Romantik-Affinität und Anti-Kitsch-Affekt bei der *Bergdoktor*-Rezeption geprüft werden. Zu diesem Zweck hat die Projektgruppe einen Romantik-Test mit insgesamt 20 Items konstruiert: Zwölf Items bilden die Basis für den Index zur *Romantik-Affinität*. Dazu gehören z. B. „Romantik ist Balsam für die Seele“, „Romantische Gesten sind das Fundament einer guten Beziehung“, „Heimatfilme vermitteln mir ein Gefühl von Geborgenheit“, „Bei emotionalen Filmszenen fange ich an zu weinen“. Acht Items dienen zur Messung der *Romantik-Aversion* (= Anti-Kitsch-Affekt): „Öffentliche Gefühlsausbrüche finde ich unerträglich“, „Kitsch macht mich aggressiv“, „Romantik ist reine Phantasterei ohne Bezug zur Realität“, u. a. m.<sup>2</sup>

Erste Auswertungen zeigen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Romantik-Disposition und den für die *Entertainment-Education* relevanten Wirkungen auf Ärzte-Image und Vorsorgeverhalten nachweisbar ist. Interessanterweise sind die Vorzeichen der Korrelation der post-rezeptiven Aufhellung des Arztbildes (Prä-Post-Differenz) und der Romantik-Affinität ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,072$ ) ebenso negativ wie die mit der Anti-Kitsch-Disposition ( $r = -0,11$ ;  $p = 0,134$ ). Wir schließen daraus, dass hier keine lineare Beziehung vorliegt. Vielmehr scheinen die Extrem-Romantiker ebenso wie die extremen Kitsch-Kritiker wenig empfänglich für den Imagetransfer des *Bergdoktors* zu sein. Die im Romantik-Test mittig Positionierten sind jedenfalls eher bereit, die Image-Signale positiv aufzunehmen.

Ein ähnlich schwacher, aber gegensinniger Zusammenhang betrifft die Zuwendung zur Serie. Romantik-Affinität erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit, zum *Bergdoktor*-Zuschauer ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,045$ ) zu werden, der Anti-Kitsch-Affekt vermindert dies ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,114$ ).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die ermittelten Effekte der *Bergdoktor*-Episode unabhängig von Romantik-Dispositionen des Publikums theoretisch generalisierbar sind. Allerdings wird die gesundheits-

bezogene Vermittlungsleistung de facto vor allem bei Personen mit hoher Romantik-Affinität erbracht, da diese die Arztserie häufiger nutzen.

#### 5 Fazit

Die stärkste positive Wirkung der *Bergdoktor*-Vollversion betrifft das Arztbild, das durch das dramaturgische Zusammenspiel von Gesundheitsthema und Liebesgeschichte signifikant aufgehellt wird. Eine defizitäre Dramaturgie mit offenem Ende der Liebesgeschichte führt hingegen zu Einbußen beim Image-Gewinn, der dann kaum mehr oberhalb von Null angesiedelt ist. Die Art der Narration ist also entscheidend für den Kommunikationserfolg, sieht man ein positives Arztbild als wünschenswerte Bedingung für Arztvertrauen und die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe an.

Die Studie verdeutlicht, dass das Thema Krankheit in Arztserien angstbesetzt ist und romantische Narrative nur wenig zur Beruhigung des Publikums beitragen. Das ist auch gar nicht erforderlich, da die Belastungsmomente den Unterhaltungs- und Informationswert steigern. Auch Narrative Engagement und Involvement profitieren primär von der krankheitszentrierten Arzt-Patient-Geschichte und kaum von der Lovestory. Eine offene Liebesgeschichte stört die rezeptive Partizipation, da sie Fragen über den Fortgang auslöst und bezüglich ärztlicher Arbeitsmoral irritiert. Und nur dann, wenn die Lovestory abgeschlossen wird und nicht mit dem Bild eines engagierten Arztes im Dienste der Patientinnen und Patienten konfligiert, steigt die Involvierung über das Maß der Kernsequenzen hinaus.

Die Folgen einer nicht finalisierten Liebesgeschichte für die Gesundheitskommunikation sind überwiegend negativ. Zwar profitiert der Transfer medizinischer Wissensfragmente von einem durch Irritationen ausgelösten Orientierungsreflex, eine höher komplexe Informationsverarbeitung oder gar das praktische Verhalten werden davon aber nicht berührt. Vielmehr wurde die Bereitschaft zur medizinischen Vorsorge am stärksten durch die krankheitszentrierte Grundversion ohne Liebes-Narrativ ange-regt. Daher sollten Angstmomente, die mit Krankheit verbunden sind, bei der Gesundheitskommunikation nicht gänzlich neutralisiert werden, da sie einen rationalen Umgang mit Krankheitsrisiken fördern können.

Partiell verringert die Romantik-Aversion die Zuwendungswahrscheinlichkeit bezüglich der *Bergdoktor*-Serie. Allerdings erwiesen sich weder die hochgradig *Romantik-Affinen* noch die hochgradig *Romantik-Aversiven* als besonders empfänglich für positive Image-Effekte und Konsequenzen für

2 Der vollständige Test kann beim Erstautor angefordert werden.

das Vorsorgeverhalten. Demnach hilft am ehesten eine Mittellage in Romantikfragen, die edukativen Impulse der *Bergdoktor*-Serie aufzunehmen und für das eigene Verhalten nutzbar zu machen.

Möglicherweise sind Romantik-Nichtaffine besser bei Krankenhausserien wie *Emergency Room* (ER) aufgehoben, bei der die Action-Dramatik im Vordergrund steht. Interessanterweise entfernt sich der Angstbewältigungsstil nach dem Anschauen der *Bergdoktor*-Episode vom *Monitoring* (Miller, 1987) in Richtung *Blunting*. Das ist schon deshalb überraschend, da Angstbewältigungsdispositionen in der Psychologie als weitgehend stabile Traits gelten. Offenbar hat die *Bergdoktor*-Rezeption dennoch Einfluss auf die momentane dispositionelle Verfassung, die sich bei fortdauernder Rezeption verfestigen könnte. Während die *Monitors* vor Operationen genau wissen wollen, wie alles funktioniert und welche Risiken bestehen, sind die *Blunters* an Detailinformationen nicht interessiert, da diese sie beunruhigen würden. Verstärktes *Blunting* korreliert daher mit einem defensiveren Informationsnutzungsstil. Ein *Blunting*-Effekt wurde bei ER-Zuschauern nicht festgestellt. Zwar stimuliert Dr. Gruber mehr als die Kollegen von ER Arztvertrauen, langfristig könnte aber die Bereitschaft des *Bergdoktor*-Publikums, komplexe Angebote der Gesundheitsinformation zu nutzen, leiden. Dies zu prüfen, bedarf freilich weiterer Forschung.

Die vorliegenden Befunde zeigen schon klar, dass zwischen verschiedenen Ebenen der unterhaltungs-basierten Gesundheitskommunikation (rezeptive Partizipation, Wissenstransfer, Verhaltensmotivation, Arztvertrauen) unterschieden werden muss, da diese von den dramaturgischen Modulen, die in Arzt- und Krankenhausserien Verwendung finden, in ganz unterschiedlicher Weise tangiert werden. Überdies ergaben sich Hinweise darauf, dass eine störungsfreie Koppelung der edukativen Botschaft mit den in den Liebes-Narrativen enthaltenen Informationen wesentlichen Anteil am Erfolg oder Misserfolg der Gesundheitskommunikation hat.

### Literaturverzeichnis

- Busselle, R., & Bilandzic, H. (2009). Measuring narrative engagement. *Media Psychology*, 12(4), 321-347.
- Byrne, S. (2009). Media literacy interventions: What makes them boom or boomerang? *Communication Education*, 58, 1-14
- De Graaf, A., Hoeken, H., Sanders, J. & Beentjes, J. W. J. (2012). Identification as a mechanism of narrative persuasion. *Communication Research*, 39(6), 802-823.

- Fisher, W. R. (1989). *Human communication as narration: Toward a philosophy of reason, value, and action*. Columbia, SC: University of South Carolina Press.
- Gassmann, C., Vorderer, P. & Wirth, W. (2003). Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende-Bereitschaft. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 478-496.
- Green, M. C., Strange, J. J. & Brock, T. C. (Hrsg.). (2002). *Narrative impact. Social and cognitive foundations*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grimm, J. (2012). Eudaimonistischer Rausch. Kitsch und moralische Glückseligkeit. *Medien & Zeit*, 27(4), 14-23.
- Hastall, M. (2012). Abwehrreaktionen auf Gesundheitsappelle. Forschungsstand und Praxisempfehlung. In S. Hoffmann, U. Schwarz & R. Mai (Hrsg.), *Angewandtes Gesundheitsmarketing* (S. 281-296). Wiesbaden: Springer.
- Hastall, M. & Knobloch-Westerwick, S. (2013). Severity, efficacy, and evidence type as determinants of health message exposure. *Health Communication*, 28, 378-388.
- Krugman, H. E. (1966). The measurement of advertising involvement. *Public Opinion Quarterly*, 30(4), 583-596.
- Lang, P. J., Simons, R. F. & Balaban, M. (1997). *Attention and orienting. Sensory and motivational processes*. London: Erlbaum
- Kitsch, W. (1998). *Comprehension. A paradigm for cognition*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Murphy, S. T., Frank, L. B., Moran, M. B. & Patnoe-Woodley, P. (2011). Involved, transported, or emotional? Exploring the determinants of change in knowledge, attitudes, and behavior in entertainment-education. *Journal of Communication*, 61, 407-431
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123-205.
- Rossmann, C. (2003). Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten. Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten. *Medien und Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 497-522.
- Schütz, A. (1982). *Das Problem der Relevanz*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Singhal, A. & Rogers, E. M. (2002). A theoretical agenda for entertainment-education. *Communication Theory*, 12, 117-135.
- Sokolov, E. N. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. New York: Macmillan.
- Wirth, W. (2006). Involvement. In J. Bryant & P. Vorderer (Hrsg.), *Psychology of entertainment* (S. 199-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eva Baumann | Matthias R. Hastall |  
Constanze Rossmann | Alexandra Sowka [Hrsg.]

**Gesundheitskommunikation  
als Forschungsfeld der  
Kommunikations- und  
Medienwissenschaft**

 **Nomos**

2014

Reihe **Medien +** Gesundheit

herausgegeben von Patrick Rössler

Editorial Board:

Eva Baumann, Heinz Bonfadelli, Claudia Lampert,  
Constanze Rossmann, Peter Schulz

Band 9