



MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Krankenhaus – ein Ort an dem man lachen kann. Über die Rolle des Humors bei der Gesundheitsvorsorge.“

verfasst von / submitted by
Stefan Fürnkranz, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2019 / Vienna 2019

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

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

Betreut von / Supervisor:

A 066 841

Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

Danksagung

Ich möchte die Gelegenheit nutzen und mich an dieser Stelle bei meinen Eltern für ihre Unterstützung zu bedanken. Sie haben es meinem Bruder und mir ermöglicht überhaupt studieren zu können.

Ebenso großer Dank gebührt meiner Partnerin Lisa, die mich und meine Launen während des langwierigen Arbeitsprozesses stets geduldig ertragen und mir unentwegt den Rücken gestärkt hat.

Des Weiteren möchte ich mich auch bei Univ.-Prof.Dr. Grimm und Mag. Andreas Enzminger für die Hilfestellung und das wertvolle Feedback herzlichst bedanken.

Eidesstattliche Erklärung

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

Wien, 13.05.2019

Stefan Fürnkranz

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
I. Theorie	4
2. Gesundheitswissenschaft trifft auf Kommunikationswissenschaft	5
2.1. Gesundheit	5
2.1.1. Exkurs Salutogenese	6
2.2. Gesundheit und Massenmedien	7
2.3. Gesundheitskommunikation	9
2.3.1. Ebenen der Gesundheitskommunikation	13
2.3.2. Zielrichtungen und Ansätze der Gesundheitskommunikation.....	17
3. Entertainment Education.....	18
3.1. Einführung / Geschichte	18
3.2. Entertainment-Education in der Gesundheitskommunikation.....	22
4. Humor	25
4.1. Humortheorien	27
4.1.1. Relief Theory	29
4.1.2. Superiority Theory.....	29
4.1.2.1. Disparagement Humor	31
4.1.3. Incongruity Theory	31
4.1.3.1. Schwarzer Humor	33
4.3. Humor in der sozialen Hierarchie	34
4.3.1. Karnevaleske Umkehrung	35
4.4. Humor in der Gesundheitskommunikation.....	36
5. Rezeptive Partizipation	37
5.1. Narrative Engagement.....	38
5.1.1. Transportation.....	39
5.2. Involvement.....	41
5.3. Identifikation	42

II. Empirie	45
6. Drei-Stufen-Modell der Informationsverarbeitung & forschungsleitende Fragen	46
7. Stimulusmaterial & Gruppenbeschreibung	50
8. Ablauf des Experiments	53
9. Erhebungsinstrumente	54
9.1. Eindrucksbildung	54
9.2. Rezeptive Partizipation	55
9.3. Arztbild	60
9.4. Krankenhausbild.....	62
9.5. Gesundheitsvorsorge.....	64
10. Ergebnisse	65
10.1. Eindrucksbildung	65
10.2. Rezeptive Partizipation	67
10.3. Arztbild	69
10.4. Krankenhausbild.....	71
10.5. Gesundheitsvorsorge.....	72
11. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick.....	74
12. Literaturverzeichnis	78
13. Internetquellen	85
14. Abbildungsverzeichnis.....	86
15. Tabellenverzeichnis	86
16. Anhang	87
16.1. Fragebögen	87
16.1.1. Prä-Fragebogen	87
16.1.2. Post-Fragebogen	97
16.3. Zusammenfassung	106
16.4. Abstract	107

1. Einleitung

Das Forschungsprojekt „Healing Narratives“ – *Gesundheitskommunikation und Unterhaltung* wurde unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Grimm an der Universität Wien initiiert und durchgeführt. Ziel des Unterfangens ist es herauszufinden, welche Unterhaltungsformate sich am ehesten eignen, um der Gesundheitskommunikation, also der Vermittlung medizinisch relevanter Informationen bzw. Gesundheitsbotschaften, zu dienen. Die vorliegende Arbeitbettet sich in ebendieses Projekt ein und untersucht anhand der äußerst erfolgreichen und viel rezipierten amerikanischen Dramedy-Sitcom Scrubs, welche Rolle Humor in diesem Zusammenhang spielt.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zählen mitunter zu den bedeutendsten Herausforderungen moderner Gesellschaften. Deswegen hat auch die Relevanz des interdisziplinären Forschungsfeldes der Gesundheitskommunikation in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Kommunikationswissenschaften enorm zugenommen. Sie ist mittlerweile elementarer Bestandteil der Gesundheitsforschung und wird bspw. für die Gestaltung und Evaluierung von Gesundheitskampagnen oder die Analyse von gesundheitsrelevanten Vermittlungsprozessen eingesetzt. Da laut Volksmund Lachen bekanntermaßen die beste Medizin und gesund ist, sollte sich Humor doch eigentlich gut eignen um medizinische und gesundheitliche Informationen zu verbreiten. Können besagte Informationen und Botschaften jedoch auch wirken, wenn sie im Gegensatz zu bspw. Gesundheitskampagnen nicht intendiert sind und über vermeintlich triviale, auf Unterhaltung abzielende, Kanäle vermittelt werden? Grundvoraussetzung für derartige Überlegungen ist, dass Unterhaltung und Information nicht dualistisch betrachtet werden, im Gegenteil: Unterhaltung ist Information (vgl. Grimm, 2014, S. 292). So können sowohl bewusst gestaltete Entertainment-Education-Formate, bei denen gesundheitsrelevante und pro soziale Botschaften mit unterhaltenden Elementen gemischt werden, als auch reine Unterhaltungsformate das Verhalten ihrer RezipientInnen beeinflussen.

Gesundheitsthemen sind oft negativ oder zumindest ernst konnotiert, die humorbasierte Auflockerung kann den Umgang damit erleichtern. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass Humor von der eigentlichen Botschaft ablenkt oder die Informationsquelle als unseriös abgestempelt wird. Es ist demnach von großer Bedeutung was das Stilmittel des Humors für die Gesundheitskommunikation leistet und welche rezeptiven Folgen sich im Zusammenhang mit Humor zeigen. Außerdem spielt die Frage nach der Art des

Humors eine große Rolle, da unterschiedliche Zielgruppen auf unterschiedliche Typen von Humor ansprechen.

Was kann Humor in der Gesundheitskommunikation leisten? Befördert Lachen die Verarbeitung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Botschaften oder wird eine rezeptive Aneignung zentraler Inhalte durch Humor behindert? Können Menschen mithilfe des Stilmittels Humor für Gesundheitsthemen sensibilisiert werden? Ist Humor als stilistisches Mittel um Gesundheitskommunikation zu betreiben geeignet? Welche Art von Humor besitzt die dafür nötigen Eigenschaften oder Fähigkeiten? Können reine Unterhaltungsformate, die nicht auf dem Entertainment-Education Ansatz aufbauen, gesundheitsrelevante Botschaften erfolgreich transportieren und somit einen Anteil dazu beitragen, dass ihre RezipientInnen ihr Gesundheits(vorsorge)verhalten positiv verändern? Können verfestigte Meinungen und Wertungen bezüglich Arztbild und Krankenhausbild durch die Rezeption von Unterhaltungsformaten aufgebrochen und beeinflusst werden?

Ziel der Arbeit ist es Antworten auf diese Fragestellungen zu finden. Folgend finden Sie den wissenschaftlichen Fahrplan für das Erreichen der gewünschten Destination: In der theoretischen Fundierung (Kapitel I) werden eingangs die für die Arbeit relevanten Begrifflichkeiten und Theorien näher beleuchtet. Den Anfang macht die Auseinandersetzung mit dem interdisziplinären Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation (Kapitel 2), welches im deutschen Sprachraum nur schleppend die Anerkennung erfährt, welche ihr, aufgrund ihres enormen gesellschaftlichen Potentials, gebührt. So spielt sie eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung, sowie bei der Vermittlung von Gesundheitsrisiken und Gegenmaßnahmen und trägt damit unmittelbar zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten bei (vgl. Rossmann & Brosius, 2013, S. 118). Für ein profunderes Verständnis wird der Terminus Gesundheit, das bahnbrechende Salutogenesekonzept und die Gesundheitskommunikation in Verbindung mit Massenmedien näher erläutert.

Kapitel 3 widmet sich der Verbindung von Unterhaltung und Erziehung, um sozialen Wandel oder Veränderung hervorzurufen, namentlich dem Entertainment-Education-Konzept. Zwar handelt es sich bei besagtem Konzept, im Gegensatz zur rein zur Unterhaltung geschaffenen Serie Scrubs, um intendierte Versuche das Verhalten der Rezipierenden zu verändern, doch lohnt sich ein Blick in die dahinter stehenden Mechanismen allemal. Im darauffolgenden Kapitel 4 wird mit dem nötigen Ernst das äußerst komplexe Phänomen Humor betrachtet. Neben den gängigsten Theorien

werden auch die für die vorliegende Arbeit relevanten unterschiedlichen Typen von Humor behandelt und ein Blick auf die bisweilen noch sehr überschaubare wissenschaftliche Auseinandersetzung von Humor in der Gesundheitskommunikation geworfen. Den Abschluss des Theoriesegments bildet das Modell der rezeptiven Partizipation (Kapitel 5) nach Grimm. Dieses beinhaltet das „Narrative Engagement“ Konzept von Busselle & Bilandzic (2008) und erweitert es um die Dimensionen Involvement und Identifikation, welche jeweils diskutiert und voneinander abgegrenzt werden.

Im empirischen Teil (Kapitel II) werden zunächst die forschungsleitenden Fragestellungen ausformuliert (Kapitel 6) und auf das der Untersuchung zugrunde liegende Drei-Stufen-Modell der Informationsverarbeitung (Kapitel 7) näher eingegangen. Darauffolgend wird die kurz auf die Fernsehserie Scrubs, welche als Stimulusmaterial fungiert, eingegangen und die Konzeption der verschiedenen Gruppen der Untersuchung, welche sich an drei zentralen Humortypen orientierte, beschrieben. Im darauffolgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Untersuchung dargestellt bevor die Erhebungsinstrumente skizziert werden (Kapitel 10). Mit Hinblick auf die forschungsleitenden Fragestellungen werden in Kapitel 11 die Ergebnisse aufgeteilt auf die fünf Bereiche Eindrucksdifferential, Rezeptive Partizipation, Arztbild, Krankenhausbild und Gesundheitsvorsorge, präsentiert und mit Bezug auf die ausgewerteten Daten diskutiert. Abschließend werden in Kapitel 12 die relevantesten Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst.

I. Theorie

2. Gesundheitswissenschaft trifft auf Kommunikationswissenschaft

2.1. Gesundheit

Bevor eine Auseinandersetzung mit Gesundheitskommunikation, welche sich als Forschungsgegenstand in der Kommunikationswissenschaft dieser Tage zunehmender Relevanz erfreut, erfolgt, macht es Sinn sich zunächst mit dem Terminus Gesundheit zu befassen. Größtenteils ist sie im Verborgenen, ihre Abstinenz verdeutlicht uns jedoch ihren elementaren und existenziellen Stellenwert. Erst in der Krankheit und bei (gesundheitlichen) Beschwerden wird der Verlust von Gesundheit augenscheinlich und ihre Relevanz für ein zufriedenes, erfülltes Leben bewusst.

Zunächst soll der Begriff Gesundheit definiert werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO – World Health Organisation) wurde am 7. April 1948 gegründet, ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen und hat ihren Sitz in Genf. Die WHO definiert Gesundheit wie folgt: „*Gesundheit ist ein Zustand völlig psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“¹

Kritik erfuhr diese Definition von Gesundheit vor allem durch ihre zu starre Betrachtungsweise von Gesundheit und dem Einsatz der Termini „völlig“ und „Zustand“, welche als zu rigide und festgesetzt angesehen werden. Schließlich handelt es sich bei Gesundheit um ein äußerst subjektives Empfinden (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 15). Während die einen bei einer Erkältung leidend das Bett hüten und sich im Selbstmitleid suhlen, fühlen sich die anderen auch im Kranksein wohl. An der Definition positiv hervorzuheben ist, dass Gesundheit nicht lediglich auf den körperlichen Zustand abzielt, sondern ebenso das geistige Wohlergehen miteinschließt und somit auch die psychosomatische Betrachtungsweise des Gesundheitsaspekts darstellt. Darüber hinaus wird Gesundheit nicht lediglich auf den Menschen als einzelnes Individuum bezogen, vielmehr wird sie aus einer ganzheitlichen, die Umwelt umfassenden, Sichtweise betrachtet. Gesundheit ist demnach ein Gefühl des Wohlseins und wesentlich mehr, als die bloße Abstinenz von Krankheit. Doch genau so wurde Gesundheit über einen langen Zeitraum und vorrangig auch aus medizinischer Sicht rein negativ angesehen (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 15).

¹ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2019): Gesundheit und Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: https://www.bmfsf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsförderung [19.02.2019].

2.1.1. Exkurs Salutogenese

Komplementär und gleichzeitig als Antipode zu der in den Gesundheitswissenschaften bis dato vorherrschenden Pathogenese, die die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten inklusive allen daran involvierten Gegebenheiten beschreibt, entwickelte der Soziologe Aaron Antonovsky Ende der 1970er Jahre das Konzept der Salutogenese² und läutete somit einen Perspektivenwechsel ein. Der Neologismus besteht aus den Wörtern „*salus*“ (lateinisch, zu Deutsch: Wohl, Wohlbefinden, Gesundheit, Unverletztheit) und „*genese*“ (vom altgriechischen Genese, auf Deutsch: Entstehung, Geburt) und kann folglich mit Gesundheitsentstehung übersetzt werden. Nach Antonovskys Verständnis ist Gesundheit nicht statisch sondern vielmehr ein ständiger dynamischer Prozess. Krankheit und Gesundheit schließen einander nicht aus, sondern fungieren als Pole eines Kontinuums („*health ease/disease-continuum*“), auf welchem sich der Gesundheitszustand einer Person flexibel bewegt. Daher sind Menschen nicht nur mehr oder minder krank, sondern auch mehr oder minder gesund und sie werden in ihrer Ganzheitlichkeit erfasst. Das pathogenetische Konzept, das bisweilen in der Medizin priorisiert wurde, wird also um die gesundheitliche Komponente erweitert (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 16). Letztgenannte inkludiert drei wesentliche Aspekte:

1. Sinnhaftigkeit (engl. *Meaningfulness*): der emotionale Bestandteil, der das Leben als emotional sinnvoll erachtet. Ein emotional-motivationaler Aspekt, der Personen das Gefühl gibt, dass es sich lohnt Energie und Anstrengung in die Lebensführung zu investieren.
2. Verstehbarkeit (engl. *Comprehensibility*): der kognitive Bestandteil, als der Umfang, in dem Personen auf äußere und innere Stimuli reagieren und diese sinnvoll, strukturiert und konsistent wahrzunehmen und einzuordnen.
3. Handhabbarkeit (engl. *Manageability*): bezeichnet das Ausmaß der Wahrnehmung welche Ressourcen einer Person zur Bewältigung von Problemen und Anforderungen zur Verfügung stehen. (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34f)

² Für eine fundierte Erläuterung des Salutogenesekonzepts siehe Antonovsky (1997); Bengel, Strittmatter, Willmann (2001); Hurrelmann (2010).

Bei der Salutogenese handelt es sich demnach um einen ressourcenorientierter Ansatz. Bettina Fromm, Eva Baumann und Claudia Lampert beschreiben die erweiterte Perspektive in Antonovskys Modell mit drei zentralen Aspekten:

- „1. Die absoluten Größen Krankheit und Gesundheit werden relativiert, Gesundheit und Krankheit schließen Wohlbefinden und Unwohlsein ein.*
- 2. Die vermeintlich objektive Zuschreibung der Befindlichkeit wird um die subjektive Perspektive erweitert.*
- 3. Neben den physischen und psychischen werden soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, die das Befinden beeinflussen, berücksichtigt.“ (2011, S. 17)*

Der von Antonovsky eingeläutete Paradigmenwechsel und die Erweiterung des Gesundheitskonzepts hatten auch einen großen Einfluss auf nachfolgende Begriffsbestimmungen von Gesundheit. Klaus Hurrelmann und Matthias Richter erarbeiteten 2013 folgende Definition von Gesundheit:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.“ (Hurrelmann, Richter, 2013, S. 147).

Mit diesem integrativem Konzept liefern die beiden Wissenschaftler eine Definition von Gesundheit, die interdisziplinär in allen involvierten (Teil)Disziplinen, verwendbar ist.

2.2. Gesundheit und Massenmedien

In jüngster Vergangenheit kann in den Massenmedien gleichermaßen im Unterhaltungs- und im Informationsbereich eine kontinuierliche Zunahme an Gesundheits- und

Medizinthemen ausgemacht werden (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 68).

Constanze Rossmann und Hans-Bernd Brosius (2013) attestieren im deutschsprachigen Raum einen generellen Befund der intensiven Mediennutzung unter allen Bevölkerungsschichten. In Anbetracht dessen wird augenfällig wie elementar Massenmedien zur Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen sind. Zudem fungieren sie des Öfteren als erste und oftmals sogar alleinige Quellen, die über Gesundheitsthemen und –risiken aufzuklären. Deswegen wird den Massenmedien bei der gesundheitsbezogenen Informationsvermittlung eine fundamentale Rolle zugeschrieben, schließlich vermögen sie es ein breites Publikum, welchem derartige Informationen ansonsten vorenthalten bleiben, zu erreichen und sich in weiterer Folge auf ihr Verhalten auszuwirken. Dieses enorme Potenzial ermöglicht es zum einen Massenmedien bewusst einzusetzen, um gezielt über Gesundheitsthemen zu informieren, doch zum anderen birgt es auch gewisse Risiken, wenn beispielsweise bestimmte gesundheitliche Thematiken nicht korrekt wiedergegeben oder gar überbetont werden und an und für sich wichtigere Informationen dadurch außen vor gelassen werden (vgl. Rossmann & Brosius 2013, S. 118).

In welchem Ausmaß vermögen es Massenmedien respektive mediale Unterhaltungsangebote zur Kommunikation von Gesundheitsbotschaften förderlich zu sein? In diesem Kontext beziehen sich Rossmann und Brosius auf den Kultivierungsansatz (siehe Gerbner, Gross, 1976; Van den Bulck, 2013) und den Entertainment-Education-Ansatz (siehe Kapitel 3).

Ersterer geht davon aus, dass die so genannten VielseherInnen von Unterhaltungsprogrammen ihre eigene Realität genau so empfinden, wie sie in den von ihnen rezipierten Fernsehsendungen dargestellt wird. Weil die Realität aus dem Flimmerkasten allerdings nicht der tatsächlichen Realität entspricht und in unzähligen Aspekten differiert, resultieren daraus bei den VielseherInnen fehlerhafte Wahrnehmungen und Urteile über die soziale Wirklichkeit. Diese verzerrte Realitätswahrnehmung ist inzwischen von einer Unmenge an Studien nachgewiesen worden (vgl. Rossmann, 2008). Die Darstellungsform von gesundheitlichen Botschaften und Risiken in den Massenmedien führt häufig dazu, dass die Einstellungen oder in weiterer Folge sogar die Verhaltensweisen von RezipientInnen nachhaltig beeinflusst werden (vgl. Rossmann & Brosius, 2013, S. 119).

Hier knüpft der Entertainment-Education-Ansatz, der von den Wissenschaftlern Arvind

Singhal, Michael J. Cody, Everett M. Rogers und Miguel Sabido entwickelt wurde, an. Dieser macht sich den Einfluss von Unterhaltungsangeboten für Kampagnen zu Nutze und integriert pro soziale und oder gesundheitsfördernde Botschaften in die Narrative des Unterhaltungsformats, sei es eine Fernsehserie, ein Hörspiel, ein Computerspiel oder Ähnliches. Dieses Konzept hat gegenüber der konventionellen Kampagnenkommunikation wesentliche Vorteile. Einerseits werden über Unterhaltungsangebote auch jene Zielgruppen, die Informationsangeboten kaum bis keine Beachtung schenken, erreicht. Andererseits nutzt der Entertainment-Education-Ansatz jenen Wirkungsmechanismus von Unterhaltungsangeboten, der den Vorteil hat, dass RezipientInnen gewissermaßen en passant beeinflusst werden können, ohne dass diese die dahinter stehende Intention der Beeinflussung erkennen und rezipientenseitige Widerstandshandlungen auftreten (vgl. Rossmann & Brosius, 2013, S. 121). Zudem können die in den Unterhaltungsformaten auftretenden ProtagonistInnen und Charaktere als Rollenmodelle, die ein Nachahmungslernen frei nach Albert Banduras sozialkognitiver Lerntheorie (Bandura, 2001) ermöglichen, herhalten. Das Entertainment-Education-Konzept wird in Kapitel 3 noch näher erläutert.

2.3. Gesundheitskommunikation

In den letzten Jahren hat das Forschungs- und Praxisfeld der Gesundheitskommunikation in der Scientific Community sowohl international, als auch national enorm an Stellenwert gewonnen. Dieser Bedeutungszuwachs lässt sich nicht zuletzt durch zahlreiche aktuelle Publikationen im deutschsprachigen Raum zu diesem breitgefächerten Themengebiet belegen (vgl. Lampert, Grimm, 2017; Camerini, Ludolph & Rothenfluh 2016; Baumann, Hastall, Rossmann & Sowka, 2014; Schäfer, Quiring, Rossmann, Hastall, Baumann, 2015; Rossmann & Hastall, 2013). Abseits von klassischen Betrachtungsweisen der Gesundheitskommunikation, als reine Arzt-Patienten-Kommunikation (Gottschlich, 2007; Reddemann, 2016), erweiterte sich das Forschungsfeld um etliche Facetten, wobei die medienbasierte Kommunikation im Bereich der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Themen einen zentralen Punkt einnimmt.

Ähnlich wie beim Terminus Gesundheit, gibt es auch für die Health Communication bzw. Gesundheitskommunikation bisweilen keine allgemeingültige, konsensfähige Definition. Dies lässt sich zu einem großen Teil auf das ausgedehnte Themenspektrum und die Interdisziplinarität, in dessen Kontext sich WissenschaftlerInnen mit

Gesundheitskommunikation auseinandersetzen, zurückführen. Betrachtet man den Terminus Gesundheitskommunikation liegt anfänglich der Verdacht nahe, dass es sich hierbei lediglich um Kommunikation über Gesundheit handelt. Allerdings wäre auch hier der Rahmen zu eng gefasst und so sind auf dem Kontinuum der divergenten Zustände von Gesundheit und Krankheit (siehe dazu auch Kapitel 2.1.1.) sämtliche Themenbereiche enthalten (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 19).

Wie für die Kommunikationswissenschaft im Allgemeinen, lassen sich auch die Anfänge der Health Communication im angloamerikanischen Raum verorten. Dort etablierte sich das Forschungs- und später auch Praxisfeld der Health Communication bereits vor Jahrzehnten. Effektive und adäquate Kommunikation galt schon damals als essentieller Bestandteil im medizinischen Handeln.³

Eine der ersten und weit verbreitetsten Definition von Health Communication stammt von dem amerikanischen Forschungs-Team Gary L. Kreps & Barbara C. Thornton: „*Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process.*“ (1992, S. 2) Diese Definition dient in der Fachliteratur oftmals als Bezugsquelle für weitere Begriffserklärungen und auch in vorliegender Arbeit bildet sie den Ausgangspunkt für eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Terminus. Die Begriffsbestimmung meint, dass sich das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation mit allen menschlichen Interaktions- und Kommunikationsvorgängen im Kontext von Gesundheitsvorsorge befasst. Diese Definition stammt aus dem Jahr 1984 und bezieht sich auf zwischenmenschliche Kommunikationsprozesse, wie etwa den Austausch zwischen Arzt bzw. Ärztin und PatientIn, welcher auch die damalige Forschung dominierte. Die Fokussierung auf interpersonale Kommunikationsformen wird den heutigen Anforderungen an das Forschungsfeld allerdings nicht mehr gerecht, da die so bedeutsame mediale Kommunikation ausgeklammert wird (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, S. 19f).

In letzter Zeit sind verschiedene Definitionen von Gesundheitskommunikation bzw. Health Communication entstanden, die jeweils andere Teilespekte des Forschungsfeldes hervorkehren. Renata Schiavo betrachtete diese genauer und arbeitete die wesentlichsten Schlüsselwörter, unter anderem Information, Einflussnahme, Motivation, Wissenszuwachs, Stärkung und Dialog heraus (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, S. 20).

³ Einen Überblick über die Entwicklung des Forschungsfeldes, mit den wichtigsten zeitlichen Eckpunkten, findet man bei Heinz Bonfadelli's Beitrag in Baumann, Hastall, Rossmann, Sowka: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft (vgl. Bonfadelli, 2014, S. 13).

Auf Basis ihrer Zusammenstellung der in der Fachliteratur beschriebenen Charakteristika von Gesundheitskommunikation formulierte sie folgende Arbeitsdefinition:

„Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health, professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes“ (Schiavo 2007, S. 7)

Schiavos Definition richtet sich, gleichermaßen wie jene von Kreps & Thornton (1992), auf die Gesundheitsversorgung und dementsprechend auf die beabsichtigte Adressierung einer (zuvor) determinierten Zielgruppe mit dem Vorsatz sich nachhaltig positiv auf das Gesundheitsverhalten ebenjener Gruppe auszuwirken. Im deutschen Sprachraum ist die Anzahl an Definitionen (bisweilen) verhältnismäßig überschaubar. Der Begriff Health Communication wurde im Regelfall mit Gesundheitskommunikation, Medizinpublizistik oder Medizinkommunikation übersetzt, was bereits Rückschlüsse auf das umfangreiche Themenspektrum zulässt. Während im angloamerikanischen Raum der Terminus Health Communication sämtliche Kommunikationsvorgänge beinhalten, liegt ein Hauptaugenmerk im deutschsprachigen Forschungsraum auf massenmedial verbreitete Kommunikation (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2001, S. 20).

Klaus Hurrelmann und Anja Leppin (2001) betrachten das Themengebiet aus einem gesundheitswissenschaftlichen Blickwinkel und bildeten, ausgehend von den Begriffsbestimmungen von Gesundheit und Kommunikation, folgende Definition für Gesundheitskommunikation:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion, oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch technische Medien vermittelt sein.“ (Hurrelmann, Leppin, 2001, S. 11)

Diese Definition basiert auf einer interaktionistischen Auffassung von Gesundheitskommunikation. Am Vorgang der Vermittlung und des Austauschs können sowohl ExpertInnen als auch LaiInnen partizipieren, wohingegen der Ausgangspunkt des Kommunikationsprozesses von beiden teilnehmenden Parteien initiiert werden kann (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2001, S. 21).

Peter-Ernst Schnabel (2009) stellt in seinem Beitrag „Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen“ zunächst Überlegungen zum Thema Kommunikation an und bildet darauf aufbauend folgende Definition. Laut ihm umfasst Gesundheitskommunikation „...*die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die Botschaft der Gesundheit*

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

Diese Definition stützt sich auf eine Kommunikator zentrierte Auffassung des Kommunikationsprozesses und bindet neben den Strategien auch die Zielrichtungen der Gesundheitskommunikation ein. Dennoch darf kritisiert werden, dass sie den „[...] Gegenstandsbereich auf eine von Gesundheitsexperten intendierte Förderung des gesundheitsbezogenen Wissens und des Gesundheitsverhaltens der Bürger begrenzt.“ (Fromm, Baumann, Lampert, 2001, S. 22)

Gesundheitskommunikation ist ein junges, dynamisches und zurzeit noch eher unübersichtliches Praxis- und Forschungsfeld, das sich aber zunehmend größerer Hinwendung erfreut. Aufgrund von neu auftretenden gesellschaftlichen Phänomenen, wie etwa Cyberbullying, Internet- oder Onlinesucht, etc. werden stets neue

Anforderungen an das Forschungs- und Praxisfeld gestellt und diesen gilt es gerecht zu werden.

Eva Baumann und Klaus Hurrelmann weiten die Definition des Terminus aufgrund dessen folgendermaßen aus:

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

2.3.1. Ebenen der Gesundheitskommunikation

Benno Signitzer beschreibt, dass Gesundheitskommunikation auf vier verschiedenen – einander ergänzenden – Ebenen der intrapersonalen Kommunikation, der interpersonellen Kommunikation, der Organisationskommunikation und der Massenkommunikation stattfindet. Hierbei handelt es sich idealerweise gleichermaßen um Analyse- und Diskusebenen. Die zweckmäßige Anforderung an das Modell ist hoch, denn zum einen soll ein zu einseitiger Blickwinkel verhindert und zum anderen eine reibungslose Eingliederung des Faches gewährleistet werden (vgl. Signitzer, 2001, S. 28).

- **Ebene der intrapersonalen Kommunikation:**

Diese behandelt die kommunikativen, psychologischen und psychischen Prozesse, die sich innerhalb einer Person abspielen und sich auf dem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit verorten lassen. Die Frage ob gewisse vorhandene Persönlichkeitsattribute einer Person, sie schon im

Vorhinein zu einer gesundheitsschädlichen Lebensweise drängen ist von zentraler Bedeutung.

- Ebene der interpersonellen Kommunikation:

Auf dieser Ebene liegt das Hauptaugenmerk auf der zwischenmenschlichen Kommunikation. Also dem Austausch von Informationen, die den Gesundheitszustand eines Menschen fachgerecht bewerten und analysieren und dessen Therapie determinieren. Der Tradition des Fachs folgend wird vor allem die Arzt-Patient Kommunikation hervorgekehrt, wobei auch der kommunikativen Austausch zwischen Arzt-Arzt, Patient-Patient, Pflegepersonal-Patient, Pflegepersonal-Arzt, etc. Beachtung geschenkt werden sollte.

- Ebene der Organisationskommunikation:

Generelle Betrachtungsweisen von Organisationskommunikation werden auf dieser Ebene auf die Gesundheitskommunikation umgemünzt. Organisationen und Einrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Pensionisten-Wohnhäuser, Kuranstalten, Therapiezentren, Versicherungsanstalten, uvm. gestalten das neuzeitliche Gesundheitswesen. Es wird angenommen, dass derartige Organisationen sich bürokratische Strukturen zu Eigen machen, um komplexen Anforderungen gerecht zu werden. Demnach wird Kommunikation dazu verwendet, um sowohl menschliche Verhaltensweisen, als auch den Einsatz von technischen Apparaten zu koordinieren. Zahlenmäßig stehen hier Untersuchungen über die Organisation von Krankenhäusern an der Spitze/vorderster Stelle.

- Ebene der Massenkommunikation:

Im Vordergrund stehen die Massenmedien, welche schon seit Jahren, respektive Jahrzehnten, als unabdingbare Informationsquelle für gesundheits- und freilich auch krankheitsbezogene Fragestellungen und Themen dienen. Das Forschungsinteresse in der Scientific Community liegt, neben vielen anderen, auf der Darstellung gesundheitlichen Fragestellungen in den Medien, hierbei wird im Regelfall zwischen dem Unterhaltungs- und Informationsbereich differenziert, auf Akzeptanz und Widerstände, die medizinische Informationen aus dem Internet hervorrufen oder auf die vielseitigen Fragestellungen der Informationskampagnen im

Gesundheitsbereich. Letztere schließt auch die Untersuchung der Funktion von (Gesundheits)Kommunikation in der Gesundheitsförderung (vgl. Signitzer, 2001, S. 29ff).

Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit erscheint insbesondere die Ebene der Massenkommunikation relevant, da Massenmedien eine zentrale Rolle bei der Deckung des Bedarfs an gesundheitsrelevanten Informationen für die Gesellschaft innehaben.

Fromm, Baumann und Lampert kritisieren, dass Signitzers Einteilung der Ebenen der Gesundheitskommunikation, sowie generell in der Fachliteratur bezüglich der Systematisierung des Forschungsfeldes die mediale Kommunikation außen vor bleibt beziehungsweise nicht explizit angeführt wird. Die AutorInnen attestieren, dass diese auf allen Ebenen verortet werden kann, so kann beispielsweise ein Arzt/Ärztin-PatientInnen-Gespräch, welches an und für sich zur direkten interpersonalen Kommunikation zählt, auch via E-Mail oder Telefon geführt und somit als mediale interpersonale Kommunikation eingestuft werden. Die drei WissenschaftlerInnen fokussieren sich in ihren Ausführungen auf die mediale Kommunikation, vermeiden allerdings gleichzeitig die Thematik auf die Ebene der Massenkommunikation zu reduzieren (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, S. 27ff).

Ebenen medialer Gesundheitskommunikation (nach Signitzer 2001, S. 29ff)

Kommunikationsebene	Analytischer Fokus unter besonderer Berücksichtigung der Medien	Relevante Fragestellungen
Intrapersonale Ebene	Individuelle Voraussetzungen, die die Wahrnehmung und Bewertung von gesundheitsbezogenen Botschaften beeinflussen	Welche individuellen Voraussetzungen (Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Vorwissen, Erfahrungen, z.B. aufgrund eigener Erkrankungen etc.) beeinflussen in welcher Weise die Wahrnehmung von und die Suche nach medialen Gesundheitsbotschaften?
Interpersonale Ebene	Mediale Kommunikationsprozesse unter besonderer Berücksichtigung spezifischer Kommunikationseigenschaften von Medien wie beispielsweise von Online-Beratungsangeboten	Wie wirkt sich die Anonymität des Internet auf das Kommunikationsverhalten von Laien und Experten aus? Wie werden Onlineberatungsangebote im Vergleich zur personellen Beratung wahrgenommen und bewertet? Welche Rolle spielt die Anschlusskommunikation während bzw. nach der Mediennutzung für die Veränderung von Gesundheitsbewusstsein und –verhalten?
Organisationsebene	Mediale Kommunikationsprozesse innerhalb und zwischen Organisationen (z.B. in und zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Altersheimen, Selbsthilfegruppen etc.)	Welche Rolle spielen die Medien für Kommunikationsprozesse innerhalb und zwischen Organisationen? Wie lassen sich diese Kommunikationsprozesse mit Hilfe von Medien optimieren? Wie gestalten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ihre Öffentlichkeitsarbeit, um mit ihren relevanten Stakeholdern in einen kommunikativen Austausch zu treten?
Massenkommunikation	Medieninhalte, -nutzung und –wirkung; medialer Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung der Angebots- und Rezipientenperspektive; Evaluation von Kampagnen	In Abhängigkeit von welchen Faktoren wird ein Gesundheitsthema zur Nachricht? Welches Bild von Gesundheit, Erkrankungen und Erkrankten wird über die Medien und in Kampagnen vermittelt? Welchen Einfluss haben die spezifischen Darstellungen von Gesundheit und Krankheit auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten der Rezipienten? Welche Medienangebote erfüllen die spezifischen Informationsbedürfnisse Erkrankter?

Abb.1.: Ebenen medialer Gesundheitskommunikation (Signitzer 2001) zitiert nach: Fromm et al, 2011, S. 31

Die Setzung des analytischen Fokus unter besonderer Berücksichtigung der Medien, gepaart mit für den auf der jeweiligen Kommunikationsebene relevanten Fragestellungen ermöglicht es, den Bedeutungszuwachs der Medien, welcher auch gesamtgesellschaftlich in anderen Lebensbereichen bemerkbar ist, auf allen vier Ebenen schlüssig darzustellen. „*Grundlegend ist in diesem Kontext eine interaktionistische Auffassung, die das Verständnis eines wechselseitigen Verhältnisses zwischen Kommunikator, Medieninhalt und Rezipient zugrunde legt.*“ (Fromm, Baumann, Lampert,

2011, S. 30) Dies bedeutet allerdings nicht, dass Massenmedien mit ihren Medieninhalten die Sichtweise der RezipientInnen einseitig auf gesundheitsrelevante Themen prägen. Vielmehr geht es um die Frage, mit welchen medienbasierten Interventionen das Publikum zu einem gesundheitsfördernden Verhalten bewegen werden kann und aufgrund welcher Anreize sich Menschen welchen Informationsangeboten widmen und in welcher Art und Weise dies geschieht (vgl. Fromm, Baumann, Lampert, 2011, S. 30).

2.3.2. Zielrichtungen und Ansätze der Gesundheitskommunikation

Wie schon in Kapitel 2.3 beschrieben gibt es in der wissenschaftlichen Literatur viele verschiedene Definitionen von Gesundheitskommunikation. Demzufolge lassen sich auch unterschiedliche Zielrichtungen und Ansätze der Gesundheitskommunikation beschreiben. Signitzer (2001, S. 26f) hat sich mit den differierenden Sichtweisen auseinandergesetzt und folgende Ansätze abgeleitet:

- **Informationsansatz:**

In diesen Ansatz lassen sich die unterschiedlichen Ebenen der Kommunikation integrieren. Demnach liegt das Hauptaugenmerk auf der Vermittlung sowie gleichermaßen dem Empfang von gesundheitsrelevanten Informationen durch Individuen, Organisationen oder Massenmedien. Die Verantwortung für eine erfolgreiche Kommunikation ist im Informationsansatz in erster Linie bei ÄrztInnen bzw. ExpertInnen und nicht bei den PatientInnen bzw. LaiInnen.

- **Persuasionsansatz:**

Bei diesem sozialpsychologisch orientierten Ansatz ist die Prävention gesundheitlicher Probleme oder Krankheiten von zentraler Bedeutung. Es geht weniger um Gesundheitsförderung, als darum PatientInnen dahingehend zu beeinflussen gesundheitsgefährdendes Verhalten zu meiden oder abzulegen. Dabei obliegt die Verantwortung für ein gesundes Leben nicht lediglich bei individuellen Personen, sondern auch bei der Gesellschaft und in weiterer Folge bei der Politik.

- **Narrativer Ansatz:**

Hauptvertreter dieser Sichtweise ist L.D. Pettegrew (1988), der in ihm eine mögliche Erweiterung beziehungsweise Alternative zu dem Informations- und

Persuasionsansatz sieht. Hier wird der Mensch als ErzählerIn von Geschichten betrachtet. Das Storytelling vermag es Individuen zu sozialisieren und synchron gesellschaftliche Prozesse voranzutreiben. Die Fragestellung nach dem Sinn von gesundheitsbezogenem und -förderndem Verhalten für den Einzelnen/die Einzelne ist beim narrativen Ansatz basal. Wird sie berücksichtigt kann die Entwicklung und Verbreitung von gesundheitsfördernden Informationen gewährleistet werden. Ähnlich dem Persuasionsansatz liegt auch hier die Verantwortung zu einem großen Teil bei der Gesellschaft.

3. Entertainment Education

3.1. Einführung / Geschichte

Bevor die Entertainment-Education-Strategie näher erläutert wird, sollte zunächst zur Kenntnis genommen werden, dass das dahinter stehende Prinzip, die Verbindung von Unterhaltung und Erziehung um sozialen Wandel beziehungsweise soziale Veränderungen herbeizuführen, genauso alt ist, wie die Ursprünge der Menschheit und die Kunst des Geschichtenerzählens. In Ländern und Kulturen, in denen die Tradition der mündlichen Überlieferung noch einen hohen Stellenwert genießt, sind volkstümliche Märchen mit moralischen Botschaften, nach wie vor integraler Bestandteil der non-formalen Bildung. Volkstheater, Fabeln, Märchen, Sagen, Tanzdramen, geistliche Musik und ähnliche (alte beziehungsweise traditionelle) Kunstformen enthalten viele Elemente von Entertainment-Education (vgl. Valbuena 1987; 1988 zitiert nach: Singhal, Brown, 1996, S. 23).

Gesellschaftssysteme nützen bereits seit mehreren Jahrhunderten Kunst- und Unterhaltungsformen, wie etwa Gesang, Tanz oder dramaturgische Aufführungen. Dies geschieht einerseits zum Vergnügen und andererseits zur Wissensvermittlung und zur Einleitung von sozial erwünschten Veränderungsprozessen in der Gesellschaft. Die gezielte und wissenschaftlich eruierte Auseinandersetzung mit der Verknüpfung von Bildung und Unterhaltung ist allerdings eine vergleichsweise junge Erscheinung der vergangenen 25 Jahre (vgl. Lubjuhn, Bouman, 2009, S. 44).

Die Idee Unterhaltung bewusst mit bildungsförderlichen Elementen anzureichern und über moderne Kanäle der Massenmedien zu verbreiten ist also ein verhältnismäßig

neues Konzept. In Großbritannien wurde diese Idee erstmals im Jahr 1951 mit der Ausstrahlung der beliebten Radiosendung „The Archers“ institutionalisiert. Die Sendung ist eine Seifenoper in Form eines Hörspiels und mit über 18.740 Folgen die am längsten laufende Radioseifenoper - und gleichzeitig auch das am längsten laufende Entertainment-Education-Programm -, der Welt. Die Serie wurde ursprünglich dahingehend entworfen agrarische Innovationen unter der ländlichen Bevölkerung Großbritanniens, das noch unter den Nachwehen des 2. Weltkrieges litt, zu verbreiten und zu fördern (vgl. Singhal & Brown, 1996, S. 23f).

Claudia Lampert verortet den Ausgangspunkt des Entertainment-Education-Ansatzes, also der Idee der absichtlichen Verknüpfung von Unterhaltung mit gesellschaftlich relevanten Thematiken, in der Erfolgsgeschichte der lateinamerikanischen Telenovela „Simplemente María“ aus dem Jahr 1969. Die Serie handelte von einem Mädchen aus ärmsten Verhältnissen, das in die große Stadt zieht, schwanger wird und ihr Kind alleine großzieht. Den widrigen Lebensumständen zu trotzt nimmt die Protagonistin ihr Schicksal in die eigenen Hände, besucht neben ihrer Arbeit als Dienstmädchen eine Abendschule um sich weiterzubilden und macht letztendlich Karriere als erfolgreiche Schneiderin und Designerin. Ihre Geschichte zog eine Vielzahl von RezipientInnen in den Bann und vermittelte ihnen den Wert von harter Arbeit. Die Ausstrahlung der Telenovela hatte zur Folge, dass sich junge lateinamerikanische Frauen nachweislich vermehrt in Institutionen für Erwachsenenbildung einschrieben. Zudem gingen die Verkaufszahlen von Nähmaschinen in die Höhe. Diese unbeabsichtigten Folgen fielen auch dem mexikanischen TV-Produzenten Miguel Sabido auf, der heute als Schöpfer von Seifenopern mit pädagogischem Hintergrund gilt. Er sah hier eine aussichtsreiche Chance prosoziale und gesundheitsfördernde Botschaften in ein fiktionales Narrativ einzubetten, daraus resultierend entwickelte er in den darauf folgenden Jahren die theoretische Basis für das Konzept der Entertainment-Education und schlug eine Methode vor, um Telenovelas oder Seifenopern mit Entertainment-Education Elementen zu produzieren (vgl. Lampert, 2003, S. 463).

Miguel Sabido wollte mit seinem Design insbesondere jene Leute erreichen, die kein Interesse an gesundheitsfördernden, prosozialen und sozial relevanten Themen haben und demnach auch nicht nach dergleichen Informationen suchen. Sabido's theoretischer Rahmen inkludierte unter anderem die Einbettung von Albert Banduras Theorie des sozialen Lernens (1976) und dessen Annahme, dass Individuen, nachdem sie das Verhalten von anderen Individuen (einem Modell) und die darauf folgenden Konsequenzen beobachten, bereits vorhandene Verhaltensmuster weitführend ändern

oder sich neue Handlungsweisen aneignen (vgl. Singhal & Brown, 1996, S. 26). Hierbei werden 3 Arten von Rollenmodellen eingesetzt (vgl. Lampert, 2010, S. 20.e1):

1. Das **positive** Rollenmodell: Gilt als Vorbild für erwünschtes Verhalten und zeichnet sich demnach durch gute (Charakter-)Eigenschaften und Verhaltensweisen, welche in Folge auch honoriert werden, aus.
2. Das **negative** Rollenmodell: Als Beispiel für unerwünschtes Verhalten kommt in Medienangeboten oftmals ein Antagonist/eine Antagonistin vor. Sein/Ihr Betragen wird im Regelfall nicht goutiert und sanktioniert.
3. Das **transitionale** Rollenmodell: Besticht durch einen hohen Identifikationswert für die RezipientInnen. Es durchlebt, stellvertretend für das Publikum, eine Verwandlung vom unerwünschten hin zum erwünschten Habitus.

Positive und transitionale Vorbilder aus medialen Unterhaltungsformaten sind (nicht nur) im Bereich der Entertainment-Education für die RezipientInnen lohnenswerte Identifikationsfiguren. Negative Rollenmodelle jedoch können unerwünschte Wirkungen erzielen und sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Wenn zwischen den ProtagonistInnen und den RezipientInnen Verknüpfungspunkte oder Identifikationsmerkmale existieren, erhöht dies die Chance, dass die vorgezeigten und – gelebten Verhaltensweisen vom Zielpublikum realiter übernommen werden.

Lampert zu Folge kann durch den Einsatz geeigneter Rollenmodelle die Emotion der Selbstwirksamkeit (self-efficacy), also die Bereitschaft für die eigenen Handlungen einzustehen, gesteigert werden (vgl. 2003, S. 463f).

„[...] efficacy may be viewed primarily as a behavioral construct in that it is a function of a person's beliefs about being able to use skills and being capable of performing and regulating the particular behavior.“ (Law, Singhal, 1999, S. 359)

Entertainment-Education zielt darauf ab, sein Publikum sowohl auf einer kognitiven, als auch auf einer emotionalen Ebene zu erreichen. Nach der Prämisse: je höher das Involvement der RezipientInnen, desto eher gelingt es diesen den intendierten erzieherischen Inhalt erfolgreich zu vermitteln (vgl. Lampert, 2003, S. 464).

Seit den 1980er Jahren gibt es, größtenteils in den Vereinigten Staaten von Amerika, diverse Institutionen und Organisationen, die sich mit der systematischen Umsetzung der Entertainment-Education-Strategie und ihrer Evaluation in Verbindung mit prosozialen, gesundheitsfördernden und sozial relevanten Botschaften, befassen. Ein Großteil dieser Initiativen, Studien und Produktionen wurde zunächst überwiegend in Entwicklungsländern umgesetzt. Im deutschsprachigen Raum spielen Entertainment-Education-Konzepte mit intendierten gesundheitsfördernden Botschaften noch eine verhältnismäßig überschaubare Rolle. Die am Prozess beteiligten AkteurInnen können sowohl staatlich gebunden als auch unabhängig, wie etwa Non-Profit-Organisationen, sein (vgl. Lampert, 2003, S. 464f).

Laut Martine Bouman (2002) konnten bereits mehrere positive Effekte von Entertainment-Education-Fernsehprogrammen festgestellt werden, aber der Einsatz derartiger Strategien in TV-Formaten kann nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn die beteiligten Parteien in die gleiche Richtung arbeiten und kooperieren. Bouman unterscheidet vier unterschiedliche Kooperationsformen (vgl. S. 226f):

1. EE-production: Hier wird die Produktion von EE-Angeboten von einer Gesundheitsorganisation initiiert, die ein Unterhaltungsprogramm für sozialen Wandel entwirft und produziert und dann an eine Rundfunkanstalt verkauft. Die Organisation hat die volle Autorität über sämtliche Phasen des Produktionsprozesses.
2. EE-cooperation: Bei der Koproduktion von EE-Inhalten kommt es zu einer formellen Transaktion zwischen einer Gesundheitsorganisation und einer Rundfunkanstalt, bei der gemeinsam ein neues Unterhaltungsformat konzipiert, produziert und letztendlich ausgestrahlt wird. Als renommiertes Beispiel kann hier die amerikanische Serie „Sesamstraße“, die im Besonderen für Vorschulkinder entwickelt wurde, genannt werden.
3. EE-inscript participation: Beschreibt eine Beteiligungsform zwischen einer Rundfunkanstalt (oder einem unabhängigen Produzenten) und einer Gesundheitsorganisation, bei der in ein bereits existierendes und etabliertes Unterhaltungsprogramm gegen Bezahlung ein Gesundheitsthema inkludiert wird.

4. EE-lobbying: Bei dieser Strategie übt eine Gesundheitsorganisation informellen oder formellen Druck auf eine Sendeanstalt oder eine/n unabhängige/n Produzenten/in aus, um deren Programminhalte zu beeinflussen. Es gibt keine formelle Vereinbarung zwischen den AkteurInnen, so dass die Gesundheitsorganisation auf den guten Willen der anderen Partei angewiesen ist.

Die Basis für eine Zusammenarbeit unterscheidet sich in allen 4 Bereichen, da die agierenden AkteurInnen nicht immer dieselben Interessen verfolgen. Typischerweise haben Gesundheitsorganisationen den größten Einfluss auf den Inhalt bei der EE-Produktion (1.) und den schwächsten beim Lobbying (4.).

Oftmals kommt es zu Schwierigkeiten bei der Kooperation, da sämtliche AkteurInnen primär seine/ihre eigenen, auf der einen Seite wirtschaftliche und auf der anderen Seite soziale, Interessen vertreten wollen. Das Entertainment-Education Konzept wurde zunächst hauptsächlich in Entwicklungsländern (Bsp: „Hum Log“ – Indien, „Simplemente Maria“ – Lateinamerika, „Twende na Wakati“ – Afrika, usw.) eingesetzt, mittlerweile findet die Idee aber auch vermehrt in westlichen Industrieländern Anklang. Die Bandbreite der unterschiedlichen zum Einsatz kommenden Themen ist groß und orientiert sich im Regelfall an den Anforderungen und Problemstellungen, die von den geographischen und soziokulturellen Begebenheiten vor Ort abhängig sind (vgl. Lampert, 2003, S. 466f). Einige dieser sozial relevanten und gesundheitsbezogenen Themenkomplexe sind beispielsweise: HIV/AIDS (Vaughan et al. 2000, Galavotti, Pappas-DeLuca, Lansky, 2001), Brustkrebs (Wilkin, Valente, et al., 2007), Gebärmutterhalskrebs (Love, Tanjasiri, 2012) oder Familienplanung (Singhal & Rogers, 2004, Rogers et al., 1999,).

3.2. Entertainment-Education in der Gesundheitskommunikation

Arvind Singhal & Everett M. Rogers sind federführend im wissenschaftlichen Diskurs mit dem Konzept der Entertainment-Education und definieren den Begriff folgendermaßen:

„Entertainment-education (E-E) is the process of purposely designing and implementing a media message to both entertain and educate, in order to increase audience members' knowledge about an educational issue, create favorable attitudes, shift social norms, and change overt behavior.

Entertainment-education is not a theory of communication. Rather, it is a communication strategy to bring about behavioral and social change. Several communication theories, however, provide a basis for the E-E strategy.“
(2004, S. 5)

Der Entertainment-Education-Ansatz versucht demnach sich den Einfluss und die Anziehungskraft von populären (Massen)Medien eigen zu machen, um Individuen vorzuzeigen, wie sie ihr Leben verbessern können, so dass sie ein gesünderes, sichereres und glücklicheres Leben führen können (vgl. Khalid & Ahmed, 2014, S. 70). Dieser Ansatz ist als eine Verschmelzung von Technik und Gestaltung, bei der Bildungsaspekte bereits im Narrativ des Unterhaltungsformats eingebunden sind, um das Zielpublikum zu einer Verhaltens- und Einstellungsänderung zu animieren, zu verstehen.

Arvind Singhal und William J. Brown (1996) attestieren der Entertainment-Education-Strategie ein enorm hohes Potential für die Erziehung und (Weiter-)Bildung der Gesellschaft zu einer breiten Vielfalt an sozialen Themen und nennen dafür 5 Gründe (vgl. S. 19f):

1. Unterhaltung und Freizeit zählen zu den wesentlichsten Megatrends des 20. und 21. Jahrhunderts. Dies lässt sich durch die nach wie vor wachsende Unterhaltungsindustrie und ihrer Wichtigkeit als potenter Wirtschaftszweig untermauern. Ebenso steigt der Konsum von Unterhaltungsgütern, sowohl in Industriestaaten, als auch in Entwicklungsländern, weiterhin stetig an. Aufgrund dessen ist es umso wichtiger, dass die Bildungsqualität der Unterhaltungsmedien mit großer Sorgfalt betrachtet wird.
2. Fortschritte bei neuen Kommunikationstechnologien, wie etwa Computer, digitales Fernsehen, Satelliten, Telekommunikation, Übertragungstechnik, usw., nehmen global rapide zu und bieten den Unterhaltungsmedien eine Vielzahl an neuen Möglichkeiten. Bei einer derartig schnellen technologischen Entwicklung darf neben der Hardware nicht auf die richtige Wahl der Software vergessen werden, denn diese ist ausschlaggebend dafür, ob die Medien in und von der Gesellschaft verantwortungsvoll verwendet werden oder eben nicht.
3. Weltweit treten Phänomene wie Energiekrisen, Umweltkatastrophen, Klimawandel, Bevölkerungswachstum, Infektionskrankheiten, Ungleichstellung

der Geschlechter, Finanzkrise, Hungersnot, usw. auf. Die Ressourcen um derartige Problemstellungen zu bekämpfen sind knapp und schwinden zunehmend. Kommunikationsmedien stellen an und für sich ein probates Mittel zur Verbreitung von entwicklungsfördernden Botschaften dar, sie müssen jedoch vernünftig eingesetzt und pragmatisch genutzt werden. Da Unterhaltungsmedien äußerst populär, weit verbreitet und rentabel sind eignen sie sich besonders gut, um Informationen bezüglich Bildung und Entwicklung zu verbreiten.

4. Auf der ganzen Welt steigt der Konsum von sensationsgierigen und reißerischen Unterhaltungsmedienangeboten. Um die Publikumszahlen zu erhöhen wird seitens der ProduzentInnen von Unterhaltungsformaten auf die, oftmals zu einem schon fast inflationär anmutenden Maße, Darstellung von Sex, Gewalt, Drogenkonsum und anderen sozial unerwünschten Verhaltensweisen zurückgegriffen. Hier gilt es entgegenzuwirken und dem Publikum auch sozial verträglichere und förderlichere Angebote zur Verfügung zu stellen.
5. Aktuelle Studien und Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sorgfältig konzipierte Unterhaltungsangebote ein großes Zielpublikum erreichen, dieses über Entwicklungsthemen informieren, unter ihnen eine Verhaltensänderung hervorrufen und gleichzeitig wirtschaftlich rentabel sein können. (Singhal, Rogers, 2004; Moyer-Gusé, Mahood, Brookes, 2011; Klein, 2012; Arendt, 2010; Rossmann, 2003; Wilkin et al, 2007)

Die bisherigen Forschungsergebnisse zu der Kommunikationsstrategie des Entertainment-Education im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen hat in Summe äußerst positive Ergebnisse gezeigt und die Idee verstärkt, dass die Verbindung von Unterhaltung und Bildung, einschließlich kommerzieller und sozialer Interessen, dahingehend sinnvoll kombiniert werden können, um sozialen Wandel herbeizuführen und das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu fördern (vgl. Singhal & Brown, 1996, S. 25).

Die Gesellschaft kann mithilfe der Strategie für bestimmte gesundheitsrelevante Themenkomplexe sensibilisiert werden. Das Entertainment-Education-Konzept ist ein Werkzeug, mit dem auf mannigfaltige Art und Weise ein Bewusstsein für die Gesundheit betreffende Themen in der Bevölkerung geschafft werden kann, ohne dass in dieser der Verdacht auf Manipulation geweckt wird. Die Bewertung derartiger Projekte ist

sowohl von dem Ruf der jeweiligen teilhabenden AkteurInnen, als auch von der Art und Weise, wie die Inhalte dargeboten werden, abhängig (vgl. Lampert, 2003, S. 475). Durch den Entertainment-Education-Ansatz können auch jene Personen erreicht werden, die nicht von selbst aus Gesundheitsthemen aufsuchen und sich diesbezüglich informieren. Die Aufbereitung der Informationen und die schlüssige Einbindung in das Narrativ des Unterhaltungsformats spielen dabei eine zentrale Rolle.

4. Humor

Humor ist ein, in der Regel im Verschwommenen bleibendes, jedoch immer präsentes und in ganz verschiedenen Disziplinen zunehmend renommiertes und äußerst komplexes Phänomen. Die Definition von Humor gestaltet sich als äußerst problematisches Unterfangen, denn schließlich ist die Empfindung, was als witzig empfunden wird und was nicht, ein subjektives Gefühl. Auch kulturelle und demografische Unterschiede beeinflussen die Art des Humors, respektive die Tatsache was als lustig, amüsant oder witzig empfunden wird oder eben nicht. Gerade bei einem ubiquitären Phänomen wie Humor, von dem jede Person ausgeht, dass sie einen hat bzw. weiß wovon gesprochen wird, ist es schwierig den Begriff zu definieren. Auch regionale, demographische und soziodemographische Merkmale sind Variablen, welche sich auf die Auffassung von Humor auswirken.

Die imposante Kraft von Humor macht ebendiesen zu einem rezidiven Forschungsfeld in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, so auch in der Kommunikationswissenschaft. Humor in der Kommunikationswissenschaft scheint schwer analysierbar zu sein. Letztendlich ist auch ein Witz, der erklärt werden muss, nicht weiter lustig. Dennoch macht die überwältigende, fast mysteriös anmutende, Macht des Humors ihn zu einem viel beforschten Thema unter WissenschaftlerInnen aus den unterschiedlichsten Disziplinen. Denn er ist pervasiv, unterhaltsam und angenehm zugleich (vgl. Meyer, 2000, S. 310).

Etymologisch betrachtet stammt der Begriff Humor vom lateinischen *humor* oder *umor* ab und steht für Flüssigkeit, Feuchtigkeit, nass bzw. Saft. In der Antike war die Begrifflichkeit in der Medizin verankert und fand Verwendung für die Bezeichnung der vier Hauptkörpersäfte („*humores cardinales*“) des menschlichen Körpers: Blut, gelbe Galle, Schleim und Schwarze Galle. Diese „*humores*“ waren elementarer Bestandteil in

der mittelalterlichen Temperamentlehre oder 4-Säfte-Lehre, welche sich auf die Ausführungen von Galen und Hippokrates stützte. Zudem bildeten sie das Fundament der bis zum frühen 19. Jahrhundert maßgebenden Anthropologie (vgl. Rißland 2002, S. 17).

Die 4 Hauptkörpersäfte bestimmten die Gesundheit, das Temperament und die Eigenschaften eines Menschen und zeichneten sich in weiterer Folge für dessen physischen und geistigen Gemütszustand verantwortlich. Je nach Ausprägung des Anteils der im Körper befindlichen und wirksamen Säfte, bestimmen diese ob ihr „Gefäß“ ein sanguinisches, cholericisches, phlegmatisches oder melancholisches Temperament hat.

Birgit Rißland lehnt sich in ihrer Darstellung der *humores cardinales* und den dazugehörigen Temperaturen an Schmidt-Hidding, 1963, S. 92 und McGhee, 1979, S. 5 an:

humores cardinales	Eigenschaften der Elemente	Temperament	gekennzeichnet durch
Blut	heiß und feucht	sanguinisch	Vertrauen, Hoffnung und einen heiteren Geist
Gelbe Galle	heiß und trocken	cholerisch	Jähzorn, Veranlagung zu Erregung und Zorn
Schleim	kalt und feucht	phlegmatisch	Trägheit, Apathie
Schwarze Galle	Kalt und trocken	melancholisch	Trübsinn, Niedergeschlagenheit, Depression

Abb. 2: humores cardinales - Rißland 2002 S. 17

Bei einem ausgewogenen, proportionalen Mischverhältnis der Körpersäfte besaß man demnach guten Humor, schlechter Humor hingegen wurde auf die Unausgeglichenheit der Säfte beziehungsweise die Dominanz eines Saftes zurückgeführt. Folglich galt die Balance der humores cardinales damals als Grundlage für den Gesundheitszustand des Menschen.

Im Laufe des 16. Jahrhunderts entwickelte sich der Begriff Humor von einer rein stofflichen Auslegung, wie sie bei der Temperamentslehre der Fall ist, hin zur Verortung

in geistigen Gefilden, im Sinne der Gemütsbeschaffenheit des Menschen (vgl. Rißland 2002, S. 18).

Der Begriff Humor, wie wir ihn heute kennen und verwenden, gelangte im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts vom französischen „humeur“ ins englische „humour“ und unterzog sich einiger Modifikationen und Bedeutungsveränderungen, bis sich seine Entwicklung im 19. Jahrhundert einem – vorübergehenden – Endpunkt gefunden hat. Der Ausdruck wird zwar auch im 20. Jahrhundert von der wissenschaftlichen Community weiter ausdifferenziert, seine Bedeutung behält er allerdings inne (vgl. Rißland 2002, S. 19).

Duden definiert den Begriff folgendermaßen:

- „*Humor*, der
1. *Fähigkeit und Bereitschaft, auf bestimmte Dinge heiter und gelassen zu reagieren*
 2. *sprachliche, künstlerische o. ä. Äußerung einer von Humor bestimmten Geisteshaltung, Wesensart*
 3. *gute Laune, fröhliche Stimmung*
 4. *Körpersaft*⁴“

Heutzutage wird Humor oftmals mit heiterer Stimmung und einer freundlichen Gesinnung anderen gegenüber gleichgesetzt. Humor kann auch Wasser auf den Mühlen von festgefahrenen Situationen sein und diese auflockern. Zudem hilft er uns beim Umgang mit unterschiedlichen Gefühlen, wie zum Beispiel Angst, Zorn und Leid.

4.1. Humortheorien

Schon zu Zeiten Platons und Aristoteles haben PhilosophInnen und Gelehrte versucht die Herkunft, die Funktionen und die Relevanz von Humor zu erforschen. Seit jeher versuchen sich WissenschaftlerInnen daran herauszufinden, warum wir überhaupt lachen und was uns zum Lachen bringt. Hierfür sind über die Zeit eine Vielzahl an verschiedenen Theorien entstanden, wobei sich in der wissenschaftlichen Literatur bisweilen 3 Theorien durchgesetzt haben. Diese werden als Superiority Theory, Incongruity Theory und Relief Theory bezeichnet (Buijzen & Valkenburg, 2004; Meyer

⁴ Duden 2019: https://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn bzw. 4. https://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Koerperfluessigkeit [19.12.2018].

2000; Kotthoff 1996; Berger, 2000; Morreall, 2011). Im deutschen Sprachraum werden sie allgemeinhin mit Überlegenheits-, Inkongruenz- und Entspannungstheorie übersetzt. Sie werden eingesetzt, um die Funktionen von Humor zu beschreiben.

Aggression, Inkongruenz und Entspannung stehen bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen Humor meist im Zentrum. Die miteinhergehenden Fragestellungen lassen sich in strukturelle, essentielle und funktionelle Kategorien einteilen. Die Inkongruenztheorie ist tendenziell strukturell ausgerichtet, kann allerdings auch essentiell sein, sofern die Essenz der Komik herausgearbeitet wird anstatt deskriptiv zu analysieren. Bezugspunkt ist allerdings immer die kognitive Ebene von Humor. Die funktionellen Theorien legen ihr Hauptaugenmerk auf die emotionale und soziale Funktion des Humors im gesellschaftlichen Miteinander (vgl. Kotthoff 1996, S. 9f).

John C. Meyer beschreibt vier Grundfunktion des Humors in Verbindung mit Kommunikation. Zwei davon neigen dazu die Kommunikatoren zu verbinden: Identifikation (engl. *Identification*) und Klarifikation (engl. *Clarification*). Wobei die anderen zwei: Differenzierung (engl. *Differentiation*) und Durchführung (engl. *Enforcement*) dazu tendieren, die Kommunikatoren zu trennen. Der Einsatz von Humor verbindet demnach durch wechselseitige Identifikation und Verdeutlichung von Werten und Positionen. Während er gleichzeitig durch die Durchsetzung von Normen und die Differenzierung von akzeptablen und inakzeptablen Verhalten und Menschen trennt. Dieses Paradoxon der Funktionen von Humor ist mutuell verbindend und trennend und erlaubt es dem Humor soziale Grenzen abzustecken (vgl. Meyer 2000, S. 310).

In der wissenschaftlichen Community gibt es keinen Konsens darüber, welche der besagten Theorien am viabelsten ist. Ursprünglich gingen die BefürworterInnen der jeweiligen Theorie davon aus, dass ebendiese alle Fragestellungen des Humors erklären könne. Mittlerweile hat sich aber der Standpunkt etabliert, dass die Theorien als komplementär zu verstehen sind. Obwohl jede Theorie ihren eigenen Fokus hat, können doch viele Bereiche des Humors von mehreren Standpunkten aus beleuchtet und erklärt werden (vgl. Buijen & Valkenburg 2004, S. 148). Auch aktuelle Studien zur Thematik bestätigen diese Ansicht und lassen Rückschlüsse auf einen komplementären Einsatz der Humortheorien schließen (Berger 1993, Meyer 2000, Kotthoff 1996). Sie können gemeinsam wirken und sich gegenseitig verstärken oder aber auch Abschwächen.

4.1.1. Relief Theory

Der womöglich prominenteste Repräsentant der Relief Theory beziehungsweise Entspannungstheorie ist der Psychoanalytiker Siegmund Freud. Für ihn ist der Abbau von innerer Spannung die zentrale Funktion von Humor. Freud setzte das Komische und Humorvolle in Relation mit dem Triebleben der Menschen und unterschied zwischen harmlosem und tendenziösem Witz. Beim Witze machen geben Menschen ihren bösartigen oder sexuellen Gefühlen, die sie normalerweise unterdrücken würden, nach und sparen somit jene Energie, die sie für deren Unterdrückung aufgewendet hätten (vgl. Kotthoff 1996, S. 12f). Der Mensch ist demzufolge immer bemüht einen ausgeglichenen Energiehaushalt zu erreichen, respektive zu erhalten.

Menschen lachen, weil sie von Zeit zu Zeit physiologische Spannung abbauen müssen. Lachen und Heiterkeit kommen laut dieser Theorie vom Wegfall besagter Spannungen. Humor wird verwendet um unterdrückte Sehnsüchte aufzudecken und soziokulturelle Hemmungen zu überwinden (vgl. Buijzen & Valkenburg, 2004 S. 147 f). Laut Meyer stehen die physiologische Manifestation bzw. die „Symptome“ von Humor im Mittelpunkt dieser Theorie, die besagt, dass Humor dann entsteht, wenn Spannungen im Körper erzeugt und abgebaut werden. Das Lachen resultiert vom Wegfallen nervöser Energie (vgl. Meyer 2000, S. 312).

Geschulte RhetorikerInnen nehmen sich diese Erkenntnis oftmals zum Vorteil und setzen sie ein, indem sie zu Beginn ihrer Rede einen Witz erzählen, um eine potenziellen Spannungssituation zu verhindern. Spannungen können entstehen, wenn Menschen eine Dissonanz erleben, nachdem sie eine unerfreuliche Entscheidung getroffen haben oder ihnen inkompatible oder unerwünschten Gedanken oder Handlungen bevorstehen (vgl. Meyer 2000, S. 312).

4.1.2. Superiority Theory

Platon wird im Allgemeinen als der erste Humortheoretiker anerkannt. (vgl. Piddington 1963: 152, Morreal 1987: 10, Attardo 1994: 18, zit. nach Kotthoff 1996: S. 11) Helga Kotthoff beschreibt Platons Auseinandersetzung mit Humor als eine „*anthropologische Essentialisierung des Phänomens als Mischung von Vergnügen und Schmerz (Philebus 50A)*“. (1996, S. 11)

Hier lachen Menschen weil sie sich anderen überlegen fühlen. Der Humor hat primär eine emotionale Funktion: der Lachende stellt sich über den „Verlachten“ und gewinnt so an Selbstvertrauen und Selbstachtung (vgl. Kotthoff 1996, S. 11f). Das Überlegenheitsgefühl vermittelt über die Herabsetzung des Gegenübers Freude. Lachen und Heiterkeit resultieren also aus dem Gefühl des eigenen Triumphs, der Überlegenheit und der Selbstbestätigung gegenüber Unterlegenen (vgl. Buijzen & Valkenburg, 2004, S. 148).

Die Superiority Theory befasst sich immer mit einem (erlebten) Gefühl des Sieges oder des Triumphs. Laut dieser Theorie lachen Menschen – äußerlich oder innerlich – über andere, weil sie eine Art Triumph erleben oder sich ihnen, in welcher Art auch immer, überlegen fühlen. Das Lachen über eine „unwissende“ Aktion seitens des Gegenübers, wie es beispielsweise der Fall ist wenn Erwachsene über die Aussagen oder Handlungen von Kindern lachen, ist hier ein plakatives Beispiel. Solche Vorfälle erzeugen im Inneren des Individuums einen Zustand der Heiterkeit, der nach außen hin in Gelächter resultieren kann (vgl. Meyer 2000, S. 314).

Heiterkeit wird zunächst aufgrund von einem Überlegenheitsgefühl, das sich oft durch Lachen ausdrückt, erzeugt, welches wiederum ein deutliches Signal von Überlegenheit sendet. Die unangenehmen Gefühle, die entstehen, wenn man verlacht wird und somit die eigene Identität bedroht wird, stammen von solchen humorvollen Botschaften der Überlegenheit. Demnach ist diese Art von Humor oftmals nicht die angenehmste für die jeweils betroffenen Subjekte (vgl. Meyer 2000, S. 314).

Aus der Perspektive der Superiority Theory resultiert Humor nicht bloß aus etwas Irrationalem oder Unerwarteten, sondern vielmehr aus der Ansicht heraus, dass man selbst überlegen ist, recht hat oder triumphiert, im Gegensatz zum Gegenüber, das unterlegen ist, falsch liegt und besiegt ist (vgl. Meyer 2000, S. 314f).

Meyer beschreibt im Hinblick auf die Superiority Theory zwei wichtige Effekte: Zum einen wird die Gesellschaft geregelt, da jene Personen, die sich nicht an die allgemeingültigen gesellschaftlichen Konventionen halten, durch Verlachenzensiert werden. Zum anderen bekommen Menschen ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe, wenn gemeinsam andere verlacht werden (vgl. 2000, S. 315). Als Beispiel für eine milde Form des Überlegenheitshumors kann die Fernsehsendung Versteckte Kamera oder andere Formate, bei denen Leute in wahnwitzige und nicht beneidenswerte Situationen geraten und ihnen ausgeliefert sind, genannt werden.

Humortheorien, die stets in Verbindung mit Degradierung und oder Aggression stehen, sind bis zur heutigen Zeit weitverbreitet. Humoristische Kommunikation ist bei weitem nicht immer unschädlich. Ihre Intention kann unterschiedlichsten sozialen und psychologischen Ursprungs sein. Sie ist immerzu hochgradig kontextgebunden und kann sowohl individuelle, als auch kollektive Interessen verfolgen, subversiv oder affirmativ sein, Spannungen auf- oder abbauen und Freundschaft oder Feindschaft bekunden. Degradation ist zwar keine *conditio sine qua non* für humoristisches Vergnügen, aber durchaus oftmaliger Wegbegleiter. So lacht man gemeinhin eher über Witze oder Scherze zu Lasten jener Personen, die man gerne degradiert sieht (vgl. Kotthoff 1996, S. 12). Etwa SchülerInnen, die sich über LehrerInnen lustig machen oder Assistenzärzte und -ärztinnen, die sich auf Kosten ihrer Chefärzte und –ärztinnen amüsieren.

4.1.2.1. Disparagement Humor

Unter der Bezeichnung Disparagement Humor wird im deutschen Sprachgebrauch gemeinhin herabsetzender oder verunglimpfender Humor verstanden. Dieser bezieht sich auf Bemerkungen, die durch Verunglimpfung, Degradierung oder Schmälerung eines bestimmten Ziels, Erheiterung hervorrufen sollen. Diese Ziele können beispielsweise Individuen, soziale Gruppen, politische Weltanschauungen, Glaubensrichtungen aber auch Wertgegenstände oder Ähnliches sein. Die Theorie des herabsetzenden Humors unterscheidet sich von anderen Formen dadurch, dass es sein Subjekt sowohl herabmindert, als auch neu interpretiert (vgl. Ferguson & Ford 2008: S. 283f.).

Weil der eingesetzte Humor kommuniziert, dass die gesendete Botschaft in einer nicht ernstzunehmenden Art und Weise zu interpretieren ist, ist der herabsetzende Humor in der einzigartigen Lage das angesteuerte Zielsubjekt anzuschwärzen und gleichzeitig Kritik und Zweifel im Keim zu ersticken (vgl. Ferguson & Ford 2008: S. 284).

4.1.3. Incongruity Theory

Trotz ständig wechselndem Fokus bei wissenschaftlichen Erklärungsversuchen von Humor blieben über mehrere Säkula hinfort einige Ansätze stabil. So auch jene, die Inkongruenz als Grundlage für Humor und Komik ansehen. Helga Kotthoff konzediert: „*Arthur Schopenhauer (1788-1860) (1947) gab die plötzliche Wahrnehmung einer*

Inkongruenz zwischen Konzept und realem Objekt als Grund für das Lachen an.“

(Kotthoff 1996, S. 10) Im Allgemeinen wird seit dem 18. Jahrhundert Inkongruenz als fundamentaler Bestandteil für Humor erachtet (vgl. Piddington 1963, Morreall 1987 zit. nach Kotthoff 1996, S. 10).

Gemäß dieser Theorie lachen Menschen aufgrund von Unerwartbarkeit und dem Element der Überraschung. Das Durchbrechen erwartbarer Muster löst im Kopf des Betroffenen den Anflug von Humor aus. Voraussetzung für das Empfinden von Humor sind demnach kognitive Fähigkeiten. Während sich die Relief Theory auf die physiologische und die Superiority Theory auf die emotionale Funktion von Humor fokussiert, hebt die Incongruity Theory das Erkenntnisvermögen hervor. Kognitive Fähigkeiten, die es ermöglichen inkongruente Ereignisse zu bemerken und zu verstehen, sind demnach Grundvoraussetzung dieser Theorie (vgl. Buijzen, Valkenburg, S. 148).

Die Incongruity Theory befasst sich mit Verletzungen von rational gelernten Mustern. Diese gesellschaftlich akzeptierten Muster werden durchbrochen oder verändert – nahe genug an der Norm, um nicht bedrohlich zu sein, aber doch so weit von der Norm abweichend, - so dass ein deutlicher Unterschied merkbar ist. Genau dieser Unterschied - weder zu schockierend noch zu profan – verursacht laut der Incongruity Theory das Lachen in der Psyche des Empfängers oder der Empfängerin (vgl. Meyer 2000, S. 313). Kognitive Fähigkeiten sind unabdingbar. Damit diese Differenzen überhaupt auffallen, müssen sich Individuen zuvor auf rational gelernte Muster der Realität einigen und diese verstehen. Die entsprechenden kognitiven Fähigkeiten, um Inkongruenzen zu erkennen, verstehen und kategorisieren zu können, sind eine conditio sine qua non für die Entstehung von Humor.

Laut Meyer hat das Element der Überraschung bei der Incongruity Theory einen besonders hohen Stellenwert inne. Dieser Gebrauch von Überraschung im Humor wird evident, wenn man jemanden einen Witz erzählt, den er oder sie schon kennt. Der Witz ist weniger amüsant, da er schon bekannt ist und das Element der Überraschung somit wegfällt, weil das Muster des Witzes im Gedächtnis des Empfängers bereits vorhanden ist. Trotzdem verspüren viele Menschen den Drang zu lachen, auch wenn sie den Witz schon kennen, die Komödie oder den Sketch bereits gesehen oder das Katzenvideo auf Youtube zum wiederholten Male begutachtet haben. Verfechter der Incongruity Theory meinen, dass dies passiert, da Menschen die „Überraschung“ aus einer anderen

Perspektive betrachten, auch wenn sie schon die Grundlagen einer bevorstehenden humorgeladenen Nachricht kennen (vgl. Meyer 2000, S. 313).

4.1.3.1. Schwarzer Humor

Grosso modo handelt es sich bei Humor um die Fähigkeit des Menschen, über sich selbst und auch über andere Lachen zu können. Zudem ist er ein probates Mittel, um leichter mit alltäglichen Herausforderungen und Problemstellungen zu Recht zukommen. Selbiges gilt auch für den schwarzen Humor, der sich allerdings durch seine innenwohnende Themenauswahl vom Humor im Allgemeinen abgrenzt und seine wahre Kraft vor allem in nicht alltäglichen, Ausnahmesituationen entfalten kann. Oftmals wird der Terminus synonym mit morbidem, kranken, dunklem oder abgründigem Humor verwendet. Sein Themenspektrum speist sich aus in der Gesellschaft tief verankerten Tabuthemen, wie etwa Krankheit, Tod, Behinderungen, Missbildungen, Minderheiten, Verbrechen, Inzest, Grausamkeiten etc. (vgl. Herzog & Karafa, 1998, S. 292). Zudem macht sich schwarzer Humor auch mit den damit verbundenen Ängsten vor dem Tabubruch lustig. Hier erfüllt er durchaus auch die wichtige Funktion auf fragwürdige gesellschaftliche Phänomene aufmerksam zu machen und diese kritisch zu hinterfragen. Dabei bewegt er sich fortwährend an der Grenze des „guten Geschmacks“, lotet selbige aus und überschreitet sie von Mal zu Mal. Schwarzer Humor funktioniert nur, wenn die Rezipierenden den dazugehörenden Code kennen, und ihn auch als solchen wahrnehmen.

André Bretons „Anthologie des schwarzen Humors“ aus dem Jahr 1940 mutet aus heutiger Sicht als äußerst sittsam an. Im Erscheinungsjahr wurde das Werk allerdings sogleich verboten. Breton war es, der den Begriff „humour noir“ in die Literaturwissenschaft einführte (vgl. Raab 2017, S. 9). Sein Werk war Anstoß für den wissenschaftlichen Diskurs über das zeitlose Phänomen und prägte den Begriff nachhaltig.

Peter L. Berger attestiert dem schwarzen Humor bzw. seinem englischen Pendant „*sick jokes*“ eine defensive Funktion, welche es vermag Leid, Ängste und Schrecken zu überwinden und bedrohliche Situationen zu entschärfen. Für ihn zählen vor allem schreckhafte Ereignisse und die thematische Auseinandersetzung mit dem Tod zum schwarzen Humor. Vor allem jene Menschen, die sich aus beruflichen Gründen mit (schwerer) Krankheit und dem Ableben beschäftigen, wie es beispielsweise in einem

Krankenhaus der Fall ist, tendieren verstärkt zum Einsatz von schwarzem Humor (vgl. Berger 2014, S. 70f). Gerd Henniger definiert schwarzen Humor als „dunklen“ oder „schwarzen Zwilling“ des Humors, der jedoch gutmütig ist (vgl. 1966, S. 7).

Nach Michael Hellenthal stellt schwarzer Humor gängige gesellschaftliche Vorstellungen von Normen und Werten auf den Prüfstand, untersucht sie auf deren Substanz und regt zum kritischen Hinterfragen an. Laut ihm fungiert der schwarze Humor als kritische Instanz, welche die Realität systematisch seziert, analysiert und evaluiert (vgl. Hellenthal, S. 42f).

Gerade auch im Krankenhaus und dessen Umfeld ist der schwarze Humor eine bewährte Methode, sowohl für Angestellte als auch PatientInnen, um mit den hohen emotionalen, psychischen und physischen Belastungen und Anforderungen umzugehen.

4.3. Humor in der sozialen Hierarchie

Das soziale System Gesellschaft ist hierarchisch aufgebaut. Demnach üben Individuen unterschiedliche Positionen in einer sozialen Rangordnung aus. Je nach Status, den die agierenden Personen innehaben, handelt es sich beim Lachen über andere entweder um ein von oben nach unten (Top Down) gerichtetes Verlachen, oder ein umgekehrtes, von unten nach oben gerichtetes (Bottom Up) Auslachen oder Verspotten. In der zur vorliegenden Arbeit durchgeföhrten Studie mit Bezug auf die US-amerikanische Krankenhaus-Dramedy-Serie Scrubs (siehe Kapitel 7) wäre ein Beispiel für Top Down Humor, wenn sich OberärztInnen über die hierarchisch niedriger positionierten AssistenzärztInnen lustig machen. Ein entgegengesetztes sich Amüsieren der rangniedrigeren AssistenzärztInnen auf Kosten ihrer Vorgesetzten ist ein Beispiel für Bottom Up Humor.

Dziemidok attestiert dem Humor selbst die Möglichkeit als soziale Waffe fungieren zu können. Jedes Individuum empfindet Spott oder Verhöhnung als äußerst unangenehm und degradierend. Und dies nicht ohne Grund. So können öffentliche Erniedrigungen Karrieren beenden, zu einem Verlust oder Einbußen des sozialen Status führen, zuvor erworbene Anerkennung rauben und Menschen sogar langfristig mit dem Stigma der Schande brandmarken. Er beschreibt, dass die Angst öffentlich lächerlich gemacht zu werden gesellschaftlich universell zu sein scheint und gleichermaßen bei Kindern als auch bei den Reichen und Mächtigsten, welche in derselben Weise den Schmerz

teilen, wenn sie verspottet und erniedrigt werden, anzutreffen ist. Jedwede Ermahnung, ob von den Eltern oder LehrerInnen, ist für ein Kind völlig belanglos, wenn es von Freunden nicht akzeptiert und verlacht wird. Sogar die überzeugendsten und rationellsten Argumente wirken schwach und bedeutungslos, wenn sie von SchulkameradInnen oder KollegInnen erniedrigt werden. Bei Erwachsenen gilt ebenjener Mechanismus gleichermaßen (vgl. Dziemidok, 1993, S. 165).

Die Gesellschaft bedient sich der Erniedrigung als Hilfsmittel, um übermäßiges exzentrisches Verhalten zu zähmen und sich an jenen MitgliederInnen zu rächen, die soziale Normen missachten und ihre Freiheit missbrauchen. Derartige Verstöße gegen soziale Normen können beispielsweise modische Fauxpas, sprachliches (Fehl-)Verhalten, soziale Gewohnheiten und jene Normen, die intellektuelle und emotionale Reaktionen regulieren, betreffen. Spott, Verhöhnung, Empörung, Verachtung, Verleumdung, Verunglimpfung, Diffamierung und Herabwürdigung sind nur einige Beispiele für Sanktionen, die diesbezüglich von der Gesellschaft verhängt und durchgeführt werden. Die öffentliche Meinung ist jedoch niemals homogen. Aus individueller Sicht betrachtet muss die öffentliche Meinung nicht jene der Mehrheit entsprechen, sondern vielmehr die Meinung des am nahestehendsten Milieus oder von Personen, die – aus welchen Gründen auch immer – bedeutend sind und deren Meinung sehr geschätzt werden. Selbst wenn man vor den gesellschaftlichen Sanktionen in der eigenen Gruppe oder unter Gleichgesinnten Schutz sucht, ist man nicht vor ihnen gefeit. Spott und Hohn sind selbst dann erniedrigend und unangenehm, wenn man sich absolut sicher ist, dass die gesellschaftliche Sanktion ungerecht ist und die SpötterInnen einem selbst moralisch und intellektuell unterlegen sind. Wenn man sich erst mal aus einer derart misslichen Lage mühsam befreit hat, wird man zukünftig alles tun, um nicht wieder in eine ähnliche Situation zu geraten (vgl. Dziemidok 1993, s. 167f).

4.3.1. Karnevaleske Umkehrung

Der russische Literaturwissenschaftler und Kunstretheoretiker Michail Bachtin nimmt in seinem Werk über die Kultur des Lachens Bezug auf den Karneval. Dieser, vor der Fastenzeit stattfindender Brauch, stellt die in der Gesellschaft verankerten Hierarchien temporär auf den Kopf und bietet Menschen die Möglichkeit, sich über ihre Mitmenschen, die an und für sich gesellschaftlich einen höheren Rang innehaben, zu stellen und sich über diese lustig zu machen. Da die normalerweise allgemeingültigen hierarchischen Verhältnisse der Gesellschaft für die Zeitspanne des Karnevals außer

Kraft gesetzt sind, ist auch nicht mit Konsequenzen zu rechnen. Normen und Ordnungen werden ins Gegenteil verkehrt und soziale Ränge, Etikette, Distanzen und Ungleichheiten büßen ihre Relevanz ein. Dies hat zur Folge, dass das Volk zueinander findet und außerhalb der Karnevalszeit leichter die vorherrschende gesellschaftliche Ordnung hinnehmen kann (vgl. Bachtin, 1990, S. 32ff).

Bachtin attestiert dem Humor bzw. dem Lachen eine wichtige befreiende Wirkung:

„Das Lachen ist primär keine äußere, sondern eine wesentliche innere Form. Man kann das Lachen nicht in Ernst verwandeln, ohne den Inhalt der sich im Lachen eröffnenden Wahrheit zu vernichten oder zu entstellen. Das Lachen befreit nicht nur von der äußeren Zensur, sondern vor allem vom großen inneren Zensor, von der Jahrtausenden dem Menschen anerzogenen Furcht vor dem Geheiligten, dem autoritären Verbot, dem Vergangenen, vor der Macht.“ (1990, S. 38f)

4.4. Humor in der Gesundheitskommunikation

Uta Schwarz und Doreen Reifegerste (2017) haben sich intensiv mit Humorappellen in der Gesundheitskommunikation auseinandergesetzt. Während sie den erfolgreichen Einsatz von Humor als Stilmittel im Bereich der Werbekommunikation bescheinigen, sehen sie im Feld der Gesundheitskommunikation noch großen wissenschaftlichen Diskurs- und Handlungsbedarf. Gerade um jene Personen zu erreichen, die von Haus aus nicht an gesundheitsrelevanten Informationen interessiert sind oder diese (noch) nicht sinngemäß erfassen können, kann Humor ein geeignetes Mittel sein. Zu beachten ist, dass der Einsatz von unterschiedlichen Humortypen zusammen mit verschiedenen Wirkungsarten auftreten kann. Es bleibt zu diskutieren, ob der Einsatz von Humor unter gewissen Voraussetzungen zweckdienlicher ist als die Verwendung von Furchtappellen, wie es bspw. in der Kampagnenkommunikation zu gesundheitsrelevanten Themen der Fall ist (Drogenkampagnen, Anti-Raucher Aufklärung, etc) (vgl. Schwarz, Reifegerste, 2017, S. 1).

Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten für das Nichtgelingen von Gesundheitskommunikation. Diese können sowohl die inhaltliche Ebene, als auch die Verpackung der Botschaft, betreffen. Es kommt also nicht nur darauf an was kommuniziert wird, sondern auch wie die Kommunikation stattfindet. Infolge dieser Herausforderungen an die Gesundheitskommunikation attestieren Corinna Völzke,

Eckart von Hirschhausen und Florian Fischer, die 2017 medizinisches Kabarett als Instrument in der Gesundheitskommunikation untersuchten, dem Gebrauch von Humor enormes Potenzial und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit besagtem interdisziplinären Phänomen einen sehr hohen Stellenwert (vgl. Völzke, von Hirschhausen, Fischer, 2017, S. 91).

Bisweilen existieren noch äußerst wenige empirische Studien zu Humor in Verbindung mit Gesundheitsthemen. Umso mehr ist die Scientific Community gefordert diesen Phänomenbereich näher zu untersuchen (Bsp.: Moyer-Gusé, Mahood, Brookes, 2011; Lee, Ferguson, 2002; McGraw, Schiro, Fernbach, 2015; Holmes, 2013; Yoon, 2015).

5. Rezeptive Partizipation

Die von Jürgen Grimm entwickelte Rezeptive Partizipation zielt primär darauf ab, rezeptive Beteiligungsformen auf unterschiedlichen Ebenen abzubilden und messbar zu machen und beinhaltet die Dimensionen Narrative Engagement, Involvement und Identifikation. Nachdem dieses Konstrukt auch in der vorliegenden Untersuchung eingesetzt wurde, soll es an dieser Stelle näher erörtert werden. Laut Grimm (2012, S. 37f) sind im Zuge der Informationsverarbeitung die Gestaltung und die Präsentation des Kommunikats Ausgangspunkt für die rezeptive Partizipation. Sie können die rezeptive Beteiligung ebenso erleichtern wie auch erschweren. Durch die Darstellung und der Informationsverarbeitung - welche sich in selektive und elaborative Prozesse aufteilt - des Medieninhalts, entsteht ein kommunikatives Feld, in dem sich die Handlungen des Kommunikators und der RezipientInnen überschneiden und abhängig vom kulturellen und sozialen Umfeld ihre Wirkung entfalten. „*Der Rezipient reproduziert also nicht die Rezeptionsvorlage, sondern „beantwortet“ sie gleichsam kreativ vor dem Hintergrund seiner kognitiven Prädispositionen und seines sozialen Kontextes.*“ (Grimm, 2012, S. 37)

Im Gegensatz zur klassischen Persuasionsforschung wird hier die Eigenleistung der RezipientInnen im Zuge des Vermittlungsprozesses gleichberechtigt aufgezeigt und nicht nur die Intention des Kommunikators hervorgekehrt. In welcher Art und Weise die Informationen verarbeitet werden ist von selektiven und elaborativen Prozessen abhängig. Erstere wirken in analogische Rezeptionseffekte hinein, welche gewissen Kommunikatelementen (semantisch) gleichkommen. Zweitgenannte resultieren in dialogischen Rezeptionseffekten, welche mit einer Aneignung oder aber Ablehnung des Wissensangebotes des Kommunikats einhergeht. Diesem Konzept folgend wird

Persuasion als Folge von Rezeptionsprozessen gesehen (vgl. Grimm 2012, S. 38 und Grimm & Rosenzweig 2014, S. 258f).

„Persuasion ist in diesem Konzept radikal als Resultat von Rezeptionsprozessen (rezeptive Beteiligung und Informationsverarbeitung) bestimmt und wird nicht durch das Ausmaß der Kommunikationskontrolle durch den Kommunikator definiert. Persuasiver Erfolg ist daher nicht (allein) anhand der Kommunikatorabsichten zu messen, sondern daran, was dem Rezipienten postrezeptiv plausibel oder plausibler als zuvor erscheint.“

(Grimm 2012, S. 38)

Die individuellen Hintergründe von Personen, deren persönliche Erfahrungswerte und ihr jeweils einzigartiges Archiv von Emotionen und Erlebtem wirkt sich auf den Informationsverarbeitungsprozess aus und formt die Bedeutung elaborativ in den Köpfen der RezipientInnen. Die unterschiedliche Intensität rezeptiver Beteiligungsformen dirigiert demnach immer auch die elaborative Rezeptionsleistung der EmpfängerInnen mit. Das Konzept der rezeptiven Partizipation zeigt an, auf welchen Ebenen sich die RezipientInnen auf ein Kommunikat einlassen. Im folgenden Abschnitt wird Grimms Konzept näher beschrieben und die vier Subdimensionen: Narrative Engagement, Transportation, Involvement und Identifikation, abgegrenzt, sowie erläutert.

5.1. Narrative Engagement

Bilandzic und Busselle (2008, 2009) entwickelten das Transportation-Modell weiter, da es ihrer Meinung nach nicht ausdifferenziert genug ist, und sorgten damit für eine Anwendbarkeit auf die Untersuchung des persuasiven Gehalts von Filmwerken. Das von ihnen erdachte Narrative Engagement-Modell stützt sich auf das im vorigen Kapitel näher beleuchtete Transportation Imagery Model von Green und Brock (2002), wird aber um mehrere Dimensionen erweitert, um der immensen Komplexität persuasiver Prozesse gerecht zu werden. Dem Autoren-Team zufolge steht das Verstehen des Narrativs im Mittelpunkt. Nur wenn die RezipientInnen dem Kommunikat folgen können sind sie in der Lage mentale Modelle der gesehenen Handlungen, Situationen und Figuren mit ihrem bereits bestehenden Wissensarchiv zu verknüpfen. Diese Verknüpfung findet im Zuge der Rezeption kontinuierlich statt und wird stetig aktualisiert (vgl. Bilandzic und Busselle, 2009, S. 322f).

Das Modell teilt sich in die 4 Subdimensionen Narratives Verstehen (Engl. *Narrative Understanding*), Aufmerksamkeitsfokus (Engl. *Attentional Focus*), Emotionales Engagement (Engl. *Emotional Engagement*) und Narrative Präsenz (Engl. *Narrative Presence*), welche nun kurz näher beleuchtet werden, auf. Jede dieser vier Subdimensionen trägt persuasives Potential und hat einen entscheidenden Anteil für das Eintauchen in das Narrativ (vgl. Busselle, Bilandzic, 2009, S. 331):

1. *Narrative Understanding*

Diese Subdimension beschreibt, ob und wie gut der Medieninhalt verstanden wurde und welche vom Kommunikat hervorgerufenen Sinnzuschreibungen entstehen.

2. *Attentional Focus*

Diese Unterkategorie gibt Auskunft darüber, inwiefern der Rezipient/die Rezipientin auf das Kommunikat fokussiert ist, beziehungsweise wie sehr er/sie im Verlauf der Rezeption abgelenkt war.

3. *Emotional Engagement*

Emotional Engagement beschreibt die emotionale Verbindung des Publikums zum Narrativ und den darin vorkommenden Charakteren. Diese Gefühlsregungen können sich als Sympathie beziehungsweise Empathie gegenüber den gesehenen Charakteren äußern.

4. *Narrative Presence*

Diese Subdimension umschreibt in wie weit es den RezipientInnen möglich war sich in das Narrativ hineinzuversetzen und somit in weiterer Folge die reale Welt auszublenden. Sie umschreibt demnach die Brücke von der realen zur fiktiven Welt und integriert das Transportation Imagery Model von Green und Brock (siehe Kapitel 5.1.1.).

5.1.1. Transportation

Verschiedenste Arten von Narrationen, unabhängig vom Trägermedium, ermöglichen es RezipientInnen, in die dargebotene Welt des Narrativs einzutauchen und in die Geschichte hineingezogen zu werden. Der Terminus Transportation beschreibt, Melanie C. Green & Timothy C. Brock (2002) zu Folge, das Gefühl sich in einem Narrativ zu

verlieren. Beide AutorInnen konstruierten diesbezüglich das Transportation Imagery Model (TIM), das die mit dem Eintauchen in die Geschichte erlangten Erfahrungen und Einflüsse in Bezug auf den persuasiven Gehalt eines Kommunikats messbar machen soll (vgl. Green & Brock, 2002).

Nach Green und Brock ist Transportation ein mentaler Prozess, bei dem Vorstellungskraft, Aufmerksamkeit und Emotionen amalgamieren und der Rezipient/die Rezipientin dadurch das Gefühl hat selbst ein Teil des Narrativs zu sein. Laut Green & Brock gibt es 3 Konsequenzen von Transportation (vgl. Green et al., 2002, S. 325ff):

1. Das Eintauchen gelingt so gut, dass RezipientInnen sich lediglich auf die medial vermittelte Realität konzentrieren und so den Bezug zur realen Welt verlieren. Die narrative Welt wird als attraktiver und spannender erachtet, was zur Folge hat, dass sich der Rezipient/die Rezipientin zunehmend in dieser verliert. Dieses Eintauchen kann sowohl auf psychischer, als auch physischer Ebene stattfinden. Personen, die scheinbar teilnahmslos in den Fernseher starren, ihre Umwelt ausblenden, nicht ansprechbar sind und abwesend wirken, sind ein Beispiel für physische Transportation. Solche Personen weisen einen hohen Grad an Transportation auf.
2. Der Rezipient/Die Rezipientin taucht so tief in das Narrativ ein, dass sich die dort vermittelten Gefühle und Intentionen auch in ihm/ihr wiederspiegeln. Obwohl sich der Rezipient/die Rezipientin der Tatsache bewusst ist, dass es sich lediglich um eine fiktive Geschichte handelt, entstehen Gefühle, die eine Vermischung der realen und narrativen Welt zur Folge haben. Wenn sich RezipientInnen nach einer abgeschlossenen Narration Gedanken über einen alternativen Ausgang der Geschichte machen, ist dies ein Hinweis auf eine starke Verbindung von fiktiver und realer Welt.
3. Nach dem „wiederauftauchen“ aus dem Kommunikat weisen RezipientInnen Veränderungen auf. Ein weiteres Indiz für das Vorliegen einer Transportation ist, der Wunsch des Rezipienten/der Rezipientin, in der Narration zu verweilen und die bereits geänderten Einstellungen beizubehalten.

Das von Green & Brock entwickelte TIM bezieht sich alleinig auf Text und wurde von Helena Bilandzic und Rick W. Busselle auch auf Filme und deren Gehalt an Transportation verwendet. Dem Ansatz der zwei Forschenden folgend ist die erlebte

Intensität eines Narrativs ausschlaggebend dafür, dass es bei den RezipientInnen zu einer Einstellungs- und Glaubensänderung kommen kann. Des Weiteren spielt der Wunsch und das Verlangen nach Unterhaltung eine maßgebliche Rolle, denn je ausgeprägter dieser/s ist, umso mehr kann der Rezipient/die Rezipientin in das Kommunikat eintauchen und desto eher ist er/sie empfänglich für persuasive Prozesse, die auf seine/ihr Einstellung einwirken. Vor allem kurzfristige Veränderungen der Einstellung sind belegt, doch mangelt es in der Wissenschaft noch an der intensiveren Auseinandersetzung mit langfristigen Einstellungsänderungen der RezipientInnen (vgl. Bilandzic und Busselle, 2008, S. 510f). In der vorliegenden Arbeit wird das von Bilandzic und Busselle entwickelte vierstufige Modell des Narrative Engagements, in welchem das Transportation Konzept zentral eingearbeitet wurde⁵, für die Operationalisierung herangezogen.

5.2. Involvement

In der Scientific Community sind theoretische Auseinandersetzungen rund um den Terminus Involvement weit verbreitet. Vor allem in der Wirkungsforschung wurde und wird dieses Konzept viel diskutiert. Nach Werner Wirth (2006) ist Involvement eines der erfolgreichsten Modelle der Kommunikationsforschung und Medienpsychologie. Einhergehend mit der Popularität entwickelten sich eine Vielzahl von theoretischen Konzepten und Ansätzen, welche sich oftmals in ihrer Definition und ihrer Begrenzung überlagerten. Diese Tatsache wird von Wirth vehement kritisiert, er fordert deshalb eine trennscharfe methodische Herangehensweise und Abgrenzung von ähnlich gelagerten Begrifflichkeiten (vgl. Wirth, 2006, S. 199).

Grimm stützt sich in seinem Konzept der rezeptiven Partizipation auf den Involvement Begriff von Herbert E. Krugman (1965), in welchem die RezipientInnen eine aktive Rolle einnehmen. Krugmans bahnbrechende Untersuchungen zur Rezeption und Verarbeitung von Werbebotschaften im TV Mitte der 1960er Jahre bildeten die Basis dafür, dass Involvement ins Zentrum der Werbewirkungsforschung gerückt wurde. Bis dato herrschte eine einseitige Betrachtungsweise vor, die sich lediglich auf passive Rezeptionsweisen von EmpfängerInnen von Medieninhalten reduzierte und sich nicht für eine profunde Auseinandersetzung mit Medien- und Wirkungsphänomenen eignete. Krugman konzediert:

⁵ Das Transportation-Konzept (Green & Brock 2002) wurde als narrative Präsenz (engl. *Narrative Presence*) in das Modell des Narrativen Engagements (Biandzic & Busselle, 2008) integriert.

„The economic impact of TV advertising is substantial and documented. Its messages have been learned by the public. Only the lack of specific case histories relating advertising to attitudes to sales keeps researchers from concluding that the commercial use of the medium is a success. We are faced then with the odd situation of knowing that advertising works but being unable to say much about why.“ (1965, S. 351)

Obwohl Krugman von Werbewirkungsforschung spricht lassen sich seine Ausführungen unbestreitbar auch auf Informationsverarbeitungs- und Persuasionsprozesse übertragen. Er läutete damit einen Perspektivwechsel in der Kommunikationswissenschaft ein, der den Rezipienten/die Rezipientin als aktiven Part betrachtet und seine/ihr subjektive und individuelle Involviertheit in Bezug auf ein Kommunikat ins Zentrum rückt.

Grimm bezieht sich auf Krugmans Involvement Begriff und definiert ihn als:

„[...] Intensitätsmaß für die Herstellung von personalen und situationalen Bezügen zwischen Kommunikat und Rezipient. Involvement basiert auf Vergleichen, die der Rezipient zwischen sich und dargestellten Personen und Situationen anstellt. Dabei wird eine Brücke zwischen Medien- und Lebenswelt geschlagen, auf der der Rezipient hin- und herspazieren kann – immer auf der Suche nach Sitationseinsichten, Motivationsrelevanzen und Problemlösungsangeboten für den eigenen Alltag.“ (Grimm, 2012, S. 39)

Involvement zeichnet sich demnach dadurch aus, wie intensiv die Relationen von RezipientInnen und den medial vermittelten ProtagonistInnen und Ereignissen sind.

5.3. Identifikation

Ähnlich dem Involvement gibt es auch bei der theoretischen Konzeptionierung des Identifikations-Begriffs in den Sozialwissenschaften eine breitgefächerte Auseinandersetzung mit der Materie und eine Vielzahl an theoretischen Konstrukten und Überlegungen. Dies behindert eine systematische und zielorientierte theoretische Kategorisierung und Untersuchung des Begriffs. In der Kommunikationswissenschaft dominiert der Identifikations-Begriff nach Jonathan Cohen, der aber für die Operationalisierung der rezeptiven Partizipation nicht trennscharf genug ausdifferenziert

ist. Zudem grenzt Cohens Modell der Identifikation die wahrgenommene Ähnlichkeit und die Sympathie mit Charakteren aus dem Narrativ aus (vgl. Cohen, 2001, S 251). Doch genau diese Sympathie zu relevanten Protagonistnen und Protagonistinnen bildet laut Grimm einen zentralen Faktor für die Aufnahme von Identifikationsangeboten, weshalb sie auch in dieser Form in das Forschungsdesign eingebettet wurde.

Nach Grimms Verständnis beinhaltet Identifikation: „[...] unterschiedliche Formen der rezeptiven Partizipation an Personen, die entweder im Zustand des Eintauchens in die Geschichte oder bei bi-referenzieller Involvierung stattfindet. Definitionsgemäß kommt „Identifikation“ als „Einfühlung“, „Sympathie“ und/oder „Bewunderung“ vor.“ (Grimm, 2012, S. 39)

Einfühlung steht in direkter Verbindung mit Empathie. Die Fähigkeit, sich in die Gefühlslage anderer Personen hineinzuversetzen ist also Voraussetzung für die Einfühlung. Dieser Effekt tritt zum Beispiel bei der Beobachtung von leidenden Menschen auf. Hierbei gilt jedoch als Voraussetzung, dass die Rezipierenden die leidende Person nicht als Feindbild erachten und sie nicht als moralisch verachtenswert ansehen. Ein weiteres Beispiel sind TrapezkünstlerInnen einer Zirkusaufführung, deren Anblick bei den RezipientInnen eine Erhöhung der Herzschlagfrequenz und Schweißhände auslösen kann. Obwohl sich die Zirkusgäste die artistische Vorführung aus sicherer Entfernung im Publikumsraum ansehen, werden mittels Empathie, durch das Hineinversetzen in die Lage der ArtistInnen, physiologische Reaktionen hervorgerufen und nachweisbar (vgl. Grimm, 2012, S. 39).

Grimm betrachtet Sympathie als einem dem Ideal-Ich zugehörigen Element. Sie ist zudem davon abhängig, ob die handelnden Charaktere auf die RezipientInnen moralisch integer wirken und als attraktiv und freundlich empfunden werden. Sympathie rufen auch jene Charaktere hervor, die vom Publikum bewundert und/oder als positives Vorbild gesehen werden. Dabei kommt es zu einer Idealisierung der Figuren aus dem Kommunikat, welche über die eigene Person gestellt werden (vgl. Grimm, 2012, S. 39).

Durch die Trennung dieser unterschiedlichen Identifikationstypen ist es möglich verschiedene Formen der Identifikation aufdecken zu können. So kann man sich aufgrund von Empathie in eine Person einfühlen, ohne diese sympathisch zu finden, oder bspw. eine/n AthletIn für seine/ihre Leistungen bewundern, obwohl er/sie einem selbst gänzlich unsympathisch ist. Die 3 Ebenen Einfühlung, Sympathie und

Bewunderung können demnach unabhängig voneinander ausgeprägt sein.

Für die Analyse der Rezeptiven Partizipation ist eine multidimensionale und multiperspektivische Herangehensweise unabdingbar. Die in diesem Kapitel beschriebenen Effekte und Prozesse der Rezeptiven Partizipation können sich überlagern und sich gegenseitig stärken, jedoch müssen sie theoretisch trennscharf geordnet werden möchte man den vielschichtigen rezeptionsprozess differenzierter analysieren.

II. Empirie

6. Drei-Stufen-Modell der Informationsverarbeitung & forschungsleitende Fragen

Die Kommunikationswissenschaft, respektive ihre Teildisziplin der Gesundheitskommunikation, weiß noch sehr wenig über die Wirkung des Einsatzes von unterschiedlichen Humortypen in gesundheitsbezogenen Unterhaltungsformaten. Zu diesem Zweck wurden im Zuge des Projekts „Healing Narratives – Gesundheitskommunikation und Unterhaltung“, dass von Universitätsprofessor Dr. Jürgen Grimm ins Leben gerufen wurde, unterschiedliche mediale Unterhaltungsangebote untersucht. Im Zuge des Projekts wurden divergente dramaturgische Stilmittel in Bezug auf Entertainment Education miteinander verglichen, um nachweisen zu können, welche Unterhaltungsformate am ehesten der Gesundheitskommunikation – sprich der Vermittlung medizinisch relevanter Informationen oder Gesundheitsbotschaften – dienlich sind. Bei dem Projekt wurden 4 populäre Arztserien⁶ (Bergdoktor, Emergency Room, Dr. House und Scrubs), die jeweils von unterschiedlichen Narrativen geprägt sind, untersucht.

Das von Kitsch und Romantik geprägte Liebes-Narrativ der in Österreich und Deutschland äußerst populären und erfolgreichen Arztserie „Der Bergdoktor“ stand im Zentrum von Rosenzweig und Grimms Studie. Sie stellten die Frage nach der Auswirkung, die der Einsatz solcher Liebes-Narrative auf die Verarbeitung von gesundheitsrelevanten Informationen bei den RezipientInnen hat. Die Fragestellung nach der Einflussnahme auf das Image bzw. Ansehen von ÄrztInnen war ebenso von Interesse. Hier verzeichneten die beiden letztgenannten Dimensionen die stärkste positive Wirkung. Durch die Einflechtung einer Liebesgeschichte wurde das Arztbild signifikant verbessert. Nur wenn die gezeigte Lovestory auch abgeschlossen war, vermochte sie es die rezeptive Partizipation zu fördern (vgl. Grimm, Rosenzweig, 2014, S. 271f.).

Christiane Grill und Andreas Enzminger attestierten dem verstärkten Einsatz des Stilmittels des Action-Dramas in der US-amerikanischen Krankenhausserie Emergency Room einen höheren Unterhaltungswert sowie eine verstärkte emotionale Belastung der Rezipierenden. Die Informationsqualität konnte dadurch jedoch nicht erhöht werden, allerdings wurde sie durch die Dramatisierung auch nicht gesenkt. Beim Blick auf die rezeptive Beteiligung zeigte sich, dass sich vor allem das Involvement bei vermehrt

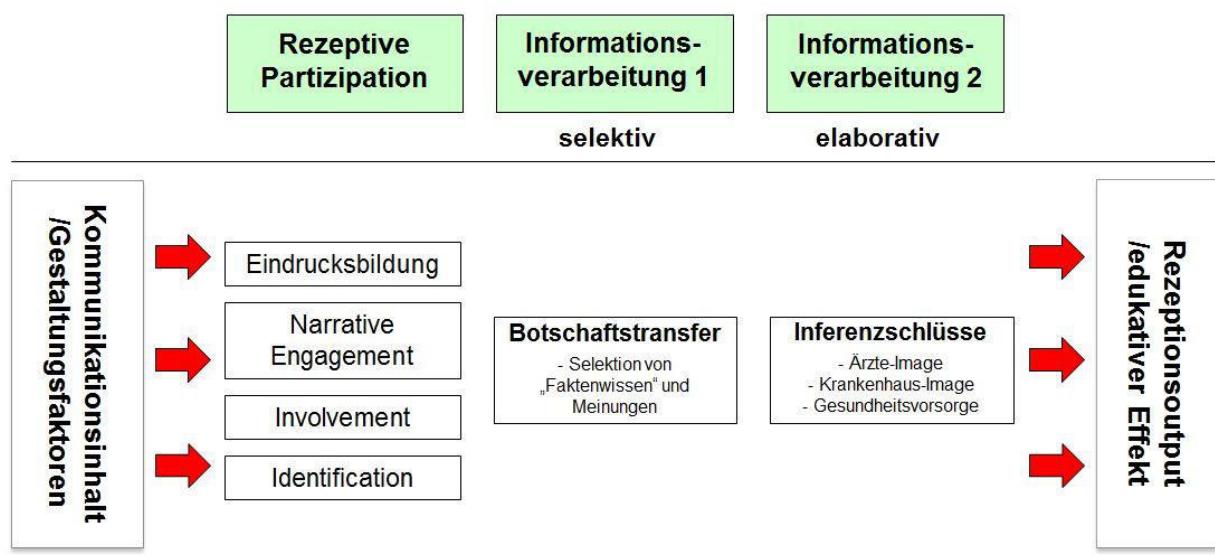
⁶ Bei den untersuchten Arzt- und Krankenhausserien handelt es sich nicht um klassische Entertainment-Education-Formate sondern um Unterhaltungssendungen, die allerdings aufgrund ihrer Einbettung in ein medizinisches und die Gesundheit betreffendes Umfeld, ebensolche Informationen produzieren.

eingesetzten dramatischen Stilmitteln reduzierte, da die ProbandInnen weniger lebensweltliche Bezüge herstellen konnten (vgl. Enzminger, Grill, 2014, S. 268ff).

Neben von Action und Romantik geprägten Krankenhaus- bzw. Arztserien macht auch die Erforschung von humorvollen Versionen des Genres Sinn. Aus diesem Grund widmet sich die vorliegende Arbeit der Fernsehserie „Scrubs – Die Anfänger“, welche oben genannte Kriterien erfüllt.

Unter Zuhilfenahme des folgenden Drei-Stufen-Modells der Informationsverarbeitung im Rahmen von Entertainment-Education werden die im nächsten Abschnitt formulierten forschungsleitenden Fragen untersucht.

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.

Abb. 3.: Drei-Stufen-Modell der Informationserarbeitung im Rahmen von Entertainment-Education (in Anlehnung an Grimm (2014, S. 279)

Der Inhalt des Kommunikats und dessen Gestaltung stellen laut Grimm (2014) die zentrale Initialzündung für den Informationsverarbeitungsprozess dar, welcher sich in einem ersten Schritt in Form und Intensität der angezeigten rezeptiven Partizipation ausdrückt. Ihr Ausgangspunkt ist die kognitive und emotionale Eindrucksbildung, von welcher die weitere rezeptive Partizipation abhängig ist (vgl. Grimm 2014, S. 280). Diese besteht wiederrum aus den drei Dimensionen Narrative Engagement, Involvement und

Identifikation (siehe Kapitel 5). Das Narrative Engagement zeigt in vier Subdimensionen die Sogwirkung des Kommunikats auf die RezipientInnen an. Das Involvement gibt die lebensweltlichen Bezüge, die die Rezipierenden in Bezug auf das Narrativ herzustellen vermögen, an. Je mehr solcher Bezüge generiert werden können, desto höher fällt die Involviertheit aus. Bei dem dreigliedrigen Konzept der Identification werden sympathische, empathische und admirative Wirkungen zu bestimmten Personen(gruppen) aus den gezeigten Filmsequenzen bewertet.

Ab diesem Abschnitt beginnt der dichotome Informationsverarbeitungsprozess, der in selektive und elaborative Informationsverarbeitung aufgeteilt wird. Die erstere, selektive Form betrifft die Selektion von Faktenwissen und Meinungen, die im Kommunikat enthalten sind. Dies sind beispielsweise konkrete Einstellungen gegenüber dem Gesundheitssystem, Haltungen und Meinungen in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen oder auch die Selektion von konkretem Faktenwissen in Form von Erste-Hilfe-Maßnahmen, Ernährungstipps oder allgemeineren gesundheitsfördernden Maßnahmen. Dieser Abschnitt ist im Hinblick auf die vorliegende Arbeit allerdings nicht von zentraler Bedeutung, im Gegensatz zum elaborativen Teil, welcher nun näher beleuchtet wird. Hier werden durch die von den RezipientInnen erbrachten Reflexionsleistungen in Bezug auf das Kommunikat, zentrale Botschaften aus dem Kommunikat destilliert. Durch Nachdenken, Abwägen und Abgleichen der präsentierten Informationen mit dem rezipientenseitigen Erfahrungs-Archiv, kann es zu Einstellungsänderungen, welche im vorliegenden Fall die Gesundheitsvorsorge, das Image der ÄrztInnen (Arztbild) und das Ansehen des Krankenhauses als Institution (Krankenhausbild) betreffen, kommen. Mithilfe des Modells ist es möglich unterschiedliche Stufen der Informationsverarbeitung aufzudecken und zu detektieren. Somit kann beispielsweise herausgefunden werden, ob ein Kommunikat lediglich unterhaltsam wirkt oder von den Rezipierenden auch konkretes Faktenwissen abgeschöpft wird. Das Modell ermöglicht es ebenso herauszufinden, inwiefern sich RezipientInnen auf das Kommunikat, im Sinne rezeptiver Beteiligungsprozesse, einlassen oder eben auch nicht. Zudem können Aussagen über die Komplexität der Informationsverarbeitung getroffen und somit festgestellt werden, ob dieser Prozess über die Vermittlung von Faktenwissen hinaus geht und eine Einstellungsänderung zur Folge hat.

Der Einfluss von Humor ist im Feld der Gesundheitskommunikation bis dato noch weitestgehend unerforscht. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt explorative, forschungsleitende Fragen formuliert, die den Einsatz unterschiedlicher Humortypen

eingehend untersuchen sollen. Es soll die zentrale Frage geklärt werden, welche Dimensionen der Gesundheitskommunikation durch das Stilmittel Humor berührt werden?

- FF1: Wie wirkt sich der Einsatz des Stilmittels Humor - im Konkreten die 3 Humortypen Top Down, Bottom Up und schwarzer Humor - auf die Rezeptive Beteiligung der RezipientInnen aus?

Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Effekte die Rezeption der TV Serie Scrubs auf die vier Ebenen der rezeptiven Partizipation hat. Welche Humortypen werden als besonders unterhaltsam bewertet? Welcher Typus befördert die Bewertung der Informationsqualität des Kommunikats am ehesten? Des Weiteren soll geklärt werden, unter welchen Humor-Bedingungen die größte Sogwirkung beim Publikum, im Sinne des narrativen Engagements, erwirkt werden kann. Welche Kategorie des Humors ermöglicht den Brückenschlag zwischen dem Narrativ und der jeweiligen Lebenswelt der RezipientInnen? Abschließend soll in Erfahrung gebracht werden, welche Art von Komik es schafft, dass sich die Rezipierenden mit den im Narrativ vorkommenden ProtagonistInnen, identifizieren können.

Die Stufe der selektiven Informationsverarbeitung wird in dieser Arbeit ausgeklammert, da die Selektion von Faktenwissen und Meinungen für die Fragestellungen nicht im Zentrum der Untersuchung stand und das Interesse vielmehr auf der dritten Stufe, welche die elaborative Informationsverarbeitung beinhaltet, liegt. Ebenjene elaborative Informationsebene ist Inhalt der 2. explorativen Forschungsfrage:

- FF2: Was kann die humoristische Arztserie Scrubs auf der Ebene der elaborativen Informationsverarbeitung für das Arztbild, das Krankenhausbild und das Gesundheitsvorsorgeverhalten ihrer RezipientInnen leisten?

Die Frage nach dem Einfluss von Humor auf das Image der Institution Krankenhaus, das Ansehen von ÄrztInnen, sowie auf die Gesundheitsvorsorge steht im Mittelpunkt des Interesses. Ist es zweckdienlich, wenn ernste Thematiken wie Tod, Schmerz, Verlust oder Krankheit auf humorvolle Art und Weise vermittelt werden? Oder führt der Einsatz des Stilmittels Humor eher dazu, dass das professionelle Image von ÄrztInnen oder Krankenhäusern darunter leidet? Sorgt die humoristische Auseinandersetzung vielleicht gar dafür, dass Krankheiten bagatellisiert werden? Kann Humor die Formulierung von elaborativen Zuschreibungen verhindern? Im Bezug auf das

Gesundheitsvorsorgeverhalten der RezipientInnen wird der Frage nachgegangen, ob das Sitcom-Format Scrubs einen Einfluss auf die Einstellung zur Gesundheitsvorsorge hat? Kann Humor Menschen dazu animieren einen gesünderen Lebensstil zu führen, mehr Sport zu treiben und sich bewusster mit Ernährung auseinander zu setzen? Ist Humor möglicherweise ein adäquates Mittel, das es erleichtert über die eigene Gesundheit zu reflektieren? Kann die Vermittlungsleistung von Gesundheitsvorsorge durch den Einsatz von Humor generell verbessert werden und wenn ja, welcher Humortyp eignet sich hierfür am besten?

7. Stimulusmaterial & Gruppenbeschreibung

Die US-amerikanische Krankenhaus-Dramedy-Serie Scrubs dient als Stimulusmaterial für die vorliegende Untersuchung. Der Neologismus Dramedy setzt sich aus den Worten Drama und Comedy zusammen. Die Serie wurde von dem amerikanischen Produzenten, Drehbuchautoren und Regisseur Bill Lawrence erschaffen und von 2001 bis 2010 produziert. Nach 9 Staffeln, insgesamt 182 Episoden wurde Scrubs eingestellt, da die Quoten der letzten Staffel – ein Großteil der Originalbesetzung war bereits ausgestiegen und der Versuch einer Neuauflage, inklusive neuem Titel: „Scrubs: Med School“ und neuer Besetzung schlug fehl – äußerst schlecht ausfielen. Im deutschen Sprachraum trägt die Serie den Zusatz „die Anfänger“, sie wurde erstmals im Jahr 2003 auf dem deutschen Privatsender Pro7, sowie im Österreichischen Rundfunk (ORF 1) ausgestrahlt. Ein Jahr später wurde sie auch ins Programm des schweizer Fernsehsenders SRF 2 aufgenommen. Dreh- und Angelpunkt der Serie ist das fiktive Sacred Heart Hospital. Hier treten die drei NachwuchsärztlInnen John Michael Dorian – der fast ausschließlich J.D. genannt wird –, Elliot Reid und Christopher Turk erstmals ihren Dienst als Assistensärzte und Assistenzärztin an. Ihre ersten Gehversuche als ÄrztInnen werden von Dr. Bob Kelso, dem gefürchteten Chefarzt des Spitals, Dr. Cox, dem Prototypen eines zynischen Arztes und Carla Espinoza, der hilfsbereiten Krankenschwester, begleitet. Hauptprotagonist ist J.D., der ebenso als Ich-Erzähler fungiert und das Publikum auf eine Reise durch die Höhen und Tiefen des Krankenhausalltags, gespickt mit seinen wahnwitzigen Tagträumen, mitnimmt. Dabei wird ihm das Leben vom Hausmeister des Sacred Heart Hospitals schwer gemacht. Die Serie besticht durch ihr Mix aus Humor und Tragik, sowie den zahlreichen bizarren Charakteren und Situationen (vgl. Wikipedia, URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Scrubs_-_Die_Anfänger).

Gruppenbeschreibung

Die Konzeption der Gruppen orientierte sich an 3 zentralen Humortypen (TD, BU, SH):

1. „Top Down“ Humor (TD): Im Mittelpunkt steht ein sich lustig machen über eine hierarchisch niedriger positionierte Person – Bsp.: OberärztInnen machen sich über AssistenzärztInnen lustig.



Abb. 4.: Top Down Humor

2. „Bottom Up“ Humor (BU): Bei diesem Humortypus ist ein sich lustig machen über eine hierarchisch höher positionierte Person zentral. – Bsp.: Das Pflegepersonal macht sich über Assistenz- oder OberärztInnen lustig.



Abb. 5.: Bottom Up Humor

3. „Schwarzer Humor“ (SH): Hierfür wurde eine Vielzahl von Szenen aneinandergereiht, die medizinische Problemstellungen bzw. Handlungen mit schwarzem Humor verbinden. – Bsp.: Todesnachrichten oder schwerwiegende Diagnosen werden (überzogen) humoristisch präsentiert.



Abb. 6.: Schwarzer Humor

Diese drei verschiedenen Humortypen wurden teils einzeln und teils in unterschiedlichen Kombinationen konstruiert:

Gruppe	Humortypen	Filmlänge (min)
G1	Top Down Humor	10:25
G2	Schwarzer Humor	10:15
G3	Top Down, Schwarzer Humor	20:39
G4	Top Down, Bottom Up Humor	16:15
G5	Top Down, Bottom Up und Schwarzer Humor	26:18

Tabelle 1: Filmgruppen

Jede Vorführung der 5 Filmgruppen begann mit folgenden Hinweis für die ProbandInnen:
 „Im Folgenden sehen Sie Ausschnitte aus der Arztserie SCRUBS. Sehen Sie sich den Film bitte so an wie Sie es vom Fernsehen gewohnt sind.“ Die Filme wurden in der deutschen Fassung gezeigt und fielen – je nach eingesetzten Humortypen – unterschiedlich lang (von 10:15 bis 26:18) aus. Die Gruppen G1-G5 weisen unterschiedliche Typen von Humor auf und wurden in verschiedenen experimentellen Settings gezeigt und analysiert.

Filmgruppe	Häufigkeit	Prozent
G1: Top Down Humor (TD)	42	21,1
G2: Schwarzer Humor (SH)	44	22,1
G3: Top Down – Schwarzer Humor (TD+SH)	42	21,1
G4: Top Down - Bottom Up (TD+BU)	42	21,1
G5: Top Down - Bottom Up - Schwarzer Humor (TD+BU+SH)	29	14,6
Gesamtsumme	199	100,0

Tabelle 2: Filmgruppen – Humortypen – Verteilung

8. Ablauf des Experiments

Das Experiment fand im Juni 2014 am Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien statt. Die insgesamt 199 TeilnehmerInnen wurden im Zuge der lehrbegleiteten Forschung des Lehrstuhls von Prof. Grimm rekrutiert und nach Geschlecht egalisiert (männlich 42%, weiblich 57,6%) und zufällig einer der 5 Experimentalgruppen randomisiert zugewiesen. Der Altersdurschnitt der ProbandInnen betrug 28,5 Jahre. Diese mussten in einem ersten Schritt einen Online Fragebogen ausfüllen. 2, 3 Tage darauffolgend wurden sie auf das Institut eingeladen, um der Filmvorführung beizuwohnen und anschließend einen erneuten Fragebogen auszufüllen.

Diese Prä-Post-Methode erlaubt es, kurzfristige Filmwirkungen festzustellen. Diese sind zwar nicht mit langfristigen Wirkungen identisch, können jedoch als Indikator für Wirkungstendenzen, die sich mit der langfristigen Nutzung ähnlicher Stimuli verstetigen, angesehen werden.

- t1 vor der Filmrezeption: Prärezeptiver Online-Fragebogen



2 Tage zwischen t1 und t2

- t2 während der Filmrezeption: ProbandInnen sehen Film
- t3 nach der Filmrezeption: Postrezeptiver Fragebogen

Abb. 7.: Ablauf des Experiments

Der erste Teil des Experiments (siehe Abbildung: Ablauf des Experiments) wurde mittels Online-Fragebogen⁷ erhoben. Dieser prä-rezeptive Fragebogen beinhaltete Fragen und Tests zu: medialen Nutzungsverhalten, Meinungen, Einstellungen und psychosozialen Eigenschaften, sowie dem Interesse an medizinischen und gesundheitlichen Informationen der ProbandInnen.

Die zwei Tage Pause bis zur Filmvorführung (t2) gewährleisteten, dass sich die TeilnehmerInnen nicht mehr genau an die Fragen erinnerten, sie sich aber gleichzeitig gedanklich auch nicht zu weit von der Thematik entfernen konnten. Die Filmvorführung fand aufgeteilt in fünf unterschiedlichen Filmgruppen (siehe Tabelle 2), die sich hinsichtlich des Einsatzes verschiedener Humortypen unterschieden, statt.

Nach der Filmvorführung (t3) wurden die TeilnehmerInnen analog zur Eingangsdimension (t1) erneut befragt, um etwaige Auswirkungen seitens der Rezipierenden aufzuzeigen. Dieser post-rezeptive Teil des Experiments bestand aus Erinnerungsfragen und der Evaluierung des rezipierten Films. Der Wirkungseffekt wird durch die Differenz beider Messzeitpunkte (t1 und t3) dargestellt und interpretiert.

9. Erhebungsinstrumente

9.1. Eindrucksbildung

Wie im Modell in Kapitel 6 ersichtlich, ist die erste Stufe der rezeptiven Partizipation die kognitive Eindrucksbildung, welche anhand von fünfzehn semantischen Differentialen abgefragt und bewertet wurden. In einem ersten Schritt nach der Filmvorführung wurden die ProbandInnen gebeten, das Stimulusmaterial anhand dieser Defferentiale, deren Grundlage die kognitive Eindrucksbildung konzipieren, zu bewerten. Ein entsprechender Fragebogen wurde gleich im Anschluss an die Filmvorführung ausgefüllt. Im Post-Fragebogen wird die kognitive Eindrucksbildung anhand von semantischen Differentialen abgefragt. Die RezipientInnen geben ihre kognitiven Beurteilungen der gesehenen Filmsequenzen anhand von fünfzehn semantischen Differentialen, die auf einer Skala von 1 bis 8 bewertet werden können, kund.

⁷ Die Online-Befragung wurde mit Hilfe der Umfrage-Plattform „Unipark“ durchgeführt.

Operationalisierung Eindrucksbildung:

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

langweilig	<input type="checkbox"/>	spannend							
uninteressant	<input type="checkbox"/>	interessant							
belanglos	<input type="checkbox"/>	informativ							
unrealistisch	<input type="checkbox"/>	realistisch							
beruhigend	<input type="checkbox"/>	angsterregend							
unromantisch	<input type="checkbox"/>	romantisch							
kitschig	<input type="checkbox"/>	künstlerisch							
traurig	<input type="checkbox"/>	lustig							
humorlos	<input type="checkbox"/>	humorvoll							
abstumpfend	<input type="checkbox"/>	berührend							
tendenziös	<input type="checkbox"/>	objektiv							
oberflächlich	<input type="checkbox"/>	tiefgehend							
künstlich	<input type="checkbox"/>	authentisch							
unglaubwürdig	<input type="checkbox"/>	glaubwürdig							
einfach	<input type="checkbox"/>	komplex							

Durch die Bewertung der Gegensatzpaare lassen sich Indizes bilden, welche rezipientenseitige Rückschlüsse auf den Unterhaltungswert (*langweilig – spannend*; *uninteressant – interessant*), auf die zugeschriebene Informationsqualität (*belanglos – informativ*; *tendenziös – objektiv*) und auch auf die emotionale Belastung (*beruhigend – angsterregend*; *abstumpfend – berührend*) ziehen. Diese drei Indizes der Eindrucksbildung wurden durch die Summe der Zustimmung gebildet und in Zustimmungsprozent auf einer Skala von 0-100 umgerechnet.

9.2. Rezeptive Partizipation

Das Konstrukt der rezeptiven Partizipation beinhaltet die drei Konzepte Narrative Engagement, Involvement und Identifikation (siehe Kapitel 5). Dadurch wird gewährleistet, dass die rezeptiven Beteiligungsformen mehrdimensional erfasst werden

und diese ein pluralistisches Bild der Partizipation seitens der RezipientInnen veranschaulichen können.⁸

Narrative Engagement

Der von Bilandzic und Busselle (2009) entworfene Test zur Erfassung des Narrative Engagement wurde bei der Befragung vollständig integriert, um die Sogwirkung, die das Narrativ auf die Rezipierenden ausübt, zu bestimmen und aufzuzeigen, in welchem Ausmaß sich die RezipientInnen in die Geschichte hineinversetzt fühlen. Hierfür wird das Modell in vier Subdimensionen unterteilt:

- Narratives Verstehen (narrative understanding)
- Aufmerksamkeitsfokus (attentional focus)
- Emotionales Engagement (emotional engagement)
- Narrative Präsenz (narrative presence)

Operationalisierung von Narrative Engagement:

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

<i>Ich stimme ... zu.</i>	nicht überhaupt							voll und ganz
An manchen Stellen fiel es mir schwer zu verstehen, was gerade passiert. (-)	<input type="checkbox"/>							
Ich habe ein unklares Bild von den Figuren / Personen. (-)	<input type="checkbox"/>							
Es ist mir schwer gefallen, den roten Faden der Geschichte zu finden. (-)	<input type="checkbox"/>							
Meine Gedanken sind während der Sendung immer wieder abgeschweift. (-)	<input type="checkbox"/>							
Beim Sehen ist mir aufgefallen, dass ich an etwas anderes denke. (-)	<input type="checkbox"/>							
Es ist mir schwer gefallen, meine Gedanken nur auf die Sendung zu richten. (-)	<input type="checkbox"/>							
Das Gesehene hat mich gefühlsmäßig berührt.	<input type="checkbox"/>							

⁸ Als Vorlage für die Erstellung des wissenschaftlichen Fragebogens diente ein theoriegeleiteter methodischer Test von Jürgen Grimm. URL:

https://empcom.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_empcom/Grimm2016_RezeptivePartizipation_MFWorkPaper2016-01.pdf

Während der Geschichte war ich froh, wenn eine Hauptfigur Erfolg hatte, und traurig, wenn ihr etwas Schlechtes passierte.	<input type="checkbox"/>						
Manche Figuren / Personen in der Geschichte haben mir leidgetan.	<input type="checkbox"/>						
Während der Sendung war mein Körper im Zimmer, aber mein Geist war inmitten der Welt, die die Geschichte geschaffen hat.	<input type="checkbox"/>						
Die Geschichte schuf eine neue Welt für mich, und diese Welt verschwand plötzlich, als die Sendung endete.	<input type="checkbox"/>						
An manchen Stellen der Geschichte war mir die Welt der Geschichte näher als die "echte Welt".	<input type="checkbox"/>						

Indexbildung von Narrative Engagement:

Je drei der insgesamt zwölf Items werden gruppiert. Zudem wird ein Summenindex, der auch prozentuiert wird, gebildet. Die Subdimensionen und der gemittelte Summenindex werden auf eine Skala, die von 0-100 reicht, umgerechnet und abgebildet. Die Zuordnung der Items zu den vier Subdimensionen gestaltet sich folgendermaßen:

- Narratives Verstehen

Item 1 (-): „An manchen Stellen fiel es mir schwer zu verstehen, was gerade passiert.“

Item 2 (-): „Ich habe ein unklares Bild von den Figuren / Personen.“

Item 3 (-): „Es ist mir schwer gefallen, den roten Faden der Geschichte zu finden.“

- Aufmerksamkeitsfokus

Item 4 (-): „Meine Gedanken sind während der Sendung immer wieder abgeschweift.“

Item 5 (-): „Beim Sehen ist mir aufgefallen, dass ich an etwas anderes denke.“

Item 6 (-): „Es ist mir schwer gefallen, meine Gedanken nur auf die Sendung zu richten.“

- Emotionales Engagement

Item 7: „Das Gesehene hat mich gefühlsmäßig berührt.“

Item 8: „Während der Geschichte war ich froh, wenn eine Hauptfigur Erfolg hatte, und traurig, wenn ihr etwas Schlechtes passierte.“

Item 9: „Manche Figuren / Personen in der Geschichte haben mir leidgetan.“

- Narrative Präsenz

Item 10: „Während der Sendung war mein Körper im Zimmer, aber mein Geist war inmitten der Welt, die die Geschichte geschaffen hat.“

Item 11: „Die Geschichte schuf eine neue Welt für mich, und diese Welt verschwand plötzlich, als die Sendung endete.“

Item 12: „An manchen Stellen der Geschichte war mir die Welt der Geschichte näher als die “echte Welt”.“

Die mit (-) versehenen Items wurden im Fragebogen negativ formuliert und deswegen einer Umkodierung unterzogen (1=8, 2=7, 3=6, ... 8=1) bevor die Summe gebildet wurde.

Involvement

Involvement zeigt an, inwieweit die RezipientInnen in der Lage sind, Bezüge zwischen ihrer eigenen Lebenswelt und dem eben gesehenen filmischen Narrativ herzustellen. Hierbei spielen sowohl die Anzahl als auch die Intensität der Zustände gekommenen Bezüge zwischen den Rezipierenden und dem filmischen Szenario (siehe Kapitel 5.2.). Es wird zwischen zwei Formen von Involvement unterschieden:

- Situationales Involvement
- Personales Involvement

Operationalisierung von Involvement:

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

Tritt auf mich persönlich zu ...	nicht überhaupt							voll und ganz
Begebenheiten in der Geschichte erinnern mich an meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse.	<input type="checkbox"/>							
Aus manchen Punkten der Geschichte kann ich Anregungen für mein Leben ziehen.	<input type="checkbox"/>							

Bei einigen Situationen in der Geschichte musste ich an Erzählungen von Freunden und Bekannten denken.	<input type="checkbox"/>							
Einer bestimmten Person in der Geschichte fühle ich mich ziemlich ähnlich.	<input type="checkbox"/>							
Manche Personen in der Geschichte könnten aus meinem Bekanntenkreis stammen.	<input type="checkbox"/>							
Eine Person in der Geschichte bewundere ich ganz besonders.	<input type="checkbox"/>							

Indexbildung Involvement:

Je drei der insgesamt sechs Items werden gruppiert. Zudem wird ein Summenindex, der auch prozentuiert wird, gebildet. Die Subdimensionen und der gemittelte Summenindex werden auf eine Skala, die von 0-100 reicht, umgerechnet und abgebildet. Die Zuordnung der Items zu den zwei Subdimensionen Situionales Involvement (grün) und personales Involvement (rot) gestaltet sich folgendermaßen:

- Situationales Involvement

Item 1: „Begebenheiten in der Geschichte erinnern mich an meine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse.“

Item 2: „Aus manchen Punkten der Geschichte kann ich Anregungen für mein Leben ziehen.“

Item 3: „Bei einigen Situationen in der Geschichte musste ich an Erzählungen von Freunden und Bekannten denken.“

- Personales Involvement

Item 4: „Einer bestimmten Person in der Geschichte fühle ich mich ziemlich ähnlich.“

Item 5: „Manche Personen in der Geschichte könnten aus meinem Bekanntenkreis stammen.“

Item 6: „Eine Person in der Geschichte bewundere ich ganz besonders.“

Identifikation

Die Identifikation ist ein weiterer Typus der rezeptiven Partizipation. Hier versetzen sich die RezipientInnen in die Lage eines medialen Charakters und übernehmen dessen

Perspektive. In der vorliegenden Untersuchung wurden nach folgenden Identifikationsformen gefragt:

- Empathische Identifikation (Einfühlung)
- Sympathische Identifikation (positive Verbundenheit)

Operationalisierung Identifikation:

Empathische Identifikation (Einfühlung):

Bitte geben Sie an, wie stark Sie sich in die Personen des Films hineinversetzen können:

<i>Ich kann mich in ... hineinversetzen..</i>	nicht überhaupt							voll und ganz
Assistenzärzte	<input type="checkbox"/>							
Oberärzte	<input type="checkbox"/>							

Sympathische Identifikation (positive Verbundenheit):

Und wie sympathisch sind Ihnen diese Personen des Films:

<i>... ist mir ... sympathisch.</i>	nicht überhaupt							voll und ganz
Assistenzärzte	<input type="checkbox"/>							
Oberärzte	<input type="checkbox"/>							

Personen oder Personengruppen können in Abhängigkeit vom gezeigten Filmmaterial eingesetzt und gegebenenfalls auf bis zu vier Personen(gruppen) erweitert werden. In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich bei den zwei Personengruppen um Assistenzärzte und Oberärzte. Zu jedem Identifikationstypus erfolgt eine Umrechnung der 8er-Skala in Zustimmungsprozent (Skala: 0-100).

9.3. Arztbild

Das Arztbild ist die erste Dimension, die in beiden Wellen abgefragt wurde und soll die Veränderlichkeit des Images von ÄrztInnen aufzeigen. Dafür wurden 2 Indizes gebildet, die einerseits die Variabilität des Grades des positiven, sowie jene des negativen Arztbildes aufzeigen.

Operationalisierung Arztbild:

Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

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

Indexbildung Arztbild:

Der Index des Arztbildes ergibt sich durch die Summe der Zustimmung. Diese wird in Zustimmungsprozent umgerechnet und auf einer Skala von 0-100 dargestellt.

- PosAB - Grad des positiven Arztbildes
 - Item 1: „ÄrztInnen sind fachlich kompetent.“
 - Item 2: „ÄrztInnen sind vertrauenswürdige Menschen.“
 - Item 5: „ÄrztInnen leben für ihren Beruf.“
 - Item 6: „ÄrztInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.“
 - Item 9: „ÄrztInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.“
 - Item 10: „ÄrztInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen Patienten aufsehen.“
- NegAB - Grad des negativen Arztbildes
 - Item 3: „ÄrztInnen verschreiben heutzutage viel zu schnell Antibiotika.“
 - Item 4: „ÄrztInnen schüchtern ihre PatientInnen ein.“
 - Item 7: „Gute ÄrztInnen zu finden, ist schwierig.“
 - Item 8: „ÄrztInnen sind übermüdet und überarbeitet.“
 - Item 11: „ÄrztInnen suchen ihren finanziellen Vorteil.“
 - Item 12: „ÄrztInnen sprechen Fachchinesisch.“
 - Item 13: „ÄrztInnen machen Fehler, von denen Patienten nichts wissen.“

9.4. Krankenhausbild

Analog zur Herangehensweise des Images von ÄrztInnen soll auch die Bewertung der Institution des Krankenhauses erhoben werden. Auch hier werden die Veränderlichkeiten der beiden Indizes des positiven und negativen Krankenhausbildes analysiert.

Operationalisierung Krankenhausbild

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

<i>Ich stimme ... zu.</i>	nicht überhaupt							voll und ganz
Im Krankenhaus erhalte ich kompetente Versorgung.	<input type="checkbox"/>							
Kunstfehler werden im Krankenhaus vom medizinischen Personal vertuscht.	<input type="checkbox"/>							

Das Krankenhaus ist steril und abweisend.	<input type="checkbox"/>							
Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Patienten geholfen wird.	<input type="checkbox"/>							
Das Krankenhaus ist ein Ort zum Wohlfühlen.	<input type="checkbox"/>							
Im Krankenhaus riecht es unangenehm.	<input type="checkbox"/>							
Das Krankenhaus ist ein Massenbetrieb.	<input type="checkbox"/>							
Im Krankenhaus ist man als Patient nur eine Nummer.	<input type="checkbox"/>							
Krankenhäuser sind Kompetenzzentren verschiedenster medizinischer Fachrichtungen.	<input type="checkbox"/>							

Indexbildung Krankenhausbild:

Der Index des Krankenhausbildes ergibt sich durch die Differenz der beiden Subindizes (PosKHB – NegKHB). Diese wird in Zustimmungsprozent umgerechnet und auf einer Skala von 0-100 dargestellt.

- PosKHB - Grad des positiven Krankenhausbildes:
 - Item 1: „Im Krankenhaus erhalte ich kompetente Versorgung.“
 - Item 4: „Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Patienten geholfen wird.“
 - Item 5: „Das Krankenhaus ist ein Ort zum Wohlfühlen.“
 - Item 9: „Krankenhäuser sind Kompetenzzentren verschiedenster medizinischer Fachrichtungen.“

- NegKHB - Grad des negativen Krankenhausbildes:
 - Item 2: „Kunstfehler werden im Krankenhaus vom medizinischen Personal vertuscht.“
 - Item 3: „Das Krankenhaus ist steril und abweisend.“
 - Item 6: „Im Krankenhaus riecht es unangenehm.“
 - Item 7: „Das Krankenhaus ist ein Massenbetrieb.“
 - Item 8: „Im Krankenhaus ist man als Patient nur eine Nummer.“

9.5. Gesundheitsvorsorge

Bei der Analyse der Gesundheitsvorsorge wird ebenso in zwei Wellen die veränderte Einstellung zu medizinischer Prävention und der Bewertung des gesunden Lebensstils erfragt.

Operationalisierung Gesundheitsvorsorge:

Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

<i>Ich stimme ... zu.</i>	nicht überhaupt								voll und ganz
Ich achte auf gesunde Ernährung.	<input type="checkbox"/>								
Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.	<input type="checkbox"/>								
Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>								
Ich betreibe Sport.	<input type="checkbox"/>								
Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	<input type="checkbox"/>								
Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.	<input type="checkbox"/>								
Ich nehme mir genügende Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>								
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	<input type="checkbox"/>								

Indexbildung Gesundheitsvorsorge:

Der Index zur Messung der Einstellung zur Gesundheitsvorsorge wurde aus der Summe aller 8 Einzelstatements gebildet. Diese werden in Zustimmungsprozent umgerechnet und auf einer Skala von 0-100 dargestellt. Des Weiteren wurden aus derselben Itembatterie zwei Subdimensionen erstellt: Gesunder Lebensstil und Medizinische Prävention.

- GesLeb: Gesunder Lebensstil:
 - Item 1: „Ich achte auf gesunde Ernährung.“
 - Item 2: „Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.“
 - Item 3: „Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.“
 - Item 4: „Ich betreibe Sport.“
 - Item 7: „Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.“
- MedPräv: Medizinische Prävention:
 - Item 5: „Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.“
 - Item 8: „Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.“

10. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die unterschiedlichen Dimensionen der rezeptiven Partizipation in Abhängigkeit der Humortypen einzeln analysiert und im Sinne der in Kapitel 6 formulierten Forschungsfragen diskutiert.

10.1. Eindrucksbildung

N=199; G1=42 G2=44 G3=42 G4=42 G5=29 Skala 1-8, Indizes: Zustimmungs%	G1 Top Down (TD)	G2 Schwarzer Humor (SH)	G3 TD + SH	G4 TD + Bottom Up (BU)	G5 TD + BU + SH	Between Group Sign	Total
Eindrucksdifferential	m	m	m	m	m		m
unrealistisch - realistisch	3,6	3,9	3,1	4,0	3,1	!	3,6
langweilig - spannend	4,3	4,8	4,3	4,3	3,5	!	4,3
unneressant - interessant	4,3	4,9	4,2	4,3	3,6	!	4,3
<i>Unterhaltungswert (in %)</i>	<i>47,4</i>	<i>54,9</i>	<i>46,4</i>	<i>47,1</i>	<i>36,2</i>	<i>!</i>	<i>47,2</i>
belanglos - informativ	3,3	3,5	3,2	3,4	2,7		3,3
tendenziös - objektiv	3,3	3,7	3,7	3,4	3,8		3,6
<i>Qualität der Information (in %)</i>	<i>32,8</i>	<i>37,2</i>	<i>35,7</i>	<i>33,7</i>	<i>31,9</i>		<i>34,4</i>
beruhigend - angstregend	4,1	4,5	4,2	4,7	4,3		4,4
abstumpfend - berührend	3,8	4,1	4,4	3,6	3,8		3,9
<i>Emotionale Belastung (in %)</i>	<i>41,8</i>	<i>47,1</i>	<i>46,8</i>	<i>45,9</i>	<i>43,3</i>		<i>45,1</i>
Untersuchungszeitraum: Juni 2014, Wien. Gruppenunterschied: !!!=hoch signifikant, p<0.01; !!=signifikant, p<0.05; !=Tendenz, p<0.10.							

Tabelle 3: Rezeptionsstudie Scrubs: Eindrucksdifferential

Gleich im Anschluss an das gezeigte Stimulusmaterial wurden die RezipientInnen gebeten dieses anhand von 15 Eindrucksdifferentialen zu bewerten. Wie in Tabelle 3

ersichtlich, wurde das Kommunikat von den ProbandInnen gruppenübergreifend als durchschnittlich unterhaltend und durchschnittlich emotionalisierend bewertet. Dies lässt sich an den gemäßigten Zustimmungsprozenten bei der emotionalen Eindrucksbildung ablesen.

Unabhängig von dem eingesetztem Humortyp wurden der TV-Serie Scrubs über alle Gruppen hinweg moderate Unterhaltungszuschreibungen gemacht ($m = 47,2$). Es ergaben sich tendenziell signifikante ($p < 0,10$) Gruppenunterschiede je nach Abhängigkeit unterschiedlicher Humortypen und deren Kombinationen. Wie in Tabelle 3 ersichtlich wird fanden die höchsten Unterhaltungszuschreibungen bei klar getrennten Humortypen statt. Der Unterhaltungswert fand bei G5, in der die meisten Humortypen gemischt wurden, die geringste Zustimmung ($m = 36,2$). Im Hinblick auf den Unterhaltungswert lässt sich feststellen, dass jene Gruppen, die nur einen Humortypen aufweisen, höhere Zuschreibungen erlangen, als jene Gruppen, die sich durch einen Humortypen-Mix auszeichnen. Bei klarer Trennung der Humortypen kommen moderate Unterhaltungszuschreibungen seitens der RezipientInnen zustande. Interessanterweise wird vor allem die Gruppe G2, in der sich mit schwarzem Humor über Krankheiten und den Tod lustig gemacht wird, am ehesten als unterhaltend bewertet ($m = 54,9$). Für den Unterhaltungswert ist es demnach bedeutsam, dass Humortypen nicht beliebig vermengt werden.

Über alle 5 Gruppen hinweg erfolgte eine unterdurchschnittliche Bewertung der Informationsqualität, dies ist nicht überraschend, da es sich bei der TV-Serie Scrubs um ein Unterhaltungsformat handelt und die Rezipierenden deswegen keinen Anspruch auf zur Verfügung gestellte medizinische Informationen erheben. Der Wert der Qualität der Information fällt, unabhängig vom eingesetzten Humortypus, unterdurchschnittlich schlecht aus ($m = 34,4$).

Der gleiche Befund gilt auch für den weiteren Subindex, der emotionale Belastung beschreibt. Auch wenn hier keine signifikanten Gruppenunterschiede aufgezeigt werden konnten, zeigte vor allem die Gruppe G2, mit dem schwarzen Humor, den höchsten Emotionalisierungsgrad alle Gruppen auf ($m = 47,1$). Der Unterschied ist zwar nicht signifikant, jedoch wurde auch in diesem Fall die Gruppe G2 am stärksten bewertet.

Offensichtlich befördert das dramaturgische Stilmittel des Schwarzen Humors in der Serie Scrubs unterschiedliche Dimensionen der Eindrucksbildung: Die ZuseherInnen

fühlen sich, im Vergleich zu den anderen Gruppen, unterhaltener, informierter und auf emotionaler Ebene berührter.

10.2. Rezeptive Partizipation

N=199; G1=42 G2=44 G3=42 G4=42 G5=29 Zustimmungs%	G1 Top Down (TD)	G2 Schwarzer Humor (SH)	G3 TD + SH	G4 TD + Bottom Up (BU)	G5 TD + BU + SH	Between Group Sign	Total
Receptive Participation	m	m	m	m	m		m
Narrative understanding	77,8	84,8	76,4	72,9	70,8	!	77,0
Attentional focus	54,5	64,5	46,5	56,3	41,2	!!!	53,4
Emotional engagement	33,9	46,3	41,6	34,5	29,2	!!	37,7
Narrative presence	22,0	25,2	28,7	24,7	19,7		24,3
<i>Narrative engagement (total)</i>	<i>40,2</i>	<i>47,5</i>	<i>40,2</i>	<i>39,8</i>	<i>33,9</i>	<i>!!!</i>	<i>40,8</i>
Situational involvement	32,4	38,9	32,4	24,2	22,2	!!	30,6
Personal involvement	26,0	30,0	30,6	26,1	22,2		27,3
<i>Involvement (total)</i>	<i>19,1</i>	<i>23,5</i>	<i>20,5</i>	<i>15,1</i>	<i>13,1</i>	<i>!</i>	<i>18,6</i>
Identifikation mit Assistenzärzte (Einfühlung)	64,6	62,0	59,5	52,3	46,3	!	57,7
Identifikation mit Oberärzte (Einfühlung)	35,4	40,3	38,4	27,9	28,6		34,6
Identifikation mit Assistenzärzte (Sympathie)	74,5	73,7	67,3	67,7	68,5		70,5
Identifikation mit Oberärzte (Sympathie)	38,4	45,5	48,6	37,8	37,4		41,9
Untersuchungszeitraum: Juni 2014, Wien. Gruppenunterschied: !!!=hoch signifikant, p<0.01; !!=signifikant, p<0.05; !=Tendenz, p<0.10.							

Tabelle 4: Rezeptionsstudie Scrubs: Rezeptive Partizipation

Die Frage nach jenem Humortyp, der am geeignetsten ist, um in das Narrativ einzutauchen, soll in diesem Kapitel beantwortet werden. In einem ersten Schritt widmen wir uns der Subdimension Narrative Engagement, welche die Sogwirkung des Kommunikats auf die RezipientInnen analysiert. Hierbei zeigten sich hochsignifikante ($p < 0.01$) Gruppenunterschiede. Auch hier dominiert wieder der Schwarze Humor in G2, der am meisten dafür sorgt, dass sich die RezipientInnen in das Narrativ hineinversetzen können. An dieser Stelle zeigt sich auch wieder die Diskrepanz zwischen dem in G2 einzeln auftretenden schwarzen Humor und dem Humortypen-Mix in G5. Der oftmalige Humorwechsel erschwert und verhindert das rezipientenseitige Eintauchen in das Narrativ. Diese Irritation wird auch in der Subdimension des narrative Understanding deutlich, offensichtlich erschwert der Humor-Mix auch den Verstehensaspekt während der Rezeption und verzeichnet die geringsten Zustimmungswerte ($m = 70,8$). Alle vier Subdimensionen des Narrative Engagement sind davon betroffen und weisen G5 jeweils

als schwächste Gruppe aus.

Narratives Verstehen, das Beibehalten des Aufmerksamkeitsfokus und der narrativen Präsenz, sowie emotionales Miterleben fällt den RezipientInnen bei der Gruppe G5, welche die meisten Humortypen inne trägt, am schwersten.

Die höchste Sogwirkung ist in G2 zu verorten, der schwarze Humor ist demnach für das narrative Engagement und Involvement am Idealsten. G5 mit dem Humor-Mix erschwert eine Partizipation seitens der Rezipierenden. Im hohen Maße trifft dieser Befund auch auf den Subindex Attentional Focus hin. Die Aufmerksamkeit leidet unter einem inkonsistenten Einsatz von Humortypen. Sowohl für die Sogwirkung, als auch zur Herstellung von Bezügen zwischen Kommunikat und RezipientIn, eignet sich der schwarze Humor am besten und verzeichnet die höchsten Zustimmungen über alle Gruppen hinweg ($m = 23,5\%$). Auch hierbei gibt es einen tendenziell signifikanten Unterschied ($p < 0,1$) zwischen G2 und G5.

Bei der Identifikation im Hinblick auf Assistenzärzte profitieren diese am meisten vom Top-Down Humor in G1, sowohl was die Einfühlung, als auch die Sympathie betrifft. Die RezipientInnen bewerten die ProtagonistInnen besonders sympathisch und können mit ihnen mitfühlen, wenn sie sympathisch zur Schnecke gemacht werden. Man fühlt mit dem „Underdog“ mit und kann sich mit der Situation identifizieren.

Wie auch schon bei der Bewertung in Form der Eindrucksbildung im vorigen Abschnitt ersichtlich war, zeigt sich auch hier, dass der Mix von unterschiedlichen Humortypen in einem kurzen Zeitraum zu Irritationen führt und eher kontraproduktiv für die Beteiligung ist. Die schwächste Gruppe (G5) ist gleichzeitig auch die Gruppe mit der längsten Filmlänge des Stimulusmaterials (26:18 min). Durch die Szenenabfolge, ergibt sich eine noch inkonsistenter Dramaturgie und kein konsistentes Narrativ, zumal die Länge, jene einer gewöhnlichen Folge Scrubs (22 min) übersteigt. Die kürzere Filmdauer der anderen Gruppen verursacht möglicherweise, dass sich die ProbandInnen ob der „Cliplänge“ keine großen Zusammenhänge erwarten. Die Länge kann für die Aufmerksamkeit hinderlich sein, diese Behinderung wird durch den Einsatz unterschiedlicher Humortypen intensiviert. Die Dramaturgie leidet unter dem Humor-Mix, dieser erschwert es offensichtlich dem Narrativ zu folgen, sich emotional daran zu binden und sich in eine Geschichte hineinziehen zu lassen.

10.3. Arztbild

Das Arztbild ist die 1. Dimension, die zur Klärung der 2. zentralen Forschungsfrage (siehe Kapitel 6) herangezogen wird. Das Arztbild wurde ebenso, wie das Krankenhausbild und das Gesundheitsvorsorgeverhalten in beiden Wellen der Befragung erhoben. Ein positives Vorzeichen bedeutet eine Zunahme gegenüber Welle 1., ein negatives Vorzeichen steht hingegen für eine Abnahme (siehe Kapitel 8.).

N=199; G1=42 G2=44 G3=42 G4=42 G5=29 ZustimmungsDiff%	G1 Top Down (TD)	G2 Schwarzer Humor (SH)	G3 TD + SH	G4 TD + Bottom Up (BU)	G5 TD + BU + SH	Between Group Sign	Total Sign	
Arztbild	Sign	d%	Sign	d%	Sign	d%	Sign	d%
ÄrztlInnen sind fachlich kompetent.	*	3,7	**	6,5	2,9	0,3	4,2	*** 3,5
ÄrztlInnen sind vertrauenswürdige Menschen.	*	4,1	***	7,1	3,5	3,1	-2,0	*** 3,5
ÄrztlInnen leben für ihren Beruf.	-0,3		**	6,8	-3,1	4,1	6,6	! * 2,6
ÄrztlInnen setzen sich für ihre PatientInnen ein.	3,4		**	5,8	1,1	4,2	2,6	*** 3,5
ÄrztlInnen wägen Therapien ab, um den besten Gesundheitserfolg zu erzielen.	4,4		***	15,3	*** 9,1	4,1	** 8,2	*** 8,2
ÄrztlInnen sind eine Autoritätsperson, zu denen PatientInnen aufsehen.	-6,3		***	9,2	** 6,5	*	8,2	!! *** 4,4
ÄrztlInnen verschreiben heutzutage viel zu schnell Antibiotika.	-4,1		0,0		3,8	-2,7	4,1	-0,1
ÄrztlInnen schüchtern ihre PatientInnen ein.	** 9,5		*** 9,3	** 8,4	4,8	4,2		*** 7,5
Gute ÄrztlInnen zu finden, ist schwierig.	-0,3		-3,3		-0,3	-4,4	-5,6	* -2,6
ÄrztlInnen sind übermüdet und überarbeitet.	-0,7		*** 7,0	-1,4	4,4	6,0		** 2,9
ÄrztlInnen suchen ihren finanziellen Vorteil.	4,4		2,6		1,4	2,4	0,0	2,3
ÄrztlInnen sprechen Fachchinesisch.	*** 9,2	** 7,5	3,4		** 8,5	6,1		*** 7,0
ÄrztlInnen machen Fehler, von denen PatientInnen nichts wissen.	0,3		1,6		0,0	0,7	1,0	0,7
<i>Arztbild positiv</i>	1,6	*** 7,7	*** 3,8	** 3,7	** 4,9		*** 4,3	
<i>Arztbild negativ</i>	2,8	** 3,4	2,1	1,8	2,2		*** 2,5	
<i>Arztbild gesamt</i>	-1,2	** 4,3	1,8	1,9	2,6		* 1,8	
Untersuchungszeitraum: Juni 2014, Wien. Gruppenunterschied: !!!=hoch signifikant, p<0.01; !!=signifikant, p<0.05; !=Tendenz, p<0.10. Unterschied zwischen prä- und post-Messung: ***=hoch signifikant, p<0.01; **=signifikant, p<0.05; *=Tendenz, p<0.10.								

Tabelle 5: Rezeptionsstudie Scrubs: Arztbild

In einem ersten Schritt wurde das Arztbild in Abhängigkeit der Humortypen untersucht, die im folgenden Abschnitt referiert werden sollen.

Über alle Gruppen hinweg gibt es eine tendenzielle signifikante prä/post Steigerung ($p < 0.1$) im Hinblick auf das gesamte Arztbild. In genauer Betrachtung der beiden Subindizes positives + negatives Arztbild zeigten sich differenzierbare Ergebnisse. Die einzige signifikante Zunahme des Arztbildes verzeichnete die Gruppe G2 ($p < 0.01$) mit einem signifikanten positiven Zuwachs hinblicklich des gesamten Arztbildes (4,3). Der schwarze Humor konnte bei den RezipientInnen das Image der ÄrztlInnen positiv

verändern. Die einzige numerische Verschlechterung verzeichnete sich in G1 mit dem Top Down Humor (-1,2). Die dort gezeigten Szenen, bei denen sich OberärztInnen über die hierarchisch niedriger positionierten AssistenzärztInnen lustig machen, oder Zweitäre sich über das Pflegepersonal belustigen, führen zu einer Verschlechterung des gesamten Arztbildes bei den Rezipierenden. Dies macht sich vor allem bei den Zuschreibungen, dass ÄrztInnen ihre PatientInnen einschüchtern ($p < 0.05$) und dass sie Fachchinesisch sprechen ($p < 0.01$), bemerkbar. Die größte Verschlechterung des Arztbildes ergab sich ebenso in der vom Top Down Humor geprägten Gruppe G1, bei der die RezipientInnen die ÄrztInnen nach der Sichtung des Filmmaterials, nur noch in geringerem Maße als Autoritätspersonen, zu denen PatientInnen aufsehen (- 6,3), bewerteten. Über alle Gruppen hinweg konnte sowohl das negative, als auch das positive Arztbild hochsignifikant gesteigert werden.

Der Typus des schwarzen Humors hilft insgesamt am intensivsten Barrieren zu ÄrztInnen abzubauen und ihr Ansehen zu verbessern. Besonders im Hinblick auf die Vertrauenswürdigkeit ($p < 0.1$) und das Abwagen von Therapien, um den bestmöglichen Erfolg für die Gesundheitserfolge ihrer PatientInnen ($p < 0.1$) zu erzielen, konnte das Image der MedizinerInnen positiv beeinflusst werden. Gleichzeitig wurden die ÄrztInnen in G2 aber auch als einschüchternd, übermüdet und überarbeitet beurteilt ($p < 0.1$). Dies könnte auf die dem schwarzen Humor innewohnende Themenauswahl (Tod, Krankheit, etc.) und seinen morbiden Charakter, der auf zartbesaitete Gemüter einschüchternd wirken kann, zurückzuführen sein. Die Attribuierungen übermüdet und überarbeitet werden den ÄrztInnen von den RezipientInnen eventuell als Erklärung für den forsch wirkenden Einsatz von schwarzem Humor zugeschrieben.

10.4. Krankenhausbild

N=199; G1=42 G2=44 G3=42 G4=42 G5=29 ZustimmungsDiff%	G1 Top Down (TD)	G2 Schwarzer Humor (SH)	G3 TD + SH	G4 TD + Bottom Up (BU)	G5 TD + BU + SH	Between Group Sign	Total Sign d%
Krankenhausbild	Sign d%	Sign d%	Sign d%	Sign d%	Sign d%	Sign	Sign d%
Im Krankenhaus erhalte ich kompetente Versorgung.	*** 8,5	*** 10,0	4,9	** 7,1	6,4		*** 7,5
Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Patienten geholfen wird.	-3,1	2,7	1,7	0,0	0,5		0,4
Das Krankenhaus ist ein Ort zum Wohlfühlen.	-0,3	4,2	3,1	*** 8,6	5,8		** 4,1
Krankenhäuser sind Kompetenzzentren verschiedenster medizinischer Fachrichtungen.	1,4	4,9	5,1	4,4	5,1		*** 4,1
Das Krankenhaus ist steril und abweisend.	*** 10,5	*** 9,4	1,7	*** 9,5	* 7,9		*** 7,8
Im Krankenhaus riecht es unangenehm.	3,1	4,9	*	8,4	-2,0	6,6	** 4,0
Das Krankenhaus ist ein Massenbetrieb.	** 6,3	** 6,2	-0,7	-1,4	1,0		* 2,4
Im Krankenhaus ist man als Patient nur eine Nummer.	** 8,3	** 5,0	2,4	2,4	5,8		*** 4,7
<i>Krankenhausbild positiv</i>	1,7	*** 5,1	** 3,5	** 5,3	5,0		*** 4,1
<i>Krankenhausbild negativ</i>	** 5,2	*** 6,2	2,7	0,0	*** 5,3		*** 3,8
<i>Krankenhausbild gesamt</i>	-3,8	-1,1	1,3	* 5,3	-0,3		0,3
Untersuchungszeitraum: Juni 2014, Wien. Gruppenunterschied: !!!=hoch signifikant, p<0.01; !!=signifikant, p<0.05; !=Tendenz, p<0.10. Unterschied zwischen prä- und post-Messung: ***=hoch signifikant, p<0.01; **=signifikant, p<0.05; *=Tendenz, p<0.10.							

Tabelle 6: Rezeptionsstudie Scrubs: Krankenhausbild

Im vorigen Kapitel konnte bereits aufgezeigt werden, dass die Rezeption von Scrubs Effekte auf das Image von ÄrztInnen hat. Nun legen wir das Hauptaugenmerk auf das Ansehen des Krankenhauses im Allgemeinen. Das Krankenhausbild wird ebenso wie das im vorigen Kapitel besprochene Arztbild im elaborativen Informationsverarbeitungs- teil des Drei-Stufen-Modells (Kapitel 6) verortet. In diesem Abschnitt wird referiert, welche Inferenzschlüsse die Rezipierenden bezüglich des Krankenhaus-Images gezogen haben.

Über alle fünf Gruppen hinweg ist eine signifikante prä-post Veränderung ($p < 0.01$), sowohl im positiven als auch im negativen Krankenhausbild auszumachen. Der in G1 vorherrschende Autoritarismus in Form von Top Down Humor führt zu einer signifikanten Verschlechterung ($p < 0.05$) des Krankenhausbildes unter den ProbandInnen. Diese heben vor allem die Sterilität, Ungastlichkeit ($p < 0.01$) und Unpersönlichkeit der Genesungsstätte ($p < 0.05$) hervor und ziehen in ihrer Bewertung den Vergleich mit einem Massenbetrieb ($p < 0.05$). Auch in G2 mit dem schwarzen Humor spiegeln sich

diese negativen Zuschreibungen seitens der Rezipierenden in leicht abgeschwächter Form wider.

Der schwarze Humor hilft zwar das Krankenhaus als kompetentes Versorgungszentrum zu bewerten, es überwiegen jedoch die signifikant zunehmenden ($p < 0.01$) Negativ-Zuschreibungen. Die positivste Veränderung bezüglich des Krankenhausbildes ist in G4 zu finden. In dieser Gruppe treffen Top Down und Bottom Up Humor aufeinander und hebeln sich gewissermaßen gegenseitig aus. Eine Interpretationsthese könnte sein, dass die Ausgeglichenheit der Humortypen dafür sorgt, dass die ProbandInnen das Image der Klinik signifikant positiv bewerten ($p < 0.05$). Diese Erklärung könnte ebenso auf das unveränderte negative Krankenhausbild in G4 zutreffen. Neben dem Humor-Mix in G4 vermag es ausschließlich der gemischte Einsatz von Top Down und schwarzem Humor in G3 das gesamte Krankenhausbild, zwar nicht signifikant, aber zumindest numerisch, positiv zu verändern. Mit der richtigen Mischung von Humortypen können demnach Institutionsängste abgebaut werden.

10.5. Gesundheitsvorsorge

N=199; G1=42 G2=44 G3=42 G4=42 G5=29 ZustimmungsDiff%	G1 Top Down (TD)	G2 Schwarzer Humor (SH)	G3 TD + SH	G4 TD + Bottom Up (BU)	G5 TD + BU + SH	Between Group	Total	
Gesundheitsvorsorge	Sign	d%	Sign	d%	Sign	d%	Sign	d%
Ich achte auf gesunde Ernährung.	**	5,4	**	7,0	4,4	**	4,5	** 8,2
Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.		-0,3	*	5,0	1,0	-1,4		3,9
Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.	*	5,9		4,3	** 9,9	*	5,9	4,9
Ich betreibe Sport.		4,1	*	4,3	0,7	1,1		5,9
Ich nehme mir genügende Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	**	8,5		4,8	3,1	2,4	*** 10,7	
Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.		-2,4	**	7,6	1,7	*	4,3	3,6
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.		2,0		5,3	-2,4	2,4		2,5
<i>Gesunder Lebensstil</i>	***	4,8	***	5,0	** 3,8	*	2,2	** 6,4
<i>Medizinische Prävention</i>		-0,2	**	6,5	-0,3	3,4		3,1
Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.		-3,1		3,1	1,4	1,7	*** 12,8	!!
<i>Gesundheitsvorsorge (total)</i>	*	2,6	***	5,2	*	2,4	2,4	*** 6,4
Untersuchungszeitraum: Juni 2014, Wien. Gruppenunterschied: !!!=hoch signifikant, $p < 0.01$; !!=signifikant, $p < 0.05$; !=Tendenz, $p < 0.10$. Unterschied zwischen prä- und post-Messung: ***=hoch signifikant, $p < 0.01$; **=signifikant, $p < 0.05$; *=Tendenz, $p < 0.10$.								

Tabelle 7: Rezeptionsstudie Scrubs: Gesundheitsvorsorge

Nach dem Aufzeigen, welche Veränderungen, hinblicklich des Arzt- und Krankenhausbildes, die Rezeption der Serie Scrubs auf ihre ZuseherInnen hat, widmen wir uns nun in einem letzten Schritt den Auswirkungen auf die Gesundheitsvorsorge ihrer RezipientInnen.

Die ProbandInnen sind postrezeptiv über alle Gruppen hinweg, unabhängig von den eingesetzten Humortypen, gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen gegenüber positiv eingestellt ($p < 0.01$). Die Bereitschaft sich für die eigene Gesundheit zu engagieren ist nach der Stimuluspräsentation tatsächlich gesteigert, was sich sowohl in dem Subindex gesunder Lebensstil ($p < 0.01$), als auch in jenem der medizinische Prävention ($p < 0.05$), zeigt. Dies trifft besonders auf das Achten auf eine gesunde Ernährung und dem Vermeiden von den gesundheitsschädlichen Substanzen Alkohol und Zigaretten zu. Ebenso wird dem Ausüben von sportlichen Aktivitäten und der Notwendigkeit sich genügend Zeit für sich selbst zu nehmen und abzuschalten mehr Bedeutung zugestanden. Diese vier Statements wurden prä-post hochsignifikant gesteigert ($p < 0.01$). Zudem wurde auch die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen signifikant erhöht ($p < 0.5$).

Unabhängig von der Humorkomposition befördert Scrubs einen gesunden Lebensstil, wobei hier die klar getrennten Humortypen in G1 und G2 besonders hervorzuheben sind ($p < 0.01$). Die RezipientInnen zeigen eine erhöhte Bereitschaft sich Vorsorgeuntersuchungen zuzuwenden und sind der medizinischen Prävention gegenüber positiv eingestellt. Im Bereich der Krankheitsprävention wird der Gang zur Vorsorgeuntersuchung hochsignifikant maximiert und die Verhütung von Krankheiten durch Impfungen wird als wichtig erachtet.

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Gruppenergebnisse zeigte sich erneut, dass in der Gruppe G2 mit dem schwarzen Humor die stärksten Zuwächse über alle Einzelstatements hinweg erreicht werden konnten. Hier gab es vor allem bei den Statements *Ich achte auf gesunde Ernährung* und *Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig* prä/post eine signifikante Steigerung ($p < 0.05$). Bemerkenswert ist, dass auf der Ebene der generellen Gesundheitsvorsorge der Humormix in G5 das Niveau des schwarzen Humors sogar noch leicht steigern kann. Für diese hohen Indexwerte zeichnen sich vor allem die beiden Statements - *Ich nehme mir genügend Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen;* und *Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.* - verantwortlich. Beide Statements verzeichnen in G5 eine hochsignifikante ($p < 0.01$) Veränderung und befördern den Indexwert. Beachtenswert dabei ist, dass G5 die

schwächsten Zuschreibungen im Hinblick auf die rezeptive Beteiligung, sowie den Unterhaltungs- und Informationsgehalt hat und trotzdem bei der Gesundheitsvorsorge punkten kann. Eventuell wurden die emanzipatorischen Dynamiken der ProbandInnen in G5 durch fehlende Informationszuschreibung und schwache rezeptive Partizipation gesteigert. Woraufhin diese ihre Gesundheitsvorsorge selbst in die eigene Hand nehmen und sich eigenständig zu Gesundheitsthemen informieren. Um das Ergebnis in G5 weiter aufzuklären müsste man weitere multivariate Verfahren anwenden um Einflüsse der rezeptiven Beteiligung überprüfen zu können.

11. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Wie die vorliegende Arbeit und das durchgeführte Experiment gezeigt haben, ist Humor durchaus ein probates Mittel für Vermittlungsleistungen von gesundheitlich relevanten Botschaften. Im Allgemeinen darf auch die Frage, ob Unterhaltung einen Beitrag zur Gesundheitskommunikation beitragen kann, mit ja beantwortet werden. Auch reine Unterhaltungsformate können, ebenso wie von wissenschaftlichen Erkenntnissen gestützte Formate, wie beispielsweise das Entertainment-Education-Konzept, in der Lage sein, ihre RezipientInnen mit gesundheitsrelevanten Informationen zu versorgen und in weiterer Folge auch deren Verhalten hinsichtlich einer gesundheitsorientierten Lebensführung positiv zu beeinflussen.

Humor, im vorliegenden Fall insbesondere der Typus des schwarzen Humors, ist ein Katalysator für die Gesundheitskommunikation. Der besagte Humortyp weist die meisten Zustimmungsprozente auf den 3 Subdimensionen: Unterhaltungswert, Qualität der Information und emotionale Belastung der Eindrucksbildung auf. In puncto Rezeptive Beteiligung hat sich ebenso der schwarze Humor als jener Typus herauskristallisiert, der am geeignetsten ist, um in das Narrativ einzutauchen und es vermag die RezipientInnen am meisten zu „fesseln“. Bei den Subdimensionen Narrative Engagement und Involvement weist er, im Gegensatz zu dem Humortypen-Mix, die höchsten Werte auf und eignet sich für diese Dimensionen der rezeptiven Beteiligung im Vergleich am idealsten. Sowohl für die Herstellung von Bezügen zwischen Kommunikat und RezipientIn, als auch für die Sogwirkung ist der schwarze Humor am besten geeignet. Der schwarze Humor befördert demnach die Rezeptive Beteiligung und hilft insgesamt am intensivsten, etwaig vorhandene Barrieren zu ÄrztInnen abzubauen und ihr Ansehen nachhaltig zu verbessern. Speziell bezogen auf das Abwägen von Therapien, um den

bestmöglichen Gesundheitserfolg ihrer PatientInnen zu erzielen und die Vertrauenswürdigkeit, welche sie auf ihre KlientInnen ausüben, konnte diese kontroversielle und morbide Art des Humors, das Image der ÄrztInnen aufhellen. Bezogen auf das Krankenhausbild hilft der schwarze Humor zwar dabei, dass die RezipientInnen die Genesungsstätte als kompetentes Versorgungszentrum bewerten, allerdings überwiegen die signifikant zunehmenden Negativ-Zuschreibungen. Die Gesundheitsvorsorge der ProbandInnen, also ihre Bereitschaft sich für die eigene Gesundheit zu engagieren, konnte ebenfalls durch den schwarzen Humor signifikant erhöht werden. Dies zeigt sich zum einen in dem Subindex medizinische Prävention und zum anderen in jenem des gesunden Lebensstils.

Es konnte tatsächlich gezeigt werden, dass der morbide Umgang mit ernsten medizinischen Themen eine Art Befreiung mit sich bringt. Der schwarze Humor fungiert, nicht nur in der Krankenhausserie Scrubs, gewissermaßen als Coping Strategie, um mit ernsten Themen umzugehen und die Herausforderungen des oft strapaziösen Alltags in medizinischen Einrichtungen zu meistern. (Schwarzer) Humor und lachen erleichtern den Umgang mit morbiden Themen wie Krankheit, Leid und Tod, dies lässt sich etwa auch durch die Etablierung der CliniClowns belegen.

Stringenter Einsatz eines Humortyps hat sich im Gegensatz zum Humormix in dieser Untersuchung für die Vermittlungsleistung bewährt. Bei den Unterhaltungszuschreibungen erzielten die Gruppen mit klar getrennten Humortypen das höchste Niveau. Auch im Hinblick auf die rezeptive Beteiligung führt der Humortypen-Mix bei den RezipientInnen zu Irritationen und verhindert sowohl das Eintauchen in die Narration, als auch das Herstellen von Bezügen zwischen der eigenen Lebenswelt und dem filmischen Narrativ. Im Gegensatz dazu vermögen es klar getrennte Humortypen, allen voran der schwarze Humor, die rezeptive Beteiligung zu befördern. Verschiedenartiger Humor und oder der oftmalige Wechsel des eingesetzten Humortypen sollte demnach mit Bedacht verwendet werden, da diese zu Ablenkungen und Verwirrungen seitens der Rezipierenden führen und die Vermittlungsleistung dadurch stark beeinträchtigt wird. Die homogenen Gruppen mit klar getrennten Humortypen verzeichneten im Experiment weitaus positivere Effekte auf allen untersuchten Ebenen, im Gegensatz zu den Gruppen, die sich durch einen Mix der Humortypen auszeichneten. Besonders der Typus des schwarzen Humors konnte die Effektivität humoristischer Stilmittel bei der Vermittlung von Gesundheitsbotschaften unterstreichen und sich als wirkungsreichster Humortyp etablieren.

Bei der Untersuchung des Image der ÄrztInnen in Abhängigkeit der Humortypen stellte sich heraus, dass es über alle Gruppen hinweg eine signifikante prä/post Steigerung bezüglich eines positiven Arztbilds gab. Einzige Ausnahme ist die Gruppe 2, mit dem ihr innwohnenden Top-Down-Humor, welcher durch die gezeigten hierarchisch von oben nach unten gerichteten Belustigungen, zu einer Verschlechterung des Arztbildes bei den Rezipierenden führt.

Das Krankenhausbild weist über alle Gruppen hinweg eine signifikante prä/post Veränderung, im positiven und negativen Sinn gleichermaßen. Der zuvor bereits erwähnte Autoritarismus in Form von Top-Down-Humor führt zu einer signifikanten Verschlechterung des Krankenhausimages. Die positivste Veränderung konnte durch ausgeglichene Humortypen – Top-Down- trifft auf Bottom-Up-Humor – erreicht werden. Durch die Neutralisierung der gegensätzlichen Humortypen können Institutsängste erfolgreich überwunden werden.

Im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge lässt sich gruppenübergreifend ein signifikanter prä/post Anstieg verzeichnen. Parallel zur medizinischen Prävention gab es auch beim gesunden Lebensstil einen Anstieg zu beobachten. Neben dem schwarzen Humor zeigt der Humor-Mix in der Gruppe 5 (Top-Down-, Bottom-Up- und schwarzer Humor) die stärksten prä/post-Anstiege.

Allgemein lässt sich nach Durchführung des Experiments sagen, dass Humor die Einstellung zu einem gesunden Lebensstil befördert. Unter den ProbandInnen stieg postrezeptiv, über alle Gruppen hinweg, die Bereitschaft sich für die eigene Gesundheit zu engagieren. Vor allem in Bezug auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung, genügend Zeit für sich selbst und zum Entspannen zu nehmen, ausreichend Sport zu treiben und gesundheitsschädliche Substanzen wie Alkohol und Zigaretten zu meiden, konnten signifikante Steigerungen nachgewiesen werden.

Für die weiterführende Forschung wäre es höchst interessant herauszufinden, was das Stilmittel Humor bewirken kann, wenn dieses in Entertainment-Education-Formate implementiert wird. Wenn schon reine Unterhaltungsserien, wie etwa Scrubs, in der Lage sind unter zu Hilfenahme von Humor, so viel für die Gesundheitskommunikation zu leisten, wie viel könnte dann ein bewusst konzipiertes Entertainment-Education Programm für die massenmediale Vermittlung von Gesundheitsbotschaften bewirken?

Bisweilen herrscht noch eine Vernachlässigung bezüglich der Erforschung der persuasiven Wirkung von Unterhaltungsangeboten in der Wissenschaft. Wie die vorliegende Arbeit gezeigt hat würde sich vor allem im interdisziplinären Praxis- und Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation eine intensivere Auseinandersetzung lohnen, da diese für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in modernen Gesellschaften äußerst ertragreich sein kann.

12. Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Arendt, K. (2010): Kann Fernsehen zu besserem Essen verführen? Zur Wirksamkeit von Entertainment-Education-Maßnahmen für Kinder am Beispiel der Kinderserie LazyTown. In: *Televizion* 23/2010/1. S. 28-31.

Bachtin, M. (1990): Literatur und Karneval. Zur Romantheorie und Lachkultur. Frankfurt/Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Bandura, A. (1976): Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie; Psychological modeling. Stuttgart: Klett, 1. Auflage.

Bandura, A. (2001): Social cognitive theory of mass communication. In: *Media Psychology*, 3:3, S. 265-299. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Baumann, E., Hastall M. R., Rossmann, C., Sowka, A. (2014): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.

Bengel, J., Stittmatter, R., Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.

Berger, A. A. (1987): Humor. An Introduction. In: *The American Behavioral Scientist*. Volume 30, Number 1, 6-15.

Berger, A. A. (1993): An anatomy of humor. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Berger, P. (2014): Erlösendes Lachen. Das Komische in der menschlichen Erfahrung (2. Auflage Ausg.). Berlin: de Gruyter.

Bergson, H. (2011): Das Lachen. Ein Essay über die Bedeutung des Komischen. Hamburg: Meiner .

Bilandzic, H., Busselle R. W. (2008): Transportation and Transportability in the Cultivation of Genre-Consistent Attitudes and Estimates. In: Journal of Communication, 58(3). S. 508-529.

Buijzen, M.; Valkenburg P.M. (2004): Developing a Typology of Humor in Audiovisual Media. in Media Psychology 6(2):147-167. May 2004.

Bonfadelli, H. (2014): Gesundheitskommunikation: Ein Forschungsfeld in Bewegung. In: Baumann, E., Hastall M. R., Rossmann, C., Sowka, A.: Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. 1. Aufl. (S. 13-34). Baden-Baden: Nomos.

Bouman, M. (2002): Turtles and Peacocks: Collaboration in Entertainment-Education Television. In: Communication Theory. Twelve: Two. May 2002. PP 225-244.

Busselle, R., Bilandzic, H. (2009): Measuring narrative engagement. In: Media Psychology, 12 (4), S. 321-347.

Camerini, A-L., Ludolph, R., Rothenfluh, F. (2016): Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. (1. Aufl.) Baden-Baden: Nomos.

Cohen, J. (2001): Defining Identification: A Theoretical Look at the Identification of Audiences With Media Characters. In: Mass Communication & Society: Vol. 4, No. 3. S. 245-264. Haifa.

Dimova, A. (2008). Humor und Witz als Übersetzungsproblem. In T. Hoffmann (Hrsg.), *Humor. Grenzüberschreitende Spielarten eines kulturellen Phänomens* (S.7-21). Göttingen: Univ.-Verlag Göttingen.

Dziemidok, B. (1993): The comical. A philosophical analysis. Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers.

Ferguson, M. & Ford, T. (2008): Disparagement Humor: A Theoretical and Empirical Review of Psychoanalytic, Superiority, and Social Identity Theories. In: Humor: International Journal of Humor Research, 2008 (Aug), Vol.21(3), pp.283-312 [Peer Reviewed Journal]

Fromm, B., Baumann, E., Lampert, C. (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Galavotti, C., Pappas-Deluca K. A. & Lansky A. (2001): Modeling and reinforcement to combat HIV: The MARCH approach to behavior change. American Journal of Public Health, 91(10), 1602–1607.

Gerbner, G., Gross, L. (1976): Living with television: The violence profile. In: Journal of Communication, 26, S. 173-199.

Gottschlich, M. (2007). Medizin und Mitgefühl: die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Böhlau Verlag Wien.

Green, M. C. & Brock, T.C. (2002): In the mind's eye. Transportation-imagery model of narrative persuasion. In: Green, M. C., Strange, J.J., Brock T.C.: Narrative Impact. London. Lawrence Erlbaum Associates.

Green, M.C., Strange, J. J., Brock T. C. (2002): Narrative Impact. London. Lawrence Erlbaum Associates.

Grill, C. & Enzminger, A., (2014): Gesundheitskompetenz durch Actiondrama? In: Baumann, E., Hastall M. R., Rossmann, C., Sowka, A. (2014): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos. S. 275-288.

Grimm, J. (2012): Multidimensionale Geschichtsvermittlung. Ein theoretisch-methodisches Konzept zur Untersuchung von Medienwirkungen auf der Basis mediatisierter historischer Stoffe In: Medien & Zeit. JG 27(3). 32–56

Grimm, J. & Rosenzweig, M. E. (2014): Heilsamer Kitsch: Edukative Effekte der TV-Arztserie „Der Bergdoktor“ auf das Gesundheitsbewusstsein. In: Baumann, E., Hastall M. R., Rossmann, C., Sowka, A. (2014): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.

Grimm, J. (2014): Lachen im sozialen Kontext. Konstruktion und Evaluation des Humor-Dispositions-Tests. In: Medien & Zeit. Kommunikation in Vergangenheit und Gegenwart. Jahrgang 29. 3/2014.

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

Hellenthal, M. (1989). *Schwarzer Humor. Theorie und Definition*. Essen: Die Blaue Eule Verlag.

Henniger, G. [Hrsg.] (1966): Brevier des schwarzen Humors. München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Herzog, T. R., & Karafa, J. A. (1998): Preferences for sick versus nonsick humor. *Humor--International Journal of Humor Research*, 11, S. 291-312.

Holmes, M. S. (2013): Cancer comics: Narrating cancer through sequential art. In: *Tulsa Studies in Women's Literature*, 33(1), S. 147-162.

Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Hurrelmann, K., Baumann, E. (Hrsg.) (2014): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern. Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, K., Leppin A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, K., Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Khalid, M. Z., Ahmed, A. (2014): Entertainment-Education Media Strategies for Social Change: Opportunities and Emerging Trends. In: *Review of Journalism and Mass Communication*. June 2014, Vol. 2, No. 1, pp. 69-89. Published by American Research Institute for Policy Development.

Klein, B. (2012): Entertainment-education fort he media-saturated: Audience perspectives on social issues in entertainment programming. In: European Journal of Cultural Studies. 16(1) 43-57.

Kreps, G. L. & Thornton, B.C. (1992): Health communication: Theory and practice. Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Krugman, H. E. (1965): The Impact of Television Advertising: Learning without Involvement. The public Opinion Quarterly. 29(3):S.349-356.

Kotthoff, H. (1996): Scherzkommunikation: Beiträge aus der empirischen Gesprächsforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH. (S. 9 f, einleitung!)

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

Lampert, C. (2010): Entertainment-Education als Strategie für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum 18 Heft 68. S.20.e1-20.e3.

Lampert, C., Grimm, M. (2017): Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld. (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.

Lubjuhn, S., Bouman, M. (2009): Entertainment-Education in den Niederlanden und den USA. In: merz | medien + erziehung. Zeitschrift für medienpädagogik. 2009/04: Informationelle Selbstbestimmung?! S. 44-49.

Love, G. D., Tanjasiri, S. P. (2012): Using Entertainment-Education to Promote Cervical Cancer Screening in Thai Women. In: Journal of Cancer Education. Vol. 27(3), S. 585-590.

McGraw, A. P., Schiro, J. L., Fernbach, P. M. (2015): Not a problem: A downside of humorous appeals. In: Journal of Marketing Behavior, 1, S. 187-208.

Meyer, J. C. (2000): Humor as a Double-Edged Sword. Four Functions of Humor in Communication. In: Communication Theory. Volume 10, Number 3, 310-331.

Morreall, J. (2009): *Comic Relief. A Comprehensive Philosophy of Humor*. Chichester, U.K. Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Moyer-Gusé, E., Mahood, C., Brookes, S. (2011): Entertainment-Education in the Context of Humor: Effects on Safer Sex Intentions and Risk Perceptions. In: *Health Communication*, 26: 765-774.

Pettigrew, L.D. (1988): Theoretical plurality in health communication. In Anderson J.A. (Hrsg.), *Communication Yearbook*, 11 (S. 298-208). Newbury Park: Sage Publications.

Raab, T. (2017): Neue Anthologie des schwarzen Humors herausgegeben von Thomas Raab ; mit zehn Kunstbeiträgen, ausgewählt von Patricia Grzonka. Wiesbaden: marixverlag.

Räwel, J. (2005): *Humor als Kommunikationsmedium*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Reddemann, L. (2016). Imagination als heilsame Kraft: Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen (Vol. 288). Klett-Cotta.

Rißland, B. (2002): *Humor und seine Bedeutung für den Lehrerberuf*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Rogers, E. M., Vaughan, P. W., Swalehe, R. M., Rao, N., Svenkerud, P., Sood, S. (1999): Effects of an Entertainment-Education Radio Soap Opera on Family Planning Behavior in Tanzania. In: *Studies in Family Planning*, 20, 2, S. 193-211.

Rossmann, C. (2003): Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten. Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten. In: *M&K Medien & Kommunikationswissenschaft*. Jahrgang 51. Heft 3-4. S. 497-522.

Rossmann, C. (2008): *Fiktion Wirklichkeit. Ein Modell der Informationsverarbeitung im Kultivierungsprozess*. Wiesbaden: VS-Verlag.

Rossmann, C., Brosius, H.B. (2013): Die Risiken der Risikokommunikation und die Rolle der Massenmedien. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 56 (1), S. 118–123). Springer Berlin Heidelberg

Rossmann, C. & Hastall, M.R. (Hrsg.) (2013): Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen. Baden-Baden: Nomos.

Schäfer, M., Quiring, O., Rossmann C., Hastall, M. R., Baumann E. (2015): Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel. (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.

Schiavo, R. (2007): Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass.

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

Schwarz, U., Reifegerste D. (2017): Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In: Rossmann, C., Hastall, M. R. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Springer References Sozialwissenschaften.

Signitzer, B. (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Singhal, A., Brown, W. J. (1996): The Entertainment-Education Communication Strategy: Past Struggles, Present Status, Future Agenda. In: Jurnal Komunikasi, Vol. 12, S. 19-36.

Singhal, A. & Rogers, E.M. (2004): The status of entertainment-education worldwide. In: Singhal A. et al:): Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice. S. 3-20. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Singhal, A. et al (2004): Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

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

Van den Bulck, J. (2013): Cultivation Theory. Television Fiction as a Vector of Socialization. In: Valdivia, A. N. (Hg.): The International Encyclopedia of Media Studies. Vol. V: Media Effects/Media Psychology. Oxford UK, S. 63-88.

Völzke C., Hirschhausen E. , Fischer F. (2017): Medizinisches Kabarett als Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Band 12, Ausgabe 2, S. 91-95. Springer Berlin Heidelberg

Wilkin, H. A., Valente, T. W., Murphy, S. T., Cody, M. J., Huang, G., & Beck, V. (2007). Does entertainment-education work with Latinos in the United States? Identification and the effects of a telenovela breast cancer storyline. In: Journal of Health Communication, 12, S. 455-469.

Wirth, W. (2006). Involvement. In: Jenning Bryant and Peter Vorderer, Psychology of entertainment, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.

Yoon, H. J. (2015): Humor effects in shame-inducing health issue advertising: The moderating effects of fear of negative evaluation. In: Journal of Advertising, 44(2), S. 126-139.

Zillmann, D. (1983). Disparagement humor. In: McGhee, P.E., Goldstein, J.H. (eds), Handbook of humor research: Vol.1: Basic issues (S. 85-107). New York

13. Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2019): Gesundheit und Gesundheitsförderung.

URL: https://www.bmfsfj.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsförderung [19.03.2019].

Duden:

URL: https://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn
[19.03.2019].

Wikipedia – Scrubs:

URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Scrubs_-_Die_Anfänger
[19.03.2019].

14. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ebenen medialer Gesundheitskommunikation (nach Signitzer 2001, S. 29ff) – (Fromm, Baumann, Lampert (2011) S. 31	S. 16
Abb. 2: humores cardinales - Rißland 2002 S. 17	S. 26
Abb. 3: Drei-Stufen-Modell der Informationserarbeitung im Rahmen von Entertainment-Education in Anlehnung an Grimm (2014, S. 279).....	S. 47
Abb. 4: Top Down Humor	S. 51
Abb. 5: Bottom Up Humor	S. 51
Abb. 6: Schwarzer Humor	S. 52
Abb. 7: Ablauf des Experiments	S. 53

15. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Filmgruppen	S. 52
Tabelle 2: Filmgruppen – Humortypen – Verteilung	S. 53
Tabelle 3: Rezeptionsstudie Scrubs: Eindrucksdifferential	S. 65
Tabelle 4: Rezeptionsstudie Scrubs: Rezeptive Partizipation	S. 67
Tabelle 5: Rezeptionsstudie Scrubs: Arztbild	S. 69
Tabelle 6: Rezeptionsstudie Scrubs: Krankenhausbild	S. 71
Tabelle 7: Rezeptionsstudie Scrubs: Gesundheitsvorsorge	S. 72

16. Anhang

16.1. Fragebögen

16.1.1. Prä-Fragebogen

Universität Wien
Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Rezeptionsstudie: Gesundheitskommunikation (SoSe 2014) Frabo 1: Prae

1. Wie viel Zeit wenden Sie normalerweise pro Woche für die folgenden Medien auf?
Bitte geben Sie die Zeit folgendermaßen an z.B.: 130 Minuten sind 2 Stunden und 10 Minuten.

Fernsehen (einschließlich Teletext und Online-Angebote):	Stunden
Minuten pro Woche	
Radio (einschließlich Online-Angebote):	Stunden
Minuten pro Woche	
Tageszeitung (einschließlich Online-Angebote):	Stunden
Minuten pro Woche	
Zeitschriften / Illustrierte / Wochenzeitung (einschließlich Online-Angebote):	Stunden
Minuten pro Woche	
Buch (einschließlich Online-Angebote):	Stunden
Minuten pro Woche	
Computer (einschließlich Internet):	Stunden
Minuten pro Woche	

2. Wie stark sind Sie an Informationen im Fernsehen interessiert?

Ich bin ...

3. Wie stark sind Sie an Unterhaltung im Fernsehen interessiert?

Ich bin ...

4. Wie stark interessieren Sie sich für folgende Sendungen? Zutreffendes bitte ankreuzen. Das Kästchen ganz links bedeutet, dass Sie sich „überhaupt nicht“ für die Sendungsart interessieren. Ganz rechts kreuzen Sie an, wenn Sie sich „sehr stark“ interessieren. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstimmen.

5. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen, die sich alle auf den Umgang mit Medieninformationen beziehen? Bitte bearbeiten Sie alle Statements und machen Sie jeweils an der passenden Stelle ein Kreuz.

Medieninformationen über politische Ereignisse / Themen führen dazu, dass ich meine Meinung überdenke und gegebenenfalls ändere. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>
Um ein gravierendes persönliches Problem (z. B. Krankheit, Schulden, Beziehungskrise) zu lösen, greife ich auf alle möglichen Medieninformationen zurück. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>
Da ich für tiefer gehende Recherchen keine Zeit habe, muss ich mich einfach auf die Richtigkeit von Medieninformationen verlassen. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>
Grundsätzlich misstraue ich allen Informationen aus den Medien. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>
Bei politischen Nachrichten versuche ich mir vorzustellen, was dies für mich persönlich und mein Leben bedeutet. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>
Wenn ich Bilder von Katastrophen- und Kriegsopfern sehe, dann empfinde ich die Leiden am eigenen Körper nach. trifft auf mich nie zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft auf mich immer zu <input type="checkbox"/>

6. Wie sehr sind Sie an Informationen zu Krankheiten interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

7. Wie sehr sind Sie an Informationen zur gesunden Lebensweise interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

8. Wie sehr sind Sie an Informationen zur Gesundheitsvorsorge interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

9. Welche Informationsquellen nutzen Sie im Hinblick auf das Thema Gesundheit generell?

Um Gesundheitsinformation zu erhalten, nutze ich								Und für wie zuverlässig halten Sie diese Quellen?								ganz und gar
nie								sehr häufig	überhaupt nicht							ganz und gar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fernsehen	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tageszeitungen	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bücher	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>					

10. Und welche Informationsquellen nutzen Sie im Einzelnen?

Um Gesundheitsinformation zu erhalten, nutze ich								Und für wie zuverlässig halten Sie diese Quellen?								ganz und gar
nie								sehr häufig	überhaupt nicht							ganz und gar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informationsmaterial von Ärzten	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informationsmaterial der Pharmaindustrie	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informationsmaterial von Apotheken	<input type="checkbox"/>					

11. Welche Krankenhausserien sehen Sie sich an oder sahen Sie sich an, als sie noch ausgestrahlt wurden?

Ich habe früher gesehen bzw. sehe mir jetzt noch ... an	nie	sehr häufig
---	-----	----------------

Der Bergdoktor	<input type="checkbox"/>										
Die Schwarzwaldklinik	<input type="checkbox"/>										
Klinik unter Palmen	<input type="checkbox"/>										
Der Landarzt	<input type="checkbox"/>										
Nikola	<input type="checkbox"/>										
Doctor's Diary	<input type="checkbox"/>										
Medicopter 117	<input type="checkbox"/>										
Dr. Stefan Frank – Der Arzt, dem die Frauen vertrauen	<input type="checkbox"/>										
Für alle Fälle Stefanie	<input type="checkbox"/>										
Hallo, Onkel Doc!	<input type="checkbox"/>										
Emergency Room	<input type="checkbox"/>										
Chicago Hope	<input type="checkbox"/>										
Dr. House	<input type="checkbox"/>										
Grey's Anatomy	<input type="checkbox"/>										
Private Practice	<input type="checkbox"/>										
Scrubs	<input type="checkbox"/>										
Trapper John, M.D.	<input type="checkbox"/>										
Hart of Dixie	<input type="checkbox"/>										
Royal Pains	<input type="checkbox"/>										
Hawthorne	<input type="checkbox"/>										
Sonstiges, und zwar: ...	<input type="checkbox"/>										

12. Wenn Sie Ihren Gesundheitszustand bewerten müssen, wo auf der Skala würden Sie sich selbst einstufen? 1 bedeutet, dass Sie ganz und gar krank sind; 10, dass Sie voll und ganz gesund sind.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ganz und gar krank voll und ganz gesund

13. Im Folgenden stehen jeweils zwei Aussagen einander gegenüber. Bitte entscheiden Sie bei jedem Paar, welche Aussage eher zutrifft. Bitte kreuzen Sie nur jeweils eine der Antwortalternativen an.

<input type="checkbox"/> Vieles Unglück im Leben der Menschen ist zum Teil auf Pech zurückzuführen.
<input type="checkbox"/> Unglück ist die Folge von Fehlern, die man selbst gemacht hat.
<input type="checkbox"/> Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu treffen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.
<input type="checkbox"/> Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass die Dinge kommen, wie sie kommen müssen.
<input type="checkbox"/> Es lohnt sich nicht immer, zu weit vorauszuplanen, weil viele Dinge schließlich doch vom Zufall abhängen.
<input type="checkbox"/> Wenn ich Pläne mache, bin ich meist sicher, dass ich sie auch verwirklichen kann.
<input type="checkbox"/> Ob ich das bekomme, was ich will, hat bei mir so gut wie nichts mit Glück zu tun.
<input type="checkbox"/> Häufig könnte man Entscheidungen treffen, indem man eine Münze wirft.
<input type="checkbox"/> Es wird immer Kriege geben, auch wenn sich die Menschen noch so sehr Mühe geben, sie zu verhindern.
<input type="checkbox"/> Eine der Hauptgründe, warum es Kriege gibt, ist, dass sich Menschen nicht genug um Politik kümmern.
<input type="checkbox"/> Die Welt wird von einigen wenigen Mächtigen beherrscht, der kleine Mann kann nur wenig daran ändern.
<input type="checkbox"/> Auch der Durchschnittsbürger kann Einfluss auf die Entscheidungen der Regierung nehmen.
<input type="checkbox"/> Durch aktive Beteiligung im politischen und gesellschaftlichen Bereich kann man Einfluss nehmen auf Ereignisse von weltweiter Bedeutung.
<input type="checkbox"/> Bei dem, was auf der Welt geschieht, sind die meisten von uns Opfer von Kräften, die wir weder verstehen noch beeinflussen können.
<input type="checkbox"/> Mit genügend Anstrengung kann man politische Korruption ausmerzen.
<input type="checkbox"/> Für den einzelnen ist es schwierig, Einfluss darauf auszuüben, was die Politiker in Ihrem Amt leisten.

14. Im Folgenden stehen jeweils zwei Aussagen einander gegenüber. Bitte entscheiden Sie bei jedem Paar, welche Aussage eher zutrifft. Bitte kreuzen Sie nur jeweils eine der Antwortalternativen an.

<input type="checkbox"/> Ich liebe ausgelassene, wilde Partys.
<input type="checkbox"/> Ich bevorzuge ruhige Partys mit guten Gesprächen.
<input type="checkbox"/> Ich würde gerne einen Fallschirmsprung versuchen.
<input type="checkbox"/> Ich würde nie mit einem Fallschirm aus dem Flugzeug springen.
<input type="checkbox"/> Ich erkunde gerne eine neue Stadt, auch wenn ich mich verirren könnte.

<input type="checkbox"/> An Orten die ich nicht gut kenne, versuche ich mich einer Reisegruppe anzuschließen.
<input type="checkbox"/> Ich mag am liebsten Freundschaften, die einen immer wieder Überraschungen und Aufregungen bringen.
<input type="checkbox"/> Ich bevorzuge Freundschaften die zuverlässig und beständig sind.
<input type="checkbox"/> Ich mache manchmal gerne Dinge, die ein bisschen angsteinflößend sind.
<input type="checkbox"/> Als vernünftiger Mensch vermeide ich riskante Dinge.
<input type="checkbox"/> Ich liebe aufregende und neue Erfahrungen auch wenn sie manchmal unkonventionell oder illegal sind.
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht darauf aus, um jeden Preis neue und aufregende Erlebnisse zu haben.
<input type="checkbox"/> Es gibt Filme, die ich mir auch ein zweites oder drittes Mal ansehen würde.
<input type="checkbox"/> Meistens langweilt es mich, Filmwiederholungen zu sehen.
<input type="checkbox"/> Überdrehte Menschen nerven mich.
<input type="checkbox"/> Ich kann Langweiler nicht ausstehen.

15. Bitte geben Sie an, wie oft folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Bei "fast nie" kreuzen Sie ganz links, bei "fast immer" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstimmen.

Folgende Aussagen treffen auf mich ... zu.	fast nie							fast immer
Ich werde schnell müde.	<input type="checkbox"/>							
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann.	<input type="checkbox"/>							
Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/>							
Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/>							
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen.	<input type="checkbox"/>							
Mir fehlt es an Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>							
Ich fühle mich geborgen.	<input type="checkbox"/>							
Ich fühle mich niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>							
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.	<input type="checkbox"/>							
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.	<input type="checkbox"/>							

16. Im Folgenden finden Sie zwei Szenarien gefolgt von Aussagen, was Sie in diesen Situationen tun würden. Bitte beurteilen Sie, wie sehr jede Aussage auf Sie zutrifft.

Stellen Sie sich vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt haben, aber trotzdem gehen müssen. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	trifft überhaupt nicht zu							trifft voll und ganz zu
Ich würde den Zahnarzt ganz genau fragen, was alles gemacht werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde vorher etwas trinken oder ein Beruhigungsmittel nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir in Gedanken etwas Schönes vorstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde vom Zahnarzt wissen wollen, wann es wehtun wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde versuchen zu schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde den Zahnarzt ganz genau beobachten und dem Bohrgeräusch zuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde das Wasser beobachten, das aus meinem Mund fließt, um zu sehen, ob es blutig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde in Gedanken Rätsel lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellen Sie sich lebhaft vor, dass es, durch einen großen Einbruch in den Umsätzen, Gerüchte über Entlassungen in Ihrer Abteilung gibt. Ihr Chef hat eine Bewertung Ihrer Arbeit des vergangenen Jahres vorgenommen. Die Entscheidung über Entlassungen wird in ein paar Tagen bekannt gegeben. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	trifft überhaupt nicht zu							trifft voll und ganz zu
Ich würde meine Kollegen fragen, ob sie irgendetwas wissen, was mein Chef über mich geschrieben hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch einmal meine Stellenbeschreibung durchlesen und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

überprüfen, ob ich alle Aufgaben erfüllt habe.						
Ich würde ins Kino gehen, um mich von meinen Gedanken abzulenken.	<input type="checkbox"/>					
Ich würde versuchen, mich an alle Diskussionen und Streitigkeiten mit meinem Chef zu erinnern, die dazu geführt haben könnten, dass er eine schlechtere Meinung von mir hat.	<input type="checkbox"/>					
Ich würde alle Gedanken, entlassen zu werden, aus meinem Kopf verdrängen.	<input type="checkbox"/>					
Ich würde meinem Partner sagen, dass ich meine Chancen entlassen zu werden, lieber nicht diskutieren möchte.	<input type="checkbox"/>					
Ich würde überlegen, welcher Kollege in meiner Abteilung wohl in den Augen meines Chefs seine Job am schlechtesten erfüllt hat.	<input type="checkbox"/>					
Ich würde meine Arbeit weiterhin so verrichten, als ob nichts Besonderes passiert wäre.	<input type="checkbox"/>					

17. Stellen Sie sich vor, jemandem passiert ein Missgeschick, z.B. er stolpert, rutscht aus oder fällt hin.

Wie lustig finden Sie es, wenn das Missgeschick einer der folgenden Personen passiert?

<i>Wenn ein Missgeschick einer der folgenden Personen passiert, finde ich das ...</i>	<i>gar nicht lustig</i>							<i>sehr lustig</i>
Politiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleines Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priester / Religionsführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schullehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitätsprofessor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausländer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsoberhaupt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obdachloser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie sehr treffen Ihrer Ansicht nach folgende Aussagen zum Themenkreis Humor zu?

<i>Die folgenden Aussagen treffen zu ...</i>	<i>überhaupt nicht</i>							<i>in hohem Maße</i>
Am liebsten ist mir, wenn jeder über jeden lachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es falsch, mich ausschließlich über andere lustig zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist unerträglich, wenn andere Witze über meine Familie machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witze über die Familie anderer Leute mache ich aus Prinzip nie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich auslachen, dann würde ich am liebsten im Boden versinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Schwache und Behinderte mache ich keine Witze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Moslems sollte man niemals Witze machen, weil sie empfindlicher und aggressiver reagieren als Anders-Gläubige und Atheisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strenghäufige Menschen verdienen prinzipiell Respekt. Witze sind hier ganz unangebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere über mich lachen, lache ich mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer über andere lacht, muss auch selbst einstecken können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer über sich selbst nicht lachen kann, hat nicht wirklich Humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Welche der folgenden Arten von Humor mögen Sie persönlich? Welche entsprechen weniger Ihrem Humorgeschmack?

<i>Ich mag folgende Humorarten ...</i>	<i>nicht</i>	<i>überhaupt</i>								<i>in hohem Maße</i>
Vulgäre Witze / Zoten mit sexuellen Anspielungen	<input type="checkbox"/>									
Hintergründige Witze mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis	<input type="checkbox"/>									
Spott und Häme über andere Leute	<input type="checkbox"/>									
Schwarzer Humor bei Themen wie Tod und Krankheit	<input type="checkbox"/>									
Ironische Redeweisen , Dinge nicht direkt, sondern indirekt ausdrücken	<input type="checkbox"/>									
Satire mit gesellschaftskritischer Inhalt	<input type="checkbox"/>									

20. Wo hört Ihrer Meinung nach der Spaß auf jeden Fall auf? Worüber können Sie absolut nicht lachen und sind empört, wenn andere darüber Witze machen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Überhaupt nicht spaßig, vielmehr empörend finde ich Witze über folgende Personen:

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Geschwister |
| <input type="checkbox"/> Kinder | <input type="checkbox"/> Tote | <input type="checkbox"/> Jesus |
| <input type="checkbox"/> Priester | <input type="checkbox"/> Gott | <input type="checkbox"/> Staatsoberhaupt |
| <input type="checkbox"/> Ausländer | <input type="checkbox"/> Behinderte | <input type="checkbox"/> Homosexuelle |
| <input type="checkbox"/> Kranke | <input type="checkbox"/> Dicke | <input type="checkbox"/> Vorbilder |
| <input type="checkbox"/> Verfolgte | <input type="checkbox"/> Mohammed | <input type="checkbox"/> Juden |
| <input type="checkbox"/> Frauen | <input type="checkbox"/> Eigene Person | <input type="checkbox"/> Keine von den genannten Personen |

21. Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

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

22. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

<i>Ich stimme ... zu.</i>	<i>nicht</i>	<i>überhaupt</i>								<i>voll und ganz</i>
Im Krankenhaus erhalte ich kompetente Versorgung.	<input type="checkbox"/>									
Kunstfehler werden im Krankenhaus vom medizinischen Personal vertuscht.	<input type="checkbox"/>									
Das Krankenhaus ist steril und abweisend.	<input type="checkbox"/>									
Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Patienten geholfen wird.	<input type="checkbox"/>									
Das Krankenhaus ist ein Ort zum Wohlfühlen.	<input type="checkbox"/>									
Im Krankenhaus riecht es unangenehm.	<input type="checkbox"/>									
Das Krankenhaus ist ein Massenbetrieb.	<input type="checkbox"/>									

Im Krankenhaus ist man als Patient nur eine Nummer.	<input type="checkbox"/>						
Krankenhäuser sind Kompetenzzentren verschiedenster medizinischer Fachrichtungen.	<input type="checkbox"/>						

23. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht							voll und ganz
Im Gesundheitswesen kooperieren alle Beteiligten zum Wohle der Patienten.	<input type="checkbox"/>							
Die medizinische Versorgung der Patienten leidet unter den Machtkämpfen der Ärzte.	<input type="checkbox"/>							
Ärzte sorgen für die Qualität und Effektivität des Gesundheitswesens.	<input type="checkbox"/>							
Das Pflegepersonal stellt die Grundversorgung für alle Patienten sicher.	<input type="checkbox"/>							
Wer sich in die Hände des Gesundheitswesens begibt, ist am Ende mehr krank als zuvor.	<input type="checkbox"/>							
Das Gesundheitswesen ist besser als sein Ruf.	<input type="checkbox"/>							
Auch Fachärzte können Patienten oft nicht helfen.	<input type="checkbox"/>							
Falsche Diagnosen und Behandlungsfehler sind im Gesundheitswesen an der Tagesordnung.	<input type="checkbox"/>							
Reiche werden im Krankheitsfall besser behandelt als arme Leute. Wir leben in einer 2-Klassen-Medizin.	<input type="checkbox"/>							
Krankenkassen arbeiten zum Wohle der Patienten.	<input type="checkbox"/>							

24. Wenn Sie ernsthaft krank sind und ein gesundheitliches Problem haben, an wen würden Sie sich wenden, um ein Gespräch zu führen?

<i>Im Krankheitsfall würde ich ein Gespräch suchen mit</i>	nie							immer
Familie	<input type="checkbox"/>							
Freunde	<input type="checkbox"/>							
Hausarzt	<input type="checkbox"/>							
Facharzt	<input type="checkbox"/>							
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>							
Apotheker	<input type="checkbox"/>							
Personen in Internetforen zu Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/>							
Personen auf Facebook oder in anderen sozialen Netzwerken	<input type="checkbox"/>							

25. Wenn Sie einen gesundheitlichen Rat erhalten, wem vertrauen sie am meisten? Und wem vertrauen sie weniger?

<i>Bei gesundheitlichen Ratschlägen vertraue ich ...</i>	überhaupt nicht							voll und ganz
Familie	<input type="checkbox"/>							
Freunden	<input type="checkbox"/>							
Hausarzt	<input type="checkbox"/>							
Facharzt	<input type="checkbox"/>							
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>							
Apotheker	<input type="checkbox"/>							
Personen in Internetforen zu Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/>							
Personen auf Facebook oder in anderen sozialen Netzwerken	<input type="checkbox"/>							

26. Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

27. Manche Krankheiten treten in der Bevölkerung öfter auf als andere. Wie wahrscheinlich ist es, dass man Ihrer Ansicht nach an folgenden Krankheiten erkrankt.

28. Einige Menschen haben in unserer Gesellschaft eine höhere Stellung als andere. Wo würden Sie sich selbst auf einer Skala von 1 bis 10 anordnen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

ganz unten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ganz oben

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person, die wir aus statistischen Gründen benötigen und selbstverständlich streng vertraulich behandeln werden:

29. Wie alt sind Sie? *(Alter in Jahren angeben)*

30. Geschlecht:

(Alter in Jahren angeben)

30. Geschlecht:

männlich weiblich

31. Welchen Familienstand haben Sie zurzeit? *Zutreffendes ankreuzen.*

51. Welchen Familienzustand haben Sie zu
██████████ in fester Partnerschaft, verheiratet
██████████ in fester Partnerschaft, unverheiratet
██████████ ohne feste Partnerschaft

32. Wie viele Kinder haben Sie?

(Anzahl der Kinder angeben)

33. Welcher Nation gehören Sie an? (Herkunft der Familie) Zutreffendes bitte ankreuzen.
 Österreich Deutschland andere Nation: _____ (bitte nennen)

34. Wo sind Sie geboren? Zutreffendes bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Wien	<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Oberösterreich
<input type="checkbox"/> Salzburg	<input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Tirol
<input type="checkbox"/> Vorarlberg	<input type="checkbox"/> Nicht in Österreich, sondern in:		(Land angeben)

35. Welchen höchsten schulischen oder universitären Abschluss haben Sie bisher erreicht? (Nur für Personen, die keine Schüler mehr sind)

<input type="checkbox"/> (bin noch Schüler, die Frage trifft auf mich nicht zu)	<input type="checkbox"/> bin ohne Abschluss
<input type="checkbox"/> Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule (z.B. HASCH, etc.)	<input type="checkbox"/> Matura
<input type="checkbox"/> Studienabschluss	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

36. Welcher Tätigkeit gehen Sie zurzeit regelmäßig nach? Mehrfachantworten möglich.

<input type="checkbox"/> hauptberuflich erwerbstätig	<input type="checkbox"/> nebenberuflich erwerbstätig
<input type="checkbox"/> in Ausbildung (Schüler, Lehrling)	<input type="checkbox"/> Studierender
<input type="checkbox"/> Pensionist	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> arbeitslos / arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> sonstiges (<i>nicht in Erwerbsarbeit</i>):

37. Arbeiten Sie im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich?

nein ja, und zwar als (*Berufsbezeichnung*):

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

16.1.2. Post-Fragebogen

Code: _____

Filmgruppe: _____

Universität Wien
Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Rezeptionsstudie: Gesundheitskommunikation (SoSe 2014) Frabo 3: Post

38. Haben Sie die Serie „Scrubs“ schon früher einmal gesehen?

nie sehr oft

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

langweilig	<input type="checkbox"/>	spannend							
uninteressant	<input type="checkbox"/>	interessant							
belanglos	<input type="checkbox"/>	informativ							
unrealistisch	<input type="checkbox"/>	realistisch							
beruhigend	<input type="checkbox"/>	angsterregend							
unromantisch	<input type="checkbox"/>	romantisch							
kitschig	<input type="checkbox"/>	künstlerisch							
traurig	<input type="checkbox"/>	lustig							
humorlos	<input type="checkbox"/>	humorvoll							
abstumpfend	<input type="checkbox"/>	berührend							
tendenziös	<input type="checkbox"/>	objektiv							
oberflächlich	<input type="checkbox"/>	tiefgehend							
künstlich	<input type="checkbox"/>	authentisch							
unglaublich	<input type="checkbox"/>	glaublich							
einfach	<input type="checkbox"/>	komplex							

40. Was ist Ihnen vom Film am stärksten in Erinnerung geblieben?

Von den Bildern und Handlungssabläufen ist mir am stärksten in Erinnerung:

Von den Informationen zu Gesundheitsfragen ist mir am stärksten in Erinnerung:

41. Wie fühlen Sie sich im Moment?

Ich fühle mich ...

unwohl	<input type="checkbox"/>	wohl							
passiv	<input type="checkbox"/>	aktiv							
traurig	<input type="checkbox"/>	fröhlich							
unsicher	<input type="checkbox"/>	sicher							
nervös	<input type="checkbox"/>	ruhig							
erschöpft	<input type="checkbox"/>	fit							
angespannt	<input type="checkbox"/>	entspannt							
gestresst	<input type="checkbox"/>	ausgeglichen							
krank	<input type="checkbox"/>	gesund							

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

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

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

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

44. Bitte geben Sie an, wie stark Sie sich in die Personen des Films hineinversetzen können:

	<i>Ich kann mich in ... hineinversetzen..</i>	überhaupt nicht						voll und ganz
Assistenzärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Und wie sympathisch sind Ihnen diese Personen des Films:

<i>... ist mir ... sympathisch.</i>		überhaupt nicht								voll und ganz
Assistenzärzte		<input type="checkbox"/>								
Oberärzte		<input type="checkbox"/>								

46. Wie bewundernswert erschienen Ihnen die Personen des Films:

<i>... kam mir ... bewundernswert vor</i>		überhaupt nicht								voll und ganz
Assistenzärzte		<input type="checkbox"/>								
Oberärzte		<input type="checkbox"/>								

47. Welche Informationen haben Sie aus dem Film entnommen? Geben Sie bitte an, welche Antwort einer im Film gegebenen medizinische Information entspricht.

Welche Therapie ist bei Migräne angezeigt?

- Medizinische Massagen und Entspannungsübungen
- sofortige medikamentöse Intervention mit Schmerzmitteln
- starker kalter Kaffee mit Zitrone und Ruhe im abgedunkelten Raum
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Was kann die Ursache bei plötzlich auftretender Ohnmacht und hohem Blutdruck sein?

- Ursache ist immer eine Herz-Kreislauferkrankung
- Stress bei ansonsten guter Gesundheit
- eine Schwangerschaft
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Wie äußert sich eine Arteritis temporalis?

- Durch Ausschlag an den Beinen und Schmerzen im Kiefer
- durch eine krankhafte Erweiterung der Hauptschlagader
- durch Krampfadern
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Wie wird die Arteritis temporalis diagnostiziert?

- durch ein Langzeit-EKG
- durch eine Arterienbiopsie
- mit Hilfe eines Herz-Venenkatheters
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Plötzlich stark geschwollene Lippen deuten hin auf

- Ein Angio-Ödem
- Komplikationen nach einer Botox-Behandlung
- Wassereinlagerungen im Gewebe
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Unter einem Angio-Ödem versteht man

- eine Erkrankung des limbischen Apparats
- eine Kreislauferkrankung
- eine akut auftretende Schwellung
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Behandelt wird ein Angio-Ödem durch

- Hormone und ein Anti-Histaminikum
- Entwässerungsmittel
- ACE-Hemmer
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Eine Unverträglichkeit auf Muscheln kann welche Symptome auslösen?

- Koliken und Erbrechen
- Eiweißschock und Kreislaufprobleme
- Angio-Ödem
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Welche Aussage wird über das amerikanische Gesundheitssystem gemacht?

- Notwendige Operationen sind über die allgemeine Krankenversicherung gedeckt
- Jeder Patient ist krankenversichert, aber nicht jede notwendige OP wird auch bezahlt.
- nicht jeder Patient hat überhaupt eine Krankenversicherung
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

Welche Patienten werden mit einem ACE-Hemmer behandelt?

- Patienten mit Herzerkrankungen
- Patienten an der Dialyse
- psychisch kranke Patienten
- Die Aussage wurde im Film nicht erwähnt

48. Wie sehr sind Sie an Informationen zu Krankheiten interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

49. Wie sehr sind Sie an Informationen zur gesunden Lebensweise interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

50. Wie sehr sind Sie an Informationen zur Gesundheitsvorsorge interessiert?

gar nicht interessiert sehr interessiert

51. Wenn Sie Ihren Gesundheitszustand bewerten müssen, wo auf der Skala würden Sie sich selbst einstufen? 1 bedeutet, dass Sie überhaupt nicht gesund sind; 10, dass Sie voll und ganz gesund sind.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ganz und gar nicht gesund voll und ganz
gesund

52. Im Folgenden stehen jeweils zwei Aussagen einander gegenüber. Bitte entscheiden Sie bei jedem Paar, welche Aussage eher zutrifft. Bitte kreuzen Sie nur jeweils eine der Antwortalternativen an.

<input type="checkbox"/> Vieles Unglück im Leben der Menschen ist zum Teil auf Pech zurückzuführen.
<input type="checkbox"/> Unglück ist die Folge von Fehlern, die man selbst gemacht hat.
<input type="checkbox"/> Es hat sich für mich als gut erwiesen, selbst Entscheidungen zu treffen, anstatt mich auf das Schicksal zu verlassen.
<input type="checkbox"/> Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass die Dinge kommen, wie sie kommen müssen.
<input type="checkbox"/> Es lohnt sich nicht immer, zu weit vorauszuplanen, weil viele Dinge schließlich doch vom Zufall abhängen.
<input type="checkbox"/> Wenn ich Pläne mache, bin ich meist sicher, dass ich sie auch verwirklichen kann.
<input type="checkbox"/> Ob ich das bekomme, was ich will, hat bei mir so gut wie nichts mit Glück zu tun.
<input type="checkbox"/> Häufig könnte man Entscheidungen treffen, indem man eine Münze wirft.
<input type="checkbox"/> Es wird immer Kriege geben, auch wenn sich die Menschen noch so sehr Mühe geben, sie zu verhindern.
<input type="checkbox"/> Eine der Hauptgründe, warum es Kriege gibt, ist, dass sich Menschen nicht genug um Politik kümmern.
<input type="checkbox"/> Die Welt wird von einigen wenigen Mächtigen beherrscht, der kleine Mann kann nur wenig daran ändern.
<input type="checkbox"/> Auch der Durchschnittsbürger kann Einfluss auf die Entscheidungen der Regierung nehmen.
<input type="checkbox"/> Durch aktive Beteiligung im politischen und gesellschaftlichen Bereich kann man Einfluss nehmen auf Ereignisse von weltweiter Bedeutung.
<input type="checkbox"/> Bei dem, was auf der Welt geschieht, sind die meisten von uns Opfer von Kräften, die wir weder verstehen noch beeinflussen können.
<input type="checkbox"/> Mit genügend Anstrengung kann man politische Korruption ausmerzen.
<input type="checkbox"/> Für den einzelnen ist es schwierig, Einfluss darauf auszuüben, was die Politiker in Ihrem Amt leisten.

53. Bitte geben Sie an, wie oft folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Bei "fast nie" kreuzen Sie ganz links, bei "fast immer" ganz rechts an. Mit den Kästchen dazwischen können Sie abstimmen.

<i>Folgende Aussagen treffen auf mich ... zu.</i>	fast nie							fast immer
Ich bin müde	<input type="checkbox"/>							
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	<input type="checkbox"/>							
Ich bin ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/>							
Ich bin glücklich	<input type="checkbox"/>							
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	<input type="checkbox"/>							
Mir fehlt es an Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>							
Ich fühle mich geborgen	<input type="checkbox"/>							
Ich fühle mich niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>							
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	<input type="checkbox"/>							
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	<input type="checkbox"/>							

54. Im Folgenden finden Sie zwei Szenarien gefolgt von Aussagen, was Sie in diesen Situationen tun würden. Bitte beurteilen Sie, wie sehr jede Aussage auf Sie zutrifft.

<i>Stellen Sie sich vor, dass Sie richtig Angst vor dem Zahnarzt haben, aber trotzdem gehen müssen. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?</i>	trifft voll und ganz zu
Ich würde den Zahnarzt ganz genau fragen, was alles gemacht werden muss.	<input type="checkbox"/>
Ich würde vorher etwas trinken oder ein Beruhigungsmittel nehmen.	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir in Gedanken etwas Schönes vorstellen.	<input type="checkbox"/>
Ich würde vom Zahnarzt wissen wollen, wann es wehtun wird.	<input type="checkbox"/>
Ich würde versuchen zu schlafen.	<input type="checkbox"/>
Ich würde den Zahnarzt ganz genau beobachten und dem Bohrgeräusch zuhören.	<input type="checkbox"/>
Ich würde das Wasser beobachten, das aus meinem Mund fließt, um zu sehen, ob es blutig ist.	<input type="checkbox"/>
Ich würde in Gedanken Rätsel lösen.	<input type="checkbox"/>

<i>Stellen Sie sich lebhaft vor, dass es, durch einen großen Einbruch in den Umsätzen, Gerüchte über Entlassungen in Ihrer Abteilung gibt. Ihr Chef hat eine Bewertung Ihrer Arbeit des vergangenen Jahres vorgenommen. Die Entscheidung über Entlassungen wird in ein paar Tagen bekannt gegeben. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?</i>	trifft voll und ganz zu
Ich würde meine Kollegen fragen, ob sie irgendetwas wissen, was mein Chef über mich geschrieben hat.	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch einmal meine Stellenbeschreibung durchlesen und überprüfen, ob ich alle Aufgaben erfüllt habe.	<input type="checkbox"/>
Ich würde ins Kino gehen, um mich von meinen Gedanken abzulenken.	<input type="checkbox"/>
Ich würde versuchen, mich an alle Diskussionen und Streitigkeiten mit meinem Chef zu erinnern, die dazu geführt haben könnten, dass er eine schlechtere Meinung von mir hat.	<input type="checkbox"/>
Ich würde alle Gedanken, entlassen zu werden, aus meinem Kopf verdrängen.	<input type="checkbox"/>
Ich würde meinem Partner sagen, dass ich meine Chancen entlassen zu werden, lieber nicht diskutieren möchte.	<input type="checkbox"/>
Ich würde überlegen, welcher Kollege in meiner Abteilung wohl in den Augen meines Chefs seine Job am schlechtesten erfüllt hat.	<input type="checkbox"/>
Ich würde meine Arbeit weiterhin so verrichten, als ob nichts Besonderes passiert wäre.	<input type="checkbox"/>

55. Stellen Sie sich vor, jemandem passiert ein Missgeschick, z.B. er stolpert, rutscht aus oder fällt hin.

Wie lustig finden Sie es, wenn das Missgeschick einer der folgenden Personen passiert?

<i>Wenn ein Missgeschick einer der folgenden Personen passiert, finde ich das ...</i>	<i>gar nicht lustig</i>							<i>sehr lustig</i>
Politiker	<input type="checkbox"/>							
Kleines Kind	<input type="checkbox"/>							
Priester / Religionsführer	<input type="checkbox"/>							
Schullehrer	<input type="checkbox"/>							
Bettler	<input type="checkbox"/>							
Clown	<input type="checkbox"/>							
Universitätsprofessor	<input type="checkbox"/>							
Behinderte	<input type="checkbox"/>							
Chef	<input type="checkbox"/>							
Ausländer	<input type="checkbox"/>							
Staatsoberhaupt	<input type="checkbox"/>							
Obdachloser	<input type="checkbox"/>							
Arzt	<input type="checkbox"/>							

56. Wie sehr treffen Ihrer Ansicht nach folgende Aussagen zum Themenkreis Humor zu?

<i>Die folgenden Aussagen treffen zu ...</i>	<i>überhaupt nicht</i>							<i>in hohem Maße</i>
Am liebsten ist mir, wenn jeder über jeden lachen kann.	<input type="checkbox"/>							
Ich finde es falsch, mich ausschließlich über andere lustig zu machen.	<input type="checkbox"/>							
Es ist unerträglich, wenn andere Witze über meine Familie machen.	<input type="checkbox"/>							
Witze über die Familie anderer Leute mache ich aus Prinzip nie.	<input type="checkbox"/>							
Wenn andere mich auslachen, dann würde ich am liebsten im Boden versinken.	<input type="checkbox"/>							
Über Schwache und Behinderte mache ich keine Witze.	<input type="checkbox"/>							
Über Moslems sollte man niemals Witze machen, weil sie empfindlicher und aggressiver reagieren als Anders-Gläubige und Atheisten.	<input type="checkbox"/>							
Strenghäufige Menschen verdienen prinzipiell Respekt. Witze sind hier ganz unangebracht.	<input type="checkbox"/>							
Wenn andere über mich lachen, lache ich mit.	<input type="checkbox"/>							
Wer über andere lacht, muss auch selbst einstecken können.	<input type="checkbox"/>							
Wer über sich selbst nicht lachen kann, hat nicht wirklich Humor	<input type="checkbox"/>							

57. Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

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

58. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht								voll und ganz
Im Krankenhaus erhalte ich kompetente Versorgung.	<input type="checkbox"/>								
Kunstfehler werden im Krankenhaus vom medizinischen Personal vertuscht.	<input type="checkbox"/>								
Das Krankenhaus ist steril und abweisend.	<input type="checkbox"/>								
Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Patienten geholfen wird.	<input type="checkbox"/>								
Das Krankenhaus ist ein Ort zum Wohlfühlen.	<input type="checkbox"/>								
Im Krankenhaus riecht es unangenehm.	<input type="checkbox"/>								
Das Krankenhaus ist ein Massenbetrieb.	<input type="checkbox"/>								
Im Krankenhaus ist man als Patient nur eine Nummer.	<input type="checkbox"/>								
Krankenhäuser sind Kompetenzzentren verschiedenster medizinischer Fachrichtungen.	<input type="checkbox"/>								

59. Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

<i>Ich stimme ... zu.</i>	überhaupt nicht								voll und ganz
Im Gesundheitswesen kooperieren alle Beteiligten zum Wohle der Patienten.	<input type="checkbox"/>								
Die medizinische Versorgung der Patienten leidet unter den Machtkämpfen der Ärzte.	<input type="checkbox"/>								
Ärzte sorgen für die Qualität und Effektivität des Gesundheitswesens.	<input type="checkbox"/>								
Das Pflegepersonal stellt die Grundversorgung für alle Patienten sicher.	<input type="checkbox"/>								
Wer sich in die Hände des Gesundheitswesens begibt, ist am Ende mehr krank als zuvor.	<input type="checkbox"/>								
Das Gesundheitswesen ist besser als sein Ruf.	<input type="checkbox"/>								
Auch Fachärzte können Patienten oft nicht helfen.	<input type="checkbox"/>								
Falsche Diagnosen und Behandlungsfehler sind im Gesundheitswesen an der Tagesordnung.	<input type="checkbox"/>								
Reiche werden im Krankheitsfall besser behandelt als arme Leute. Wir leben in einer 2-Klassen-Medizin.	<input type="checkbox"/>								
Krankenkassen arbeiten zum Wohle der Patienten.	<input type="checkbox"/>								

60. Wenn Sie ernsthaft krank sind und ein gesundheitliches Problem haben, an wen würden Sie sich wenden, um ein Gespräch zu führen?

<i>Im Krankheitsfall würde ich ein Gespräch suchen mit</i>	nie								immer
Familie	<input type="checkbox"/>								
Freunde	<input type="checkbox"/>								
Hausarzt	<input type="checkbox"/>								
Facharzt	<input type="checkbox"/>								
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>								
Apotheker	<input type="checkbox"/>								
Personen in Internetforen zu Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/>								
Personen auf Facebook oder in anderen sozialen Netzwerken	<input type="checkbox"/>								

61. Wenn Sie einen gesundheitlichen Rat erhalten, wem vertrauen sie am meisten? Und wem vertrauen sie weniger?

<i>Bei gesundheitlichen Ratschlägen vertraue ich ...</i>	<i>überhaupt nicht</i>	<i>sehr niedrig</i>	<i>sehr hoch</i>	<i>voll und ganz</i>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen in Internetforen zu Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen auf Facebook oder in anderen sozialen Netzwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Lesen Sie sich folgende Aussagen durch und geben Sie an, wie sehr Sie diesen zustimmen.

<i>Ich stimme ... zu.</i>	<i>überhaupt nicht</i>	<i>sehr niedrig</i>	<i>sehr hoch</i>	<i>voll und ganz</i>
Ich achte auf gesunde Ernährung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte auch im hohen Alter gesund und fit bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche Alkohol und Zigaretten zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich betreibe Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Vorsorgeuntersuchungen wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere mich zu Gesundheitsthemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme mir genügende Zeit für mich selbst, um mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Verhütung von Krankheiten lasse ich mich impfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Manche Krankheiten treten in der Bevölkerung öfter auf als andere. Wie wahrscheinlich ist es, dass man Ihrer Ansicht nach an folgenden Krankheiten erkrankt.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen erkranken/leiden an ..., ist ...							Die Wahrscheinlichkeit, dass ich an ... erkranke/leide an, ist ...						
niedrig	sehr niedrig	sehr hoch	hoch	sehr hoch	sehr niedrig	niedrig	sehr niedrig	sehr hoch	hoch	sehr hoch	hoch	sehr hoch	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychisches Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien & Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen (Alzheimer, Parkinson etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gendefekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

16.3. Zusammenfassung

Das interdisziplinäre Forschungs- und Praxisfeld *Gesundheitskommunikation* gewinnt heutzutage zunehmend an Relevanz. Dies lässt sich mitunter auf die Tatsache, dass Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu den bedeutendsten Herausforderungen an moderne Gesellschaften zählen, zurückführen. Auch in der Zivilgesellschaft verstärkt sich das Bewusstsein über den esentiellen Stellenwert der Gesundheit.

Unter zuhilfenahme des *Entertainment-Education*-Konzepts versuchen WissenschaftlerInnen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Doch können auch reine Unterhaltungsformate – wie bspw. die populäre Dramedy-Sitcom „*Scrubs*“ – in diesem Kontext etwas beitragen? Ist das Stilmittel *Humor* für dieses Bestreben überhaupt zielführend oder lenkt es eher von medizinisch und gesundheitlich relevanten Informationen ab? Diese Fragen sollen im Zuge der vorliegenden Arbeit, die sich in die von Univ.-Prof. Dr. Grimm initiierte Studienreihe „Healing Narrativs – Gesundheitskommunikation und Unterhaltung“ einbettet, beantwortet werden. Dazu wurde das Konzept der *Rezeptiven Partizipation* in das experimentelle Forschungsdesign integriert und 199 ProbandInnen, randomisiert in 5 verschiedenen Gruppen, mittels Prä-Post-Methode befragt.
Die Ergebnisse zu den Bereichen *Arztbild*, *Krankenhausbild* und *Gesundheitsvorsorge* sind äußerst aufschlussreich und vor allem für die weiterführende Forschung höchst interessant. Denn Lachen über Scrubs ist tatsächlich gesund, es stimuliert das Vorsorgeverhalten und fördert einen gesunden Lebensstil. Vor allem der Typus des schwarzen Humors entpuppt sich als Katalysator für die Gesundheitskommunikation.

16.4. Abstract

The interdisciplinary research and practice field of health communication is becoming increasingly important nowadays. This can be attributed to the fact that health promotion and disease prevention are amongst the most significant challenges modern societies are facing. Awareness of the essential importance of health is increasing in civil society too.

With the aid of the entertainment education concept, scientists try to create health-promoting framework conditions. But can pure entertainment formats – such as the popular dramedy sitcom „Scrubs“ – contribute in this context? Is the stylistic device humor expedient for this endeavor at all or does it rather distract from medically and sanitary relevant information? These questions are to be answered in the course of the this study, which is embedded in a Univ.-Prof. Dr. Grimm-initiated study series named „Healing Narratives – Gesundheitskommunikation und Unterhaltung“ („*Healing Narratives – Health Communication and Entertainment*“). To this end the concept of receptive participation was integrated into an experimental research design and 199 subjects, randomized in 5 different groups, were interviewed by means of a pre-post questionnaire.

The results relating to doctor's image, hospital image and preventative health care are extremely revealing and most interesting for further research. Because laughter about „Scrubs“ is actually healthy, it stimulates the preventive health behaviour and promotes a healthy lifestyle. Above all, black humor turns out to be a catalyst for health communication.