

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten

Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild von Patienten

Constanze Rossmann

Arzt- und Krankenhausserien kann man im deutschen Fernsehen seit den sechziger Jahren finden, doch einen deutlichen Boom erfuhren sie erst ausgangs des letzten Jahrtausends. Aktuelle Inhaltsanalysen der Serien kommen zu widersprüchlichen Erkenntnissen (Wunderheiler versus Problematisierung), deutsche Wirkungsstudien fehlen ganz, obwohl die Frage nach ihrem Einfluss vor dem Hintergrund zunehmender finanzieller und personeller Defizite im Gesundheitswesen an Relevanz gewinnt. Die vorliegende Kultivierungsstudie geht daher im ersten Schritt der Frage nach der Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien erneut nach, um im zweiten Schritt den Einfluss der Serien auf das Arztbild beim Patienten zu untersuchen. Die quantitative Inhaltsanalyse von jeweils vier Episoden von acht Krankenhausserien zeigt, dass die Mediziner nach wie vor stereotypisiert und idealisiert werden, was sich, so die Befunde der zweiwöchigen Panelbefragung von 157 Krankenhauspatienten, auch in einer positiveren Wahrnehmung der Ärzte beim Patienten niederschlägt: Vielseher von Krankenhausserien beurteilen Ärzte also positiver als Wenigseher, die eigene Erfahrung im Krankenhaus schwächt die Kultivierungseffekte jedoch wieder ab.

Keywords: Arztbild, Arztserien, genrespezifische Kultivierung, Krankenhausserien, Kultivierung

1. Einführung: Zur Relevanz des Themas

„Die Lage der Stadtkliniken ist dramatisch“ (Steinkohl, 2000: L2) ... „Die Medizin-Mafia“ (Matuschek-Labitzke, 2000: 12) ... „Für Kassenpatienten oft Arzneien zweiter Klasse“ (o.V., 2000: 5) ... „Schwere Defizite im Gesundheitswesen: Der Sachverständigenrat stellt Ärzten und Politik ein schlechtes Zeugnis aus“ (Hoffmann, 2001: 6): Solche Überschriften kann man der Berichterstattung über das Gesundheitswesen zunehmend häufiger entnehmen. Der Grund: Das Gesundheitssystem krankt an knapper werdenden finanziellen Ressourcen, Ärzte sind überlastet, Zeit und Budget werden knapper und die Patienten müssen fürchten, letztlich die Leidtragenden zu sein. Das Bild von Ärzten scheint sich zunehmend zu trüben, gleichzeitig wächst die Befürchtung eines mangelnden Vertrauens der Patienten in die Ärzteschaft (vgl. z. B. Feuerstein & Badura, 1991). Davon unbeeindruckt zeugen Patientenumfragen weiterhin vom hohen Ansehen der Weißkittel in der Bevölkerung (vgl. Follmer, 1998, Wasem, 1999, Bühring, 2001). Woher also rührt dieses scheinbar ungetrübtete Bild? Denkbar ist, dass das Arztbild nicht nur von den Alltagserfahrungen der Patienten beeinflusst wird, sondern auch durch die Medien – z. B. durch das Idealbild der Fernsehmediziner in den Arzt- und Krankenhausserien des Fernsehens, die ausgangs des letzten Jahrtausends einen deutlichen Boom erfahren haben. Marktanteile von über 23 Prozent mit über 6 Mio. Zuschauern (über 14 Jahren) im Jahresdurchschnitt belegen die hohe Akzeptanz der Serien beim Publikum (Quelle: GfK Fernsehforschung). Trotzdem lassen sich gerade im

deutschsprachigen Raum kaum Wirkungsstudien zum Thema finden. Zwar haben sich einige Untersuchungen in jüngster Zeit mit der *Darstellung* des Gesundheitswesens in den Serien befasst, doch gehen sie über *Wirkungsvermutungen* nicht hinaus und kommen bzgl. des Arztbildes in den Serien obendrein zu widersprüchlichen Erkenntnissen: Die einen bestätigen eine starke Idealisierung zum „Halbgott in Weiß“, die anderen stellen fest, dass Fernsehärzte und ihr Verhalten durchaus problematisiert werden. In Bezug auf die potenzielle Wirkung postulieren beide Gruppen Negatives: Die Wunderheiler wecken zu hohe Erwartungen an die reale Medizin und stiften aufgrund divergierender Realitätserfahrung Unzufriedenheit und Frustration, während eine negative Darstellung der Ärzteschaft das Vertrauen in die Medizin von vornherein untergräbt (vgl. Igersky & Schmacke, 2000).

Die vorliegende Studie untersucht die Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien, um daran anschließend der Frage nach dem Einfluss von Krankenhausserien auf die Wahrnehmung von Ärzten der Realität nachzugehen. Die Kultivierungshypothese, vor deren Hintergrund zunehmend auch die Einflüsse spezifischer Fernsehgenres auf die Realitätswahrnehmung untersucht werden, stellt die theoretische Basis dar.

2. Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen

2.1 Die Entwicklung der Arzt- und Krankenhausserie

Die Entwicklung der Arztserie im deutschen Fernsehen ist durch ein stetiges Hin und Her zwischen Heile-Welt-Idealisierung auf der einen Seite und Sozialkritik und Realitätsnähe auf der anderen Seite geprägt. So kennzeichneten „Halbgötter in Weiß“ das Bild der sechziger Jahre, wie z. B. in der ersten im deutschen Fernsehen ausgestrahlten US-Serie *Dr. Kildare* und der ersten deutschen Eigenproduktion *Landarzt Dr. Brock*. Die Serien der siebziger Jahre wandten sich von dieser Tendenz ab, um mehr pädagogischen, realitätsnahen und sozialkritischen Charakter zu zeigen. Doch bereits in den Achtzigern kehrte man nach dem Motto „So viel Wirklichkeit wie nötig, soviel Traumwelt wie möglich“ (Schradi, 1986: 56) zu traditionellen Mustern zurück. Damit avancierte das Genre mit der *Schwarzwaldklinik* Mitte der Achtziger zum Quotenhit mit durchschnittlich 60 Prozent Marktanteil (vgl. Giesenfeld & Prugger, 1994). Nach der Einführung des dualen Rundfunksystems und der damit einhergehenden Programmvervielfachung folgte eine langfristige Expansion des Angebots an Arzt- und Krankenhausserien, die sich, so Sat.1-Sprecher Dieter Zurstraßen, als „solides Genre“ (vgl. RP-online, 2000) etabliert haben. Inhaltlich entsprechen die neueren Serien häufig dem alten Vorbild und setzen auf heile Krankenhausidylle. Doch zeichnet sich der Markt der neunziger Jahre hauptsächlich durch sein vielfältiges Angebot aus. Das Spektrum reicht von Serien über niedergelassene Ärzte, wie *Dr. Stefan Frank* (RTL) oder *Dr. Sommerfeld – Neues vom Bülowbogen* (ARD), über klassische Krankenhausserien wie *In aller Freundschaft* (ARD), Spezialkliniken wie *Kurklinik Rosenau* (Sat.1) oder Notaufnahmeserien (*Alphateam*, Sat.1, *Emergency Room*, ProSieben) bis hin zu Comedyserien, wie *Nikola* (RTL) oder *Becker* (Sat.1). Wöchentlich gesendete Serien finden sich genauso wie Soap Operas oder Ärztereihen, stilistisch reichen sie von sozialkritischer, realitätsnaher Gestaltung über dokumentarische Serien bis hin zu comedyhaftem Ulk (vgl. Rosenstein, 1998).

Table 1: Zuschauerzahlen und Marktanteile der untersuchungsrelevanten Krankenhausserien

Titel	Sender	Sendezeit	Zeitraum	Episoden	Anzahl der Zuschauer (Mio.)*	Marktanteil (%) [*]
Für alle Fälle Stefanie	Sat.1	21.15	29.04.96–24.10.02	314	5,18	19,0
Stadtklinik	RTL	20.15	04.01.96–26.07.00	87	4,50	16,4
OP ruft Dr. Bruckner	RTL	21.15	13.11.96–06.09.00	39	4,05	14,4
In aller Freundschaft	ARD	21.45	26.10.98–22.10.02	177	3,32	12,8
Alphateam	Sat.1	22.15	02.01.97–24.10.02	325	3,19	18,0
Emergency Room	ProSieben	20.15	08.01.96–22.10.02	219	2,15	7,5
St. Angela	ARD	18.55	10.04.97–24.10.02	146	2,43	12,0
Chicago Hope	Sat.1	22.15	14.05.96–15.07.02	120	1,83	8,8

* Durchschnitt pro Episode

Basis: Fernseh Zuschauer der BRD ab 14 Jahren, im Zeitraum von 01.01.96 bis 27.10.02, bereinigt: nur Zuschauer, die über gesamten Zeitraum im Fernsehpanel waren, n = 9843

Quelle: GfK-Fernsehforschung

2.2 Das Publikum von Krankenhausserien

Arzt- und Krankenhausserien sind laut ARD/ZDF-Trend 2000 für 36 Prozent der westdeutschen und 42 Prozent der ostdeutschen Bundesbürger „wichtig“ oder „besonders wichtig“ (Darschin & Zubayr, 2000: 249). Tabelle 1 zeigt die Zuschauerzahlen und Marktanteile der für die Untersuchung relevanten Krankenhausserien von 1996 bis 2002. Trotz insgesamt rückläufiger Zahlen¹ zeugen die Quoten vom langfristig stabilen Erfolg der Serien.

Vor dem Hintergrund der Kultivierungshypothese ist dies von entscheidender Bedeutung, können die dargestellten Inhalte der Serien doch nur dann die Realitätswahrnehmung beeinflussen, wenn sie von den Zuschauern auch langfristig häufig rezipiert werden. Wichtig ist auch die Frage, ob die Serien trotz ihrer vielfältigen Varianten gleichförmige Botschaften vermitteln. Der Forschungsstand zur Darstellung von Ärzten im Fernsehen wird im Folgenden skizziert.

2.3 Das Arztbild im Fernsehen

Die vor allem in den USA durchgeführten älteren Inhaltsanalysen sprechen durchweg für ein stark idealisiertes und stereotypes Bild der Fernsehärzte. So zeigte McLaughlin (1975) mit seiner Inhaltsanalyse von 15 zur Prime Time gesendeten Arztserien, dass die meist männlichen, jungen, weißen und überaus attraktiven Fernsehärzte Macht, Autorität und Wissen symbolisieren und den Patienten stets zur Verfügung stehen. Obendrein seien sie von bewundernswerter Persönlichkeit: „They are ethical, kind, responsive to the request of their patients, honest, and courageous.“ (McLaughlin, 1975: 182).

¹ Bei sieben Serien gingen die Zuschauerzahlen in den letzten Jahren stetig zurück: *Für alle Fälle Stefanie* fiel vom Spitzenwert im Jahr 1997, durchschnittlich 6,17 Mio. Zuschauer pro Episode, auf durchschnittlich 4,42 Mio. im Jahr 2001 zurück. Genauso verhielt es sich bei den anderen Serien. Nur *In aller Freundschaft* kann seit dem Sendestart mit durchschnittlich 2,53 Mio. im Jahr 1998 einen stetigen Zuwachs verbuchen und hatte 2001 im Durchschnitt 3,42 Mio. Zuschauer pro Episode (GfK-Fernsehforschung).

Gerbner, Gross, Morgan & Signorielli (1981; vgl. auch Gerbner, Gross, Morgan & Signorielli, 1982) bestätigten dieses Bild für fiktionale Fernsehsendungen: Die Anzahl von dargestellten Ärzten übertrifft demnach jeden anderen Berufsstand, wobei sie als „relatively good, successful, and peaceful“ charakterisiert werden (Gerbner et al., 1981: 902). Gray (1985) beschrieb das Bild der Fernsehärzte als gut, gerecht, gesellig und warmherzig. Kalisch & Kalisch (1984: 537) zeigten, dass das Fernsehen männliche Berufsrollen generell glorifiziere, wovon der Arzt vermutlich mehr als alle anderen Professionen profitiere. Kurzeja (1984) schrieb dem Arzt *Dr. med. Markus Welby* eine Allround-Kompetenz zu, die Vertrauen in das Subsystem der Medizin erwecke, und so die Stabilität des gesellschaftlichen Systems, selbst bei der Darstellung des dysfunktionalen Situationsthemas Krankheit, garantiere. Kurz, Arztserien scheinen immer nach derselben Formel zu funktionieren: Hauptfigur ist ein starker, weißer Arzt in einem großen, städtischen Krankenhaus oder in einer Kleinstadtpraxis (vgl. Turow, 1989), der sich mit Zeit und Einfühlungsvermögen sämtlichen Problemen der Patienten widmet und diese auch löst.

Auch für neuere Arztserien wurde die viel zitierte Stereotypisierung und Idealisierung bestätigt. Rosenthal & Töllner (1999) zeigten mit ihrer Inhaltsanalyse von 69 Sendungen neun verschiedener Arzt- und Krankenhausserien, dass die meist männlichen Fernsehärzte jüngeren oder mittleren Alters, die je nach Arbeitsumfeld entweder ledig (Krankenhaus) oder verheiratet (eigene Praxis) sind, überwiegend sachlich, offensiv, sportlich und vor allem fürsorglich, hilfsbereit, einfühlsam, kompetent und engagiert gezeigt werden – ein Idealbild, das sich, so die Autoren, in der Realität nicht wiederfinden lasse (Rosenthal & Töllner, 1999: 56). Weiderer (1995), die 87 Fernsehärzte aus 37 Sendungen (Serien wie auch Spielfilme) untersuchte, unterstrich diese Befunde und schloss, dass in Arztsendungen „ein zwar relativ facettenreiches Berufsbild der MedizinerInnen gezeichnet werde, welches aber (...) eher an idealisierten Vorstellungen über die ärztliche Tätigkeit als an den realen Verhältnissen ausgerichtet scheint“ (Weiderer, 1995: 635).

Im Gegensatz dazu zeichnen andere aktuelle Studien ein negativeres Bild. Igersky & Schmacke (2000), die von sechs deutschen Arztserien 1998 jeweils eine Folge quantitativ und qualitativ untersuchten, kamen zu dem Schluss, dass Fernsehärzte *nicht* unrealistisch viel Zeit für ihre Fernsehpatienten hätten. Passagen, die den Lebenskontext der Patienten berücksichtigen, seien eher die Ausnahme und Fernsehärzte „nicht mehr ausschließlich die unangreifbaren Halbgötter in Weiß“ (Igersky & Schmacke, 2000: 143). Auch Pfau, Mullen & Garrow (1995), die die Darstellung von Ärzten im US-Prime-Time-Fernsehen 1992 untersuchten, stellten eine negativere Darstellung der Ärzteschaft fest, dies allerdings vor dem Hintergrund eines Vergleichs mit den Befunden einer Befragung von Ärzten: Fernsehärzte seien demnach mächtiger, unmoralischer, weniger selbstlos und ehrlich als sie es *nach Ansicht befragter Mediziner* tatsächlich seien (vgl. Pfau, Mullen & Garrow, 1995: 455; siehe hierzu auch Kapitel 3.2). Die aktuellste Inhaltsanalyse, die die Darstellung von Ärzten in fiktionalen Prime-Time-Serien 1999 untersuchte und zudem andere Genres wie Talkshows, Nachrichten und Nachrichtenmagazine und das Nachmittagsprogramm mit einbezog, bestätigte das negative Bild: „As Pfau et al. observed, more recent prime-time programming features physicians' unfavorable personal characteristics“ (Chory-Assad & Tamborini, 2001: 514).² Dennoch

² Bemerkenswert ist die Beobachtung, dass das Bild der Ärzte in nonfiktionalen Sendungen (Nachrichten, Magazine) nicht wie anzunehmen negativer ist als in fiktionalen, vielmehr werden sie kompetenter, freundlicher und gelassener dargestellt.

weisen die auf siebenstufigen Rating-Skalen erhobenen Merkmale in beiden Studien durchweg positive Mittelwerte auf: zwischen fünf und sechs bei Pfau, Mullen & Garrow (1995: 450), zwischen vier und fünf bei Chory-Assad & Tamborini (2001: 508). Das US-Fernsehen scheint Ärzte demnach zunehmend nachteiliger darzustellen, doch werden sie keineswegs inkompetent, unfreundlich oder gefühllos gezeigt.

Kurz: Während Studien zur Darstellung der Fernsehärzte in älteren Serien durchweg eine Idealisierung und Stereotypisierung feststellen, zeichnen aktuellere Untersuchungen ein widersprüchliches Bild. Vor allem scheint das amerikanische Fernsehen die Ärzte zunehmend negativer zu zeigen. Ob diese Entwicklung auch für das deutsche Fernsehen gelten kann, ist bisher unklar. Daher will die vorliegende Studie die Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien untersuchen, um auf dieser Basis Hypothesen zum Einfluss der Serien auf das Ärztebild der Realität zu formulieren und diese im zweiten Teil zu prüfen. Denn, ob Heile-Welt-Idylle oder realitätsnahe, negativere Darstellung: Meist wird ein Einfluss der Fernsehärzte auf das Bild von Ärzten der Realität postuliert, ohne diesen weiter zu überprüfen: „In the end, what viewers come away with may lead them towards false expectations, and they may increasingly blame doctors for decisions that others make and enforce.“ (Turow, 1996: 1240) Ähnlich der Soziologe Richard Malmshemer (1988: 2): „Rising expectations (fed by the image of the omnipotent and always caring doctor) confronting a less-than-perfect reality can result only in frustration.“

3. Kultivierung durch Arzt- und Krankenhausserien

3.1 Klassische und neuere Annahmen der Kultivierungsforschung

Der Kultivierungsansatz geht davon aus, dass die Menschen der modernen Gesellschaft einen Großteil ihrer Erfahrungen aus der Fernsehwelt ziehen und ihre Realität aus den medial vermittelten Botschaften rekonstruieren (vgl. Weimann, 2000). Dem Fernsehen kommt dabei zentrale Bedeutung zu, weil es sich von anderen Massenmedien aufgrund seiner allgegenwärtigen Verfügbarkeit, seiner hohen Reichweite und zeitlichen Inanspruchnahme und vor allem aufgrund der *Gleichförmigkeit seiner Botschaften* und *Realitätsnähe* unterscheidet (vgl. z. B. Gerbner et al., 1979). Ein wesentlicher Punkt ist die Annahme einer *langfristigen* Formung von Weltbildern, Normen und Werten anstatt kurzfristiger Wirkungen – das Fernsehen wird als *zentrale Sozialisationsinstanz* verstanden. Vor diesem Hintergrund versucht die Kultivierungsforschung nachzuweisen, dass Rezipienten, die viel fernsehen, die Realität im Sinne der Fernsehwelt wahrnehmen und beurteilen, während Wenigseher in ihren Urteilen der tatsächlichen Realität näher kommen (Gerbner et al., 1986: 18).³

Obwohl sich der Kultivierungsansatz fest etabliert hat, war und ist er in vielerlei Hinsicht kritikwürdig.⁴ Nicht zuletzt deshalb hat er sich in verschiedener Hinsicht weiterentwickelt: Die Beobachtung, dass Kultivierungseffekte in Abhängigkeit von der Nachbarschaft von Rezipienten divergieren (vgl. Doob & MacDonald, 1979) führte dazu, die

³ Zur Geschichte der Kultivierungsforschung vgl. z. B. Weimann, 2000; Gerbner, 2002.

⁴ Zentrale Kritikpunkte bezogen sich auf die Messung der abhängigen Variable (forced-error), Kausalschluss, Nonlinearität der Zusammenhänge, mangelnde Kontrolle von Drittvariablen, aber auch Scheinzusammenhänge und Mess-Artefakte wurden der Gerbner-Gruppe vorgeworfen (für einen Überblick vgl. Morgan & Shanahan, 1997).

Kultivierungseffekte in Mainstreaming und Resonanz zu differenzieren (vgl. Gerbner et al., 1980; Gerbner et al., 1986). Eine weitere Spezifizierung resultierte aus der Forderung nach psychologischen Erklärungen, die nach wie vor auf sich warten lassen (vgl. z. B. Hawkins & Pingree, 1982; 1990; Weimann, 2000; Shrum, 2001): Ein erster Schritt war hier die Unterscheidung von zwei Subprozessen, die parallel oder stufenweise verlaufende Lerneffekte beschreiben: *Kultivierung erster Ordnung* bezieht sich auf die Einschätzung von Ereignishäufigkeiten (z. B. Verbrechen, Morde, Krankheiten) oder soziodemographischen Merkmalen (z. B. Geschlechtsverteilung, Alter), *Kultivierung zweiter Ordnung* meint die Herausbildung von Einstellungen, Bewertungen und Wertvorstellungen (vgl. hierzu v. a. Hawkins et al., 1987; Potter, 1991a, 1991b). Eine dritte zentrale Fortentwicklung ist die zunehmende Berücksichtigung genrespezifischer Kultivierungseffekte, die einen stärkeren Einfluss von selektiver, genrespezifischer Fernsehnutzung gegenüber der allgemeinen Fernsehnutzung postuliert. Der klassische Ansatz schließt genrespezifische Kultivierungseffekte von vornherein aus, impliziert er doch die Grundannahme, dass das Fernsehen programmübergreifend gleichförmige Botschaften präsentiert und die Zuschauer den Botschaften aufgrund habitualisierten Fernsehverhaltens nonselektiv ausgesetzt sind (vgl. Gerbner et al., 1979). Nach heutigem Forschungsstand spricht jedoch einiges für genrespezifische Effekte:

1. Das *differenzierte Programmangebot*: Verschiedene Studien belegen die hohe Vielfalt im Programmangebot, die sich auf der Ebene zahlreicher Genres, Formate und Themen ausdrückt. Brosius & Zubayr (1996: 44ff.) zeigten, dass Vielfalt auch wahrgenommen wird.
2. Die *selektive Fernsehnutzung* der Rezipienten: Es ist nicht neu, dass sich Rezipienten nicht nur in ihrer Fernsehnutzungsintensität unterscheiden, sondern auch verschiedene Genre- oder Sendermenüs bevorzugen (vgl. z. B. Weimann et al., 1992; Perse et al., 1994; Hasebrink, 1994).
3. *Stärkere Kultivierungseffekte durch programmspezifische als durch programmübergreifende Inhalte*: Bereits Anfang der achtziger Jahre zeigten Hawkins & Pingree (1981), dass die Zusammenhänge zwischen Fernsehnutzung und Realitätswahrnehmung in Abhängigkeit von einzelnen Genres deutlich variieren können. Zahlreiche Forscher replizierten diese Beobachtung und kamen zu dem Schluss, dass die Kultivierung von Wahrnehmungen und Einstellungen *durch spezifische Genres, Themen oder Sender sogar stärker* ausfällt als durch genreübergreifende Botschaften.⁵

Infolgedessen lenkten zahlreiche Studien ihren Fokus auf die *Untersuchung kultivierender Einflüsse einzelner Genres* und fanden, dass genrespezifische Inhalte sich hauptsächlich in der Wahrnehmung der *Vielseher dieser Genres* niederschlagen und dabei in der Regel einen besseren Prädiktor für die Realitätswahrnehmung darstellen als die allgemeine Fernsehnutzung.⁶ Die ursprüngliche Annahme eines Einflusses der all-

⁵ Potter & Chang (1990) und Potter (1990) verglichen den Einfluss verschiedener Genres, Sendungen und Sendungstypen und fanden unterschiedliche Effekte. Cohen & Weimann (2000) wiesen auch in Israel stärkere Kultivierungseffekte durch Genres nach, wobei Vielseher bestimmter Genres die Welt sogar für schöner und besser hielten als die Wenigseher dieser Genres.

⁶ Vgl. Buerkel-Rothfuss & Mayes, 1981; Carveth & Alexander, 1985; Alexander, 1985, für Soap Operas; Pfau, Mullen, Deidrich & Garrow, 1995, zu Rechtsanwalts-Sendungen; Preston, 1990, zu pornographischen Fernsehsendungen; Davis & Mares, 1998, Rössler & Brosius, 2001, und Hasebrink, 2001, zu Talkshows; Valkenburg & Patiwael, 1998, zu Gerichtsfernsehen.

gemeinen Fernsichtnutzung auf ein nonselektives Fernsehpublikum scheint daher nicht mehr haltbar (vgl. Potter, 1993: 589).

3.2 Forschungsstand

Trotz der zahlreichen Studien, die eine verzerrte Darstellung von Ärzten im Fernsehen beobachteten, sind Kultivierungsstudien im medizinischen Bereich eher rar. Zwei Studien deuten aber darauf hin, dass das Fernsehen die Realitätswahrnehmung von Medizinern beeinflusst. So untersuchten Gerbner et al. (1981) den Einfluss der Darstellung von Ärzten auf die Realitätswahrnehmung des Publikums und stellten unter Vielsehern ein größeres Vertrauen in Ärzte fest als unter Wenigsehern. Nachdem weitere Belege für solche Einflüsse zunächst ausblieben – auch Signorielli (1993: 49) thematisierte die Forschungslücke –, wandte sich eine aktuellere Studie dieser Frage zu: Pfau, Mullen & Garrow (1995) untersuchten das Arztbild in Prime-Time-Sendungen des US-Fernsehens, verglichen das Bild der Fernsehärzte mit Realstatistiken und den Urteilen von 196 postalisch befragten Ärzten⁷, und prüften Kultivierungseffekte bzgl. Geschlecht, sozioökonomischem Status, Familienstand und Alter (erster Ordnung) und Charaktermerkmalen wie Fürsorge, Kompetenz, Persönlichkeit u. dgl. (zweiter Ordnung) anhand einer repräsentativen Telefonbefragung von 247 Erwachsenen. Die Autoren zeigten, dass Vielseher von Arztserien die Ärzteschaft dem Fernsehbild entsprechend jünger, weniger von Männern dominiert, freundlicher, attraktiver, mächtiger, aber auch weniger selbstlos und unehrlicher wahrnehmen. Mit der Annahme, dass jeder bereits direkte Realitätserfahrung mit Ärzten gemacht habe, argumentierten die Autoren, dass sie *Kultivierungseffekte trotz Realitätserfahrung* nachweisen konnten. Die Vermutung scheint zwar plausibel, sollte dennoch unter Kontrolle der Realitätserfahrung genauer geprüft werden.

3.3 Kultivierung durch Krankenhausserien: Grundannahmen der Studie

In Anbetracht zahlreicher Studien, die meist größere genrespezifische Kultivierungseffekte nachweisen als programmübergreifende, scheinen auch Arztserien prädestiniert, Kultivierungseffekte in Abhängigkeit von der Genrenutzung zu untersuchen. Dafür sprechen zunächst die Sendermenüs der Fernsehzuschauer: Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Arztserien nutzen Zuschauer das Genre entweder generell oder gar nicht. Dies zeigt eine Sekundäranalyse von Daten der „Typologie der Wünsche“ (TdW-Daten), die regelmäßig im Auftrag des Burda Advertising Centers erhoben werden. Mittels Faktorenanalysen der Angaben von ca. 20 000 Personen zu ihrer Nutzung von 66 Fernsehsendungen verschiedener Genres (Nachrichten, Magazine, Sport, Talkshows, Daily Soaps, Sitcoms, Arztserien, Science-Fiction, Comedy) konnten elf „Sendungsmenüs“ identifiziert werden. Alle Arztserien luden auf einem Faktor.

Dies spricht dafür, genrespezifische Kultivierungseffekte im Zusammenhang mit Arztserien zu untersuchen. Die *Gleichförmigkeit der Botschaften* deutet allerdings dar-

⁷ Als Realitätsindikator wurden die Einschätzungen von Ärzten zu den Eigenschaften des eigenen Berufsstandes herangezogen – eine verzerrte Darstellung im Fernsehen stellten die Autoren fest, wenn das Fernsehbild von dem der Ärzte abwich. Diese Vorgehensweise ist aus zwei Gründen problematisch: 1) die Einschätzungen der Ärzte könnten ebenfalls durch mediale Einflüsse bedingt sein, 2) die Ärzte haben möglicherweise nicht unbefangene geantwortet (soziale Erwünschtheit).

auf hin, dass eine weitere Spezifizierung notwendig ist: Rosenthal & Töllner (1999) wiesen in ihrer Inhaltsanalyse auf Unterschiede in der Darstellung des medizinischen Personals zwischen Serien über niedergelassene Ärzte und Krankenhausserien hin. Man kann also nur innerhalb der Arzt- oder Krankenhausserien von gleichförmigen Botschaften über Ärzte ausgehen. Da zudem im Vorabend- und Abendprogramm weitaus mehr Krankenhausserien zu finden sind als Serien über niedergelassene Ärzte⁸, konzentriert sich die vorliegende Untersuchung auf dieses Subgenre.⁹

4. Forschungsdesign

Die Studie gliedert sich in drei Forschungsschritte: Zunächst wurde eine Inhaltsanalyse von jeweils vier Episoden acht unterschiedlicher Krankenhausserien durchgeführt, um die Fernsehbotschaften systematisch zu erfassen. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse wurden mit statistischen Kennzahlen der Realität verglichen, um die verzerrten Fernsehbotschaften zu identifizieren und daraus Hypothesen über zu erwartende Kultivierungseffekte zu entwickeln. Die Kategorien, bei denen deutliche Abweichungen zwischen Realität und Fernsehdarstellung bestanden, gingen in die Kultivierungsanalyse ein. *Grundhypothese* ist, dass Vielseher von Krankenhausserien (KS-Vielseher) die Ärzteschaft eher so einschätzen und bewerten, wie sie in den Serien dargestellt werden, während Krankenhausserien-Wenigseher (KS-Wenigseher) in ihrer Einschätzung der Realität näher kommen. Die Hypothesen wurden mit einer zweifeligen Panelbefragung von Krankenhauspatienten überprüft.

5. Inhaltsanalyse

5.1 Methode

Für die Inhaltsanalyse wurden die Krankenhausserien ausgewählt, die im Untersuchungszeitraum Juni/Juli 2000 im Vorabend- und Abendprogramm der öffentlich-rechtlichen und großen privaten Sender im deutschen Fernsehen ausgestrahlt wurden (vgl. Tabelle 1). Von diesen Serien wurden jeweils vier aufeinander folgende Episoden analysiert, um das ganze Akteursspektrum jeder Serie abzudecken. Damit umfasst die

8 In einer Woche im Juni 2000 wurden abends acht verschiedene Krankenhausserien ausgestrahlt, aber nur drei Arztserien. Unter den vormittags gesendeten älteren Serien finden sich zwar mehr über niedergelassene Ärzte, doch schließen die vormittäglichen Einschaltquoten Kultivierungseffekte bei einem breiteren Publikum ohnehin aus.

9 Auch zwischen einzelnen Krankenhausserien könnten wiederum Unterschiede bestehen, etwa wenn wir es mit Herzspezialisten (z. B. *OP ruft Dr. Bruckner*, *Chicago Hope*) auf der einen Seite oder Notfall-Ärzten auf der anderen Seite (z. B. *Emergency Room* oder *Alphateam*) zu tun haben. Die Nutzungsdaten der TDW zeigen jedoch, dass entweder mehrere Serien gesehen werden oder keine, weshalb sich die Unterschiede – so sie überhaupt bestehen – auf einer derart spezifischen Ebene in der Realitätswahrnehmung der Zuschauer nicht niederschlagen dürften. Entscheidend sind eher die Botschaften, die die verschiedenen Serien in gleicher Weise vermitteln und bei Nutzung mehrerer Serien geballt auf den Rezipienten einwirken: die Meta-Botschaften. Da eine Reduktion auf einzelne Sendungen genauso wenig sinnvoll ist wie die Ausweitung auf die allgemeine Fernsehnutzung, wird die Nutzung der Serien schließlich als Indikator für die Spezifikations-ebene herangezogen, bis dahin aber von einem Einfluss des Subgenres Krankenhausserien ausgegangen.

Stichprobe insgesamt 32 Sendungen, die zwischen dem 6. Juni und 17. Juli 2000 im deutschen Fernsehen ausgestrahlt wurden. Die Serien wurden auf drei Ebenen untersucht: Die formalen Sendungsmerkmale (Serie, Sender, Sendeplatz, Produktionsjahr und -land) wurden auf der Sendungsebene erfasst, auf der Akteursebene die Akteursmerkmale, die über alle Episoden hinweg gleich bleiben (statische Merkmale): Soziodemographie (Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Familienstand und Anzahl eigener Kinder), berufliche Merkmale (Position, Fachabteilung, fachliche Qualifikation, Selbstsicherheit und Verfügbarkeit) und äußeres Erscheinungsbild. Dynamische Merkmale hingegen, die in Abhängigkeit von den Akteurskonstellationen variieren dürften, wurden auf der Interaktionsebene erfasst. Darunter fallen die zwei Hauptakteure jeder Interaktion, deren Beziehung zueinander (sexuell, hierarchisch), die Art der Interaktion und das Hauptthema. Zudem wurde für beide Hauptakteure jeweils codiert, ob sie intrigant, fürsorglich, freundlich, aufrichtig oder angespannt waren und wie sie sich verbal ausdrückten. Die Abgrenzung einer Interaktionseinheit erfolgte über Akteurskonstellation und Interaktionsthema.¹⁰

Das Codebuch wurde zunächst in einem *Pretest* einer Folge der Serie *Alphateam* geprüft, die nicht in der Stichprobe enthalten war, wonach die Liste der Interaktionsthemen etwas erweitert wurde. Mit der Codierung wurden schließlich insgesamt 64 Ärzte erfasst, die Zahl der codierten Interaktionen belief sich auf insgesamt 2164. Etwa drei Monate nach der Codierung wurden aus den 32 Sendungen zwei zufällig gezogen. Diese wurden für einen Intracoder-Reliabilitätstest ein zweites Mal codiert. Der Reliabilitätstest nach Holsti (1969) ergab einen durchschnittlichen Reliabilitätskoeffizienten von 0,84.¹¹

5.2 Ergebnisse

Die folgende Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf die für die Kultivierungsanalyse relevanten Kategorien, also solche, die im Vergleich zur Realität verzerrt dargestellt wurden.¹² So zum Beispiel die *soziodemographischen Merkmale* der 64 untersuchten Fernsehärzte: Während die *Geschlechtsverteilung* aller Fernsehärzte nahezu

¹⁰ Als *Akteurskonstellation* wurde die Zusammensetzung aller zum selben Zeitpunkt und am selben Ort befindlichen Akteure verstanden, die zueinander in einer aktiven oder passiven kommunikativen Beziehung standen. Kam ein neuer Akteur hinzu und fügte sich aktiv in die Interaktion ein oder verließ ein Akteur, der aktiv an der Interaktion beteiligt war, die Konstellation, änderte sich die Akteurskonstellation, und es begann eine neue Codiereinheit. Das *Interaktionsthema* war der inhaltliche Gegenstand, auf den sich die Interaktion bezog. Behandelte eine Interaktion mehr als einen der relevanten Themenbereiche, wurde ein neues Thema in einer neuen Interaktionseinheit erfasst, auch wenn sich die Akteurskonstellation nicht veränderte. Inhaltlich unbedeutende Themen dagegen hatten keine neue Interaktionseinheit zur Folge.

¹¹ Aus weiteren Analysen ausgeschlossen wurde die Kategorie Sozialstatus mit einem Koeffizienten von 0,25. Für die Kategorien Familienstand, Station, Art der Interaktion und Interaktionsthema wurde aufgrund von Reliabilitätskoeffizienten von 0,57 bis 0,67 nur mit den Oberkategorien weitergerechnet, die befriedigende Werte von 0,75 bis 0,95 erreichten.

¹² Für die soziodemographischen Merkmale konnten die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten *Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997* und *Grunddaten der Krankenhäuser 1998* als Realitätsdaten herangezogen werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999, 2000). Bei den anderen Merkmalen, z. B. Professionalitätsmerkmalen, basiert die Identifizierung verzerrter Darstellungsweisen dagegen auf Plausibilitätsüberlegungen.

exakt mit der Realität übereinstimmte, zeigte sich in bestimmten beruflichen Positionen eine „emanzipiertere“ Darstellung in den Krankenhausserien. Im Fernsehen waren 17 Prozent der leitenden Ärzte (ärztliche Direktoren, Chefärzte, leitende Oberärzte) weiblich, in der Realität dagegen nur sieben Prozent. Bei Ärzten in mittleren Positionen (Oberärzte ohne leitende Funktion, Funktionsoberärzte, Stationsärzte) war dieser Unterschied mit 41 Prozent weiblicher Ärzte im Fernsehen im Vergleich zu 21 Prozent in der Realität sogar noch größer. Das *Alter* der Ärzte stellten die Krankenhausserien recht realistisch dar: 58 Prozent der Fernsehärzte waren unter 40 Jahren alt, 41 Prozent zwischen 40 und 60 Jahren und ein Arzt über 60 Jahre alt. Diese Verteilung stimmt nahezu exakt mit der Altersstruktur der Ärzte in bundesdeutschen Krankenhäusern überein, in denen 1999 „rund 60 Prozent unter 40 Jahre und etwas mehr als ein Drittel zwischen 40 und 60 Jahre alt und rund vier Prozent älter als 60 Jahre alt“ waren. (Thust, 2000: 7) Eine verzerrte Wahrnehmung der Altersstruktur der Ärzte ist daher nicht zu erwarten. Hinsichtlich des *Familienstandes* dagegen erwies sich die Darstellung des medizinischen Personals als recht unrealistisch, da nur 14 Prozent der Fernsehärzte verheiratet waren. In Ermangelung von Daten zum Familienstand von Krankenhausärzten der Realität wurden die Familienverhältnisse deutscher Bundesbürger als Vergleichsmaßstab herangezogen. Danach war im Jahr 2001 knapp die Hälfte (46 Prozent) der Bundesbürger verheiratet (vgl. Statistisches Bundesamt, 2001). Es ist anzunehmen, dass man diese Zahl aufgrund der jüngeren Altersstruktur und weiterer berufsbedingter Merkmale für Ärzte nach unten korrigieren muss, im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt ist der Anteil an verheirateten Ärzten sicherlich niedriger. Dennoch kann man bei dem auffällig geringen Anteil von nur 14 Prozent im Fernsehen durchaus von einer Verzerrung nach unten ausgehen. Dies begründet die Annahme, dass Vielseher von Krankenhausserien den Anteil verheirateter Ärzte unter- bzw. den Anteil lediger Ärzte überschätzen.¹³

Auch die Befunde zu den *Professionalitäts- und Persönlichkeitsmerkmalen* der Ärzte deuten auf starke Verzerrungen hin. Die Fernsehmediziner waren demnach überaus kompetent, sowohl fachlich (97 Prozent der Ärzte waren stets fachlich kompetent)¹⁴ als auch sprachlich (in 100 Prozent der Interaktionen drückten sie sich sprachlich kompetent aus), verhielten sich ethisch korrekt, d. h., sie waren immer aufrichtig (97 Prozent der Interaktionen) und verhielten sich nahezu nie intrigant (99 Prozent), waren einfühlsam (97 Prozent) und freundlich (89 Prozent), attraktiv (97 Prozent der Ärzte waren durchschnittlich bis sehr attraktiv), stets verfügbar (80 Prozent der Interaktionen), gelassen (73 Prozent) und selbstsicher (82 Prozent der Ärzteschaft). Eine Auswertung der Interaktionsthemen zeigte zudem, dass die Fernsehärzte vergleichsweise häufig auf die Probleme von Patienten eingingen (vierthäufigstes Thema), was die Fürsorge der Ärzte für ihre Patienten unterstreicht. Ein Vergleich mit der Realität ist hier nicht möglich,

¹³ In Bezug auf die dargestellten *Fachrichtungen* beschränkten sich die Verzerrungen auf einzelne Bereiche: Während Ärzte der inneren Medizin und Ärzte ohne Fachrichtung in Fernsehen und Realität ähnlich häufig vertreten waren, waren Fernseh-Chirurgen im Vergleich zur Realität deutlich überrepräsentiert (34 im Vergleich zu 10 Prozent).

¹⁴ Die Merkmale wurden i. d. R. auf der Interaktionsebene (sprachliche Kompetenz, Intriganz, Aufrichtigkeit, Einfühlsamkeit, Freundlichkeit, Gelassenheit), bei stabilen Merkmalen auf der Akteursebene (fachliche Kompetenz, Selbstsicherheit, Attraktivität) codiert. Dabei wurde die Zahl der Ausprägungen jeweils auf zwei bis drei reduziert, um diese genau definieren und abgrenzen zu können. Die jeweils positive Bewertung wurde nur dann codiert, wenn Ärzte sich immer entsprechend verhielten, so war jemand z. B. nur dann fachlich qualifiziert, wenn er bei jeder Behandlung erfolgreich war bzw. das Bestmögliche gegeben hat.

weil für diese weichen Indikatoren keine Realitätsdaten zur Verfügung stehen: Zum einen sind sie nicht direkt messbar, zum anderen sind indirekt gemessene Bewertungen, beispielsweise aus Bevölkerungsumfragen, ungeeignet, da sie selbst (z. B. durch Kultivierungseffekte) verzerrt sein können. Die sehr deutlichen Zahlen legen jedoch nahe, dass die realen Ärzte einem so idealen Bild nicht entsprechen können, zumal zunehmend unumenschliche Arbeitszeiten, Personalmangel und die Finanznot im Gesundheitswesen den Ärzten häufig zu viel abverlangt.

Im Gegensatz zu den Befunden von Pfau, Mullen & Garrow (1995) kann diese Untersuchung auch hinsichtlich der Ausübung von Macht und Autorität durch die Ärzte keine negative Darstellung feststellen. Vielmehr verhielten sich die Fernsehärzte ihren Kollegen gegenüber überwiegend kollegial und standen den Patienten als Berater zur Seite, ohne die eigene Autorität auszunutzen.¹⁵ Auch eine Betrachtung der Frage, ob Fernsehärzte intrigant sind – in der Berichterstattung ist mitunter von „Intrigen statt Skalpellen“ (o. V., 1998a: 44) oder „genreüblichen Intrigen“ (Wystrichowski, 2000: 9) die Rede –, unterstreicht das positive Bild: Nur in 19 von 2164 Interaktionen machten Ärzte andere schlecht, in nur zehn Interaktionen wurden sie bewusst aktiv, um Anderen zu schaden. Lediglich hinsichtlich der Schweigepflicht¹⁶ offenbarten die Weißkittel eine dunkle Seite: Ärzte teilten Personen, die nicht zum Klinikpersonal gehörten, in 126 Interaktionen etwas über den Zustand eines Patienten mit, thematisierten die Schweigepflicht aber insgesamt nur zweimal. Rezipienten könnten daher den Eindruck gewinnen, dass die Schweigepflicht missachtet wird, was durchaus an der Realität vorbeigehen dürfte. Ähnlich verhält es sich bei aktuell diskutierten Fragen wie Arbeitsbelastung, Personalmangel oder Finanznot. In den untersuchten Serien wurde die Arbeitsbelastung in lediglich 21 Interaktionen thematisiert, Fragen wie Personalmangel oder Finanznot von Krankenhäusern noch seltener.

Zuletzt soll auch das Privatleben nicht außer Acht gelassen werden, wird den Krankenhausserien doch bisweilen zugeschrieben, dass es weniger um Krankengeschichten, als um das *Privatleben* des medizinischen Personals und Liebesbeziehungen unter Kollegen gehe (vgl. z. B. Boll, 1994: 86f.). Dies unterstützt auch die vorliegende Untersuchung: Insgesamt 16 Ärzte – dies entspricht immerhin einem Viertel der Ärzteschaft in den Krankenhausserien – hatten ein Verhältnis mit einem Arzt/einer Ärztin. Häufig spielte das Privatleben auch in Gesprächen des medizinischen Personals eine Rolle und nahm im Vergleich mit anderen Themen den zweithöchsten Stellenwert ein. Es bietet sich daher an, auch auf Aspekte des Privatlebens in der Kultivierungsanalyse einzugehen.

15 Die Befunde beruhen auf der Erfassung der hierarchischen Struktur zwischen den Hauptakteuren jeder Interaktion, mit der jeweils festgestellt wurde, ob die Interaktionspartner ein kollegiales, gleichberechtigtes Verhalten an den Tag legten, ob einer der Hauptakteure eine Beraterposition oder eine dominante Machtposition einnahm.

16 Laut § 9 Absatz 1 der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ ist der Arzt verpflichtet, „über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist (...), zu schweigen.“ Dies impliziert, dass ein Arzt Untersuchungsbefunde nicht an Dritte (auch nicht an Angehörige) weitergeben darf, solange der Patient ihn nicht von der Schweigepflicht entbunden hat oder „die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist“ (§ 9 Absatz 2) (o. V., 1997: 5).

6. Forschungshypothesen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ärzte der aktuellen Krankenhausserien des deutschen Fernsehens nach wie vor überaus idealisiert und stereotypisiert dargestellt werden, womit die vorliegenden Ergebnisse im Wesentlichen den Befunden von Weiderer (1995) und Rosenthal & Töllner (1999) entsprechen. Die Fernsehärzte wurden überaus kompetent, souverän, aufrichtig und fürsorglich dargestellt, wobei sie Mitarbeiter wie Patienten meist kollegial-gleichberechtigt behandelten oder ihnen als Ratgeber zur Seite standen. Auch das Privatleben der meist jungen und attraktiven Ärzte wurde recht verzerrt gezeigt: Eine deutliche Mehrheit war ledig und immerhin ein Viertel der Ärzte hatte ein Verhältnis mit einer Kollegin oder einer Krankenschwester. Dementsprechend häufig wurde das Privatleben der Mediziner problematisiert, wohingegen Aspekte wie Finanznot, Arbeitsbelastung oder Schweigepflicht kaum eine Rolle spielten. Hinsichtlich der Geschlechterverhältnisse zeigte sich eine deutlich emanzipiertere Darstellung als in der Realität. So waren mehr Fernsehärzte in leitenden und mittleren Positionen weiblich als an realen deutschen Krankenhäusern.

Damit bieten sich etliche Aspekte, die für eine Analyse kultivierender Effekte bei Vielsehern von Krankenhausserien (KS-Vielseher) im Vergleich zu Krankenhausserien-Wenigsehern (KS-Wenigseher) in Frage kommen. Aus methodischen Gründen wurden nicht alle in die Kultivierungsanalyse einbezogen. Auf Basis der inhaltsanalytischen Befunde wurden folgende Hypothesen formuliert:

- H1: KS-Vielseher unterschätzen im Vergleich zu Wenigsehern den Anteil männlicher Krankenhausärzte in leitenden und mittleren Positionen.
- H2: KS-Vielseher schätzen den Anteil lediger Krankenhausärzte im Vergleich zu Wenigsehern höher ein.
- H3: KS-Vielseher bewerten Ärzte hinsichtlich Kompetenz, Souveränität, Fürsorge, Aufrichtigkeit, nichtintriganten Verhaltens und Attraktivität positiver als Wenigseher.
- H4: KS-Vielseher sind eher der Meinung, dass Ärzte zu wenig Zeit für ihr eigenes Privatleben haben und sich nicht an die Schweigepflicht halten, als Wenigseher.

Neben Krankenhausserien vermitteln auch andere Sendungen, die sich mit dem Gesundheitswesen befassen (Arztserien, Gesundheitsmagazine, Notrufsendungen), und auch Arztromane ein bestimmtes Bild von Ärzten. Da hier nur die Darstellungsweise der Merkmale in Krankenhausserien analysiert wurde, kann nicht vorhergesagt werden, wie andere Medieninhalte die Realitätswahrnehmung beeinflussen. Daraus resultiert eine allgemeine Forschungsfrage zum Einfluss anderer Medieninhalte:

- F1: Welchen Einfluss hat die Rezeption von ähnlichen Medieninhalten wie Krankenhausserien (Arztserien, Gesundheitsmagazine, Notrufsendungen, Arztromane) auf die Einschätzung und Bewertung von Ärzten?

Gerbner et al. (1980) stellten fest, dass die direkte Realitätserfahrung der Rezipienten ihre Realitätswahrnehmung mit beeinflusst (Resonanz). Gerade in der vorliegenden Studie dürfte die Realitätserfahrung eine große Rolle spielen, sind die Erfahrungen der Patienten im Krankenhaus für sie doch von existenzieller Bedeutung. Es ist daher auch denkbar, dass divergierende Realitätserfahrungen die Kultivierungseffekte hier nicht nur abschwächen, sondern zu einer Umkehrung der Effekte, resp. Frustration, führen. Von verschiedener Seite wurden Frustrationseffekte im Zusammenhang mit der idealisierten Darstellung von Ärzten im Fernsehen thematisiert (vgl. Malmshemer, 1988; Turov, 1996; Gerbner et al., 1981), aber nicht untersucht. Daraus resultiert eine weitere allgemein gehaltene Forschungsfrage:

F2: Welchen Einfluss hat die Realitätserfahrung im Krankenhaus auf die Kultivierungseffekte erster und zweiter Ordnung?

7. Kultivierungsanalyse

7.1 Methode

Im Zeitraum vom 20. November bis 31. Dezember 2000 wurde in einem Kreis Krankenhaus einer Kleinstadt in Süddeutschland eine *schriftliche Panelbefragung von Krankenhauspatienten* durchgeführt. Die zweimalige Befragung von Patienten ermöglichte es, den Einfluss direkter Realitätserfahrung kontrolliert zu messen. Die Patienten erhielten kurz nach ihrer Aufnahme im Krankenhaus den ersten Fragebogen, in dem ihre Einschätzungen und Bewertungen der Ärzte (Abhängige Variablen) quasi ohne Realitätserfahrung, ihre Nutzung von Krankenhausserien und ähnlichen Sendungen (Unabhängige Variablen) sowie diverse Rezipientenmerkmale erhoben wurden. Kurz vor ihrer Entlassung wurden die Patienten ein zweites Mal befragt, um mögliche Einschätzungs- und Bewertungsänderungen und zudem Einflüsse von Drittvariablen, wie die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, Veränderung des Gesundheitszustands und die Fernsehnutzung im Krankenhaus, feststellen zu können.¹⁷

Stichprobe

Mit dieser Vorgehensweise wurden innerhalb von sechs Wochen 157 Patienten ab 14 Jahren (1. Welle) befragt. Die zweite Welle erwies sich als problematischer: Nur knapp über die Hälfte der Patienten, die den ersten Fragebogen ausgefüllt hatten, beantworteten auch den zweiten (n = 83). Hauptursache war die *Dauer des Krankenhausaufenthaltes*: Da Patienten nur dann ein zweites Mal befragt wurden, wenn ihr Entlassungstermin *mindestens drei Tage* nach ihrer Aufnahme lag¹⁸, aber noch innerhalb des Erhebungszeitraumes, ging ein Fünftel der Stichprobe in der zweiten Welle von vornherein verloren. Außerdem wurden die Patienten teilweise zu *kurzfristig entlassen*, um sie noch rechtzeitig befragen zu können, oder *verweigerten* die wiederholte Teilnahme. Aufgrund der geringen Fallzahl, die an beiden Wellen teilgenommen hatte, basieren die Auswertungen zum Kultivierungseffekt ohne Realitätserfahrung zunächst auf allen 157 Patienten der ersten Welle. Für die Auswertungen zu Forschungsfrage 2 wurden nur die 87 Patienten herangezogen, die beide Fragebögen beantwortet hatten. Dies war möglich,

¹⁷ Um zu gewährleisten, dass die Patienten die Teilnahme an der Befragung nicht als verpflichtenden Teil ihres Krankenhausaufenthaltes wahrnahmen, besuchte die Verfasserin die Patienten persönlich am Krankenbett, stellte sich als Studentin der Ludwig-Maximilians-Universität München vor, die die Befragung im Rahmen der Abschlussarbeit durchführt, und bat die Patienten um ihre freiwillige Teilnahme. Dabei wurden selbstverständlich nur die Patienten angesprochen, die körperlich und geistig auch in der Lage waren, den Fragebogen schriftlich auszufüllen. Da sich die Verfasserin hier nicht auf das eigene Urteil verlassen wollte, sondern auf das fachliche Urteil des Personals angewiesen war, wurde beim Pflegepersonal nicht nur in Erfahrung gebracht, welche Patienten neu aufgenommen worden waren, sondern vor allem auch, wer von ihnen in der Lage war, an der Befragung teilzunehmen. Somit konnte sichergestellt werden, nicht solche Patienten zu belasten, denen die Befragung möglicherweise sogar schaden konnte.

¹⁸ Es wurden nur diejenigen ein zweites Mal befragt, deren Entlassungstermin *mindestens drei Tage* nach ihrer Aufnahme war, damit die Zeit der Realitätserfahrung nicht zu kurz war und die Patienten sich nicht mehr an ihre Antworten im ersten Fragebogen erinnerten.

weil die beiden Wellen trotz der zahlenmäßigen Unterschiede keine systematischen Verzerrungen aufwiesen (Alterdurchschnitt: 49 (1. Welle) vs. 48 Jahre (2. Welle), Geschlecht: 40 vs. 47 Prozent männlich, Schulbildung: 10 vs. 8 Prozent Abitur, 21 vs. 17 Prozent Realschulabschluss, 67 vs. 76 Prozent Hauptschulabschluss).

Abhängige Variablen

Die *Einschätzungsmerkmale* (Kultivierung erster Ordnung: Geschlecht von Ärzten in leitenden und in mittleren Positionen, Familienstand der Ärzte) wurden mittels Vorgabe von fünf bzw. sechs Häufigkeiten gleicher Abstände erfasst, da die offene Abfrage prozentualer Anteile ebenso kritisiert wurde (vgl. Morgan & Shanahan, 1997: 14f.) wie „Forced-Error“-Fragen mit zwei Antwortvorgaben (vgl. Potter, 1994). Somit wurde der Kritik gerecht, ohne die Möglichkeit zu verlieren, Analyseverfahren mit metrischen Daten anzuwenden. Die Vorgaben wurden so gewählt, dass sie weder die Realitätsantwort, noch die Fernsehantwort begünstigten: Die Zahlen, die der Realität entsprachen, und die, die der Fernsehdarstellung entsprachen, waren jeweils gleich weit von den mittleren Angaben entfernt, stellten aber nicht den kleinsten oder größten Wert dar, um auszuschießen, dass die Zahlen aufgrund einer Tendenz zur Mitte vermieden wurden.¹⁹ Die *Einstellungsmerkmale* (Kultivierung zweiter Ordnung) wurden mit einer Liste von 14 Aussagen über Krankenhausärzte erhoben, die die Patienten auf einer vierstufigen Likert-Skala („trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“, „trifft voll und ganz zu“) bewerten konnten. Die Auswahl der Aussagen basiert auf den in der Inhaltsanalyse analysierten Merkmalen zur Kompetenz, Ethik, Fürsorge, Souveränität, Arbeitsbelastung und Attraktivität der Ärzte.

Unabhängige Variablen

Die zentrale unabhängige Variable bildete die Nutzungshäufigkeit der in der Inhaltsanalyse untersuchten *acht Krankenhausserien*, die die Patienten jeweils auf einer vierstufigen Skala (immer/fast immer, häufig, manchmal, selten/nie) angaben. Die Nutzung ähnlicher Medieninhalte (Gesundheitsmagazine, Notrufsendungen und Arztserien im Fernsehen sowie Arzttromane) wurde analog erfasst.²⁰ Im zweiten Fragebogen wurde die Fernsehnutzung im Krankenhaus erhoben, um bei auffällig intensiver Nutzung eine Kontrollmöglichkeit zu haben.

Drittvariablen

Zur Kontrolle der *Realitätserfahrung vor dem Krankenhausaufenthalt* wurden die Patienten gefragt, ob sie selbst oder ihnen nahe stehende Personen innerhalb der letzten sechs Monate im Krankenhaus gewesen waren und sie mit einem Arzt verwandt oder befreundet sind. Im ersten Fragebogen wurden zusätzlich die soziodemographischen

¹⁹ So wurden auf die Frage, wie viele Ärzte in leitenden Positionen männlich sind, die Antworten 75, 80, 85, 90, 95, 100 von 100 Ärzten vorgegeben, wobei die Fernsehantwort zwischen 80 und 85 Prozent lag, die Realitätsantwort zwischen 90 und 95.

²⁰ Diese Nutzungsvariablen wurden erst *nach* den Kultivierungsfragen gestellt, um Messartefakte aufgrund einer verfrühten Aktivierung der Informationsquelle Fernsehen zu vermeiden. Vollständig ließe sich dies nur vermeiden, wenn man die Fragen zur Fernsehnutzung ganz zum Schluss (im zweiten Fragebogen) stellen würde. Allerdings wären dann sämtliche Antworten der Patienten, die nur den ersten Fragebogen ausgefüllt hatten, für die Analyse unbrauchbar gewesen.

Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung, im zweiten Fragebogen Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Veränderung des Gesundheitszustands erfasst, um etwaige Einflüsse berücksichtigen zu können.

7.2 Ergebnisse

30 Prozent der Befragten sahen mindestens eine der acht Krankenhausserien häufig oder immer. Fast doppelt so hoch war der Anteil unter Einbeziehung der gelegentlichen Nutzung mindestens einer Serie. Nur 41 Prozent sahen Krankenhausserien nie. Dabei legten die Patienten entsprechend den Befunden der Sekundäranalyse der TdW-Daten (vgl. Kapitel 3) ein weitgehend nonselektives Nutzungsverhalten an den Tag, d. h. Befragte, die Krankenhausserien häufiger nutzten, sahen in der Regel mehrere Serien (Cronbach's Alpha = 0,79). Der Gesamtnutzungsindex errechnet sich daher aus dem Mittelwert der Nutzung aller acht Krankenhausserien und bildet die *zentrale unabhängige Variable* der Kultivierungsanalyse.²¹

Kultivierung erster und zweiter Ordnung

Aus dem Gesamtnutzungsindex wurden drei Nutzergruppen gebildet: Nichtseher, die Krankenhausserien nie sehen (41 Prozent der Befragten), Wenigseher, die weniger als die Hälfte der Krankenhausserien gelegentlich sehen (30 Prozent) und Vielseher, die mindestens vier Krankenhausserien gelegentlich (zwei häufiger oder eine immer) sehen (29 Prozent).²² Auf dieser Basis wurden zunächst die Einschätzungs- und Bewertungsmittelwerte der verschiedenen Nutzergruppen verglichen, um die Zusammenhänge mit der Krankenhausserien-Nutzung (KS-Nutzung) zu veranschaulichen und auf Linearität hin zu prüfen. Tabelle 2 stellt die Mittelwerte der drei Nutzergruppen und – soweit vorhanden – die Vergleichszahlen aus den Serien und der Realität dar. Bei den Einschätzungsmerkmalen (Kultivierung erster Ordnung) zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Die Nutzergruppen wichen bei der Einschätzung des Familienstandes der Ärzte und des Geschlechts nicht-leitender Ärzte nicht voneinander ab, wohingegen die Einschätzungen des Geschlechts leitender Ärzte tendenziell in erwarteter Richtung abwichen: Nichtseher von Krankenhausserien glichen in ihrer Einschätzung mehr den Realitätsdaten, Vielseher mehr der Fernsehverteilung, während Wenigseher genau in der Mitte lagen.

²¹ Um die Nutzung der Serien zu spezifizieren, wurden auch Faktorenanalysen gerechnet, auf deren Basis zwei KS-Nutzungsfaktoren extrahiert werden konnten: Der erste Faktor umfasst die Serien *Für alle Fälle Stefanie*, *Stadtklinik*, *OP ruft Dr. Bruckner*, *In aller Freundschaft* und *St. Angela* (= „Lebenshilfe und Orientierung“), der zweite die Serien *Alphateam*, *Emergency Room* und *Chicago Hope* (= „Action“). Die folgenden Analysen wurden jeweils auch für die Faktoren gerechnet, um etwaige Einflussunterschiede der Serientypen kontrollieren zu können: Die beobachteten Kultivierungseffekte traten tendenziell bei beiden Typen, verstärkt jedoch bei den „Lebenshilfe und Orientierungs-Serien“ auf. Um den Rahmen der vorliegenden Publikation nicht zu sprengen, wird hier auf eine Ausführung der Ergebnisse verzichtet (zur Ausführung der Befunde vgl. Rossmann, 2002).

²² Diese Gruppeneinteilung in Nicht-, Wenig- und Vielseher entspricht nicht der in der Kultivierungsforschung üblichen Einteilung in Wenig-, Mittel- und Vielseher. Da die Nutzergruppen aber möglichst gleich groß sein sollten, wurde diese Lösung gewählt.

Tabelle 2: Einschätzungs-Mittelwerte der KS-Nutzergruppen im Vergleich zu Realitätsdaten und Fernsehdarstellung

Merkmal	Realität	Nicht-	Wenig-	Vielseher	TV	F-Wert
Kultivierung erster Ordnung						
leitende Ärzte: männlich (%)	93	90	89	88	83	0,70
nichtleitende Ärzte: männlich (%)	80	71	71	71	59	0,02
Familienstand: ledig (%)	(40)	40	40	40	66	0,07
Kultivierung zweiter Ordnung						
Kompetenz	–	3,4	3,4	3,7	–	3,15*
sprachliche Kompetenz	–	3,2	3,1	3,4	–	2,43
Selbstsicherheit	–	3,2a	3,3ab	3,5b	–	3,99*
Autorität	–	2,5	2,6	2,7	–	0,28
Freundlichkeit	–	3,3a	3,4ab	3,7b	–	4,76*
Verfügbarkeit	–	3,0a	3,0ab	3,4b	–	4,73*
Einfühlsamkeit	–	3,1a	2,9a	3,5b	–	8,29**
Eingehen auf Probleme von Patienten	–	2,7	2,6	3,0	–	2,41
Aufrichtigkeit	–	3,2a	3,0a	3,6b	–	9,04**
Intriganz	–	1,6	1,7	1,6	–	0,33
Einhalten der Schweigepflicht	–	3,4a	3,4a	3,8b	–	7,98**
Überlastung	–	2,8	2,8	2,7	–	0,46
zu wenig Privatleben	–	2,9	2,9	3,2	–	1,69
Attraktivität	–	2,9ab	2,6a	3,1b	–	3,14*

* p < 0,05

** p < 0,01, Einfache Varianzanalyse (Bonferroni), Kennbuchstaben: Mittelwertsunterschiede auf dem 5% Niveau signifikant

Basis: Realität: 108 367 hauptamtliche Ärzte, 419 285 Krankenschwestern/-pfleger im Jahr 1998 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000), 15 458 025 vollstationäre Patienten (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999); Angaben in Klammern: 82 Mio. Bundesbürger (vgl. Statistisches Bundesamt, 2001); Fernsehen: 64 Ärzte; Befragung: 155 Patienten des Kkh Mainburg, davon 64 Nichtseher, 46 Wenigseher, 45 Vielseher von Krankenhausserien

Während diese Unterschiede jedoch nicht signifikant sind, weisen die Bewertungen signifikante Gruppen-Unterschiede auf: Insgesamt wurden die Ärzte zwar von allen recht positiv bewertet, doch hatten die KS-Vielseher im Vergleich zu den Wenig- und Nichtsehern ein noch positiveres Bild. Allerdings verlaufen die Unterschiede nicht streng linear: Die Wenigseher wichen bisweilen stärker von den Vielsehern ab als die Nichtseher. So schätzten KS-Wenigseher die Ärzte z. B. weniger einfühlsam, aufrichtig und attraktiv ein als die beiden anderen Gruppen. Insgesamt zeigt sich im Vergleich zwischen Nicht- und Wenigsehern jedoch kein einheitliches Muster, das interpretierbar wäre, während beide Gruppen, die Krankenhausserien seltener sehen, von den Vielsehern in der Regel signifikant abwichen.

Diese Tendenz soll anhand weiterer Analysen eingegrenzt werden. Tabelle 3 stellt die Zusammenhänge der KS-Nutzung mit den Einschätzungen und Bewertungen der Ärzte auf Basis einfacher Korrelationen und hierarchischer Regressionen (Kontrolle soziodemographischer Merkmale) dar.

Tabelle 3: Zusammenhänge der KS-Nutzung mit den Einschätzungen und Bewertungen der Ärzte (Kontrolle der soziodemographischen Merkmale)

Merkmal	Korrelationen		Regressionen		Gesamt- Varianz R ²
	erwarteter Zusammen- hang	KS- Nutzung r =	Sozio- demographie R ²	KS- Nutzung R ² -Ch.	
Kultivierung erster Ordnung					
leitende Ärzte: männlich (%)	–	–0,05	0,05	0,00	0,05
nichtleitende Ärzte: männlich (%)	–	0,05	0,05*	0,01	0,07*
Familienstand: ledig (%)	+	0,02	0,01	0,00	0,01
Kultivierung zweiter Ordnung					
Kompetenz	+	0,13	0,09**	0,01	0,09*
sprachliche Kompetenz	+	0,15	0,10**	0,01	0,11**
Selbstsicherheit	+	0,17*	0,10**	0,02	0,10**
Autorität	–	0,12	0,04	0,01	0,05
Freundlichkeit	+	0,19*	0,10**	0,02	0,12**
Verfügbarkeit	+	0,22**	0,10**	0,03	0,12**
Einfühlsamkeit	+	0,23**	0,07*	0,03*	0,10**
Eingehen a. Probleme v. Patienten	+	0,19*	0,10**	0,01	0,12**
Aufrichtigkeit	+	0,26**	0,06*	0,05**	0,11**
Intriganz	–	0,10	0,01	0,02	0,03
Einhalten der Schweigepflicht	–	0,30**	0,08*	0,07**	0,15**
Überlastung	–	0,02	0,02	0,00	0,02
zu wenig Privatleben	+	0,19*	0,04	0,04*	0,08*
Attraktivität	+	0,15	0,20**	0,02	0,21**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, zweiseitige Korrelationen (Korrelationskoeffizienten) bzw. hierarchische Regressionen (erklärte Varianz)

erwarteter Zusammenhang: – Unterschätzung/Ablehnung, + Überschätzung/Zustimmung, Basis: 144–153 Patienten; fett markiert: signifikante Zusammenhänge in der erwarteten Richtung

Während auch hier keine Kultivierungseffekte erster Ordnung zu beobachten sind, zeigen sich deutliche Zusammenhänge der KS-Nutzung mit den Bewertungen (Kultivierung zweiter Ordnung): Je mehr die Patienten Krankenhausserien sahen, desto besser bewerteten sie die Ärzte hinsichtlich Fürsorge (freundlicher, verfügbarer, einfühlsamer, mehr auf private Probleme eingehend), Aufrichtigkeit, Einhalten der Schweigepflicht und Attraktivität, und umso mehr glaubten sie, dass Ärzte zu wenig Privatleben hätten. Bei den meisten Merkmalen entspricht dies den erwarteten Zusammenhängen – mit Ausnahme der Schweigepflicht: Während aus der Darstellungsweise in den Serien geschlossen wurde, dass KS-Vielseher eher nicht glauben, dass Ärzte sich an die Schweigepflicht halten, zeigt der vorliegende Zusammenhang das Gegenteil: Je mehr die Patienten Krankenhausserien sahen, desto mehr glaubten sie, dass Ärzte die Schweigepflicht einhalten. Hierfür sind vermutlich Transfereffekte verantwortlich, die vom insgesamt positiveren Gesamtbild beim Vielseher herrühren. Möglicherweise war den Rezipienten aber auch nicht bewusst, dass sich die Fernsehärzte nicht an die Schweigepflicht halten, weil sie a) nicht wissen, was Schweigepflicht genau bedeutet, und diese b) in den Serien auch kaum problematisiert wird.

Während einfache Korrelationen zwischen der Bewertung von Ärzten und der KS-Nutzung bei sieben von 14 Merkmalen signifikante Zusammenhänge in der erwarteten Richtung aufwiesen, verschwanden diese in manchen Fällen nach Kontrolle der soziodemographischen Merkmale. Dies geht vor allem auf den Einfluss des Bildungsstandes auf die Realitätswahrnehmung zurück: Patienten mit niedrigerer Bildung fanden Ärzte freundlicher, selbstsicherer, verfügbarer und glaubten eher, dass sie zu wenig Privatleben hätten. Kurz: Sie zeigten eine ähnliche Realitätswahrnehmung wie die Vielseher von Krankenhausserien. Die Tatsache, dass die Nutzung von Krankenhausserien mit einem niedrigen Bildungsstand zumindest schwach korreliert ($r = -0,24$; $p < 0,01$), lässt vermuten, dass die Zusammenhänge mit der Seriennutzung zum Teil auf den Bildungsstand zurückgehen. Doch einige Zusammenhänge der KS-Nutzung mit den Bewertungsattributen (Einfühlsamkeit, Aufrichtigkeit, Einhalten der Schweigepflicht und zu wenig Privatleben) blieben stabil, so dass die durch Soziodemographie und KS-Nutzung zusammen erklärte Varianz (R^2 -Gesamt) größer ist als die alleinige Varianzaufklärung der soziodemographischen Merkmale. Trotz teils nicht-signifikanter Beta-Gewichte der KS-Nutzung halten die Kultivierungseffekte zweiter Ordnung der Kontrolle soziodemographischer Merkmale somit größtenteils stand.

Einflüsse anderer Medieninhalte

Es ist denkbar, dass Rezipienten von Krankenhausserien ein generelles Interesse an Medieninhalten über das Gesundheitswesen haben und über die Krankenhausserien hinaus auch Arztserien, Gesundheitsmagazine, Notrufsendungen und Arztromane nutzen. Korrelationen zwischen der KS-Nutzung und Rezeption anderer Medieninhalte untermauern dies: So sehen KS-Vielseher auch häufig Arztserien ($r = 0,63$; $p < 0,01$), Notrufsendungen ($r = 0,59$; $p < 0,01$) und Gesundheitsmagazine ($r = 0,27$; $p < 0,01$) und lesen häufig Arztromane ($r = 0,26$; $p < 0,01$), weshalb auch jene die Einschätzungen und Bewertungen beeinflussen könnten. Dies wurde mit Korrelationen überprüft.²³

Tabelle 4 zeigt, dass die Nutzung von Arztserien, Gesundheitsmagazinen und Arztromanen mit einer Ausnahme ebenso wenig mit der Einschätzung von Geschlecht und Familienstand der Ärzte zusammenhängt wie die Rezeption von Krankenhausserien. Demgegenüber lassen sich die beobachteten Kultivierungseffekte zweiter Ordnung nicht allein auf die Nutzung von Krankenhausserien zurückführen, da die Patienten Krankenhausärzte auch dann positiver bewerteten, wenn sie Arztserien, Gesundheitsmagazine und Notrufsendungen häufiger sahen, und tendenziell, wenn sie häufiger Arztromane lasen. Anders ausgedrückt: Die Nutzung von Krankenhausserien hat zwar eine positivere Bewertung von Krankenhausärzten zur Folge, doch sind diese Zusammenhänge nicht exklusiv, sondern zusammen mit anderen ähnlichen Sendungen vermutlich stärker. Dies deutet darauf hin, dass die Beschränkung auf *ein* Genre zur Untersuchung von Kultivierungseffekten bei Gesundheitsthemen und Berufen des Gesundheitswesens ein unvollständiges Bild liefert. Folgestudien sollten neben Krankenhausserien daher auch andere Genres, die das Gesundheitswesen thematisieren, untersuchen.

²³ Genauere Aussagen über die Einflüsse verschiedener Genres ließen sich auf Basis hierarchischer Regressionen machen. Doch die teils starken Zusammenhänge zwischen den Nutzungsisitem hätten ernsthafte Multikollinearität zur Folge, weshalb darauf verzichtet wurde.

Tabelle 4: Zusammenhänge der Nutzung von Krankenhausserien und ähnlichen Medieninhalten mit der Einschätzung und Bewertung von Ärzten

Merkmal	KS r =	AS r =	GM r =	NR r =	AR r =
Kultivierung erster Ordnung					
leitende Ärzte: männlich	-0,05	-0,08	-0,03	-0,12	-0,04
nichtleitende A.: männl.	0,05	-0,01	0,09	-0,17*	-0,05
Familienstand: ledig	0,02	-0,04	-0,03	0,02	-0,05
Kultivierung zweiter Ordnung					
Kompetenz	0,13	0,14	0,15	0,25**	0,03
sprachliche Kompetenz	0,15	0,11	0,10	0,17*	0,03
Selbstsicherheit	0,17*	0,09	0,11	0,11	-0,04
Autorität	0,12	0,21*	0,21*	0,05	0,04
Freundlichkeit	0,19*	0,21**	0,18*	0,20*	0,03
Verfügbarkeit	0,22**	0,17*	0,19*	0,27**	0,09
Einfühlsamkeit	0,23**	0,26**	0,14	0,23**	0,09
Eingehen a. Probl. v. Patienten	0,19*	0,22**	0,04	0,16	0,11
Aufrichtigkeit	0,26**	0,23**	0,01	0,25**	0,03
Intriganz	0,10	0,05	0,01	-0,03	0,11
Einhalten der Schweigepflicht	0,30**	0,25**	0,11	0,21*	0,16*
Überlastung	0,02	0,04	0,10	-0,04	0,16
zu wenig Privatleben	0,19*	0,16	0,19*	0,17*	0,22**
Attraktivität	0,15	0,27**	0,34**	0,13	0,19*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, zweiseitige Korrelationen, Basis: 144–156 Patienten

fett markiert: signifikante Zusammenhänge in der (bzgl. Krankenhausserien) erwarteten Richtung

Abkürzungen: AS (Arztserien), GM (Gesundheitsmagazine), NR (Notrufsendungen), AR (Arztromane)

Einfluss der Realitätserfahrung

Der Einfluss der Realitätserfahrung auf die Wahrnehmung von Ärzten wurde in zweierlei Hinsicht überprüft (vgl. Tabelle 5): Zum einen stellte sich die Frage, welchen Einfluss Realitätserfahrungen vor dem ersten Messzeitpunkt²⁴ ausübten, zum anderen, wie sich die aktuellen Erfahrungen im Krankenhaus auswirkten.

Vergleicht man zunächst die Zusammenhänge der KS-Nutzung mit den Einschätzungen und Bewertungen der Ärzte zwischen Patienten mit und ohne Realitätserfahrung vor der ersten Befragung, so zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Während die Patienten mit Realitätserfahrung bei einigen Merkmalen weniger beeinflusst zu sein scheinen – was zunächst darauf hindeuten würde, dass divergierende Realitätserfahrungen bei diesen Patienten die Kultivierungseffekte abgeschwächt haben –, sind die Zusammenhänge bei anderen Merkmalen in dieser Gruppe sogar stärker. Deutlicher wird der Einfluss der Realitätserfahrung im Zusammenhang mit dem aktuellen Krankenhausaufent-

²⁴ Hierfür wurden die Patienten zum ersten Messzeitpunkt gefragt, ob sie selbst oder ihnen nahe stehende Personen in den letzten sechs Monaten im Krankenhaus waren, und ob sie mit einem Arzt befreundet oder verwandt sind. Wurde eines dieser Items mit „ja“ beantwortet, fielen sie der Gruppe „Patienten mit vorhergehender Realitätserfahrung“ zu.

Tabelle 5: Einfluss der Realitätserfahrung auf die Einschätzung und Bewertung von Ärzten

Merkmal	Gesamt	vorherige Realitätserf.		Gesamt Veränderung	
	t1 r =	nein r =	ja r =	t2 r =	t1-t2 r =
Kultivierung erster Ordnung					
leitende Ärzte: männlich	-0,05	-0,16	-0,05	0,14	0,09
nichtleitende Ärzte: männlich	0,05	-0,05	0,07	0,12	-0,04
Familienstand: ledig	0,02	-0,11	0,06	-0,06	0,04
Kultivierung zweiter Ordnung					
Kompetenz	0,13	0,28*	0,10	0,08	-0,02
sprachliche Kompetenz	0,15	0,27*	0,15	0,06	-0,06
Selbstsicherheit	0,17*	0,23	0,19	0,06	-0,23**
Autorität	0,12	0,19	0,14	-0,01	-0,08
Freundlichkeit	0,19*	0,33*	0,21*	0,05	-0,12
Verfügbarkeit	0,22**	0,26	0,23*	0,16	-0,00
Einfühlsamkeit	0,23**	0,34**	0,21*	0,02	-0,13
Eingehen a. Probl. v. Patienten	0,19*	-0,10	0,31**	-0,00	-0,06
Aufrichtigkeit	0,26**	0,34**	0,26*	0,08	-0,17
Intriganz	0,10	-0,23	0,19	-0,23*	-0,05
Einhalten der Schweigepflicht	0,30**	0,28*	0,35**	0,24*	-0,13
Überlastung	0,02	-0,15	0,06	0,02	0,16
zu wenig Privatleben	0,19*	0,08	0,26*	0,13	0,03
Attraktivität	0,15	0,12	0,16	0,24*	0,14

* p < 0,05

** p < 0,01, zweiseitige Korrelationen, fett markiert: signifikante Zusammenhänge in der erwarteten Richtung

Basis: Gesamt t1: 144–154 Patienten, vorherige Realitätserfahrung (Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Monaten (selbst/Nahestehende), Freundschaft/Verwandschaft mit einem Arzt): nein 53–60, ja 89–92 Patienten, Gesamt t2: 77–83 Patienten, Veränderung: 74–82 Patienten,

Lesbeispiel: Je mehr die Patienten Krankenhauserien sahen, umso mehr fiel ihre Bewertung der Ärzte hinsichtlich Einfühlsamkeit und Freundlichkeit am Ende des Krankenhausaufenthaltes negativer aus als am Anfang.

halt. Die Bewertungen der Ärzte durch die kurz vor der Entlassung stehenden Patienten weisen darauf hin, dass divergierende Realitätserfahrungen die Kultivierungseffekte abgeschwächt haben. So zeigt sich hier ein fast durchgehend negativer Zusammenhang der KS-Nutzung mit der Bewertungsänderung: KS-Vielseher, die das medizinische Personal am Anfang des Krankenhausaufenthaltes positiver bewerteten, korrigierten ihre Bewertung am Ende des Krankenhausaufenthaltes nach unten und bewerteten das medizinische Personal *im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt negativer*. Umgekehrt bewerteten Patienten das medizinische Personal im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt positiver, je weniger Krankenhauserien sie sahen.²⁵ *Im Vergleich zu Wenigsehern* aber

²⁵ Die meisten Zusammenhänge sind zwar nicht signifikant, doch das konsistente Bild und die für Kultivierungseffekte einigermaßen hohen Korrelationskoeffizienten sprechen dafür, den Tendenzen Beachtung zu schenken. Vermutlich geht die mangelnde Signifikanz zum Teil auf die recht kleine Stichprobe zurück.

bewerteten KS-Vielseher Ärzte dennoch tendenziell *positiver*, was die Zusammenhänge mit der KS-Nutzung zum zweiten Messzeitpunkt verdeutlichen. Ein Frustrationseffekt in dem Sinn, dass KS-Vielseher die Ärzte nach dem Krankenhausaufenthalt negativer bewerten als Wenigseher, konnte also nicht beobachtet werden.²⁶ Die durch die Fernsehmediziner geweckten Idealvorstellungen wurden jedoch enttäuscht, was die Befürchtung von Plewnia (1999: 19) durchaus bestätigt: „Das in jederlei Hinsicht ideale Verhalten dieser Repräsentanten des Arztberufes lässt den eigenen Arztbesuch zwangsläufig zu einem desillusionierenden Erlebnis werden.“

8. Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Idealisierung und stereotype Darstellung der Ärzte in den Krankenhausserien in der Realitätswahrnehmung der Rezipienten zumindest begrenzt niederschlägt. Während die Einschätzung von Geschlechtsverteilung und Familienstand der Ärzte (Kultivierung erster Ordnung) von der Rezeption von Krankenhausserien vollkommen unbeeinflusst scheint, zeigen sich für die Kultivierung typische schwache, aber signifikante Zusammenhänge²⁷ bei den Bewertungen (Kultivierung zweiter Ordnung), die darauf hindeuten, dass die Zufriedenheit mit Ärzten mit steigendem Krankenhausserien-Konsum größer ist. Dabei wurden – vermutlich durch Transfereffekte – auch Merkmale mit beeinflusst, die eigentlich negativer hätten bewertet werden müssen (Schweigepflicht). Diese Zusammenhänge blieben größtenteils auch nach Kontrolle der soziodemographischen Merkmale stabil, womit man den Krankenhausserien gleichsam einen „Heile-Welt-Effekt“ zuschreiben kann. Die Einflüsse des Fernsehens auf die Realitätswahrnehmung müssen also nicht zwangsläufig im Gerbner’schen Sinne einer „scary world of television“ negativ sein, sondern können in Übereinstimmung mit den Befunden von Cohen & Weimann (2000) bei Vielsehern *eines bestimmten Genres* auch eine positivere Wahrnehmung der sozialen Realität erzeugen. Jedoch sind auch diese Effekte nicht resistent gegen negative Realitätserfahrungen. So zeigten sich unterschiedliche Zusammenhänge mit der KS-Nutzung sowohl in Abhängigkeit von Realitätserfahrungen vor der ersten Befragungswelle – hier ließ sich allerdings kein einheitliches Muster erkennen – als auch in Folge der unmittelbaren Realitätserfahrungen im Krankenhaus: Die Zusammenhänge waren am Ende des Krankenhausaufenthaltes *schwächer* als am Anfang („vor“ der Realitätserfahrung). Eine Pauschalisierung in dem Sinn, dass Einflüsse des Fernsehens auf die Realitätswahrnehmung von Ärzten generell vor dem Hintergrund vorhandener Realitätserfahrung gemessen würden, weil fast jeder schon einmal einen Arzt konsultiert hat (vgl. Pfau, Mullen & Garrow, 1995), ist vor diesem Hintergrund daher nicht haltbar. Ein Frustrationseffekt, der von verschiedener Seite postuliert wurde (vgl. Malmsheimer, 1988; Turow, 1996), ließ sich jedoch nicht erkennen: KS-Vielseher schätzten die Ärzte auch nach der Rea-

²⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Krankenhaus, in dem die Realitätserfahrung gemacht wurde, um ein sehr kleines Krankenhaus mit nur 126 Betten handelt. Es ist durchaus denkbar, dass die Realitätserfahrung an diesem Krankenhaus nicht so stark von der Darstellung im Fernsehen abweicht wie die Realitätserfahrung an größeren Krankenhäusern, die durch die Anonymität eines „Massenbetriebes“ (vgl. z. B. Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten FvV, 1988) geprägt sind.

²⁷ Eine Meta-Analyse von 52 Kultivierungsstudien zeigte einen Gesamteffekt von $r = 0,09$, der auf einen kleinen, aber beständigen Effekt hinweist (vgl. Morgan & Shanahan, 1997: 27).

litätserfahrung noch tendenziell positiver ein als KS-Wenigseher. Fraglich bleibt jedoch, ob die kurzfristig beobachteten Einflüsse der Realitätserfahrung langfristig erhalten bleiben, der Krankenhausaufenthalt also die positiven Kultivierungseffekte langfristig nivelliert, oder der Eindruck, den der Krankenhausaufenthalt unmittelbar hinterlassen hat, wieder in Vergessenheit gerät, so dass die Kultivierungseffekte wieder stärker werden.

Einschränkungen

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die vorliegende Untersuchungsanlage keinen kausalen Nachweis von Einflüssen des Fernsehens auf die Realitätswahrnehmung gewährleisten kann. Denkbar ist auch, dass Menschen gerade deshalb viel Krankenhausserien sehen, weil sie eine hohe Meinung von Ärzten haben. Diesem Einwand gilt es, in Folgestudien weiter nachzugehen, etwa indem der Einfluss von Krankenhausserien auf die Wahrnehmung von Ärzten experimentell geprüft wird (ähnlich wie Rössler & Brosius, 2001, zu Talkshows). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die eingeschränkte externe Validität: Zum einen wurden ausschließlich Krankenhauspatienten befragt, die sich hinsichtlich Durchschnittsalter, geschlechtlicher Verteilung, Bildung und Gesundheitszustand vom Rest der bundesdeutschen Bevölkerung unterscheiden. Die Ergebnisse können nur auf die Grundgesamtheit deutscher Krankenhauspatienten übertragen werden, die mit der Verteilung der Stichprobe weitgehend übereinstimmen. Zum anderen aber ergeben sich dadurch weitere Einschränkungen, dass nur an *einem* Krankenhaus befragt wurde, das a) in einer niederbayerischen, eher ländlichen Kleinstadt liegt, b) ohnehin als Allgemeinkrankenhaus nicht repräsentativ für alle Krankenhäuser sein kann, aber auch c) mit 126 Betten relativ klein ist, so dass es durchaus denkbar ist, dass die Realitätserfahrung an diesem Krankenhaus nicht so stark von der Darstellung im Fernsehen abweicht wie die Realitätserfahrungen an größeren Krankenhäusern. Im Zusammenhang mit den Befunden zur Realitätserfahrung muss auch berücksichtigt werden, dass die Panelmortalität relativ hoch war. Die Ergebnisse zum Einfluss der unmittelbaren Realitätserfahrung basieren auf lediglich 87 Probanden, weshalb sie nur eingeschränkt übertragbar sind.

Implikationen für die Kultivierungsforschung

Während Rössler & Brosius (2001) in ihrer Studie zu genrespezifischen Kultivierungseffekten durch Talkshows Kultivierungseffekte erster Ordnung, nicht aber zweiter Ordnung, nachweisen konnten, zeigte sich hier der umgekehrte Effekt. Das unterstützt zahlreiche Befunde dazu, dass es keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen beiden Prozessen gibt, also Einstellungen und Bewertungen nicht zwangsläufig aus der Häufigkeitswahrnehmung konstruiert werden (vgl. Hawkins et al., 1987; Potter, 1991a, b). Möglicherweise bedingt auch die unterschiedliche Beschaffenheit der Sendungen die unterschiedlichen Effekte: Während Häufigkeit und Bedeutung von Themen zentrale Bestandteile von Talkshows sind, spielen in Krankenhausserien eher Verhaltensweisen, Handlungen und Persönlichkeiten eine Rolle, weshalb sich Häufigkeitsverteilungen hier nicht, die Eigenschaften von Personen dagegen deutlich in Kultivierungseffekten niederschlugen.

Auch stellt sich die Frage, ob im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen tatsächlich genrespezifische oder doch eher genreübergreifende Kultivierungseffekte zum Tragen kommen. Die vorliegenden Befunde zeigen, dass das Ärztebild beim Patienten nicht

allein mit der Nutzung von Krankenhausserien zusammenhängt, sondern mitunter auch mit der Nutzung von Notrufsendungen, Arztserien und Gesundheitsmagazinen. Dies wirft die Frage auf, ob die Ebene der Genres tatsächlich geeignet ist, um Metabotschaften zu identifizieren. Aus zahlreichen Studien wissen wir zwar, dass die Genrenutzung Kultivierungseffekte besser erklärt als die allgemeine Fernsehnutzung, doch heißt dies nicht zwangsläufig, dass dies die beste Analyseebene ist. Denkbar ist beispielsweise, dass die Rezipienten ihr Realitätsurteil aus der Gesamtheit aller Sendungen bzw. Genres zu einem Thema bilden, hier also aus der Gesamtheit der Botschaften über das Gesundheitswesen. Daher stellt sich die Frage, wie Ärzte in nonfiktionalen Sendungen, also Nachrichten, Gesundheitsmagazinen, Boulevardsendungen etc. dargestellt werden. Denkbar ist, dass das Bild hier eher kritischer ist, was eine im Medientenor veröffentlichte Analyse von Fernsehnachrichten (Zeitraum: Januar 1996 bis März 1998) bestätigt, wonach die Berichterstattung über Ärzte einhergehend mit den Problemen im Gesundheitswesen zunehmend negativer wird (o. V., 1998b). Im Gegensatz dazu stellten Chory-Assad & Tamborini (2001) in ihrer Inhaltsanalyse von nonfiktionalen Sendungen des US-Fernsehens eine positivere Tendenz im Vergleich zu fiktionalen Sendungen fest. Aufschluss kann hier nur eine genauere Untersuchung des Arztbildes in fiktionalen wie nonfiktionalen Sendungen geben, einhergehend mit einer erweiterten Kultivierungsanalyse, die die Genrenutzung umfassender mit einbezieht. Je nach Sendermenü – Präferenz fiktionaler Sendungen oder nonfiktionaler, generelle Präferenz gesundheitlicher Themen über verschiedene Genres hinweg etc. – dürfte hier eine unterschiedliche Beeinflussung der Realitätswahrnehmung zu finden sein.

Bedeutung für das Gesundheitswesen

Bislang deuten die Befunde darauf hin, dass die Befürchtung, die Idealisierung der Ärzte zu „Halbgöttern in Weiß“ in Krankenhausserien rufe nur Frustration hervor, ausgeräumt werden kann: Vielseher von Krankenhausserien bewerten Ärzte, nachdem sie sie erlebt haben, schlechter als vorher, nicht aber schlechter als Wenigseher. Eher zutreffend ist die Beschreibung des Krankenhausaufenthaltes als desillusionierendes Erlebnis – dies aber nur, weil die Flut von Fernsehmediziner:innen in Serie erst die Illusion einer heilen Krankenhauswelt erweckt. Ein Krankenhausaufenthalt ersetzt (zumindest vorübergehend) die medial erzeugte Illusion durch eine realistischere Sichtweise, verschlechtert das Bild des Gesundheitswesens insgesamt aber nicht. Damit gehen von Krankenhausserien allenfalls positive Einflüsse aus: Der „gesunde Vielseher“ sieht im Arzt einen „Halbgott in Weiß“. Der „kranke Vielseher“ bringt zum Arztbesuch ein hohes Vertrauen mit. Es liegt daher in der Hand der Ärzte selbst, den Arztbesuch zu einem bestätigenden oder desillusionierenden Erlebnis zu machen.

Literatur

- Alexander, A. (1985): Adolescents' soap opera viewing and relational perceptions. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 29, 295 – 308.
- Boll, U. (1994): *Die Gattung Serie und ihre Genres*. Aachen: Alano.
- Brosius, H.-B. & Zubayr, C. (1996): *Vielfalt im deutschen Fernsehprogramm. Eine Analyse der Angebotsstruktur öffentlich-rechtlicher und privater Sender*. Ludwigshafen: LPR-Schriftenreihe. Band 12.
- Buerkel-Rothfuss, N. L. & Mayes, S. (1981): Soap opera viewing: The cultivation effect. *Journal of Communication*, 31, 108 – 115.
- Bühning, P. (2001): Ganzheitliche Therapie gewünscht. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, B-1109.

- Carveth, R. & Alexander, A. (1985): Soap Opera viewing motivations and the cultivation process. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 29, 259 – 273.
- Chory-Assad, R. M. & Tamborini, R. (2001): Television Doctors: An analysis of physicians in fictional and non-fictional television programs. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 45, 499 – 521.
- Cohen, J. & Weimann, G. (2000): Cultivation Revisited: Some genres have some effects on some viewers. *Communication Reports*, 13, 99 – 114.
- Darschin, W. & Zubayr, C. (2000): Warum sehen die Ostdeutschen anders fern als die Westdeutschen? Demoskopische Erklärungsversuche aus den Ergebnissen des ARD/ZDF-Trends und der GfK-Fernsehforschung. *Media Perspektiven*, Heft 6, 249 – 276.
- Davis, S. & Mares, M.-L. (1998): Effects of talk show viewing on adolescents. *Journal of Communication*, 48, 69 – 86.
- Doob, A. N. & MacDonald, G. E. (1979): Television viewing and fear of Victimization: Is the relationship causal? *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 170 – 179.
- Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten (Hrsg.) (1988): *Menschen im Krankenhaus. Repräsentative Umfrage über Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern durch drei Jahrzehnte*. Solingen-Wald: Knoche.
- Feuerstein, G. & Badura, B. (1991): *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Follmer, R. (1998): Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. In: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.), *Qualität nachgefragt*. Bad Hersfeld: Hoehl-Druck, S. 59 – 82.
- Gerbner, G. (2002): *Against the mainstream. The selected works of George Gerbner*. New York, NY: Peter Lang.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. & Signorielli, N. (1980): The „mainstreaming“ of America: Violence profile no. 11. *Journal of Communication*, 30, 10 – 29.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. & Signorielli, N. (1981): Special report: Health and medicine on television. *The New England Journal of Medicine*, 305, 901 – 904.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. & Signorielli, N. (1982): Charting the mainstream: Television's contribution to political orientations. *Journal of Communication*, 32, 100 – 127.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. & Signorielli, N. (1986): Living with television: The dynamics of the cultivation process. In: J. Bryant & D. Zillmann (eds.), *Perspectives on media effects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, S. 17 – 40.
- Gerbner, G., Gross, L., Signorielli, N., Morgan, M. & Jackson-Beeck, M. (1979): The demonstration of power: Violence profile No. 10. *Journal of Communication*, 29, 177 – 196.
- Giesenfeld, G. & Prugger, P. (1994): Serien im Vorabend- und im Hauptprogramm. In: H. Schanze & B. Zimmermann (Hrsg.), *Das Fernsehen und die Künste. Geschichte des Fernsehens in der Bundesrepublik Deutschland*. Band 2. München: Wilhelm Fink, S. 349 – 387.
- Gray, D. E. (1985): Other opinion: The perception of MD fees. *American Medical News*, 08.03.85: 4.
- Hasebrink, U. (1994): Das Publikum verstreut sich. Zur Entwicklung der Fernsehnutzung. In: O. Jarren (Hrsg.), *Medienwandel – Gesellschaftswandel? 10 Jahre dualer Rundfunk in Deutschland*. Berlin: Vistas, S. 265 – 287.
- Hasebrink, U. (2001): Kultivierte Talkshow-Nutzer? Tägliche Talkshows und die Realitätswahrnehmung Jugendlicher. In: C. Schneiderbauer (Hrsg.), *Talkshows unter der Lupe. Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung und Praxis*. München: Reinhard Fischer, S. 153 – 177.
- Hawkins, R. P. & Pingree, S. (1981): Uniform content and habitual viewing: Unnecessary assumptions in social reality effects. *Human Communication Research*, 7, 193 – 226.
- Hawkins, R. P. & Pingree, S. (1982): Television's influence on social reality. In: D. Pearl, L. Bouthilet & J. B. Lazar (eds.), *Television and behavior. Ten years of scientific progress and implications for the eighties, Vol. 2*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, S. 224 – 247.
- Hawkins, R. P. & Pingree, S. (1990): Divergent psychological processes in constructing social reality from mass media content. In: N. Signorielli & M. Morgan (eds.), *Cultivation analysis. New*

- directions in media effects research*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, S. 35 – 50.
- Hawkins, R. P., Pingree, S. & Adler, I. (1987): Searching for cognitive processes in the cultivation effect: Adult and adolescent samples in the United States and Australia. *Human Communication Research*, 13, 553 – 577.
- Hoffmann, A. (2001): Schwere Defizite im Gesundheitswesen. Der Sachverständigenrat stellt Ärzten und Politik ein schlechtes Zeugnis aus. Das Kranke System. *Süddeutsche Zeitung*, 31.08.01, 6.
- Holsti, O. R. (1969): *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Igersky, S. & Schmacke, N. (2000): Und wo bleiben die Patienten... ? Eine Analyse von Arzt- und Krankenhausserien im deutschen Fernsehen. In: D. Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 129 – 147.
- Kalisch, P. A. & Kalisch, B. J. (1984): Sex-role stereotyping of nurses and physicians on prime-time television: A dichotomy of occupational portrayals. *Sex Roles*, 10, 533 – 553.
- Kurzeja, M. (1984): *Dr. Markus Welby und seine Kollegen. Eine empirische Untersuchung zur Arztserie im Fernsehen der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt am Main, Bern, New York: Lang.
- Malmshheimer, R. (1988): *Doctors only: The evolving image of the American physician*. New York, Westport, CT, London: Greenwood Press.
- Matuschek-Labitzke, B. (2000): Die Medizin-Mafia. *Süddeutsche Zeitung*, 22./23.07.00, 12.
- McLaughlin, J. (1975): The doctor shows. *Journal of Communication*, 25, 182 – 184.
- Morgan, M. & Shanahan, J. (1997): Two decades of cultivation research: An appraisal and meta-analysis. In: B. R. Bureson & A. W. Kunkel (eds.), *Communication Yearbook 20*, Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage: S. 1 – 45.
- o. V. (1997): Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 12. Oktober 1997. Amtliche Bekanntmachung des ausgefertigten Beschlusses unter Rubrik „Amtliches“. *Bayerisches Ärzteblatt*, 94, Heft 11, 1 – 15.
- o. V. (1998a): Das Erfolgsgeheimnis der Ärzte und Schwestern in TV-Serien. *Berliner Zeitung*, 1.10.1998, 44 – 45.
- o. V. (1998b): Ärzte mit negativem Image. *Medien Tenor*, Heft 72, 24.
- o. V. (2000): Für Kassenpatienten oft Arzneien zweiter Klasse. *Süddeutsche Zeitung*, 27.06.00, 5.
- Perse, E. M., Ferguson, D. A. & McLeod, D. M. (1994): Cultivation in a newer media environment. *Communication Research*, 21, 79 – 104.
- Pfau, M., Mullen, L. J. & Garrow, K. (1995): The influence of television viewing on public perceptions of physicians. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 39, 441 – 458.
- Pfau, M., Mullen, L. J., Deidrich, T. & Garrow, K. (1995): Television viewing and public perceptions of attorneys. *Human Communication Research*, 21, 307 – 330.
- Plewnia, C. G. (1999): *Wandel der Arztideale. Entwicklungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Potter, W. J. & Chang, I. C. (1990): Television exposure measures and the cultivation hypothesis. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 34, 313 – 333.
- Potter, W. J. (1990): Adolescents' perceptions of the primary values of television programming. *Journalism Quarterly*, 67, 843 – 851.
- Potter, W. J. (1991a): Examining cultivation from a psychological perspective. Component sub-processes. *Communication Research*, 18, 77 – 102.
- Potter, W. J. (1991b): The relationships between first- and second-order measures of cultivation. *Human Communication Research*, 18, 92 – 113.
- Potter, W. J. (1993): Cultivation theory and research: A conceptual critique. *Human Communication Research*, 19, 564 – 601.
- Potter, W. J. (1994): Cultivation theory and research: A methodological critique. *Journalism Monographs*, 147, 1 – 35.
- Preston, E. H. (1990): Pornography and the construction of gender. In: N. Signorielli & M. Morgan (eds.), *Cultivation analysis. New directions in media effects research*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, S. 107 – 122.

- Rosenstein, D. (1998): Arzt- und Krankenhaus-Serien. Profil(e) eines Genres. *Augen-Blick*, Heft 28, 6 – 30.
- Rosenthal, T. & Töllner, R. (1999): Gesundheit und Unterhaltung: Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen. Ergebnisse einer Inhaltsanalyse. *Medien Praktisch*, 23, 54 – 58.
- Rössler, P. & Brosius, H.-B. (2001): Prägen Daily Talks die Vorstellungen Jugendlicher von der Wirklichkeit? Ein Intensivexperiment zur Kultivierungsthese. In: C. Schneiderbauer (Hrsg.), *Talkshows unter der Lupe. Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung und Praxis*. München: Reinhard Fischer, S. 119 – 151.
- Rossmann, C. (2002): *Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien*. München: Reinhard Fischer.
- RP-Online (2000): Dr. Franks Arbeitsplatz ist sicher. TV-Macher setzen weiter auf Arztserien. <http://www.rp-online.multimedia/tv/arztserien.shtml>, 24.02.00, 19.18 Uhr.
- Schradi, J. (1986): „Man kann auf triviale Weise wesentlich sein ...“. Die „Schwarzwaldklinik“ und der öffentlich-rechtliche Kulturauftrag. *Medium*, 16, 54 – 56.
- Shrum, L. J. (2001): Processing strategy moderates the cultivation effect. *Human Communication Research*, 27, 94 – 120.
- Signorielli, N. (1993): *Mass media images and impact on health*. A sourcebook. Westport, CT: Greenwood Press.
- Statistisches Bundesamt (2001): Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. <http://www.statistik-bund.de/basis/d/bevoec/bevoetab5.htm>, 6.02.01, 12.43 Uhr.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999): *Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1998*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Steinkohl, S. (2000): „Die Lage der Stadtkliniken ist dramatisch“. *Süddeutsche Zeitung*, 10.10.00, L2.
- Thust, W. (2000): Ärztestatistik zum 31. Dezember 1999. Ärztliche Versorgung in Deutschland. *Supplement zum Deutschen Ärzteblatt*, 97, Heft 25, 3 – 11.
- Turow, J. (1989): *Playing doctor: Television, storytelling, and medical power*. New York: Oxford University Press.
- Turow, J. (1996): Television entertainment and the US health care debate. *Lancet*, 347, 1240-1243.
- Valkenburg, P. M. & Pataiwael, M. (1998): Does watching court TV 'cultivate' people's perceptions of crime? *Gazette*, 60, 227 – 238.
- Wasem, J. (1999): *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*. Neuss: Janssen-Cilag.
- Weiderer, M. (1995): Mensch oder Mythos? Befunde zum Berufsbild MedizinerIn in Arztserien und Spielfilmen des Deutschen Fernsehens. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 137, 633 – 635.
- Weimann, G. (2000): *Communicating Unreality: Modern Media and the Reconstruction of Reality*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weimann, G., Brosius, H.-B. & Wober (1992): TV diets: Toward a typology of TV viewership. *European Journal of Communication*, 7, 491 – 515.
- Wystrichowski, C. (2000): Drüben Top, hier ein Flop. Nur massentaugliche US-Serien erreichen in Deutschland richtig gute Quoten. *Hamburger Abendblatt*, 19.6.00, 9.