

# Hans J. Wulff:

## Darstellung behinderter Menschen im Film

Die folgenden Notizen entstanden zu einem Workshop „Inklusion und Dritter Sozialraum“, Oldenburg, 30. Mai 2013. Sie erschienen in der Dokumentation der Tagung.

URL dieser Online.Fassung: <http://www.derwulff.de/10-20>.

Das Folgende wird versuchen, sich dem Thema in zwei Schritten anzunähern:

1. Überlegungen zur Dramaturgie der Krankheitsdarstellung / zu den dramatischen Potentialen der Devianz
  2. sowie zu den Funktionshorizonten der Dramatisierung.
- Ich werde mich beziehen auf neuere Filme zum Alter, zum Mongolismus und zur geistigen Behinderung –
- den Dokumentarfilm *Young@Heart*, Großbritannien 2007, Stephen Walker, Sally George) sowie den ähnlich gelagerten *Die Spätzünder* (BRD 2010, Wolfgang Murnberger),
  - den Polizeiruf-110-Krimi *Rosies Baby* (BRD 2008, Andreas Kleinert) mit einer mongoloiden Protagonistin und
  - den Spielfilm *Verrückt nach Paris* (BRD 2002, Pago Balkes und Eike Besudens) mit drei behinderten Hauptdarstellern.

### 1. Dramaturgie der Krankheit

Die *Erfahrung der Krankheit* erfolgt in dreierlei Weise:

- a. Als Erfahrung *am eigenen Leibe*, als Leiberfahrung, als individuelle Erfahrung, als Einschnitt in Lebensentwürfe usw.;
- b. Als *familial-soziale Erfahrung*; hier geht es in Familie und Peergroup um den sozialen Umgang mit der Erkrankung/Behinderung, um Fragen der Integration, um das Finden familialer Praxen; hier zentral: Fragen der Macht, der semantischen Kontrolle usw.
- c. Als *sozial-institutionelle Erfahrung*, als Begegnung mit den Apparaten und Institutionen der Medizin; darum sind die Figuren des sozialen Subsystems „Medizin“ *Mittlerfiguren*, die als Elemente des Erfahrungskomplexes „Krankheit“ auftreten; mit der Tatsache der Erkrankung tritt der Patient in ein verändertes soziales Feld ein, in dem die Sinn- und Abhängigkeitsbeziehungen neu ausgepegelt werden müssen; darum kann eine Reflexion der Krankheit im Film nicht umhin, Krankheit im sozialen Feld zu untersuchen; gerade hier entstehen nennenswerte dramatische Potentiale.

### 1.1 Typologie der dramatischen Konflikte und der *dramatis personae*

Behinderung ist im Film fast immer als *Krankheit* ausgelegt. Gerade, weil Krankheit ein Gegenstand im sozialen Feld ist, ist die *Perspektive* der Erzählung oder des Berichts entscheidend. Sie gliedert das Gesamtkorpus der Filme. Es entstehen drei große Gruppen:

a. *Ärztelinge, Krankenhausfilme* etc.;

– Arzt als Held (Biopics);

FOLIE I: Typologie der Arzttrollen und Interessen des Arztes

– Krankenhaus als Handlungsraum (Fernsehserien);

– Ärzte und Schwestern / Ärzte und Patientinnen (und Inversionen) als Liebesgeschichtenmotive;

– [äußerst selten] Geschichten über Pflegepersonal;

FOLIE II: Das Rollensystem der Medizin

– zwischen allen Rollen können Konflikte entstehen, die das Drama tragen;

b. *Patientenfilme, Krankheitsfilme*; die Krankheit als Motiv;

– Krankheit als Übergang; Veränderung der Selbstwahrnehmung;

– Krise, Selbstbesinnung, neue Bestimmung des Lebensziels; krisenhafte Entwicklung der Subjekt-Welt-Beziehungen;

– Konfrontation und Begegnung mit Tod;

c. *Angehörigenfilme*: Parteinahme für oder gegen die Ärzte.

– Konflikt zwischen Patienten- und Ärzteinteressen;

– institutionalisierte gegen Alternativmedizin;

– Untersuchung familialer Konstellationen; etc.

Eng koordiniert mit der Perspektivität der Darstellung steht der Aspekt der *Parteilichkeit*. Sie wird oft explizit gestellt. Dabei lassen sich wiederum verschiedene Bedingungsrahmen unterscheiden:

– Befangenheit der Ärzte in traditionellen, der Lehrmeinung verpflichteten Interpretationen;

– Insistieren der Ärzte auf der institutionellen Macht; erwartet wird die Auslieferung der Patienten in die Verantwortungs- und Pflegemacht der Ärzte;

- ökonomische Interessen der Medizin (in Koma-Geschichten das Potential der Organe, in Pharma-Geschichten die Erprobung von Medikamenten, in Demenz-Stories die Gewinninteressen der Betreuungsinstitutionen etc.);
- die Macht- und Rollenkonstellation von Familien; Krankheit als Familienthema; Zentralität (oder Dezentralität) des Kranken im familialen Sinnsystem und in familialer Praxis;
- Relativität der Deutungsmacht: konkurrierende Interpretationen, Diagnosen und Therapien; Implikationen für die Lebens- und Praxisentwürfe von Betroffenen.

Die Frage der Perspektivität ist vor allem eng koordiniert mit der *Motivation des Figurenhandelns*: Wer verfolgt welches Ziel? Wie verbindlich sind die personal-figuralen Ziele? Aus den Zielen verschiedener Figuren entsteht das Konfliktfeld und damit das Drama.

- Für das Entstehen von Motivlagen ist manchmal die Tatsache der Behinderung bedeutsam; so spielt Christopher Walken einen schwerbehinderten Gangster-Boss (in *Leben und Sterben in Las Vegas*), dessen sadistische Bösartigkeit eng mit der gestörten Selbstwahrnehmung zusammengebracht wird.

Wollte man eine grobe Übersicht über die *globalen narrativen Schemata* des Medizinfilms geben, dann könnte man mit Anne Karpff differenzieren:

- Erfolgsgeschichten
- Krisengeschichten
- Streitpunktgeschichten
- Katastrophengeschichten
- Skandalgeschichten
- Epidemiegeschichten
- Verlautbarungsgeschichten
- Wundergeschichten.

FOLIE III: Narrative Schemata des Medizinfilms

Diese Schemata finden sich übrigens sowohl in fiktionalen wie in faktualen Formen.

## 1.2 Dramaturgische Analyse

*Dramaturgische Analyse* dient dazu, die dramatischen Potentiale jeweiliger Stoffe auszuhorchen. Dabei stößt man auf Bedingungen, die erfüllt sein wollen, wenn sich das Drama entfalten soll. Nicht jedes Geschehen erfüllt eben die Qualität des Dramas. Man stößt auf Strategien, die dazu dienen, den Stoff dramatisch aufzubereiten, den Zuschauer zu binden, die Konfliktpotentiale zu entfalten und zu glaubhaften Lösungen zu kommen.

In der Regel basiert die Dramatisierung des Kranken oder Behinderten auf der Veränderung seiner für das heutige Drama so zentralen *Handlungsmacht*, die entzogen wird (oder ist) und die wiederzuerlangen es gilt.

FOLIE IV: Abenteuerliche Reise / Handlungsmacht

Die *Themenvielfalt* der Krankheiten ist groß. „Kleine Erkrankungen“ finden sich praktisch gar nicht. Die „großen Krankheiten“ haben dagegen Prominenz. Es wäre also angeraten, eine Bewertung der Krankheiten nach „*dramatischer Valenz*“ vorzunehmen.

- Themen unterliegen einem jeweils zeitgenössischen Interesse, es lassen sich „Krankheitswellen“ feststellen. Tuberkulose wird durch Krebs als „populäre Krankheit“ abgelöst.

- Krankheit und Behinderung werden im Film als gemeinsames Thema behandelt - Behinderung ist Krankheit und steht in einer gleichen dramatischen Sequenz von Normalität, Denormalisierung und Renormalisierung.

- Global gilt, daß das Interesse für Krankheitsgeschichten seit den 1960er Jahren kontinuierlich steigt. Bis dahin dominierten Arzt- und Krankenhausgeschichten das Feld. Im Kino sind Arzt- und Patientengeschichten heute einigermaßen gleichberechtigt. Allerdings sind die Themen aus dem Kino ins Fernsehen bergegangen: Dort dominieren - allein aufgrund des Serienangebots - die arztbezogenen Angebote.

- Welche Krankheiten sind es „wert“, zum Gegenstand von Erzählung zu werden? Es fehlen: Multiple Sklerose; Typhus; Pest;

- Epidemiologische Themen werden fast ausschließlich in besonderen Genres wie dem Politthriller, dem SF-Film etc. bearbeitet.

- Ähnlich ist eine Politik der Krankheit - Krankheit als Teil politischer Machtverhältnisse, als Element von Armut etc. - im Spielfilm nahezu gar nicht bearbeitet worden.

- Krankheit ist im Spielfilm als *individuelles Problem* konzeptualisiert, als Gefährdung individueller Identität und individuellen Lebens. Nicht die Krankheit selbst, nicht die Phänomenologie der Krankheit am Körper, nicht die Diagnose und Therapie sind Gegenstand der Darstellung, sondern die Rolle der Krankheit im Lebenslauf, ihr Zusammenhang mit dem Seelenhaushalt, ihre Ableitung aus dem bisherigen Leben und ihre Bedeutung für das Selbstbild der Kranken.

- Manche Krankheiten sind nur schwer visualisierbar. Dazu rechnen vor allem Krankheiten wie Bluthochdruck, die vom Verlauf her langsam und von der Erscheinungsform undramatisch sind.

Die „*Fallhöhe*“ muß hoch sein. Darum haben tödliche Krankheiten (Krebs, AIDS etc.) große Verbreitung, die Mitteilung „Du bist krank“ kommt dann einer lebensgefährlichen Bedrohung nahe, die krisenhafte Entwicklung kann einsetzen, das Drama beginnt. Große Krankheiten bergen ein dramatisches Potential, kleine dagegen nicht. Der Eintritt der Demenz (oder des Alzheimer-Syndroms) kommt dieser Transitions-Szene nahe, ohne aber deren Plötzlichkeit und Brutalität zu haben. Diese dramatisch so wichtige Übergangssituation entfällt bei vielen Behinderungsgeschichten, die perspektivisch darum meist ganz anders gebaut sein müssen. Geschichten um dauerhafte Erkrankungen (Epilepsie o.ä.) handeln eher von Angehörigen als von Kranken. Die Krankheiten, die den Kranken seiner Handlungskontrolle entmächtigen (Koma, Demenz, Alzheimer etc.), handeln eigentlich immer von Helfer-Figuren, die durch den Kranken mandatiert sind.

FOLIE V: Dramaturgie der Krankheit und der Behinderung

## 2. Funktionskreise der Krankheitsdarstellung

Ein Funktionskreis der *Darstellung* steht einem zweiten Funktionskreis der *Interpretation* gegenüber. Die erste Funktion ist weitestgehend der Medizin vorbehalten, darstellende Teile finden sich auch in populären Berichten und Erzählungen über die Krankheit. Die zweite dagegen ist eine Aktivität der Sinnwahrnehmung, ein Versuch, die Tatsachen des sozialen und individuellen Lebens in den Griff zu nehmen. Schaut man genauer hin, läßt sich noch ein dritter Funktionskreis ausmachen, in dem eine *praktische Lebenshilfe* für Kranke und Angehörige gegeben wird. Die sozialen Beziehungen des Kranken zu seiner Umwelt verändern sich, nicht nur, weil er in einen intimen Kontakt mit den medizinischen Institutionen gerät, sondern auch, weil sich die Beziehungen in seinem sozialen Nahfeld verschieben. Pflege und Fürsorge müssen ebenso bedacht sein wie die Veränderungen, die der Kranke in Selbstbild und biographischen Entwurf vornehmen muß.

Mediale und literarische Berichterstattung, fiktional ebenso wie faktional, findet auf drei verschiedenen Schichten statt:

- (1) Darstellung,
- (2) praktische Lebenshilfe,
- (3) Interpretation.

FOLIE VI: Funktionskreise der Krankheitsdarstellung

Krankheiten wie Krebs oder AIDS sind ebenso wie alle Formen der Behinderung nicht holistisch gegeben, sondern in mehrere verschiedene Bezüge eingerückt: Sie sind

- Gegenstand der Medizin,
- Teil der öffentlichen Ordnung,
- Teil der symbolischen Ordnung,
- Teil individuellen Wissens.

Das sind mehrere Dimensionen, in die sie eingebunden sind, und es kann schnell zu Irritationen und Dissonanzen kommen. Gerade Mediziner beklagen oft die Fehlinformation oder die problematische Einstellung, die durch öffentliche Berichterstattung oder durch Fiktionalisierung entstünden. Für sie ist die Begegnung mit den individuellen Voreinstellungen in der Arzt-Patient-Begegnung dominant, und das Interesse von Medizinern richtet sich oft ganz besonders auf das besondere, individuelle Wissen über Krankheit, wie es entsteht, aus welchen Quellen es gespeist wird.

So plausibel dieser Wunsch erscheint, so wenig klar ist, aus welchen Quellen populäres (oder gar tatsächlich subjektives) Wissen über medizinische Sachverhalte entstammt. Nicht einmal der Zusammenhang zwischen Wissen und praktischem Handeln ist ganz durchsichtig, wie die Studie von Verres (1987) zeigt. Sie zeigt allerdings auch mit Deutlichkeit, dass das zeitgenössische Wissen über Krankheiten und Behinderungen

- eine *volksmedizinische*
- und eine *wissenschaftsmedizinische* Dimension gleichzeitig hat. Man möchte diese Liste um
- eine *populärmedizinische* Dimension erweitern, so daß Krankheit und Behinderung in drei verschiedenen, unter Umständen miteinander konfligierenden Interpretations- und Handhabungshorizonten steht. Schließlich ist die
- *politische* Dimension des Zusammenlebens zu

nennen, die vor allem in den Debatten um die Psychiatrie aus den 1960ern und 1970ern ins Zentrum rückte: Nicht Ausgrenzung und Isolation gesellschaftlicher Abweichung sind Indikatoren für die innere Verfaßtheit einer Gesellschaft, sondern ihre Fähigkeit, Abweichung zu tolerieren, sie als Normalität des sozialen Lebens zu akzeptieren und diejenigen, die sich nicht in ein repressives Normalitätsverständnis fügen, in Formen des Zusammenlebens zu integrieren, die von Respekt und Fürsorglichkeit gleichermaßen getragen wird. Das italienische Modell der *casa de famiglia* (etwa: psychosoziale Wohngemeinschaften) verweist einerseits auf die Notwendigkeit, neue und institutionalisierte Formen des Zusammen zu entwickeln, andererseits auf das ältere Familienmodell, in dem (mehr oder weniger

gelingend) integrative Formen des Zusammenlebens vorgelegen haben.

Die Rezeption von Filmen über Krankheit und Behinderung steht in mehreren Horizonten gleichzeitig:

- in *diskursiven* Zusammenhängen, weil auch der Spielfilm (in allen seinen Varianten) ein Element diskursbezogener Thematisierung ist und sich auf alle Gegenstände bezieht, die in gesellschaftlicher Auseinandersetzung stehen;
- sie sind eine *Kasuistik* ihrer Themen und gestatten wegen der besonderen Qualitäten des Dramas resp. seiner Rezeption (Mitfühlen, Empathisieren, Identifizieren, Moralisieren usw.) eine Aneignung der Themen in der Vermittlung des besonderen Falles;
- sie schlagen im besten Fall Modelle des Umgehens vor, die über die verbreitete und standardisierte Praxis des Umgangs hinausgehen.

Aus allen diesen Gründen sind fiktionale Filme (und manchmal auch dokumentarische Arbeiten) selbst Beiträge zu einem Diskurs, der über die jeweils besondere Geschichte weit hinausgeht.

## Anhang

### Folie I: Typologie der Arztrollen

Der Arzt als guter Mensch; Weisse Magie und Heldentum  
Der Arzt mit Charakterdefekt; Schwarze Magie  
Der Arzt mit eigenen Problemen und Konflikten  
Der Helfer-Arzt  
Der Arzt als Karikatur; Der verunglimpfte Arzt  
Der Arzt als Sachverständiger  
Das Pflege- und Hilfspersonal  
[Der zynische Arzt]  
[Der falsche Arzt]  
[Der inkompetente Arzt, Der betrunkene Arzt]  
[Der handlungsunfähige Arzt, Der unverantwortliche Arzt]  
[Der Karrierist; Der Ordinarius; Der Ständevertreter]  
[Der kranke Arzt]  
[Der *mad scientist*]  
(Nach einem Schema von Reinhard Eder, mündlich, 2001)

### Interessen des Arztes

Pflege  
therapeutischer Kontrakt mit dem Patienten  
Pflicht  
selbstaufgelegte Pflichten der Ärzte  
juristische Rahmen  
Status  
Wahrung des selbstaufgelegten Status gegenüber allen anderen  
Zuschreibung eines Status durch die anderen  
ökonomische Interessen  
Eitelkeit, Narzißmus

Eitelkeit als Wissenschaftler  
übergeordnete Interessen (e.g. die Motive des *mad scientist*)

### Folie II: Das Rollensystem der Medizin

Krankenhaus: Gruppen  
--- Ärzte  
*Rollen*: Novizen, Professionelle etc.  
*Identitäten*: Selbstbilder, Proklamationen  
--- Pflegepersonal  
*Rollen*: Novizen, Professionelle etc.  
*Identitäten*: Selbstbilder, Proklamationen  
--- Andere Berufe des Krankenhauses (Juristen, Manager, Priester, Hausmeister etc.)  
--- Assoziierte medizinische Berufe (Masseur, Physiotherapeuten etc.): *Outsourcing*, Assoziationsverträge  
--- Patienten  
--- Gruppen außerhalb des Krankenhauses  
    Angehörige  
    Andere medizinische Vertraute des Patienten

### Folie III: Narrative Schemata des Medizinfilms

Erfolgsgeschichten  
Krisengeschichten  
Streitpunktgeschichten  
Katastrophengeschichten  
Skandalgeschichten  
Epidemiegeschichten  
Verlautbarungsgeschichten  
[Wundergeschichten]  
(nach Anne Karpf)

### Folie IV: Krankheit als abenteuerliche Reise / Rückgabe der Autonomie und Handlungsmacht

Phase I  
*Handlungswelt* Alltag  
Glücksentwürfe  
Wertorientierungen  
*Protagonist*: das normale Leben  
auf der Bahn des Glücks oder der schlechte Mensch  
*Ereignis*: Krankheit als Einbruch  
*Problem*: Krankheit als Kontrollverlust  
*Problem*: Nichtfortführbarkeit der Lebensentwürfe

Phase II  
*Handlungswelt* Medizin  
Exilierung aus der Alltagswelt  
*Ereignis*: Übergang des Kranken aus der Alltagswelt in die Medizinwelt  
*Protagonist*: die beschädigte Identität  
Verlust der Handlungsmacht (Autonomie, Selbstbestimmung)  
Verlust der Alltagswelt und ihrer Orientierungen  
Eintritt in eine neue Sozialwelt  
*Problem*: Gewinnen der Kontrolle über die Krankheit  
*Problem*: Suche nach Neufundierung des Selbstentwurfs

Phase III.a  
*Outcome*: Tod

Phase III.b

*Outcome:* Rückkehr in die Alltagswelt

*Lösung:* Neureflexion der Lebensorientierungen

Phase III.c

*Outcome:* Transformation

Rehabilitationsmaßnahmen

Lähmung, Verstümmelung etc.

### **Folie V: Dramaturgie der Krankheit und der Behinderung**

*Perspektive*

Ärztefilme

Patientenfilme

Angehörigenfilme

*Themenvielfalt*

Krankheiten

kleine Krankheiten

große Krankheiten

Krankheitswellen

Zulässigkeit, dramatische Attraktivität

Visualisierbarkeit, Dramatisierbarkeit

dramatische Valenz

tödliche Erkrankung

dauerhafte Erkrankung

Behinderung

psychische Erkrankung, psychische Krise

Individualität

Epidemiologie

Politik der Krankheit

*Fallhöhe*

Tödlichkeit, Bedrohlichkeit

Identitätskrise

*Verlaufsform*

Diagnosemitteilung

Reflexion, Neuorientierung, Neubewertung

Transition

*Outcome:*

Tod durch die Krankheit

Suizid oder Therapieverweigerung

Neuordnung des Lebens

Rettung oder Heilung

### **Folie VI: Funktionskreise der Krankheitsdarstellung**

*Darstellung*

dramatische Potentiale

*praktische Lebenshilfe*

Wirkungskreislauf

Meinungsbildung

Modelllernen

*Interpretation*

Medizin

wissenschaftsmedizinisch, schulmedizinisch

volksmedizinisch

alternativmedizinisch, magisch-medizinisch

laienmedizinisch

Sinn, Lebenssinn

Werteabwägung

Lebensorientierung

Politik und Ethik

Modelle der Integration

Fürsorge als Regelung sozialer Beziehung