

Hans J. Wulff:

Rollen- und Konfliktfelder der Medizin im Spielfilm: Zur Dramaturgie und Geschichte eines komplexen Handlungsfeldes (1950-2000)

Der folgende Text entstand 2013 für einen Sammelband zum Themenfeld „Medizin und Film“, der nie zustande kam. Er ist unveröffentlicht. URL der vorliegenden Fassung: <http://www.derwulff.de/10-21>.

Abstract: Die „Medien-Medizin“ steht nicht allein, sondern basiert auf einer „Realmedizin“, spiegelt sie wieder, dramatisiert sie, nutzt sie als Handlungsraum. Was läge näher, als eine Interaktion zwischen dem Wissen, das Zuschauer im Kino und beim Fernsehen erwerben, zwischen den medialen Bildern der medizinischen Berufe und Institutionen und dem Wissen, das Laien-Patienten in die Begegnung mit der Medizin einbringen, sowie der medizinischen und sozialen Wirklichkeit der Medizin zu vermuten? Und läge es nicht auch nahe, einen Zusammenhang zwischen den medialen Bildern der medizinischen Berufe und den Selbstbildern von Medizinerinnen und den Strategien der Identitätsbildung zu vermuten, die sie selbst anwenden?

Es geht im folgenden um die Rollenbilder und Verhaltensmodelle, die Medien für die einzelnen Akteure im medizinischen Geschehen anbieten. Der Wirkungszusammenhang, der den Horizont der inhaltsanalytischen Untersuchung abgibt, ist zunächst recht schlicht gefaßt: Spielfilme und Spielfolgen entfalten in ihren Geschichten Rollenmodelle, Verhaltensregulationen und soziale Netze, die als Modelle auf reale Begegnung mit der Medizin übertragen werden können. Narrativisierung und Dramatisierung sind Mittel der Sinnerzeugung und dienen dazu, solche Rahmenvorstellungen sozialen und individuellen Geschehens aufzubauen, die erklärungs mächtig und zugleich handlungsrelevant sind. Darum ist der Spielfilm ein Seismograph tatsächlicher Veränderungen im Rollensystem der Medizin.

1. Medizingeschichten

Am Anfang der Befunde: Seit mehreren Jahren laufen dreizehn oder auch siebzehn Arzt- und Krankenhauserien gleichzeitig im deutschen Fernsehen, sechs alleine am Donnerstag. Diese Massierung fällt auf, sie ist aber nicht neu. Annähernd 4% der deutschen Spielfilmproduktion zwischen 1949 und 1960 gehört dem Genre Arztfilm an (Reuter 1997, 11f). Schon in der Nazizeit wurde ein ähnlich hoher Anteil von Filmen diesen Themen gewidmet. Chirurgen und Frauenärzte sind im Arztfilm die meist verbreiteten Berufe. Ärzte sind Männer, Frauen sind selten, folgen dann aber oft ihrer als „natürlich“ angesehenen Rolle als Mütter und Helfer [1]. Frauen in Oberarzt-Positionen gibt es in der Arzt-Fiktion erst in den

Serien der letzten Jahre. Das Genre ist aber nicht auf die Dramatisierung leitender Arztfiguren beschränkt – leitende Ärzte und Assistenzärzte sind gleich häufig als Protagonisten vertreten. Am häufigsten trifft man auf niedergelassene Ärzte. Ärzte sind attraktiv (Rosenstein 1998, 11). Ärzte sind Mitglieder der bürgerlichen Mittelschicht, genießen sicheren Wohlstand [2].

Von welcher Art Arztgeschichten sind, hängt vom Genre ab. Manche Arztgeschichten sind Liebesgeschichten. Dann ist meist die Arzt-Patientin-Beziehung, die sich aus der therapeutischen zu einer erotischen Beziehung wandelt, das Thema des Dramas. Andere Arztgeschichten sind Problemgeschichten, dann geht es um Abtreibung oder Sterbehilfe oder ähnliche medizinethische Fragen. Die Frage einer Schuld stellt sich immer wieder, in der Regel kann aber der Arzt-Protagonist entlastet werden. Arztgeschichten enden mit dem *happy ending* (Reuter 1997, 16; Rosenstein 1998, 11). Eine Sonderrolle spielt der Rechtsmediziner – er ist ein Leib-Kriminalist und erkundet den Körper von Opfern, Spuren in die Geschehnisse sichernd, die zum Tode führten (vgl. Wulff 2007).

Die Arztgeschichte im Kino ist so alt wie das Kino selbst. Die Images des Arztes wechseln dabei aber – von der Ansicht des autoritären oder des tröstenden Arztes, der moralisch reinen Helferfigur hat sich der heutige Filmarzt weit entfernt. Seit den 1960er Jahren spielen Medizinkritik und Skepsis gegenüber den Arztfiguren eine zunehmend wichtige Rolle. Erst seitdem gibt es manchmal bittere Medizinsatiren. Die Perspektive der Patienten und Angehörigen tritt in den Vordergrund: Das medizinische Geschehen wandelt sich zu sozialem Geschehen. Entsprechend mutiert die Krankheit zu einer Tatsache, mit der sich Ärzte und Patienten arrangieren müssen und die nicht mehr wie ein Fingerzeig Gottes über den Patienten verhängt wurde. Die Integrität gerade der Arztfigur tritt bei alledem zurück, er erweist sich vielfach als jemand, der eigene Interessen verfolgt,

die nicht aus dem Sorgeverhältnis der Arzt-Patient-Beziehung abgeleitet werden können.

Komplizierter als die Film- ist die Seriengeschichte des Arztes. Die Arzt- und Krankenhausserienproduktion des Fernsehens beginnt in den USA schon in den 1950er Jahren, die BRD liefert in den 1960ern die ersten Folgen von Tierarztserien (beginnend mit ALLE MEINE TIERE, 1962, und UNSER VATER, DER TIERARZT, 1962), Arzt- und Krankenhausserien folgten erst danach (wiederum beginnend mit LANDARZT DR. BROCK, 1967, und HAFENKRANKENHAUS, 1968). Das meiste gehört ins Vorabendprogramm und seine eher schlichten Familienprogramme. Die Arztpraxis ist sozialer Handlungsraum, das Krankenhaus Ambiente für seifenopernartige Beziehungsgeschichten. Erst die langjährigen Folgen von DIE SCHWARZWALDKLINIK (Start: 1985) lösten einen regelrechten Boom aus und weiteten das Angebot von Medizingeschichten in die Primetime aus. Die sensationelle Einschaltquote von durchschnittlich 60 Prozent erweckte das Interesse der Fernsehmacher: Über 50 Arzt- und Krankenhausserien deutscher Herkunft flimmerten bisher über den deutschen Bildschirm. Vom Kinderarzt über den Bergdoktor bis hin zum Gynäkologen ist heute alles in der Ärzte-Fernsehlandschaft vertreten. Und es gibt inzwischen internationale Bezüge zwischen den Produktionen – die amerikanische Kultserie EMERGENCY ROOM diente z.B. als Vorbild für das ALPHATEAM - DIE LEBENSRETTER IM OP (Sat.1).

Die Inszenierung ist dabei schlicht und erstaunlich stereotyp. Das Mise-en-Scène des Mediziners und der medizinischen Räume ist seit vielen Jahren hochgradig konventionalisiert. Rosenstein (1998, 30) spricht hier zwar von „genretypischen Signalen“, doch geht die Kennzeichnung wohl weiter – sie ist das Signalement einer komplexen Arbeits- und Lebenssphäre, eines ganzen Handlungsraums und seiner Institutionen und eben nicht nur eines Genres [3]. Sie verändert sich im Lauf der Zeit nur an wenigen Stellen grundlegend [4], reagiert natürlich auf die Mode- und Diskussionsthemen der zeitgenössischen Medizin [5]. Außerordentlich viele Details bleiben aber allen Veränderungen der Medien und der Medizin gegenüber stabil.

Die Stereotypifizierung setzt am äußerlichen Detail ein. Das *Stethoskop* gehört schon in den 1950ern zur Grundausstattung des Mediziners (Reuter 1997, 55). Und die *Röntgenapparatur* signalisiert nicht erst seit

damals die Zugehörigkeit der Medizin zu modernster Technik (Reuter 1997, 55). Die Leuchttafel, auf der meist einige Röntgenaufnahmen festgeklemmt sind, gehört bis heute in die Praxen, und immer noch kennzeichnet ein schwungvoller Schlag mit der Aufnahme unter die Klemmleiste den routinierten Film-Arzt.

Der *OP* ist der Ort der ärztlichen Kür und Bewährung. Gerade hier spielen die Apparate eine zentrale Rolle, Arzt und Apparate gehen eine Art Symbiose ein. Der OP ist ein *cyborgianischer* Raum. Der Patient ist meist vermummt und anonymisiert. Er wird zumindest zum Teil durch die Maschinen repräsentiert – Bildschirme und akustische Ausgabegeräte zeigen die Körperfunktionen an. Tod wird oft durch die Nullstellung der Apparaturen signalisiert, durch pulsierende Kurven, die in Nullstellung zurückfallen, oder auch durch einen pulsierenden Ton, der den Herzschlag wiedergibt und im Fall der Krise und dramatischen Zuspitzung in einen schrillen Pfeifton übergeht.

Die eigentliche Bühne des OP ist der Operationstisch. Der Mediziner arbeitet unter den *Schweinwerferbatterien* über dem Operationstisch (Reuter 1997, 55). Ein- oder zweiwortlange Befehle organisieren die Operation („Skalpelle!“, „Watte!“, „Atmung stabil!“ und ähnliches), die einen höchst formalen Eindruck macht. Der operierende Arzt ist Zentrum Geschehens, er trägt die Verantwortung und hat die Macht. Gerät der Patient in die Krise, werden die Instrumente aus der Hand gegeben, oft überdimensionierte Elektroden kommen nun ins Spiel, mittels derer die Wiederbelebung versucht wird [6]. Nach der kontrollierten Distanz der Operation geht der Arzt in eine Art von intensiven und körperbetonten Ringkampf mit dem sich unter der Gewalt der Stromschläge aufbäumenden Körper des Patienten über. Gelegentlich (wie z.B. in Arthur Hillers HOSPITAL, 1971) setzt sich der Arzt sogar auf die Fast-Leiche.

Seit dem Erfolg von EMERGENCY ROOM (1994ff) hat sich der Darstellungsstil deutlich beschleunigt, ist näher am medizinischen Geschehen. Mit schnellen Schnitten, wackeliger Handkamera und Großaufnahmen wird vor allem bei bei Notfallszenen eine actionreiche Videoclip-Ästhetik erzeugt. Während bei Dr. Brinkmann nur die schweißbedeckte Stirn des Operateurs zu sehen ist und die OP-Szene spätestens beim Ansetzen des Skalpells endet, darf hier das Blut spritzen. Um spektakuläre (Un-)Fälle präsentie-

ren zu können, wurde die Handlung gleich in mehreren Serien in die Notaufnahme verlegt – ein Trend der 1970er und vor allem der 1990er [7]. Damit die Verarztung der durch Schüsse und Stiche verletzten Opfer real erscheint, ist eine medizinische Fachberatung während der Dreharbeiten bei dieser Form des Genres inzwischen obligatorisch geworden.

Die *Fachsprache* ist oft reduziert. Eine Ausnahme ist wohl QUINCY, M.E. (QUINCY, USA 1976-1983), in der Jack Klugman einen Gerichtsmediziner spielt: Hier wird medizinischer Jargon bis zur Unverständlichkeit ausgestellt. Eine bemerkenswerte Versachlichung erfolgt in den 1990er Jahren, wenn in Serien wie SILENT WITNESS (GERICHTSMEDIZINERIN SAMANTHA RYAN, 1996ff) einerseits in bemerkenswerter Sachkenntnis über den Körper gesprochen wird und dabei andererseits eine fachsprachliche Einfärbung der Dialoge geschieht, die Präzision mit Verständlichkeit kombiniert.

2. Medizinische Rollen

Hunderte von Spielfilmen, eine Unzahl von Serien: Das Medizinische ist ein umfangreicher Themenkomplex des Kinos und des Fernsehens, kein Zweifel. Nun steht die „Medien-Medizin“ nicht allein, sondern basiert auf einer „Realmedizin“, spiegelt sie wieder, dramatisiert sie, nutzt sie als Handlungsraum. Was läge näher, als eine Interaktion zwischen dem Wissen, das Zuschauer im Kino und beim Fernsehen erwerben, zwischen den medialen Bildern der medizinischen Berufe und Institutionen und dem Wissen zu vermuten, das Laien-Patienten in die Begegnung mit der Medizin einbringen? Und läge es nicht auch nahe, einen Zusammenhang zwischen den medialen Bildern der medizinischen Berufe und den Selbstbildern von Medizinern und den Strategien der Identitätsbildung zu vermuten, die sie selbst anwenden? Das Interesse der Untersuchung ist also doppelt ausgerichtet:

- (1) Es geht am Ende um das Wissen von Laien und die Rolle, die Medien zu dessen Aufbau spielen;
- (2) und es geht um die Rollenbilder und Verhaltensmodelle, die Medien anbieten, in ihrer Bedeutung für die Selbstbilder von Medizinern ebenso wie für die Rollenerwartungen von Patienten und Angehörigen.

Der Wirkungszusammenhang ist zunächst recht schlicht gefaßt: Der Spielfilm und die fiktionale

Spielerie entfalten in ihren Geschichten Rollenmodelle, Verhaltensregulationen und soziale Netze, die als Modelle auf die reale Begegnung mit der Medizin übertragen werden können. Auszugehen ist davon, dass die Narrativisierung ein Mittel der Sinnerzeugung ist und dazu dient, solche Rahmenvorstellungen sozialen und individuellen Geschehens aufzubauen, die erklärungs mächtig und zugleich handlungsrelevant sind. In der Motivstruktur der Geschichten sind modellhafte Vorstellungen über das Leben und die Arbeit des Arztes und der medizinischen Berufsrollen realisiert, die genau jene Verbindung zum Alltagswissen von Zuschauern herstellbar machen. Es sollen darum einige Motive des Themenkreises zusammengetragen, typische Konstellationen und formelhafte Geschichten herauspräpariert werden. Es sollen dargestellte Rollen und Identitätsentwürfe, Rollen- und Identitätskonflikte sowie Macht- und Interessenkonflikte zwischen verschiedenen medizinischen Funktionsrollen und -kreisen zusammengetragen werden.

Das Rollensystem der Medizin ist in der Wirklichkeit komplex und unübersichtlich. Zwar steht die Begegnung von Medizin und Patient im praktischen Zentrum des Handlungssystems „Medizin“, doch ist es auch durch eine ganze Reihe anderer Bezüge bestimmt – soziale ebenso wie ökonomische, ethische und institutionelle. Die medizinische Handlungswelt im Film ist meist einfacher als die in der äußeren Welt. Und dennoch bildet sie sie ab, ist aus ähnlichen Bestimmungsstücken aufgebaut wie jene [8]. Es liegt nahe, sich der Kategorien der Medizinsoziologie zu bedienen, wenn man nach Beschreibungskategorien für die dargestellten Medizininstitutionen in Film und Fernsehen sucht. Einer der wichtigsten Modell-Lieferanten der Medizinsoziologie ist Talcott Parsons, dessen „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ (1965) einer der einflussreichsten Beiträge zu einer soziologischen Betrachtung der sozialen Prozesse in den medizinischen Institutionen und insbesondere in der Begegnung von Arzt und Patient gewesen ist. Sein Einfluß ist bis heute spürbar. Seine Überlegungen sind auch zum Verständnis der Dramatisierungen des Medizinischen aufschlussreich [9].

In einem ersten Schritt listet Parsons die institutionalisierten Erwartungen auf, die auf der Rolle des *Patienten* liegen:

- (1) Der Patient wird von normalen sozialen Rollenverpflichtungen befreit, was bedeutet, dass er nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten aufgibt.
- (2) Keiner, der als Mediziner dem Patienten begegnet, darf von ihm erwarten, dass er gesund werden solle, indem er sich zusammennimmt. Der Kranke wird von Verantwortung für das, was ihm geschehen ist, entbunden.
- (3) Allerdings wird dem Patienten unterstellt, er habe sich zu dem Willen, gesund zu werden, verpflichtet.
- (4) Und es wird von ihm verbindlich erwartet, dass er fachkundige Hilfe zu erlangen und mit dem Arzt zu korrespondieren oder gar zu kooperieren sucht. Außerdem geht man stillschweigend davon aus, dass sich der Patient von laienmedizinischen Ansichten löst und sich der Interpretation des Arztes überantwortet.

Die Rolle des *Arztes* hat nach Parsons neben einer altruistischen Grundhaltung ebenfalls vier Eigenschaften:

- (1) Universalismus, das heißt der Arzt steht praktisch allen Kranken zur Verfügung;
- (2) die Arztrolle ist funktional spezifisch, was heißt, dass der Arzt primär eine Expertenrolle im Gesundheitswesen auszuüben hat und nicht eine für gesundheitliche Belange unspezifische Rolle wie die eines Familienvaters, Seelsorgers o.ä.;
- (3) die Arztrolle hat emotional neutral zu sein;
- (4) im Gegensatz zur Rolle des Geschäftsmanns ist die Arztrolle kollektiv resp. kommunitaristisch orientiert.

Das *Krankenhaus* ist die neben der Arztpraxis prägnanteste Institutionalisierung der Medizin. Zur Therapie tritt hier die Pflege hinzu. Unter organisationssoziologischen Gesichtspunkten lassen sich primäre Funktionsanteile, die der Pflege und Therapie zugeordnet sind, von sekundären Anteilen trennen, die der Erhaltung des Krankenhauses und der reibungslosen Durchführung seines Betriebs dienen. Unter institutionell-betrieblichem Gesichtspunkt unterscheidet man mehrere verschiedene Funktionskreise:

- (1) der ärztlich-pflegerische Kreis;
- (2) der verwaltungsmäßige Kreis;
- (3) die Dienstleistungen;
- (4) der technische Betrieb.

Ganz wesentlich ist im Krankenhaus die Organisationsstruktur, die Hierarchie und Analyse des formellen und informellen Organisationsplans, der einerseits die verschiedenen Funktionskreise, andererseits

die verschiedenen Statuspositionen zu berücksichtigen hat.

Unausweichlich sind im Krankenhaus die *multiplen Konflikte*, die mit den verschiedenen Formen der Subordination und Kontrolle zusammenhängen:

- (1) *Schwestern* können teilweise divergierende Anordnungen von den Ärzten, von der Verwaltung, von der Oberschwester, vom Krankenpflegeorden erhalten und stehen zudem im Dienste des Patienten, der selbst wiederum seine Interessen anmelden darf.
- (2) Zwar besagt die Ideologie, dass der *Patient* die wichtigste Figur im Krankenhaus sei, doch unterstreichen die Filme, dass diese Ansicht sich als trügerisch erweisen werden. Es wird vom Kranken ein Sozialisierungs- und Anpassungsprozess erwartet, in dem er sich der Patientenrolle anpasst und sich in die formellen und informellen Regeln des Krankenhausbetriebs einfügt resp. sich ihnen unterwirft. Gleichzeitig gilt aber die Forderung, dass er den Willen haben möge, gesund zu werden.
- (3) Unter Umständen können auch *ökonomische* Konfliktslagen entstehen – etwa, wenn die Entscheidung gefällt werden muß (oder kann), eine sehr teure Operation anzuordnen oder den Patienten ambulant weiterzubehandeln. Derartige Konflikte sind sowohl als ethische wie auch als Interessenkonflikte fortzuschreiben, manifestieren sich also nicht nur als heterogene und konflikthafte Rollen- und Verhaltenserwartungen für eine der beteiligten Gruppen, sondern sind auch innere Konflikte, die einzelne Personen auszutragen haben.

Die Liste der Konflikte lässt sich fortschreiben, umfasst sowohl intra- wie interpersonelle und institutionelle Aspekte. Sie finden sich in erstaunlicher Vielfalt auch in der Dramatisierung der medizinischen Handlungssphäre in Film und Fernsehen wieder.

Allerdings zeigt sich eine eklatante historische Verschiebung, eine enorme Modernisierung des gesamten Themenkomplexes. An ihrem Anfang stehen Modelle der Arztfigur, die sie als selbstgewisse, moralisch integre Figur an einer Grenze von Priester und Heiler, von Sendbote Gottes und Natur- oder Realwissenschaftler zeichnet.

3. Die Rolle des Arztes

3.1 Heldenfiguren

Eine ganze Reihe von Filmen handeln von großen Medizinerpersönlichkeiten. Es ist kein Zufall, dass sie als Vorbildfiguren, als ideologische Leitbilder oder als Repräsentanten eines humanistischen Lebensideals inszeniert sind – darin schließen sie an das öffentliche Ansehen der Medizin an. Es gibt Helden der Medizin, Erfinderfiguren und Helfer, die oft sich bedingungslos ihrem ethisch-medizinischen Auftrag gestellt haben. Eine Auswahl von medizinischen Biopics seit Beginn des Tonfilms:

- Erlich, Paul (1854-1915): DR. ERLICH'S MAGIC BULLET; USA 1940, William Dieterle.
- Kneipp, Sebastian (1821-1897): SEBASTIAN KNEIPP - EIN GROSSES LEBEN; Österreich 1958, Wolfgang Liebeneiner.
- Koch, Robert (1843-1910): ROBERT KOCH, DER BEKÄMPFER DES TODES; Deutschland 1939, Hans Steinhoff.
- Paracelsus: Theophrastus Bombastus von Hohenheim, gen. Paracelsus (1493-1541): PARACELUS; Deutschland 1943, G.W. Pabst.
- Pasteur, Louis (1822-1895): PASTEUR; Frankreich 1995, Sacha Guitry. – THE STORY OF LOUIS PASTEUR; USA 1936, William Dieterle.
- Sacks, Oliver (1933-): AWAKENINGS (ZEIT DES ERWACHENS); USA 1990, Penny Marshall. Nach den Versuchen von 1966.
- Sauerbruch, Ernst Ferdinand (1875-1951): SAUERBRUCH - DAS WAR MEIN LEBEN; BRD 1954, Rolf Hansen.
- Schweitzer, Albert (1875-1965): IL EST MINUIT, DR. SCHWEITZER (ES IST MITTERNACHT, DR. SCHWEITZER); Frankreich 1952, André Haguët.
- Semmelweis, Ignaz Philipp (1818-1865): DR. SEMMELWEIS - RETTER DER MÜTTER; DDR 1950, Georg C. Klaren.

Wie groß das öffentliche Interesse, insbesondere im Felde der *yellow press*, gewesen ist, mag man der meist erzählenden Berichterstattung über die Großen ihrer Zunft ablesen: Der vielleicht bekannteste deutsche Arzt des 20. Jahrhunderts war Ferdinand Sauerbruch. Er war 1951 gestorben – und in der Illustrierten *Revue* erschienen seine von den Erben gebilligten Memoiren [10], die wiederum die Grundlage für den Film SAUERBRUCH (BRD 1954) abgaben. Der Arbeitstitel des Films war HINTER UNS STEHT NUR DER HERRGOTT – er gibt einen deutlichen Hinweis

darauf, dass die Figur Sauerbruchs sich als „letzte Instanz“ inszeniert, als mensch- und berufgewordene Verkörperung der Konfrontation von Mensch-Patient und Gott. Hier ist nicht vom Arzt-Patient-Kontrakt die Rede, hier geht es nicht um die Entautorisierung der Beziehung zwischen den medizinischen Akteuren, sondern hier wird das Autoritäre ganz offensiv als transzendente Bestimmung des Arztberufes gesetzt. Seine Diagnosen trifft der Gott-Arzt manchmal intuitiv – und der Fortgang der Geschichte erweist die Ahnung immer als richtig. Eine vermeintliche Selbstmörderin, die Sauerbruch aus einer psychiatrischen Anstalt befreit (sie galt als suizidal), hat tatsächlich *Ostis fibrosa*, eine Stoffwechselerkrankung, die die Knochen schwächt und Sarkome an den Gliedmaßen hervorruft.

Historisch ist SAUERBRUCH durchaus als ein bundesdeutsches „Versöhnungsmärchen“ (Bliersbach) zu lesen: Der reiche, berühmte, vielbeschäftigte Arzt hilft Armen, Deklassierten, Verschücherteten ohne Ansehen der Person. Hier ist von einer bedingungslosen und tröstenden Solidarität die Rede, die scharf gegen die Entwicklung der Wirtschaftswundergesellschaft steht (Seidl 1987, 114). Der Arzt wird so zu einer Gegen- und Ausgleichsfigur, an der solche Themen wie die Entlastung von historischer Schuld, Paternalismus als Lebensform, soziale Verantwortung entwickelt werden können. Neben die fachliche Kompetenz tritt die Fähigkeit zum Mitleid und zur Einfühlung. Die Beziehung des Arztes zum Patienten ist nicht allein medizinisch begründet, sondern auch in einem allgemeineren und nicht durch Fachwissen gefärbten Sinne therapeutisch-helfend.

3.2 Paternalistische Figuren

Gerade die Professionalisierung der Arztrolle, die Verpflichtung zu emotionaler Neutralität und die Forderung, keine Nicht-Arzt-Rollen zu übernehmen, werden in populären Entwürfen des Arzt-Images und des Arzt-Berufes oft gezielt missachtet. Der nur-professionelle Arzt gilt als „kalt“ und „abweisend“, als „distanziert“ und vielleicht „arrogant“. Das Wunschbild zeigt dagegen den verständigen und freundlichen, fachlich kompetenten und kommunikativ zugänglichen Helfer, der mit seinen Patienten sympathisiert, ohne ihnen zu nahe zu kommen. Die Beziehung zum Patienten in einem ausreichenden Maße zu kontrollieren, ist deshalb wichtig, weil – nach dem Modell der meisten traditionellen Medizinfilme

– die Konfrontation mit Krankheit und Tod die Schlüsselerfahrung dessen ausmachen, was sich in ärztlichem Verhalten umsetzt (ähnlich Gottgetreu 2001, 89f). Aus dramatischen Gründen ist es nötig, den Durchgang durch die begleitende Erfahrung von Krankheit, Verstümmelung und Tod so zu gestalten, dass die professionell nötige Distanz gelegentlich zusammenbricht, dass der Arzt als Freund und nicht als Arzt in die jeweilige Krankheitsgeschichte verwickelt wird. Die Fähigkeit, emotionale Distanz herzustellen, ist aber auch dann eines der wichtigsten Kennzeichen von Professionalität, ihr Zusammenbruch ein Hinweis darauf, welches Maß an Selbstkontrolle sie erfordert, aber auch darauf, wie fragil der ärztliche Umgang mit der Grenzerfahrung Krankheit ist.

Emotionale Distanz ist nicht zugleich soziale Exklusivität. Gerade die Serien entwerfen das Bild einer umfassenden, fürsorglich sich des Patienten ganzheitlich annehmenden Figur als Idealvorstellung. Michael Real (1990, 265) stellte in der amerikanischen Serie MARCUS WELBY, M.D. ein immer gleiches Verlaufsmuster heraus, das er *Welby Formula* nennt:

The Welby formula employs as its setting a private practitioner's offices and connected home, a situation featuring a single patient and his or her family in each episode, and a plot in which Welby and Kiley [der Assistent der Hauptfigur] treat medical problems, provide emotional support, and often heal broken family structures.

Interessant ist, dass nicht nur die Beziehung zwischen Arzt und Patient weit über die professionelle Begegnung hinaus intimen Charakter annimmt, sondern auch, dass der Arzt nicht nur in seiner professionellen, sondern auch in seiner privaten Rolle gezeigt wird, so dass die Institutionalisierung der Medizin gleich zweifach zumindest partiell unterlaufen wird. Der Arzt tritt eben nicht nur als Arzt, sondern auch als Privatfigur auf, und er zieht vor allem keine Grenzen zwischen der beruflichen und der privaten Begegnung mit dem Kranken. Die *Welby Formula* besagt gerade, dass viele verdeckte Ursachen der Krankheiten im problematischen sozialen Umfeld der Kranken lokalisiert sind und – will der Arzt tatsächlich erfolgreich bei der Ursachenbekämpfung beteiligt sein – dass es nötig ist, die institutionelle Distanzierung zwischen Arzt und Patient aufzuheben.

Die Welby-Geschichten beginnen oft mit einem Widerstand der Patienten gegen die Behandlung – und wiederum ist es Welby, der den Kranken hilft, der Tatsache ins Gesicht zu sehen, dass sie krank sind und dass sie sich auf Therapie und Medikation einlassen (Real 1990, 265). Der Arzt ist der *Mediator*, der den Zugang des Kranken zum medizinischen Verhältnis bahnt und begleitet – in der Rolle einer väterlich-beschützenden Autorität. Für ihn geraten professionelle und private Rolle nicht in Konflikt, sondern werden zu einer homogenen, den reinen Arztstatus weit überschreitenden *kommunal-kommunitären Rolle* integriert. Rollen- oder Statuskonflikte werden höchstens am Rande dramatisiert.

Signifikanterweise ist MARCUS WELBY, M.D. fast ausnahmslos mit Patienten befasst, die der bürgerlichen, eher wohlhabenden Mittelschicht entstammen. Die Serie meidet kompliziertere ethische oder politische Konflikte. Themen wie Sozialisierung der Medizin, Tarifkonflikte und Streikrecht von Medizinern, die medizinische Unterversorgung der Innenstädte und Armenviertel, Umgang mit medizinischen Fehldiagnosen oder sogar die Bedeutung dauerhafter Präventiv-Maßnahmen sind dagegen ausgespart (Real 1990, 266) – wie in den meisten Arzt- und Krankenhausfilmen und -serien allgemein. „Medizin“ scheint nicht nur in diesem Beispiel ein soziales Feld außerhalb politischer und ökonomischer Konflikte zu sein, ein Residuum und Reservat einer helfenden Beziehung, die gegen alle äußeren Konflikte immun ist (und die den Patienten oft genug tatsächlich immunisiert). Dass hier das Idealmodell eines *healers* – einer Kollektivfigur, die magische Mittlerfunktionen ausübt (vgl. Sellmer/Wulff 2003) – anklingt, sei nur am Rande vermerkt. Möglicherweise antworten idealisierte Arztfiguren auch auf zeitgenössische Erfahrungen: So lässt sich der selbstlose Arzt der 1930er Jahre als Verkörperung eines Idealbilds der Depressionszeit ansehen (Gottgetreu 2001, 49). Die deutschen Ärztefiguren der 1950er Jahre lassen sich dann als Muster lesen, die Probleme einer kollektiven historischen Schuld durch eine individualisierte Tugendlehre abzuwehren.

3.3 Identitätsmodelle des Arztes

Die paternalistische Auslegung der Arztrolle erinnert in vielem an die Arztfiguren im deutschen Arztfilm der 1950er Jahre. Zu dem berühmt-berüchtigten, oben schon erwähnten Film SAUERBRUCH - DAS

WAR MEIN LEBEN (BRD 1954) heißt es in Gregors und Patalas' *Geschichte des Films*:

Der Sauerbruch von 1954 ist das Musterbild der Autorität, wie es der Untertan sich wünscht: In schlafwandlerischer Sicherheit und auf Grund eines rätselhaften Geheimwissens wendet er jedes Leid zum Guten, wofern der Patient sich ihm nur vorbehaltlos anvertraut (1976, 420).

Es fällt nicht schwer, Rückbezüge zu nationalsozialistischen Führerpersönlichkeiten herzustellen – nur sind es keine Militärs, Politiker oder Wirtschaftsbose, die hier gezeichnet werden, sondern politisch unverdächtige *Halbgötter in Weiß*. Das therapeutische Verhältnis fußt auf einer Unterwerfung des Patienten unter den Arzt, und eine ganze Reihe der Interaktionen zwischen Arzt und Patient haben den beziehungskommunikativen Zweck, das Machtverhältnis zu klären und zu stabilisieren. Verhandlungen werden nicht geführt, subordinierte Rollen sind Nebenrollen. Krankheit ist keine Verhandlungssache, die Diagnose steht nicht in Frage, sondern wird in traumwandlerischer Sicherheit ausgesprochen (man ist geneigt, „verhängt“ zu sagen, als werde der Spruch des Schicksals durch den Arzt mitgeteilt). Reuter (1997, 98) kennzeichnet die Sauerbruch-Figur als „Vaterfigur“, vereinfacht dabei aber die ideologischen Dimensionen der Rolle. Chefärztliche Kompetenz, Sicherheit des Urteils, Verantwortung sind für die Charakterisierung der Rolle wohl weniger zentral als die Bereitschaft (und Erwartung), dass der Patient Verantwortung ablege, seine Entscheidungsgewalt aufgabe und sich überantworte – und Sauerbruch gegenüber im Modus des Gehorsams auftrete. Nicht politisches, sondern karitatives Interesse begründet den absoluten Machtanspruch, den Sauerbruch auf seine Klienten ausübt. Folgerichtigerweise deprofessionalisiert der Film das Verhalten Sauerbruchs manchmal konsequent, ersetzt medizinische Kompetenz durch Jovialität, Einfühlung und Intuition (Bliersbach 1985, 55ff; Seidl 1987, 112). Einfühlung und Intuition sind hier gelegentlich wertvollere Elemente der ärztlichen Kunst als Apparate und genaue Diagnose.

Interessant ist, dass es nicht allein Rollen-, sondern auch *Identitätserwartungen* sind, die an den Geschichten der Kinoärzte bearbeitet werden. Ist Sauerbruch ein autoritär-selbstgewisser Typ, der Krisen des Selbstbildes in Eigenregie reguliert und unter Kontrolle bringt, ohne dass dadurch sein Rollenverhalten verändert würde, ist der Durchgang des An-

fängers zur medizinischen Führungsperson manchmal sogar Thema des Dramas. Das Bild des Arztes ist so nicht einmal im Film der 1950er Jahre einsträngig und flach, sondern vielgestaltig, es finden sich auch andere Typen als Sauerbruch.

Die Protagonisten dieser Filme [gemeint sind DR. HOLL, 1951; DIE GROSSE VERSUCHUNG, 1952; ROMAN EINES FRAUENARZTES, 1954] sind durchaus (noch) nicht durch den väterlich-autoritären Habitus gekennzeichnet, sie geraten vielmehr in schicksalhafte Verstrickungen, müssen sich bewähren und können erst nach mancherlei Prüfungen ihre „moralische Integrität“ unter Beweis stellen (Rosenstein 1998, 10).

Interessanterweise ist die Berufsrolle hier dynamisiert. Rollen sind nicht zugewachsen, sondern werden erlernt. Rollensouveränität ist nicht von Beginn an gegeben, sondern steht am Ende einer ganzen Reihe von Irritationen, Distanzierungen und auch Fehlverhalten. Manchmal spricht man von *Novizen*, wenn man Neulinge bezeichnen will, die Rollen noch nicht souverän beherrschen. Das biographische Modell, das der Arztidentität unterlegt ist, ist nicht so sehr auf die Routinisierung des alltäglichen Tuns ausgelegt, sondern darauf, dass der Arzt seelische Belastung, den Tod ihm nahestehender Personen, den Tod von Patienten, Verzicht auf privates Glück und ähnliches als Durchgangserfahrungen und als Erprobungen der ärztlichen Identität zu verarbeiten lernt.

Am Ende dann: Edelmut, Abwesenheit von Egoismus, keine Interessen außer denjenigen des Patienten: Das Ichbild des Arztes bewegt sich in den genannten Filmen, aber auch in vielen anderen Beispielen des deutschen Arztfilmgenres der 1950er Jahre auf einen *radikalen Altruismus* zu. Das Motiv des Durchgangs findet sich aber nicht nur in älteren, sondern auch in vielen neueren Arztfiguren. In *ÄRZTINNEN* (DDR 1984, Horst Seemann) verschuldet z.B. eine westdeutsche Klinik-Ärztin aus Ehrgeiz den Tod einer Patientin. Die drohende Anklage wird durch Intervention ihres Chefs und Geliebten verhindert. Erst als ihr eigener Sohn medizinischen Forschungsversuchen zum Opfer fällt, wird sie mit der Ambivalenz ihres Verhaltens konfrontiert.

Verbunden mit dieser inneren Tendenz, die Sozialisation in den Arztberuf als Reifungs- und Läuterungsprozess anzusehen, ist gerade im Arztfilm der 1950er Jahre die politische Entlastung der Arztfiguren, die aber wohl nur als Stellvertreter solcher auf-

rechter Gestalten dienen, die ungefragt in die Wirren von Krieg und Nazismus geraten sind [11]. Als Mitleider werden dabei medizinethische Konflikte eingesetzt. Ein besonders brisanter Fall ist ARZT OHNE GEWISSEN (BRD 1959, Falk Harnack), der die Geschichte eines genialen Chirurgen erzählt, dem ein untergetauchter KZ-Arzt assistiert. Im Keller seines schlossartigen Landgutes übt er an entführten Patienten die Technik der Herztransplantation. Durch eine solche Operation rettet er einer genialen Sängerin das Leben – aber um den Preis eines unschuldigen Spenders. Als sein Treiben entdeckt wird, vergiftet er sich. Die zeitgenössische Kritik warf dem Film nicht zu Unrecht „den bedenklichen Versuch [vor], einem Massenmörder mit nationalistischen Ideen einen tragisch-genialischen Glanz zu verleihen“ (Barthel 1986, 254). Ein zweites Beispiel ist DER ARZT VON STALINGRAD (BRD 1958): Der Held ist Militärarzt und trägt unter dem Medizinerkittel eine Uniform. O.E. Hasse, der die Hauptrolle spielte, hatte schon in STUKAS (Deutschland 1940) einen Luftwaffenarzt gespielt, der Hölderlin zitierte. Die Kostümierung deutet in dem 1950er-Jahre-Film auf einen Wert- und Zielwiderspruch hin, der die Geschichte trägt: In einem sowjetischen Kriegsgefangenenlager erwirbt sich die Titelfigur durch aufopfernde Tätigkeit für Freund und Feind allgemeine Achtung. Ärztliches Ethos vermag so – zumindest ideologisch und dramatisch – den politischen Konflikt aufzuheben. Schon in DIE GROSSE VERSUCHUNG (BRD 1952, Rolf Hansen) wird die Geschichte eines Medizinstudenten erzählt, der kurz vor dem Examen zum Militär gezogen wurde und im sibirischen Gefangenenlager als Mediziner gearbeitet hat. Zurück in der Heimat lässt er sich halb wider Willen, durch einen Mäzen gedrängt, dessen Leben er durch eine komplizierte Operation gerettet hatte, dazu drängen, eine Stelle als Oberarzt anzunehmen – obwohl er keine Approbation als Arzt hat. Natürlich ist er durch die historischen Umstände entlastet, er ist ein „Guter“, den keine Schuld trifft (und der am Ende sogar noch sein Studium ordnungsgemäß abschließt und so in den Ärztestand aufgenommen werden kann).

Marcus Welby ist sicherlich von anderem Schlag, muss diesen biographischen Durchgang zu einem Vertreter des Guten und zu einem „wahren Mediziner“ nicht leisten. Gleichwohl fußt auch diese Rolle auf einem paternalistischen Grundmodell: Er genießt das Ansehen und strahlt die Ruhe eines Seniors aus, eines Mitglieds des Ältestenrates, und er verhält sich

als Moderator der Gemeinde, in der er arbeitet. Die Beziehung zum Patienten ist ein Annehmen der anderen Person, wie es christliche Pflicht ist (und gemahnt manchmal an Formen einer abgemilderten Adoption, in deren Gefolge eine Sorgspflicht für den Adoptierten entsteht).

Von ganz anderer Art sind die dramatischen Entwicklungen, die in Serien wie EMERGENCY ROOM (USA 1994ff) bearbeitet werden. Hier steht das soziale Aggregat der Krankenhaus-Mannschaft im Zentrum, seine Dynamik zieht das eigentliche Interesse auf sich. Das medizinische Geschehen und die therapeutische Beziehung der Ärzte und Schwestern zum Patienten ist zurückgesetzt, hat thematisch nur noch zweiten Rang und manifestiert sich als hochgradig automatisierte, immer wieder dramatisch unterbrochene Alltagsroutine. Das Interesse liegt also bei den Schwestern und Ärzten, und oft handeln die Geschichten davon, dass die eigentlich geforderte Trennung von professioneller und privater Rolle nicht möglich ist, dass das handelnde Subjekt unter dem Druck der Arbeit so leidet, dass es zur Entwicklung einer privaten Identität nicht mehr kommen kann. Das Schema ist immer gleich:

EMERGENCY ROOM ist gekennzeichnet durch enorme Handlungsdichte, rasche Szenenwechsel, dynamische Kameraführung, knappe Charakterisierungen. Erst im weiteren Verlauf gewinnen die wiederkehrenden Figuren an Profil. Während ihre Patienten häufig wechseln und zumeist nur Nebenrollen einnehmen, werden die Ärzte dem Publikum immer vertrauter. Nach und nach treten Charakterschwächen, Abneigungen, Vorlieben zutage, das Private wird erschlossen, Probleme kommen ins Spiel (Keller 1999, 167).

Identitätsmodelle dürfen nicht mit *verlautbarten Selbstbildern* verwechselt werden. Immer wieder gelangen die Filme in Szenarien, in denen der Arzt (oder, viel seltener, einer der anderen Beteiligten) eine programmatische Rede hält und in einer Art von Proklamation den Sinn der Medizin oder die moralischen und ethischen Verpflichtungen des Arztes verlautbart oder auch nur allgemein über den Beruf spricht.

3.4 Medizinischer und dramatischer Gehalt, generische Rollen

Osterlands großangelegte Inhaltsanalyse *Gesellschaftsbilder in Filmen* der Produktionsjahre 1949 bis 1964 erfasste auch eine Vielzahl von Handlungs-

rollen, die Ärzte innehatten (1970, 123ff). Den Ärzten plagen ethisch-moralische, nicht technisch-naturwissenschaftliche Probleme (Abtreibung, Sterilisation), Glaubenszweifel und Liebeskonflikte überschatten seinen Beruf, im englischen und amerikanischen Film trifft man auf eine ganze Reihe mordender Ärzte. Viele rechnen dem Motivkreis des *mad scientist* zu und stehen in der Tradition der pseudomedizinischen Tätigkeiten Frankenssteins und seiner Nachfolger.

Maria Kurzeja untersuchte 1976 die amerikanische Serie MARCUS WELBY, M.D. inhaltsanalytisch. Sie nahm die medizinisch-informativen Gehalte der Serie durchaus ernst, kam aber zu einem unerwarteten, aber wohl generalisierbaren Ergebnis: Ein außerordentlich hohes Gewicht erhielten im Kontext des Seriengeschehens nicht die medizinischen, sondern die psychologisch akzentuierten Problemlösungen, die der Seriendramaturgie geschuldet sind (Kurzeja 1976, 1984; Rosenstein 1998, 19).

Manchmal ist die Verlagerung von der medizinischen Thematik auf andere, dem Genre geschuldete Konflikte deutlicher spürbar. Besonders auffallend sind die *Mediziner-Detektive*, die in Kriminalfälle verwickelt werden. Oft sind die Ärzte in solchen Intrigen als Gerichtsmediziner eingestellt, so dass es wenig überraschend ist, wenn sie mit Kriminalfällen konfrontiert werden (die bekanntesten Beispiele sind QINCY, M.D., 1976-1983, und SILENT WITNESS, 1996ff). Oft allerdings treten Tätigkeit und kriminelle Verwicklung auch hier nur zufällig zusammen. In allen diesen Fällen tritt der medizinische Gehalt oft zurück, Medizin tritt als *Gerichtsmedizin* auf und erweist sich als eine besondere Methode der Spurensuche und -interpretation am Körper von Opfern (und manchmal auch von Tätern). Manchmal geraten Ärzte lediglich als Personen der Handlung in kriminelle Geschichten hinein – ihre medizinische Profession spielt dann oft gar keine Rolle mehr, ihre handlungsfunktionelle Rolle könnten auch Polizisten, Sozialarbeiter oder andere übernehmen. Das vielleicht berühmteste Beispiel ist THE FUGITIVE (AUF DER FLUCHT; USA 1963-1967), das die Flucht des Rechtsmediziners Dr. Kimble vor der Fehljustiz zeigt, in dem die Tatsache, dass der Held Arzt ist, überhaupt keine Rolle mehr spielt.

Eine besondere Gruppe von Filmen handeln von Ärzten, die als *Sachverständige* auftreten. Diese Figuren sind oft höchst ambivalent, weil sie handeln,

als stünden sie im Auftrag einer übergeordneten Autorität, so dass gerade an ihnen besonders deutlich gemacht werden kann, wie den Patienten Macht zugefügt werden kann. Es verwundert nicht, dass dieser Rollentypus besonders in den Psychiatrie-Filmen ausgearbeitet worden ist (Wulff 1995, 85ff). Die exekutive Schärfe der Sachverständigenrolle kann besonders in solchen Filmen dramatisiert werden, die sich Fragen der Selbstbestimmung von Patienten widmen. Insbesondere die Konsequenz der Handlungsentmachtung der Patienten – Einweisung ins Krankenhaus, Entmündigung – bietet Anlass für eine oft bittere und scharfe Kritik an der Position der Sachverständigenrolle auf Seiten der Exekutive und der Macht. Beispiele finden sich vor allem im Themenkreis der Psychiatrie. In Norbert Kückelmanns DIE SACHVERSTÄNDIGEN (1972) wird der interpretative Kreislauf, den die Gutachten von Sachverständigen eröffnen, als fatale Falle greifbar, in die Kranke hineingeraten können (Wulff 1995, 86f). Manchmal handeln die Filme dieses Themenkreises von der Erpressbarkeit oder auch von der Verführbarkeit von Ärzten in der Sachverständigenrolle. Dazu rechnet der Tatort-Krimi DER RICHTER IN WEISS (1971, Peter Schulze-Rohr), der zunächst zeigt, wie der als Sachverständige bestellte Psychiater sich in die Patientin verliebt, deren Schuld und Schuldfähigkeit er feststellen soll. Am Ende dann aber lässt er sie fallen, als deutlich wird, dass ihre Entlastung vor Gericht nicht gelingen kann. Das Beispiel macht deutlich, welche Macht dem Sachverständigen zukommt und wie sehr es darauf ankommt, ob er mit dem Klienten paktiert oder nicht.

3.5 Kontrolle und Beratung

Gegenüber dieser Fülle von dramatischen Rollen, von Konflikt- und Geschichtenpotentialen, in denen die Figur des Filmarztes gefasst ist, nimmt sich das Bemühen vor allem professioneller Verbände, einen gewissen Realismus der Darstellung sicherzustellen, einigermassen hilflos aus. Nach amerikanischem Usus werden die medizinischen Inhalte auf ihre Richtigkeit und Authentizität hin geprüft. Schon 1955 wurde eigens das *Physicians Advisory Committee on Television, Radio and Motion Pictures* (PAC) gegründet, das von der American Medical Association getragen wird und das seitdem mit den Medieninstitutionen zusammenarbeitet. Die selbst reklamierte Zielsetzung ist die Garantie für „medical accuracy“ (Real 1990, 267). Real (1990, 267f) be-

richtet auch davon, dass die Berufsverbände der medizinischen und paramedizinischen Berufe sich kontrollierend in die Produktion von Sendungen einschalten und darüber wachen, dass die Berufsrollen angemessen gezeichnet werden und dass z.B. die Darstellung neurotischer, reaktionärer oder alkoholabhängiger Schwestern nach Möglichkeit verhindert wird.

In Deutschland ist eine institutionalisierte Mitsprache der Medizinberufe an Medieninhalten bislang nicht in Gang gekommen (und wäre auch wohl nicht zu realisieren).

Eine eigene Bedeutung hat der *Zuschauerprotest*. Die englische Serie CASUALTY (Großbritannien 1986) z.B. hatte bei Politikern und Ärzten soviel Protest ausgelöst, dass das Publikum sicher sein konnte, dass die Sendung mit ihrer Kritik an finanziellen Einsparungen im Gesundheitssystem einen Nerv getroffen hatte (Kingsley 1988, 65). CASUALTY hatte mit Beschwerdebriefen der Casualty Surgeons' Association, des Royal College of Nursing, Clwyd North Community Health Council und des Conservative Party Central Office zu kämpfen, aber "with CASUALTY, we had truth on our side", die Krankenhäuser waren (und sind) nachweislich unterfinanziert, das Publikum wusste um bestehende und gezeigte Mißstände. In einigen Punkten wurde der Kritik an der Fernsehproduktion stattgegeben, so sollte z.B. das Personal nicht mehr rauchend gezeigt werden (Kingsley 1988,17).

Neben diesen Formen der lobbyartigen Mitsprache bei der Produktion gibt es verschiedene Formen der *medizinischen Beratung*. Sie sind inzwischen weit verbreitet und deuten darauf hin, dass es ein eigenes Interesse der Film- und Fernsehproduzenten daran gibt, die Darstellung medizinischer Tatsachen nicht vollständig der Dramaturgie und der Erzeugung von Spannung zu unterwerfen, sondern sie auszurichten an der Wirklichkeit der Krankheiten und der medizinischen Institutionen. Vielleicht am weitesten ist die Beteiligung von Medizinern an der Dramatisierung und Umsetzung von Geschichten bei EMERGENCY ROOM (USA 1994ff) gediehen: Fast alle Medizingeschichten beruhen auf realen Fällen; ein medizinischer Berater schult die Schauspieler in der richtigen Aussprache der Fachbegriffe und der korrekten Handhabung der Geräte; echte Krankenschwestern und Mediziner sind bei den Operationsszenen anwesend. Medizinische Beratung haben auch in

Deutschland produzierte Serien: So listet ALPHA-TEAM - DIE LEBENSRETTER IM OP (BRD 1997/98) im Vorspann zwei medizinische Fachberater aus und gibt so einen Hinweis auf den Authentizitätsanspruch, den auch diese Reihe einzulösen vorgibt.

4. Schwesternrollen, Pflegerrollen

Schwester und Pfleger spielen in den Filmen des Stoffkreises fast ausschließlich Nebenrollen oder höchstens zweite Hauptrollen. Dass sich der institutionelle Konflikt zwischen dem Helden und der Institution Klinik gerade als Konflikt zwischen Patient und Oberschwester manifestiert (wie in Milos Formans ONE FLEW OVER THE CUCKOO'S NEST / EINER FLOG ÜBER DAS KUCKUCKSNEST, USA 1975), ist eine große Ausnahme (vgl. Ortman/Ruf 1999).

Gelegentlich treten Schwestern als Advokaten der Patienten auf, was insofern interessant ist, als es sich dabei fast immer um medizinkritische Filme handelt. Hier stellen sich Schwestern gegen die Allmachtsphantasie der Ärzte, gegen eine zu enge Diagnose oder gegen ein Festhalten an überkommenen (und dann meist unmenschlichen) Therapien. Im Konflikt zwischen Patienten, Angehörigen und Ärzten ergreifen sie die Partei der Patienten [12]. Manchmal haben Schwestern oder Pfleger eigene Rollen als Pfleger, die Patienten zu Hause versorgen. Dann wird das Besondere des Pfleger-Patienten-Kontaktes noch greifbarer, die Intimität des Kontaktes, die Nachbarschaftlichkeit der Hilfe, die Pfleger gewähren.

Gerade weil Ärzte und Pfleger dem Patienten in verschiedenen Arten und Weisen begegnen, entsteht manchmal ein höchst brisanter Interessen- und Machtkonflikt. Die Filme handeln dann von Handlungs- und Entscheidungsdilemmata, die institutionell bedingt sind und in denen persönliche oder moralische Gründe mit den Interessen der Institution auseinander fallen [13]. In Dalton Trumbos Film JOHNNY GOT HIS GUN (USA 1971) wird die Geschichte eines Patienten erzählt, der sich nur noch durch Nicken des Kopfes verständigen kann. Eine Schwester, die in eine intensive Beziehung zu dem Kadaver tritt, will ihm Sterbehilfe leisten – als paradoxer Akt der Zuwendung und als verzweifelter Ausdruck der Nähe. Sie wird relegiert, ihre Tat verhindert [14]. Ähnlich mündet auch THE ENGLISH PATIENT (DER ENGLISCHE PATIENT, USA/Großbritannien 1996, Anthony Minghella) in ein Sterbe-

hilfe-Szenario ein – und auch hier handelt es sich um einen Akt der Zuwendung der Schwester zum Patienten. Der Bruch mit den formalen Verpflichtungen des Helferberufs ist äußerst scharf gezeichnet ebenso wie die Kennzeichnung der Sterbehilfe als Akt der Barmherzigkeit.

Immer wieder geraten Schwestern in einen Konflikt zwischen Ärzten und Patienten oder in den damit eng verbundenen Konflikt zwischen Schul- und Alternativmedizin. Ein Beispiel ist *SISTER KENNY* (SCHWESTER KENNY, USA 1946, Dudley Nichols), der die Geschichte einer australischen Krankenschwester erzählt, die während des ersten Weltkriegs unkonventionelle Behandlungsmethoden der spinalen Kinderlähmung erprobte und gegen die Schulmedizin durchsetzte. Der Film ist allerdings keinesfalls ein typischer Schwesternfilm, könnte man einwenden, weil seine Geschichte ganz ähnlich durch einen Außenseiter-Arzt erfüllt werden könnte. Dennoch ist es signifikant, dass der Konflikt der Medizinen verbunden ist mit der Position der institutionellen Machtlosigkeit, in der die Schwester sich gegenüber dem Arzt befindet [15].

Ein ganz anders gelagertes Beispiel ist John Cassavetes' Film *A CHILD IS WAITING* (EIN KIND WARTET, USA 1962), in dem Judy Garland eine Schwester spielt, die es lernen muss, dass die Beziehung zum Patienten – hier: ein 12jähriger autistischer Junge – nicht durch Empathie oder gar Identifikation heraus gestaltet werden darf, sondern eine professionelle Distanz erfordert.

5. Patientenrollen, Patientenidentitäten

Ist der Arzt als institutionelle Rolle gefaßt und liegen darum diverse ethische Bestimmungen auf seiner Figur, ist der Patient keine institutionell fixierbare Größe. Für ihn gibt es kein Novizentum. Patient ist man allein durch die Tatsache der Krankheit. Gelegentlich trifft man in Nebenrollen auf Patienten, die ihre Rolle *professionalisieren*, Stammgäste im Krankenhaus sind oder die Arztpraxis aufsuchen wie eine Kneipe – meist sind sie aber aus deutlicher Distanz gezeichnet, oft ironisiert. Der Profi-Patient ist eine eher lächerliche Rolle [16].

Die Patienten-Rolle ist in der Medienmedizin eine natürliche Rolle. Kranke sind dort *Hilfesuchende*, und sie können auf die Verpflichtung des Arztes

(resp. der Institution) zur Hilfe vertrauen. Der Kranke, der unvorbelastet in die Krankheit hineinfällt und so in Kontakt mit der Medizin gerät, ist der normale Patient (und es hat oft den Anschein, dass er auch der „wünschenswerte“ Patient ist, der ausschließlich private Interessen hat, sich naiv auf den therapeutischen Kontrakt einlässt und sich in den diagnostisch-therapeutischen Prozess nicht einschaltet). Der *therapeutische Vertrag* zwischen Arzt und Patient impliziert eine ganze Reihe von Vorannahmen – der Arzt genießt institutionell gesichertes Vertrauen, ihm ist keine Falschheit unterstellt, er gilt als parteilich. Der normale Patient akzeptiert diesen Vertrag meist stillschweigend und liefert sich der Kompetenz des Arztes, eine Diagnose zu treffen und eine Therapie zu verordnen, aus. Es sei aber daran erinnert, dass Patienten in einer ganzen Reihe von Filmen in einer *anti-institutionellen* Rolle auftreten, sich gegen den Machtanspruch des Arztes oder der Institution zur Wehr setzen. In manchen Fällen wächst die anti-institutionelle Rolle den Angehörigen zu. So handeln die meisten Apalliker-Geschichten nicht vom komatösen Patienten, sondern von Vätern und Müttern, die sich heldisch gegen den übermächtigen Apparat der Klinik auflehnen und das Wohl des Patienten *gegen* den Arzt verteidigen.

5.1 Die Arzt-Patient-Beziehung

Der *therapeutische Kontrakt* umfaßt in einer ersten Annäherung eine *Versorgungspflicht*, der sich der Arzt unterwirft. Sie ist nicht als tarifvertragliche Klausel formuliert (und könnte es wohl auch gar nicht). Sie gemahnt an eine mönchische Fundierung des Berufs. Immer da zu sein, immer ansprechbar zu sein, ist eine der ersten Manifestationen dieser Pflicht. Akzeptieren Ärzte in älteren Filmen und Serien diese Pflicht von Grund auf und gehört die Aufhebung einer Trennung von Arbeits- und Freizeit zu den Elementaria der ärztlichen beruflichen Sozialisation, thematisieren gerade neuere Serien wie *EMERGENCY ROOM* das Problem intensiv. Wie z.B. mit Überstunden umgegangen werden soll, ist hier Thema, könnte es in einem älteren Verständnis der Arztrolle dagegen niemals sein. Allerdings stellt sich auch in *EMERGENCY ROOM* das Problem, dass die tatsächlichen Präsenzzeiten am Arbeitsplatz immens hoch sind und die Frage nach einer stärkeren Trennung von Arbeit und Nicht-Arbeit ausgerechnet im Krankenhaus gestellt wird. Und solange das Kollektiv als eine Art familialer Gruppe erscheint, tritt es

auch dem Patienten als eine Art „kollektiven Arztkörpers“ entgegen. Die Patientensphäre und die Sphäre des medizinischen Personal sind auch räumlich getrennt, es bilden sich zwei unterschiedliche Kommunikationsgemeinschaften und -register heraus.

Die *Helferunterstellung* durch den Patienten tritt nach wie vor auf, und auch die *Unterwerfungserwartung* durch den Arzt ist noch nicht ausgestorben. Therapien werden oft noch selbstherrlich festgelegt. Weder wird das Urteil von Kollegen herangezogen noch wird der Befund mit Patienten diskutiert. Der Patient wird *passivisiert* und dadurch zumindest partiell entmündigt. Dass Therapien verhandelt werden, ist auch am Ende des 20. Jahrhunderts nur selten nachzuweisen.

Es mag mit der Intimität der Arzt-Patient-Beziehung zusammenhängen, dass diese eigentlich professionelle Beziehung im Film für eine Umdefinition bereit ist. Ein prototypischer Fall ist DR. HOLL (BRD 1951, Rolf Hansen), der die Welle der deutschen Arztfilme der 1950er Jahre einleitete. Die Film erzählt die Geschichte eines Arztes, der eine reiche, aber todkranke Patientin heiratet, um ihr die letzten Wochen zu verschönen. Seine Verlobte, eine Medizinstudentin, ist mit dieser Ehe auf Zeit einverstanden, als Unvorhergesehenes eintritt: Der Arzt entdeckt ein Serum, das seiner Frau das Leben rettet, und er entdeckt, dass er sie mehr liebt als die Verlobte. Die erste Fassung des Drehbuchs sah vor, dass der Film mit einer Doppelhochzeit enden sollte – die Studentin heiratete danach einen Industriellen (Barthel 1986, 249). Der Film endet tatsächlich damit, dass sie nach dem Studium eine eigene Klinik bekommt und in der Erfüllung des Arztberufs Erfüllung findet.

Gerade der Arztfilm der 1950er Jahre mittelt zwischen den äußeren Werten des Reichtums, des beruflichen Ansehens und der Karriere und den inneren Werten, denen das Ethos des Arztberufs unterworfen ist. Es mag sein, dass der Verzicht auf die – private – Erfüllung in der Liebe gegen die – professionelle – Erfüllung im Berufsleben eingetauscht wird. Es mag sein, dass der fälschlicherweise erschwindelte berufliche Erfolg einen dauerhaften Gewissenskonflikt hervorruft, der schließlich in der Katastrophe endet. Der dramatische Konflikt, der zwischen dem Privaten und dem Professionellen aufklafft, trägt die Geschichte. Dieser Konflikt ist gerade im deutschen

Arztfilm vielfach behandelt worden. EL HAKIM (1957) handelt von einem Arzt, der seine Freundin verlässt, um Karriere zu machen und der erst dann nach Ägypten zurückkehrt, als er sie in einem Pariser Nachtclub wiedertrifft. DIE LANDÄRZTIN (1958) gelangt dann an ein *happy ending*, als die junge Ärztin auf ein verlockendes Angebot ausschlägt, an einer städtischen Klinik zu arbeiten, und weiter auf dem Dorf praktizieren will. Der Verzicht auf Karriere ist meist als Tauschverhältnis inszeniert – statt Reichtum und Berühmtheit erlangt der Arzt die Liebe seiner Patienten, das Gefühl von Treue und Verantwortung. Die Bindung des Arztes an die Patienten ist ebenso bedingungslos wie dauerhaft (wie es die in mancher Ansicht die von Eltern an ihre Kinder sein sollte).

Ein besonders eindringlicher Fall für diese Ausdeutungen des Arztberufs ist der schon vorgestellte Film DIE GROSSE VERSUCHUNG (BRD 1952, Rolf Hansen), in dem Dieter Borsche die Rolle eines Kriegsheimkehrers spielt. In seinen beiden Identitäten als falscher Arzt und als Medizinstudent ist er von Frauen umworben – von einer Industriellentochter, die ihn wegen seines gesellschaftlichen Ranges liebt, und von einer Kommilitonin, die ihn als Mann begehrt und als Mensch schätzt. Von privaten und beruflichen Problemen aufgewühlt, erstattet er schließlich Selbstanzeige (und wird freigesprochen und heiratet die Studentin, das sei aber nur am Rande erwähnt) [17]. Einen ähnlichen Stoff behandelt auch ARZT AUS LEIDENSCHAFT (Deutschland 1936; BRD 1956) – ein fähiger junger Arzt hat sich das Fachexamen erschwindelt und ist Assistenzarzt geworden, der mit rastlosem Eifer wissenschaftliche Forschungen betreibt. Eine Millionärstochter, die nach einem Unfall in das Krankenhaus eingeliefert wird, verliebt sich in den Helden – und hilft ihm, die Anzeige wegen Amtsanmaßung auszuräumen, bevor ein *happy ending* die Geschichte schließt.

5.2 Alternativmedizinen

Der Streit um die „richtige“ Therapie durchzieht das Genre von Beginn an. Schon Robert Koch (in Steinhoffs biographischem Film ROBERT KOCH, DER BEKÄMPFER DES TODES, Deutschland 1939) musste sich gegen eine fanatische Gruppe von Gesundbetern durchsetzen und ein sterbendes kleines Mädchen gegen deren Versuch, das Kind zu entführen, wehren. Arzt und Heilpraktiker streiten sich in LE

GUÉRISSEUR (DER ARZT UND DAS MÄDCHEN, Frankreich 1953, Yves Ciampi) um die richtige Heilmethode. In HOSPITAL (USA 1971, Arthur Hiller) schließlich lässt der ebenso faszinierte wie resignierte Chefarzt es zu, dass ein indianischer Mediziner während der Nacht heilende Rituale am Bett eines komatösen Patienten vollzieht. Das Handwerk der Schulmedizin wird im Spielfilm ganz unerwartet häufig im Kontrast und Konflikt mit alternativ-, natur- und volksmedizinischen Methoden des Heilens dargestellt. Dieses Motiv zieht sich bis in die zeitgenössische Fernsehserie durch – so ist der Schulmediziner, der in der amerikanischen Serie NORTHERN EXPOSURE (1990-1995) für fünf Jahre nach Alaska versetzt wird, einer dauernden Konfrontation (personalisiert in seiner eingeborenen Sprechstundenhilfe) mit der Volks- oder Andersmedizin der Indianer und Eskimos ausgesetzt.

Neueren Datums ist der Konflikt zwischen einer idealisierten medizinischen Profession und den Kommerzialisierungspraktiken der Medizin. In der Geschichte der medizinischen Profession im Film und im Fernsehen spielen diese Themen bis in die späten 1970er Jahre noch kaum eine Rolle, werden erst mit Filmen wie COMA (COMA, USA 1977, Michael Crichton) zu dramatischem Stoff. Der Konflikt resultiert aus dem offenen Widerspruch zwischen ökonomischen Interessen und den Bindungen, die aus dem Arzt-Patient-Kontrakt abgeleitet sind. Sidney Lumets satirischer Film CRITICAL CARE (STERBEN UND ERBEN, 1997) erzählt die Geschichte eines erfolgssüchtigen Klinikleiters, der seinen Ärzten die Anweisung gibt, sich vornehmlich um Patienten zu kümmern, die hoch versichert sind. Die Konkurrenz durch private Kliniken, skrupellose Geldschneiderei, Organhandel und lange Wartezeiten auf Operationen oder Behandlung sind Themen vor allem neuer TV-Spielfilme und Serien.

Manchmal wird diese neue Konfliktlinie, die den Reichtum von Patienten mit der Möglichkeit, medizinische Versorgung zu erlangen, in geradezu drastischer Form als globaler Klassen- und Interessengegensatz von privilegiert-reichen und armen Bevölkerungsgruppen moderner Gesellschaften ausgelegt. In Stephen Frears' DIRTY PRETTY THINGS (Großbritannien 2002) tauschen illegale Einwanderer in London einen sauber gefälschten Pass gegen eine Niere ein. Nicht allein, dass die Illegalen eigentlich „gar nicht existieren“ und darum einfachste Dinge des Lebens wie einen Job zu suchen nicht bewerkstelligt bekom-

men – angesichts ihrer schreienden Armut bleibt der eigene Körper als letztes Kapital, das sie einsetzen können, um in die Legalität zurückzukehren. Die ökonomische Beziehung zwischen Organspendern und Empfängern ist durch die Transplantationsmedizin nur vermittelt. Auf der Seite der Reichen markieren Besitz, Legalität, Steuerfähigkeit etc. ihren Status, ihr steht die Gesundheit als einziger Besitz der Armen entgegen; Medizin wird zum Marktplatz, medizinische Versorgung zur Ware.

6. Dramaturgische Analyse und Rollensysteme

Die *dramatischen Rollen* werden traditionellerweise in protagonale und deuteragonale Rollen unterschieden. Das Drama hängt an den Protagonisten, die Deuteragonisten nehmen nur den Rang von Nebenrollen ein. Medizingeschichten sind herkömmlicherweise meist Arztgeschichten, das Ensemble der anderen institutionellen Handlungsrollen bildet lediglich einen sozialen Hintergrund des Geschehens aus. Erst seit 1980 rückt die Patienten- und Angehörigen-geschichte immer mehr in den Vordergrund. Da wird z.B. eine junge Frau bei einem Unfall schwer verletzt, sie fällt ins Koma. Im ersten Krankenhaus kann man sich kaum um sie kümmern, ein Arzt empfiehlt den Eltern sogar, die Maschinen abzustellen, die sie am Leben erhalten, und die Organe zur Transplantation freizugeben. Der verzweifelte Vater setzt die Verlegung in ein zweites Krankenhaus durch – doch erweist sich der Klinikleiter als Scharlatan, der nur Interesse am Tagessatz hatte, den die Familie zu entrichten hat. Nach vielem Hin und Her kommt die Kranke in eine Schweizer Alternativklinik, hier erlangt sie die Hilfe, die ihr – so suggeriert zumindest der Film – das Leben wiederschenkt. MEIN KIND MUSS LEBEN (BRD/Schweiz 1998) ist eine Fernsehproduktion, die eindeutig die Interessen des Patienten *gegen* die Schulmedizin vertritt: Und dieser Wechsel der Parteilichkeit kennzeichnet den neueren Medizinfilm gegenüber seinen älteren Ausprägungen [18].

Veränderungen dieser Art finden sich auf vielen Ebenen. Recht übersichtlich und einfach scheint sich das Problem bei den Hausärzten darzustellen. Die Praxis niedergelassener Ärzte besteht oft nur in der Konstellation der Rolle des Arztes und seines Assistenten / seiner Assistentin und den Rollen von Patienten und Angehörigen. Entsprechend persönlich und verbindlich gestaltet sich die Begegnung von Ärzten

mit ihren Patienten. Das ältere paternalistische Modell findet sich neben neueren Formen. Als Beispiel sei nur auf Jerry Zaks' Familiengeschichte MARVIN'S ROOM (MARVINS TÖCHTER, 1997) verwiesen, in dem Robert de Niro einen Hausarzt spielt, der einer Patientin Leukämie attestiert – und sie ebenso sachlich wie verbindlich mit dem Befund vertraut macht, die professionelle Kälte meidend, die so oft Ärzte gegen ihre Patienten abschirmt.

Die älteren Filme des Motivkomplexes entwickeln das Drama aus der Figur des Arztes. Alle anderen Rollen, auch die beigeordneten medizinischen Handlungsrollen, spielen keine oder nur untergeordnete Rollen. Das Drama, der Konflikt, die relevanten sozialen und ethischen Probleme werden an der Figur des Arztes exekutiert. Insbesondere Schwestern- und Pflegergeschichten sind äußerst rar. Es gilt ein *Prinzip der institutionellen Relevanz*, nach der das medizinische und das dramatische Geschehen auf die Leitfiguren konzentriert wird.

Komplizierter als die Hausarztgeschichten sind darum die Krankenhausdramen. Das gesamte Rollen- und Figurenensemble des Krankenhauses umfasst Ärzte und Pflegepersonal, Verwaltungs- und technisches Personal, Patienten und Angehörige. Nur wenige Beispiele versammeln alle Beteiligten einigermaßen gleichberechtigt (dazu rechnet vor allem EMERGENCY ROOM). CHICAGO HOPE z.B. reduziert die protagonalen Rollen auf sechs Ärzte und zwei Ärztinnen, die nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Privatleben auftreten (Erdmann/Goldenstede 2000, 12). Neben dem leitenden Professor treten in HERZSCHLAG – DAS ÄRZTETEAM NORD (BRD 1999ff) einzelne Ärzte, eine Ärztin im Praktikum, eine Oberschwester und weitere jüngere Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger auf. Eine Krankenschwester, die noch in Ausbildung ist, übernimmt die Rolle als Verbreiterin von Gerüchten und als Zentrum von Intrigen. Ein ähnliches, allerdings größeres Team versammelt ALPHATEAM - DIE LEBENSRETTER IM OP (BRD 1997):

Zunächst gibt es eine Chefarztin, die jedoch nicht in ihrer Funktion als behandelnde Ärztin in die Handlung integriert ist, sondern nur bürokratische Vorgänge des Krankenhauses erledigt. Sie erscheint dabei vor allem als eine autoritäre und unnahbare Person. Besonders auffällig ist in dieser Gruppe, dass nicht nur ein nahezu ausgewogenes Verhältnis zwischen Frauen und Männern zu erkennen ist, sondern dass es auch eine schwarze Ärztin gibt. Ganz oben in der Hierarchie des Pflegepersonals steht eine Oberschwester, die im Ge-

gensatz zu den Krankenschwestern und Krankenpflegern weniger durch Fürsorge gegenüber den Patienten gekennzeichnet ist als vielmehr durch ihre Funktion als Empfangsdame und Koordinationsstelle für die Zuweisung der Behandlungsräume. Auch in dieser Gruppe gibt es einzelne auffällige Figuren, wie z.B. eine türkische Krankenschwester, eine Intrigantin und eine etwas ausgeflippte Krankenschwester (Erdmann/Goldenstede 2000, 13).

Medizinischer und zwischenmenschlicher Rat verteilt sich entsprechend auf unterschiedliche Kontakte zwischen Patienten und medizinischem Personal. Der Fokus der Erzählung ist meist der der Ärzte, alle anderen Perspektiven, unter denen das Geschehen auch wahrgenommen werden könnte, treten dagegen in den Hintergrund. Der Zugang zum sozial-medizinischen Raum der Begegnung von Patient und medizinischer Institution ist auf den Arzt zentriert.

In fast allen Beispielen tritt eine Figur auf, die weniger eine professionelle als vielmehr eine sozial-dramatische Rolle innehat und den sozial-melodramatischen Prozess vorantreibt [19]. Sie deutet darauf hin, dass dem medizinischen Drama eine zweite Geschichte beigeordnet ist, die den medizinischen Prozess begleitet oder ihm auch entgegensteht. Manchmal ist das medizinische Geschehen nur die Bedingung dafür, dass jenes zweite Drama anheben kann. In WHILE YOU WERE SLEEPING (WÄHREND DU SCHLIEFST, USA 1995, John Turteltaub) liegt Peter drei Tage im Koma, weil er kopfüber auf die Gleise der New Yorker U-Bahn gestürzt ist. Das ist die medizinische Geschichte. Die junge Bahnangestellte Lucy, die heimlich in ihn verliebt ist, rettet sein Leben. Die Verwandten des Mannes halten sie für seine Verlobte – und sie klärt die falsche Annahme nicht auf, sie lässt sich auf die falsche Identität ein, wird in die Familie des ohnmächtigen Mannes aufgenommen. Der Bruder des Verunglückten misstraut der jungen Frau, sie verliebt sich gleichzeitig in ihn. Eine (Liebes-)Komödie der Irrungen und Wirrungen – das zweite Drama – kann beginnen. Das Unglück am Beginn, die medizinische Tatsache des Wachkomas sind *dramaturgisch* begründet: Peter liegt deshalb mehrere Tage im Koma, damit ein ihm völlig unbekanntes Mädchen Aufnahme in seiner Familie finden und sich in seinen Bruder verlieben kann. Medizinischer und dramaturgischer Wert des Geschehens treten auseinander: Die Geschichte verlangt nach einer Person, *die anwesend ist, aber nicht eingreifen kann* – und erst in den 1990er Jahren ist dies jemand, der im Koma liegt. Das war nicht immer so. Erst dank moderner Apparatedizin und

dank der Verbreitung des Wissens über Koma gibt es zumindest für Filme, die in hoch industrialisierten Ländern spielen, Alternativen zur dramaturgisch äquivalenten, aber altmodischen Figur des „*Schwer Fieberkranken*“ (wie sie z.B. noch in *THE ENGLISH PATIENT* [DER ENGLISCHE PATIENT, USA/Großbritannien 1996, Anthony Minghella] verwendet wird). Eine solche Figur hat dramaturgische Potentiale, um sie geht es. Und diese Potentiale haben mit der Konzeptualisierung dessen zu tun, was Medizin ist, wie sie zu handeln hat, wie sie sich zu ihren Patienten positioniert.

Die dramatische Rolle des Patienten ist äußerst eng mit der Struktur und mit der Intensität des Dramas koordiniert. Unter *Fallhöhe* versteht man in der Dramaturgie die Extremität, mit der jemand aus dem Alltag herausgerissen wird. Vereinfacht gesprochen: eine Grippe zu bekommen, ist zu geringe Fallhöhe – Krebs, AIDS, Ebola, das sind Krankheiten, die ein Drama eröffnen. Das Leiden muß ernsthaft sein, das Leben gefährden. Darum beginnen Filme, die aus der Patientenperspektive erzählt werden, oft im blühenden Leben. Noch sind die biographischen Entwürfe intakt, stimmen mit den Glücksmomenten des Alltags zusammen. Die Krankheit zerstört die Sicherheit und Blindheit des Alltagslebens, stürzt den Protagonisten-Patienten in Unsicherheit: Er verliert die Selbstbestimmung.

Erst nun kommt er mit der Medizin in Berührung. Er betritt die Räume der Medizin als ein Territorium außerhalb seiner Alltagswelt. Dass das private Glück durch die Krankheit gefährdet ist, drückt sich auch in der Exterritorialisierung des Kranken aus. Das Krankenhaus kann darum auch als Exil oder als Zuflucht genutzt sein. Die privaten Glücksentwürfe stehen gegen die Welt der Medizin, ein Konflikt wird greifbar, der mit Rollenkonflikten nichts zu tun hat. Im folgenden geht es zunächst um den Verlust, dann um das Wiedergewinnen von Handlungsmacht. Im Falle einer tödlichen Krankheit wie des Krebses wird die Reflexion der bisher geltenden Lebensentwürfe nötig, die bisherigen Weltsichten müssen in Frage gestellt und möglicherweise verworfen werden. All dieses mündet ein in eine Revision des Lebensentwurfs. Die Rückwendung auf die inneren Wertstellungen des Lebens erfolgt auch dann, wenn die Wahrscheinlichkeit der Gesundung gegen Null tendiert [20]. Im neueren Film ausgangs der 1990er wird aus fatalistisch-resignierter Fügung zunehmend Auflehnung, die Tatsache der Erkrankung wird nicht

mehr nur hingenommen. Die Bestimmungsstücke verändern sich: So, wie sich die Medizin nicht mehr länger als fast natürlich anmutende Institution begreifen kann, sondern sich in den sozialen, politischen und ökonomischen Bedingungen der Gesellschaft begreifen kann, so wandelt sich die Krankheit zu einer Tatsache des Lebens, die allerdings zur Reflexion auf das innere Selbstverständnis des Individuums und seines Lebens Anlass gibt. Auf die Wertorientierungen des Lebens zurückgeworfen, geraten Werte der Lebensführung wie Erfolg und Karriere, Besitz und Sicherheit, aber auch Gesundheit, Wellness und körperliche Fitness in Zweifel. Insofern registriert der Film wie ein Seismograph Veränderungen des gesellschaftlichen Lebens, und er bedient die Notwendigkeit, sich zur Tatsache der Krankheit und des Todes verhalten zu müssen, mit Geschichten, die Handlungs- und Beziehungsmodelle der Medizin vorschlagen, die wieder in – eine nun aber veränderte, die Beziehung zwischen Patienten und medizinischen Rollen und Institutionen veränderte – Praxis einmünden können.

Anmerkungen

[1] Dem korrespondiert Osterlands Beobachtung, dass nur 16,5% der Akademikerrollen weiblich sind (1970, 123). Zu den Dramaturgien der Geschlechterrollen im Arztfilm vgl. auch Gottgetreu 2001, 43ff.

[2] Ein Überblick über „Motive des Arztfilms“ findet sich in Reuter 1997, 15.

[3] „Krankenhausfassaden und Rettungswagen, EKG-Kurven und Röntgenbilder, Spritzen und Infusionsflaschen, das Geräusch der Beatmungsgeräte und das Weiß der Kittel und immer wieder Arztgesichter hinter Masken“ (Rosenstein 1998, 30): Gerade die Vorspanne der Serien versammeln die Insignien der ärztlichen Zunft und Tätigkeit in größter Verdichtung.

[4] So ist der Film-Arzt der 1940er oder 1950er Jahre ein Mann mittleren Alters; gerade die Leitfiguren wie Sauerbruch sind sogar Senioren. Die Protagonisten der Geschichten sind dagegen Novizen ihres Standes, ihre Bemühungen um die ärztliche Kunst sind scharf gegen die Praxis und Beratung durch ältere Ärzte abgegrenzt. Dagegen wird das Personal des neueren Medizindramas immer jünger. Die Gegenüberstellung entfällt meistens, so dass auch der Kontrast zwischen „Meister“ und „Novize“ nicht mehr ausgedrückt wird. Zum Jüngerwerden der Filmärzte vgl. Gottgetreu 2001, 13.

[5] Man denke an Themenbereiche wie die juristische und moralische Autonomie des Patienten, an Patienten- und Angehörigenverfügungen, an die immer noch fortschreitende Technologisierung der Medizin und die ökonomi-

sche, medizinische und ideologische Kritik daran, an die Aufwertung der Reproduktionsmedizin, an die Möglichkeiten der Organtransplantation und der Intensivmedizin, aber auch an das andauernde Krebsproblem und die therapeutische Hilflosigkeit gegenüber neuen Krankheiten wie Aids; vgl. Gottgetreu 2001, 23. Andere medizinethische Probleme wie der Problemkreis der Sterbehilfe korrespondieren Modekrankheiten wie dem apallischen Syndrom: Das Wachkoma ist unter anderem aus dem Grunde so häufig als Filmkrankheit angesprochen worden, weil sich das Problem der Lebenserhaltung daran so gut entfalten läßt.

[6] Der Defibrillator ist auch bei Gottgetreu (2001, 122) als Requisite der medizinischen Standardfilmszene „Ringeln um das Leben eines Patienten“ erwähnt.

[7] Neben EMERGENCY ROOM sind zu nennen: EMERGENCY! (NOTRUF CALIFORNIA); USA 1972-1977. - EMERGENCY; USA 1976-1978. - NOTARZTWAGEN 7; BRD: ARD 1975-1976. - IMMER IM EINSATZ - DIE NOTÄRZTIN; BRD: Pro7 1993/1994. - DR. CHRISTIANE B. - NOTÄRZTIN IM EINSATZ; BRD: Pro7 1993. - DR. QUINN, MEDICAL WOMAN (DR. QUINN - ÄRZTIN AUS LEIDENSCHAFT); USA 1993-1998. - NOTAUFNAHME; BRD: RTL 1995. - ADRENALIN JUNKIES (ADRENALIN - NOTÄRZTE IM EINSATZ); Australien 1997ff. - ALPHATEAM - DIE LEBENSRETTER IM OP; BRD: Sat1 1997ff. - MEDICOPTER 117 - JEDES LEBEN ZÄHLT; BRD: RTL 1998ff.

[8] Ich gehe hier von einer Interaktion realer und fiktionaler Medizin aus. Vgl. dagegen Gottgetreu (2001, 15), die davon ausgeht, dass die Filmmedizin keine Nähe zum medizinischen Alltag hat.

[9] Parsons hat mehr als vierzig Beiträge zur Medizinsoziologie geschrieben, die ich hier nicht in der Breite darstellen kann, die sie verdient hätten. Vgl. neben dem genannten Artikel Parsons 1981 sowie Gerhard 1991 als Überblick.

[10] Vgl. *Der Spiegel*, 17.12.1952, über den Streit um die Frage, ob Sauerbruch seine Memoiren tatsächlich selbst geschrieben hat oder ob der Verlag Vertragsschreiber an das Manuskript gesetzt hatte. Heute gilt als sicher, dass der vorzeiten für die SS tätige Journalist Hans Rudolf Berndorff Co-Autor der Memoiren gewesen ist. Vgl. dazu Benzenhöfer 1993, 62f.

[11] Eine ganz andere Perspektive lässt sich einnehmen, wenn man den Patienten als Anker der Identifikation zeitgenössischer Zuschauer ansieht: Er wird entlastet, indem er sich ausliefert, seine Autonomie für die Phase der Krankheit zurücksetzt und sich in die Obhut des Arztes stellt; dies geschieht durch eine äußerste Öffnung, so dass der Arzt an intimste Schichten des Selbstbildes, der Ängste und Wünsche herankommt. Vgl. dazu Zeul 1987, die diese Bewegung - sie nennt sie „Autoritätssucht“ - mit deutscher Mentalität zusammenbringt und sie für eine Strategie ansieht, sich nicht der Auseinandersetzung mit der NS-Zeit zu stellen.

[12] Erinnert sei auch an die Rolle, die Maria Schell in Helmut Käutners *DIE LETZTE BRÜCKE* (1953) spielt – eine Schwester, die in Jugoslawien in einem deutschen Kriegslazarett arbeitet, wird von Widerstandskämpfern entführt, die ihren Arzt im Gefecht verloren haben; nach längerem Zaudern übernimmt die Schwester die medizinische Versorgung der Gruppe. Interessanterweise wird die Rolle Maria Schells meist als „deutsche Truppenärztin“ reportiert, als solle von der Subalternität der Entscheidung, die sie fällt, abgelenkt werden; vgl. z.B. Gottgetreu 2001, 315, 319; dagegen 318.

[13] Gelegentlich wird der Konflikt zwischen explizit privaten und professionellen Bindungen an der Schwesternfigur entfaltet. Ein Beispiel ist *NACHSCHWESTER INGEBORG* (1958): Verlockt durch einen Assistenzarzt verläßt eine Nachtschwester ihre Station; ein Patient gerät in eine Krise und stirbt trotz Notoperation; die Schwester wird entlassen.

[14] Zu einer detaillierten Analyse der Schwesternrolle in Trumbos Film vgl. Wulff 2002, 213f. Darin heißt es: „Die Zuwendung der Schwester zum Patienten hat eine Nebenbedeutung – in ihr lehnt sich das namenlose Personal gegen die Mächtigen auf, die Namen und Ränge haben. Ein unvermittelter, unvoreingenommener geheimer Austausch findet statt, äußerst reduzierte Intimität unter der äußeren Vorgabe des Verbots entsteht. Und dass am Ende die Bereitschaft, dem anderen Sterbehilfe zu gewähren, der einzige radikale Ausdruck der Liebe sein kann, ist Teil einer *ironischen Tragödie* – ironisch, weil der Held des Dramas handlungsmächtig sowieso nicht gewesen ist, die Handlungsmacht auf den Helfer übergeht“ (214). Eine Tiefenanalyse kann gerade an den Schwesternfiguren das Problem der inneren autoritativen Struktur medizinischer Institutionen im Film herausarbeiten.

[15] Erinnert sei an die Kleine-Fernsehspiel-Produktion *SCHWESTERN* (BRD 1983, Klaus Gietinger), die in bitterer und anklagender Manier von den Aufgaben von Schwestern in zwei Jahrhunderten erzählt, die sie als hilflose Helferinnen des Krieges erfüllen mussten.

[16] Im übrigen spielen die Rollen auf die aus dem 17. Jahrhundert stammende Rollentypus des *Misanthropen* an, den „eingebildeten Kranken“; eigenartigerweise ist weder das Rollenfach noch die komische Figur bis heute eingehend untersucht worden; vgl. Busse 1952. Das Moliere-Stück *Le malade imaginaire* von 1673, das der Figur Prägnanz verlieh, wurde unter dem Titel *DER EINGEBILDETE KRANKE* vielfach auch filmisch adaptiert (u.a. Frankreich 1950, Bernard Hecht; BRD 1952, Hans H. König; Frankreich 1959, Claude Dagues; BRD 1960, Michael Kehlmann; Italien 1960, Alessandro Brissoni; usw.). Die komische Figur selbst findet sich in zahlreichen Variationen in allen möglichen Genres vor allem des Fernsehens.

[17] Die Geschichte verkompliziert sich noch weiter, weil seine Studienfreundin mit seinem im Kriege vermissten Bruder verlobt ist. Am Ende klärt sich nicht nur der professionelle Betrug auf, sondern auch der Bruder wird für tot erklärt, so dass das Paar zueinander finden kann. *DIE*

GROSSE VERSUCHUNG ist nicht allein eine Auseinandersetzung mit einer Asymmetrie zwischen formaler Ausbildung und beruflicher Erfahrung, sondern auch mit einer Unsicherheit, wie Sexualität zu orientieren ist – in Kategorien herkömmlicher Liebes- und Familienvorstellungen oder in solchen der nachfaschistischen Wohlstands- und Konsumgesellschaft.

[18] Es gibt eine ganze Reihe ähnlicher Filme. Zwei Beispiele aus dem Feld der Epilepsie-Geschichten: FIGHT FOR LIFE (AN EINEM FREITAGABEND; aka: MEIN KIND DARF NICHT STERBEN; USA 1987, Elliot Silverstein) erzählt die Geschichte eines epilepsiekranken Mädchens, dessen Adoptivvater eine Medikamententherapie gegen die Ärzte durchzusetzen. Nach vielen Rückschlägen entschließt er sich, mit Hilfe der Presse für die Arznei zu kämpfen und kann sie illegal, aber erfolgreich anwenden. FIRST DO NO HARM (SOLANGE ES NOCH LIEBE GIBT, 1997, Jim Abrahams) handelt von einer Mutter, die sich mit Schulmedizinern eines Krankenhauses auseinandersetzt, die dem kranken Kind nicht helfen können, aber auch die Alternativtherapie einer radikalen Diät unterstützen möchten.

[19] Auch Gottgetreu (2001, 199-209) weist auf die Einbettung der Arztgeschichten in einen weiteren dramatischen narrativen Kontext hin. Sie geht davon aus, dass sich fünf inhaltliche Schwerpunkte benennen lassen, die in den rahmend-dominierenden Geschichten behandelt werden: Medizin und Geschichte; Medizin und Geschlechterverhältnis; Medizin und Justiz; Medizin und Krieg; Krankheit und Bildung. Mir geht es hier nicht darum, eine thematische Analyse der Medizinfilme vorzunehmen, sondern vielmehr um die These, dass sich das Rollensystem der Medizin selbst nicht nur als Zentrum der inneren sozialen Strukturen der erzählten Welt auffassen lässt, sondern sich auch in dramatischem Wandel befindet: die Konzepte des Arztes, des Krankenhauses, der Pflegerollen und der Medizin haben sich ebenso radikal verschoben wie die Wertorientierungen, in denen Patienten und Angehörige der Krankheitstatsache begegnen.

[20] Es gibt zwei elementar unterschiedliche Formen, die Mitteilung, man sei tödlich erkrankt, zu verarbeiten: Für den Patienten älterer Medizinfilme bedeutete sie die Ankündigung eines unabwendbaren Schicksals, in das er sich bescheiden und dem er sich nur fügen konnte. Hier bleibt er gelähmt und passiv, er kann verzweifeln, in eine tiefe Krise stürzen; aber ihm bleibt keine größere Handlungsfreiheit als die, sich in sein Schicksal zu fügen. Das ändert sich im neuen Medizinfilm, das Handlungsfeld des Kranken erweitert sich, die tödliche Krankheit verliert ihren Charakter als Gottesspruch. Vgl. dazu Gottgetreu 2001, 17, sowie vor allem Sellmer 2008, 132ff.

Literatur

Barthel, Manfred (1986) *So war es wirklich. Der deutsche Nachkriegsfilm*. München/Berlin: Herbig.

Udo Benzenhöfer, Udo (1993) „Schneidet für Deutschland!“ Bemerkungen zu dem Film SAUERBRUCH - DAS

WAR MEIN LEBEN (1954). In: *Medizin im Spielfilm der fünfziger Jahre*. Hrsg. v. Udo Benzenhöfer. Pfaffenweiler: Centaurus, pp. 60-73 (Reihe Medienwissenschaft. 8.).

Bliersbach, Gerhard (1985) *So grün war die Heide... Der deutsche Nachkriegsfilm in neuer Sicht*. Weinheim: Beltz (Beltz Bewusstsein.).

Busse, Walter (1952) *Der Hypochondrist in der deutschen Literatur der Aufklärung*. Diss. Mainz.

Gerhard, Uta (1991) Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons. In ihrem: *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Frankfurt: Suhrkamp, pp. 162-202.

Gottgetreu, Sabine (2001) *Der Arztfilm. Untersuchung eines filmischen Genres*. Bielefeld: Aisthesis.

Erdmann, Imke / Goldenstede, Jennifer (2000) Soziale Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten in CHICAGO HOPE und anderen Hospital Soaps. In: *Medienwissenschaft / Kiel: Berichte und Papiere 24*, pp. 12-16.

Keller, Harald (1999) *Kultserien und ihre Stars*. Reinbek: Rowohlt.

Kingsley, Hilary (1988) *Soap Box*. London: Papermac.

Kurzeja, Maria (1976) Inhaltsanalytischer Beitrag zur Untersuchung der TV-Arzt-Serie DR. MED MARCUS WELBY. In: *Literatur für viele. Studien zur Trivilliteratur und Massenkommunikation im 19. und 20. Jahrhundert*. Hrsg. v. Helmut Kreuzer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 237-261.

Kurzeja, Maria (1984) *DR. MED MARKUS WELBY und seine Kollegen. Eine empirische Untersuchung zur Arztserie im Fernsehen der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt [...]: Lang.

Ortmann, S. / Ruf, B. (1999) EINER FLOG ÜBER DAS KUCKUCKSNEST: Schwester Ratched - Pflege als Machtkampf. In: *Pflege Zeitschrift 52,1*, pp. 64-66.

Osterland, Martin (1970) *Gesellschaftsbilder in Filmen. Eine soziologische Untersuchung des Filmangebots der Jahre 1949 bis 1964*. Stuttgart: Enke (Göttinger Abhandlungen zur Soziologie. 19.).

Parsons, Talcott (1965) Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: *Probleme der Medizinsoziologie*. Hrsg. v. René König u. Margaret Tönnemann. Opladen: Westdeutscher Vlg., pp. 10-42 (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 3.).

--- (1981) Einige theoretische Betrachtungen zum Bereich der Medizinsoziologie. In seinem: *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt. 4. Aufl., pp. 408-449.

Real, Michael R. (1990) Structure of a TV series on a physician. In: *Medizin-Publizistik. Prämissen - Praktiken*

- *Probleme*. Hrsg. v. Heiz-Dietrich Fischer. Frankfurt [...]: Peter Lang, pp. 263-269 (Grundlagen. 1.). -- Auszüge aus: Marcus Welby and the medical genre. In *Reals Mass-mediated culture*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1977, pp. 120-138.
- Reuter, Martin (1997) *Ärzte im Bundesdeutschen [!] Spielfilm der Fünfziger [!] Jahre*. Alfeld: Coppi (Aufsätze zu Film und Fernsehen. 55.).
- Rosenstein, Doris (1998) Arzt- und Krankenhausserien. Profil(e) eines Genres. In: *Augen-Blick* 28, pp. 6-30.
- Seidl, Claudius (1987) *Der deutsche Film der fünfziger Jahre*. München: Heyne (Heyne Filmbibliothek. 100.).
- Sellmer, Jan (2008) Krebs im Spielfilm. Form und Funktion eines filmischen Motivs. In: *Schwierige Entscheidungen. Krankheit, Medizin und Ethik im Film*. Hrsg. v. Kurt W. Schmidt, Giovanni Maio u. Hans J. Wulff. Frankfurt: Haag + Herchen, S. 123-142 (Arnoldshainer Texte. 129.).
- Sellmer, Jan / Wulff, Hans J. (2003) Herrscher über Leben und Tod: Ärzte, Heiler und Schamanen im Medizin-Drama. In: *Navigationen: Siegener Beiträge zur Medien- und Kulturwissenschaft* 3,1, pp. 17-32.
- Wulff, Hans J. (1995) *Psychiatrie im Film*. Münster: MAKS Publikationen (Film- und Fernsehwissenschaftliche Arbeiten.).
- (2002) Nicht-identifizierter Fall 47: Körper, Krieg und Medizin in Dalton Trumbos JOHNNY GOT HIS GUN (1971). In Zusammenarb. mit Heinz-Jürgen Köhler. In: *Kino der Extreme. Kulturanalytische Studien*. Hrsg. v. Marcus Stiglegger. St. Augustin: Gardez!-Vlg., pp. 203-223 (Filmstudien. 8.).
- (2007) *Quincy und die anderen oder Im Angesicht des Todes: Die Figur des Rechtsmediziners in den fiktionalen Formen des Films und des Fernsehens*. Unveröffentl. Ms. Online zugänglich unter der URL: <http://www.derwulff.de.10-9>.
- Zeul, Mechthild (1987) Autoritätssüchtig. Liebesbeziehungen zwischen Arzt und Patientin in Arzt-Filmen der fünfziger Jahre. In: *Frauen und Film*, 43, pp. 37-42.